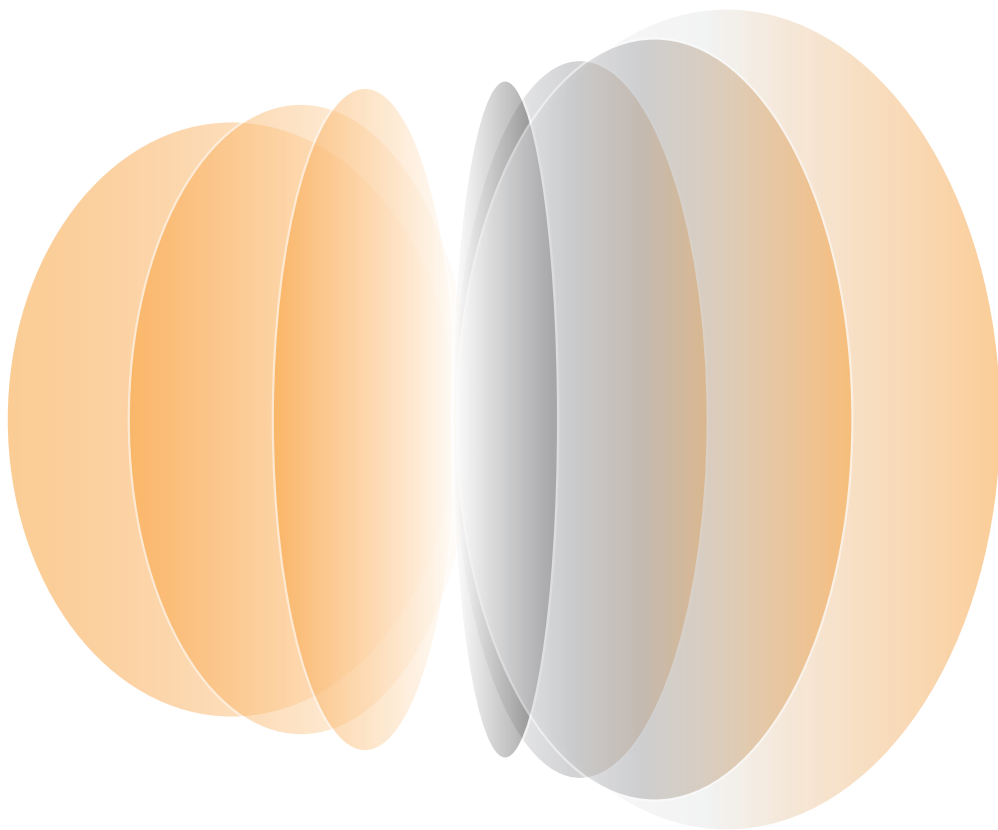


FPCEUC

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

DESENVOLVIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO, ADAPTAÇÃO EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA



DESENVOLVIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO, ADAPTAÇÃO EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA

Autor: Sónia Isabel Martins da Silva

Orientação Científica: Professora Doutora Maria
Cristina Potocarrero Canavarro

Domínio Científico: Psicologia – Psicologia da Saúde

Instituição: Faculdade de Psicologia e Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra

Ano: 2012

Dissertação de Doutoramento em Psicologia da
Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra,
sob orientação da Professora Doutora
Maria Cristina Portocarrero Canavarro

Este trabalho foi apoiado através de uma Bolsa de
Doutoramento concedida pela Fundação para a
Ciência e Tecnologia [SFRH/BD/27704/2006]

Agradecimentos

No final de um percurso de seis anos, foram muitas as pessoas que partilharam comigo as diversas etapas deste trabalho, às quais não poderia deixar de prestar o meu mais sincero e reconhecido agradecimento, porque também a elas se deve parte dele, tendo consciência que este agradecimento será sempre muito modesto perto do contributo que cada uma destas pessoas representou.

Em primeiro lugar, o meu agradecimento é dirigido à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, a quem devo a orientação deste trabalho, bem como muito do que tem sido o meu percurso profissional até ao momento. Agradeço pela confiança demonstrada, pelo rigor com que sempre me impulsionou a desenvolver o trabalho, pelo incentivo e disponibilidade constantes e também pela compreensão e amizade sempre presentes nos momentos mais difíceis. Agradeço ter acreditado em mim e ter-me ajudado também a acreditar. Tem sido um grande privilégio trabalhar consigo; é para mim um modelo enquanto profissional de referência, psicóloga e mulher. Por todos os ensinamentos, desafios e oportunidades, o meu muito obrigada!

O desenvolvimento deste trabalho estaria comprometido sem o apoio do Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, enquanto Instituição de Acolhimento desta investigação. Assim, começo por agradecer ao Senhor Professor Doutor Carlos Freire de Oliveira, Diretor de Serviço durante o período de realização da investigação, e por quem tenho uma inestimável consideração. Agradeço pelo reconhecimento da relevância deste projeto desde a sua fase inicial, pela receptividade, acolhimento e disponibilização de todas as condições necessárias à prossecução do mesmo que, admito, terem sido privilegiadas. Mais tarde, venho a ter a honra de trabalhar com o Sr. Professor na Liga Portuguesa Contra o Cancro, Núcleo Regional do Centro, onde me tem possibilitado ampliar o trabalho iniciado no Serviço de Ginecologia, assim como transmitido muitos ensinamentos, também indispensáveis à consolidação deste trabalho.

À Sr^a. Dr^a. Natália Amaral, um agradecimento do fundo do coração. Em primeiro lugar, pela vontade sempre manifesta em introduzir a Psicologia no Serviço de Ginecologia, o que em muito veio ditar o desenvolvimento deste projeto. Em segundo lugar, pela confiança depositada desde o primeiro instante, pelo apoio nas diversas etapas deste trabalho, pela abertura e proximidade, possibilitando-nos o debate de alguns casos, o que tanto nos enriqueceu. Creio que a paixão que descobri pela área da psico-oncologia deve-se a si, ao seu olhar humano à condição de cada mulher. Agradeço-lhe por me ter dado a possibilidade de conhecer e integrar a Liga Portuguesa Contra o Cancro, e comprometo-me a fazer sempre o meu melhor na tentativa de responder à altura de tamanho desafio.

À equipa de enfermagem do Serviço de Ginecologia e do Hospital Dia, agradeço toda a receptividade e apoio, e também alguma paciência nos momentos de maior desorganização. À Sr^a. Enf^a. Graça e à Sr^a. Enf^a. Isabel, agradeço a forma humilde com que sempre nos receberam no internamento do Serviço de Ginecologia. Este agradecimento é extensível à restante equipa de Enfermagem, exemplo de profissionalismo e humanização na forma como conduzem o trabalho junto das mulheres. À Sr^a. Enf^a. Fernanda, agradeço por nos ter facilitado um espaço que nos permitiu sentir ainda “mais em casa”. À Sr^a. Enf^a. Luísa Canhão, foi um privilégio tê-la conhecido e

ainda ter podido testemunhar a sua forma tão sensível e, simultaneamente, bem-disposta de lidar com as mulheres na sala de quimioterapia. Não posso deixar de agradecer à D. Ângela, secretária clínica, pelo apoio fundamental na consulta dos processos clínicos.

Durante este percurso, tive a oportunidade de colaborar com a Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Centro, enquanto investigadora e voluntária na consulta de Psicologia dirigida a mulheres com cancro da mama. Esta colaboração significou muito mais do que a recolha da amostra ou o aperfeiçoamento de competências profissionais. Permitiu-me um contacto com uma realidade nova, e encetou em mim a vontade de continuar “ligada” a esta causa e a esta família. À Sr^a. Dr^a. Natália Amaral, novamente, agradeço esta oportunidade. A todas as voluntárias do Movimento Vencer e Viver, e à sua coordenadora, Sr^a. Dr^a. La Salette Bastos, agradeço a participação na amostra e, particularmente, terem partilhado comigo as suas experiências pessoais, o que contribuiu para enriquecer e acrescentar uma perspetiva ainda mais humana a este trabalho. Nesta partilha tive a oportunidade de validar, ainda que informalmente, a experiência de desenvolvimento pessoal, espelhado em muitas verbalizações e, sobretudo, no espírito de partilha e de dádiva que caracteriza estas voluntárias. Grata por me fazerem crescer todos os dias.

Não posso deixar de prestar um agradecimento muito sincero a todos os elementos da equipa da Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde do Instituto de Psicologia Cognitiva da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra: Ana Fonseca, Anabela Araújo Pedrosa, Barbara Nazaré, Carla Crespo, Carlos Carona, Helena Moreira, João Pedro Leitão, Marco Pereira, Mariana Moura Ramos, Paula Carvalho, Raquel Pires, Sofia Gameiro e Tiago Paredes. A todos agradeço o apoio, partilha de conhecimentos e o sentido crítico, essencial ao desenvolvimento bem sucedido deste trabalho.

Um agradecimento muito especial à Anabela e Sofia pelo incentivo na fase inicial; devo muito ao vosso estímulo e confiança, a coragem para avançar para este projeto. Por outro lado, pela amizade que sempre senti, mesmo nos momentos de maior afastamento físico. Agradeço também à Anabela pelo acolhimento e exemplo de profissionalismo e dedicação na Unidade de Intervenção Psicológica (UniP) da Maternidade Dr. Daniel de Matos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, por onde passei e tanto aprendi. À Helena, com quem partilhei toda a planificação desta investigação, o processo de recolha de amostra no Serviço de Ginecologia, assim como a coautoria de grande parte dos estudos que são apresentados nesta dissertação, agradeço por toda a entajuda, partilha, e capacidade de resiliência, tão importantes nestas fases. Ao Tiago, um agradecimento particular pelas imensas horas de discussão em torno das diversas temáticas subjacentes aos nossos trabalhos e que foram muito enriquecedoras para ambos. Continuaremos a partilhar o mesmo gosto pela psico-oncologia.

Ao Sr. Professor Doutor Lawrence Calhoun, agradeço a constante disponibilidade e todas as recomendações sugeridas desde o primeiro momento em que considerámos iniciar o estudo do Desenvolvimento Pós-Traumático. A forma rigorosa e apaixonada com que tem abraçado esta área inspirou, de modo decisivo, a condução deste trabalho.

À Susan Clark, uma sobrevivente de cancro da mama que tive oportunidade de conhecer e que desde cedo se ofereceu para rever os estudos em inglês que compõe este trabalho, o meu mais

sincero agradecimento pela disponibilidade e profissionalismo. Mais agradeço por me ter permitido conhecê-la, testemunhando, mais uma vez, que após uma situação de cancro a vida é vivida de uma forma muito mais intensa e enriquecedora.

Ao Sr. Professor Doutor Vítor Rodrigues, agradeço pela revisão rigorosa do primeiro capítulo desta dissertação e também por todas as ensinamentos que me tem transmitido ao longo destes anos.

Aos meus pais, um agradecimento sentido, por me terem dado a possibilidade de investir na minha formação académica, podendo dar este passo. Mais do que tudo, agradeço por terem estado sempre ao meu lado, pela compreensão nos momentos de ausência e pela transmissão de valores fundamentais à minha formação enquanto pessoa.

Aos meus amigos Sérgio, Rute, Eduardo, Carla, Inês, Mónica, Rita, Tânia, Irina e Cláudia, sabem o quanto são importantes para mim e como o vosso apoio foi essencial ao longo destes anos. Estive muitas vezes ausente, mas o meu carinho e amizade permanecem.

Ao Miguel, uma palavra muito especial, que será insuficiente para expressar o quanto tem sido importante neste percurso. Agradeço pelo amor e carinho constantes, pelas inúmeras palavras de incentivo e por toda a força e confiança sempre transmitidas nos momentos de maior desânimo. Obrigada por teres sido meu amigo e companheiro, por teres partilhado comigo momentos de grande alegria e por me teres amparado nos dias mais difíceis. Sabes que parte deste trabalho deve-se também a ti, que nunca deixaste de acreditar e, a meu lado, ajudaste a que se tornasse possível.

A todas as mulheres com cancro da mama que participaram neste trabalho e a todas as mulheres que eu tenho tido o privilégio de conhecer, dirijo a minha maior consideração, respeito e admiração. Com todas elas tenho retirado ensinamentos essenciais à minha conduta como profissional, mas sobretudo ao meu desenvolvimento enquanto pessoa e mulher. A todas agradeço o envolvimento, interesse e participação neste trabalho. Acima de tudo agradeço as palavras sempre amigas e ternurentas, mesmo perante a execução de uma tarefa morosa e aborrecida. Embora não pretenda destacar nenhuma das colaborações, dedico esta dissertação à Sr^a. Enf^a. Alice Castanheira Lucas, mulher, mãe, sobrevivente, vencedora, amiga, voluntária, exemplo de coragem e determinação.

Índice

Índice de quadros e figuras	15
Abreviaturas e siglas	17
Resumo	21
Abstract.....	25
Introdução.....	31
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	37
CAPÍTULO I. CANCRO DA MAMA: EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	39
1. Epidemiologia do cancro da mama: Incidência, prevalência, sobrevivência e mortalidade.....	39
2. Definição e tipos de cancro da mama	42
3. Fatores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama.....	44
4. Diagnóstico e classificação do cancro da mama.....	47
5. Abordagens terapêuticas.....	49
5.1. Cirurgia	50
5.2. Radioterapia	52
5.3. Quimioterapia	53
5.4. Terapia Hormonal.....	54
6. Reconstrução mamária	55
CAPÍTULO II. ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA NAS DIVERSAS FASES DO CANCRO DA MAMA.....	57
1. A adaptação psicológica à doença oncológica.....	58
1.1. Adaptação: Conceito multidimensional	59
1.2. O Modelo Sócio-cognitivo e de Transição de Brennan	61
1.3. Qualidade de Vida: Um indicador de adaptação	63
2. Adaptação ao cancro da mama: Desafios ao longo das diversas fases da doença	64
2.1. Diagnóstico	66
2.2. Tratamento	67
2.3. Recuperação	70
2.4. Sobrevivência	72
3. Determinantes da adaptação ao cancro da mama.....	75
3.1. Fatores sociodemográficos.....	75
3.2. Fatores clínicos.....	79
3.3. Fatores psicossociais	83

CAPÍTULO III. DESENVOLVIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA ...	95
1. Acontecimentos traumáticos: Definição e impacto	95
1.1. Trauma e doença oncológica	97
1.2. O cancro da mama como experiência traumática	99
1.3. A Perturbação de Stress Pós-Traumático em mulheres com cancro da mama.....	100
2. Desenvolvimento Pós-Traumático: Enquadramento, definição e modelos de compreensão	103
2.1. A introdução de um novo paradigma em Psicologia	103
2.1.1. O conceito Desenvolvimento Pós-Traumático	104
2.1.2. Multidimensionalidade do Desenvolvimento Pós-Traumático	106
2.2. Modelos de compreensão do Desenvolvimento Pós-Traumático	109
2.2.1. O Modelo Funcional-Descritivo de Desenvolvimento Pós-Traumático de Tedeschi e Calhoun	110
3. A investigação do Desenvolvimento Pós-Traumático	114
3.1. Desenvolvimento Pós-Traumático em diferentes situações traumáticas	114
3.2. Desenvolvimento Pós-Traumático na doença oncológica.....	115
3.3. Desenvolvimento Pós-Traumático em mulheres com cancro da mama	116
4. Desenvolvimento Pós-Traumático e Adaptação psicológica: Que relações?	120
4.1. O valor adaptativo do Desenvolvimento Pós-Traumático	120
4.2. O papel determinante da variável tempo.....	122
4.3. O papel determinante das representações individuais.....	124
5. Determinantes do Desenvolvimento Pós-Traumático	126
5.1. Fatores sociodemográficos.....	126
5.2. Fatores clínicos.....	128
5.3. Fatores psicossociais	130
6. Questões relacionadas com a validade dos relatos de Desenvolvimento Pós-Traumático	134
PARTE II. CONTRIBUTO EMPÍRICO	139
CAPÍTULO IV. OBJETIVOS E METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	141
1. Fundamentação e objetivos da investigação	141
2. Metodologia.....	142
2.1. Desenho da investigação	142
2.2. Amostra	143
2.2.1. Procedimentos de recolha da amostra.....	143
2.2.2. Grupo de controlo.....	147
2.3. Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados	148
2.3.1. Seleção dos instrumentos	148
2.3.2. Descrição dos instrumentos	150
2.4. Análise estatística dos dados	154

CAPÍTULO V. ESTUDOS EMPÍRICOS	155
Estudo 0. Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa	159
Estudo I. Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência para o cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping	185
Estudo II. Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção	207
Estudo III. Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women.....	231
Estudo IV. Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth	249
Estudo V. Pathways for Psychological Adjustment in Breast Cancer: A Longitudinal Study on Coping Strategies and Posttraumatic Growth.....	269
PARTE III. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	289
CAPÍTULO VI. SÍNTESE, DISCUSSÃO E CONTRIBUTOS DA INVESTIGAÇÃO	291
1. Considerações teóricas e metodológicas.....	291
2. Síntese e articulação dos principais resultados da investigação	293
2.1. Adaptação psicológica ao longo do curso da doença: Psicopatologia e/ou desenvolvimento?.....	293
2.2. Fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção	302
2.3. Contributo para a compreensão das condições de ocorrência do DPT	306
2.4. Relação entre Desenvolvimento Pós-Traumático e Adaptação Psicológica.....	310
3. Considerações finais: Contributos para a investigação e prática clínica.....	312
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	325

Índice de quadros e figuras

ÍNDICE DE QUADROS – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLOGIA

Quadro 1 Prevalência de PTSD em mulheres com cancro da mama	101
Quadro 2 Investigação do DPT em mulheres com cancro da mama com recurso ao Posttraumatic Growth Inventory	118
Quadro 3 Objetivos da investigação e respetivos estudos empíricos	142
Quadro 4 Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados no estudo	150

ÍNDICE DE QUADROS – ESTUDOS EMPÍRICOS

Estudo 0

Quadro 1 Caracterização sociodemográfica da amostra	166
Quadro 2 Análise em componentes principais com rotação Varimax	170
Quadro 3 Consistência interna do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático	172
Quadro 4 Estudo dos itens do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático	173
Quadro 5 Correlações entre as subescalas e o resultado Total do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático	173
Quadro 6 Comparações de médias entre o grupo de mulheres com cancro da mama e dois grupos de mulheres da população geral “com e sem vivência de um acontecimento traumático” nas subescalas e no resultado Total do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático	174
Quadro 7 Correlações entre as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático e as facetas da qualidade de vida	175
Quadro 8 Correlações entre as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático e os índices de impacto do acontecimento adverso em cinco áreas do funcionamento psicológico	176

Estudo I

Quadro 1 Caracterização sociodemográfica da amostra	191
Quadro 2 Comparação dos níveis de ansiedade e depressão nos três grupos	195
Quadro 3 Análise univariada da variância para estratégias de coping nos três grupos em estudo	196
Quadro 4 Análise de regressão linear múltipla a prever a ansiedade e depressão a partir das estratégias de coping em ambos os grupos de mulheres com cancro da mama	197

Estudo II

Quadro 1 Caracterização sociodemográfica da amostra	214
Quadro 2 Comparação entre os grupos nos vários domínios e Faceta Geral da qualidade de vida	216
Quadro 3 Comparação entre os grupos nas várias facetas da qualidade de vida	217
Quadro 4 Matriz de correlações entre as estratégias de coping e a qualidade de vida nos três grupos clínicos	218
Quadro 5 Análise de regressão linear hierárquica múltipla a testar o papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na qualidade de vida nas três fases da doença	219

Estudo III

Table 1 Group means, standard deviations and univariate analyses of variance for all measures	237
---	-----

Estudo IV	
Table 1 Descriptive statistics of the sample and study variables.....	255
Table 2 Bivariate correlations among study variables	256
Table 3 Hierarchical regression analysis of posttraumatic growth x perceived impact of breast cancer interaction on Psychological and Social Relationships domains of quality of life and Depression	257
Estudo V	
Table 1 Descriptive statistics for all the variables at surgery, treatment and initial survival	277
Table 2 Correlations between Coping (T1), Posttraumatic Growth dimensions (T2) and Psychological Adjustment (T3) variables.....	278
Table 3 Regression results for the links between coping, PTG dimension of personal resources and skills and the adjustment measures of psychological quality of life and depression: unstandardized direct, indirect and total effects	279
ÍNDICE DE FIGURAS – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLOGIA	
Figura 1 Modelo sócio-cognitivo e de transição de Brennan.....	62
Figura 2 Dimensões de DPT	107
Figura 3 O processo de Desenvolvimento Pós-Traumático de Tedeschi e Calhoun	110
Figura 4 Metodologia utilizada nos estudos longitudinal e transversal.....	147
ÍNDICE DE FIGURAS – ESTUDOS EMPÍRICOS	
Estudo III	
Figure 1 The moderating role of a stressful life event in the association between posttraumatic growth and psychological quality of life.....	239
Figure 2 The moderating role of the subjective perception of BC as a traumatic event in the association between posttraumatic growth and social relationship quality of life depression and psychological quality of life.....	240
Estudo IV	
Figure 1 The moderating role of PTG on the links between perceived impact of BC and Psychological and Social Relationships domains of QoL and Depression.....	258
Estudo V	
Figure 1 Model depicting the hypothesised mediating role of PTG on the links between coping and psychological adjustment	274

Abreviaturas e siglas

ACS | American Cancer Society

AJCC | American Joint Committee on Cancer

APA | American Psychiatric Association

CHUC | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CNDO | Comissão Nacional para as Doenças Oncológicas

DGS | Direção Geral de Saúde

DPT | Desenvolvimento Pós-Traumático

EORTC | European Organization for Research and Treatment of Cancer

HUC | Hospitais da Universidade de Coimbra

IARC | International Agency for Research on Câncer

LPCC | Liga Portuguesa Contra o Cancro

OMS | Organização Mundial de Saúde

PTG | Posttraumatic Growth

PTGI | Posttraumatic Growth Inventory

QdV | Qualidade de Vida

QoL | Quality of Life

UICC | Union for International Cancer Control

WHO | World Health Organization



Resumo

Introdução

O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida como o cancro da mama, expõe a mulher a um conjunto de exigências ao longo das diferentes fases do curso da doença, que podem originar mal-estar emocional e dificuldades nas diversas áreas da vida. No entanto, investigações mais recentes têm alertado para a possibilidade deste diagnóstico funcionar, simultaneamente, como um importante catalisador da experiência de mudanças psicológicas positivas, designadas por Desenvolvimento Pós-Traumático (DPT). No processo de adaptação ao cancro da mama, algumas variáveis podem intervir como fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção, originando múltiplos resultados de adaptação, quer de natureza psicopatológica, quer de desenvolvimento. Por outro lado, a perceção de mudanças psicológicas positivas pode promover a adaptação psicológica, funcionando como um *buffer* de resultados inadaptativos.

A presente investigação pretendeu analisar o processo de adaptação psicológica da mulher com cancro da mama ao longo das diversas fases da doença, no que respeita aos índices de ansiedade e depressão, qualidade de vida e DPT, aferindo a influência dos contextos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, enquanto fatores de vulnerabilidade ou de proteção. Por outro lado, teve também por objetivo o estudo das condições necessárias à emergência do DPT, e do papel do DPT no processo de adaptação psicológica.

Metodologia

Esta investigação é constituída por um estudo longitudinal (estudo V) e por cinco estudos transversais, um deles desenvolvido com o objetivo de analisar as características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático, com vista à sua utilização nos estudos subsequentes (estudo 0). O estudo longitudinal incluiu uma amostra constituída por 50 mulheres que foram avaliadas em três fases distintas do curso da doença, nomeadamente: diagnóstico recente ou pré-cirurgia (M1); tratamento adjuvante (M2) e recuperação (M3). Os estudos transversais incluíram na sua totalidade 82 mulheres na fase de diagnóstico recente; 78 mulheres na fase de tratamento e 85 mulheres na fase de recuperação e sobrevivência. Foi também utilizado um grupo de controlo, constituído por um total de 160 mulheres da população geral, sem história de doença oncológica.

Para além da recolha de dados clínicos e sociodemográficos, foram avaliados indicadores de adaptação psicológica, entre eles a qualidade de vida (WHOQOL-Bref), a ansiedade e a depressão (HADS). Foram também analisados os índices de DPT (PTGI), as estratégias de coping (*Brief COPE*), as representações da doença (Brief IPQ) e o carácter traumático do cancro da mama (dois itens construídos para o efeito).

Resultados

Nos seis estudos efetuados, e no que respeita à caracterização da adaptação da mulher ao longo das diversas fases da doença, são de destacar os seguintes resultados: 1) a fase de diagnóstico

recente é caracterizada por índices de ansiedade elevados, por limitações na qualidade de vida física e percepção de saúde inferior à população geral; apesar disso, esta fase corresponde ao momento em que as mulheres sentem maior satisfação com o apoio recebido pela rede social de apoio; 2) a fase de tratamento caracteriza-se por uma melhoria na adaptação emocional, contudo, por uma diminuição da qualidade de vida global e física; apesar do cancro da mama ser avaliado como tendo um impacto negativo na vida da mulher, a maioria evidencia índices elevados de DPT; 3) na fase de recuperação, os índices de adaptação emocional e qualidade de vida são semelhantes aos da população geral, à exceção de alguns aspetos do funcionamento físico e sexual; apesar de 51% das mulheres considerar, retrospectivamente, a experiência de cancro da mama como traumática, 60% da amostra revela, nesta fase, índices de DPT moderados a extremos.

Relativamente aos fatores de vulnerabilidade e de proteção, os resultados evidenciam que: 1) entre as variáveis sociodemográficas, um nível elevado de escolaridade é protetor da qualidade de vida, sobretudo na fase de tratamento; 2) as variáveis clínicas não se associam aos indicadores de adaptação emocional, qualidade de vida e DPT; 3) uma representação mais negativa do impacto da doença associa-se a resultados mais negativos de adaptação emocional e qualidade de vida física e psicológica; 4) a percepção do cancro da mama como uma experiência traumática associa-se a índices mais elevados de ansiedade; 5) o recurso a estratégias de coping mais confrontativas numa fase inicial da doença, sobretudo de natureza cognitiva, prediz resultados mais positivos de adaptação emocional e qualidade de vida na fase da recuperação, contrariamente ao recurso às estratégias de evitamento; 6) a utilização de estratégias de coping cognitivo e de procura de apoio social na fase de diagnóstico recente permite prever índices mais elevados de DPT na fase de tratamento.

Relativamente ao estudo das condições de ocorrência do DPT, são de salientar os seguintes resultados principais: 1) a experiência de DPT é significativamente mais elevada entre as mulheres com cancro da mama do que na população geral; 2) para a emergência do DPT, o acontecimento não tem de ser necessariamente avaliado como traumático, ter um impacto marcadamente negativo na vida da mulher ou estar associado a consequências mais agressivas.

Por último, no que respeita à relação entre o DPT e a adaptação psicológica, foram obtidos os seguintes resultados: 1) o DPT associa-se a índices mais reduzidos de depressão e melhor qualidade de vida psicológica e social durante as fases de tratamento e recuperação/sobrevivência; 2) o DPT, avaliado na dimensão relativa à percepção de recursos e competências pessoais, durante a fase de tratamento, prediz uma melhoria na qualidade de vida psicológica, bem como uma redução da sintomatologia depressiva, na fase de recuperação; 3) a associação entre DPT e qualidade de vida psicológica só é significativa no caso das mulheres com cancro da mama, sendo irrelevante na população geral; 4) por sua vez, esta relação é condicionada pela percepção de ameaça subjacente, existindo apenas nas situações em que o cancro da mama não é percecionado como traumático; 5) o DPT desempenha um efeito amortecedor (*buffer*) na adaptação, na medida em que protege as mulheres que têm uma representação mais negativa do impacto da doença de apresentarem resultados de adaptação também mais negativos, nomeadamente, índices mais elevados de depressão e menor qualidade

de vida psicológica e social; 6) a percepção de recursos e competências pessoais, na fase de tratamento, medeia o efeito das estratégias de coping na adaptação psicológica, na fase de recuperação.

Conclusão

De uma forma global, os resultados obtidos permitem-nos concluir que o cancro da mama é um acontecimento adverso, avaliado como traumático por uma em cada duas mulheres. Este diagnóstico está associado a um aumento significativo da ansiedade e compromete a qualidade de vida a nível físico, sexual, autoestima e percepção de saúde em geral. Apesar disso, a grande maioria das mulheres tende a apresentar um padrão de adaptação resiliente, e as repercussões negativas do cancro da mama são, na sua generalidade, transitórias, e manifestam-se sobretudo nas fases iniciais da doença. A implementação de esforços cognitivos para lidar com os diferentes desafios associados à doença, baseados em estratégias que envolvem o planeamento de ações, a aceitação do diagnóstico, a reinterpretção mais positiva da doença e o humor, contribui para uma adaptação mais positiva. Estas estratégias, associadas à procura de apoio por parte de outros significativos, quer a nível emocional, quer instrumental, favorecem a experiência de DPT em diversas áreas da vida. Segundo os dados encontrados nesta investigação, o DPT não é uma experiência normativa, porém associa-se à vivência de um acontecimento negativo e suficientemente ameaçador, embora não necessariamente traumático. Esta experiência tem um papel relevante na adaptação psicológica, sobretudo na redução dos índices de depressão e na melhoria da qualidade de vida psicológica e social, funcionando como um *buffer* do impacto de uma percepção mais negativa do cancro da mama na adaptação. Paralelamente, a percepção de mudanças positivas nos recursos e competências pessoais medeia o efeito positivo do coping na adaptação. Assim sendo, mais do que o resultado direto do coping, a adaptação é influenciada pela experiência de DPT.

Deste modo, consideramos que os resultados obtidos nesta investigação, ao reforçarem a multiplicidade de trajetórias individuais, representam um contributo significativo e inovador para a compreensão do processo de adaptação psicológica ao cancro da mama. Paralelamente, oferecem pistas relevantes para o desenvolvimento de investigações futuras e para a planificação e implementação de intervenções psicológicas mais eficazes nesta população.

Introduction

The diagnosis of a life-threatening disease like breast cancer exposes women to a set of demands throughout the different phases of the disease, which can cause emotional distress and difficulties in several areas of life. However, more recent investigations have alerted to the possibility of this diagnosis functioning as an important catalyst of the experience of positive psychological changes, known as Post-Traumatic Growth (PTG). In the adaptation process to breast cancer, some variables may intervene as vulnerability and/or protection factors, bringing about multiple results of adaptation, both of a psycho-pathological nature and of growth. On the other hand, the perception of positive changes itself may promote psychological adaptation, functioning as a buffer of maladaptive outcomes.

The purpose of this investigation was to analyse the process of adaptation of women with breast cancer throughout the several phases of the disease, namely in concerning anxiety and depression levels, quality of life and PTG, assessing the influence of social and demographic, clinical and psychosocial contexts as vulnerability or protection factors. Concurrently, it was also our aim to study the necessary conditions to the emergency of PTG and the role of PTG in the psychological adaptation process to breast cancer.

Methodology

This investigation encompasses a longitudinal study (study V) and five cross-sectional studies, one of them developed with the objective of analysing the psychometric characteristics of the Post-traumatic Growth Inventory, in order to use it in subsequent studies (study 0). The longitudinal study included a sample of 50 women, evaluated at three distinct phases of the course of the disease: recent diagnosis or pre-surgery (T1); adjuvant treatment (T2) and recovery (T3). The cross-sectional studies included a total of 82 women in the recent diagnosis phase; 78 women in the treatment phase and 85 women in the recovery and survival phase. A control group was also used, constituted by 160 women from the general population, without a medical history of cancer.

Besides the collection of clinical and social and demographic data, indicators of psychological adaptation, namely quality of life (WHOQOL-Bref), anxiety and depression (HADS) were evaluated. Levels of PTG (PTGI), coping strategies (*Brief* COPE), the representation of the disease (Brief IPQ) and the traumatic character of breast cancer (two items were designed for that purpose) were also analysed.

Results

In the six studies carried out and as regards the characterization of the women's adaptation throughout the several phases of the disease, the following results stand out: 1) the recent diagnosis phase is characterised by high levels of anxiety and by limitations in the physical quality of life domain, and the perception of health is inferior to the general population; nevertheless, this phase corresponds to the moment when women feel greater satisfaction with the support from the social support network; 2) the treatment phase is characterised by an improvement in emotional

adaptation, however, and also by a decrease in the global and physical quality of life; despite breast cancer being evaluated by women as having a negative impact on their lives, over half the women show high levels of PTG; 3) in the recovery phase, the levels of emotional adaptation and quality of life are similar to those of the general population, except for some aspects of the sexual and physical functioning; in spite of 51% of women considering, retrospectively, the breast cancer experience traumatic, in this phase 60% of the sample reveal moderate to extreme levels of PTG.

As regards vulnerability and protection factors, the results highlight that: 1) the academic qualifications protector quality of life, especially in the treatment phase; 2) the clinical variables are not associated with emotional adaptation, quality of life or PTG; 3) a more negative representation of the impact of the disease is associated with more negative results of emotional adaptation and physical and psychological quality of life; 4) the perception of breast cancer as traumatic is associated with higher levels of anxiety; 5) the use of more confronting coping strategies, especially of a cognitive nature, at an early phase of the disease predict more positive results of emotional adaptation and quality of life in the recovery phase, unlike resorting to avoidance strategies; 6) the use of cognitive coping and seeking social support strategies in the recent diagnosis phase predicts higher levels of PTG in the recovery phase.

Regarding the study of conditions for PTG to occur, the following main results are highlighted: 1) the PTG experience is significantly more relevant amongst women with breast cancer than amongst the general population; 2) for PTG to occur, the event does not necessarily need to be classified as traumatic, have a remarkably negative impact in the woman's life or be associated to more aggressive consequences.

Finally, as far as the relationship between PTG and psychological is concerned, it was found that: 1) PTG is associated with more reduced levels of depression and better psychological and social quality of life during the phases of treatment and recovery/survival; 2) PTG, assessed in the dimension of perception of personal resources and abilities, predicts an improvement during the treatment phase in the psychological quality of life, as well as a reduction in depressive symptomatology, in the recovery phase. 3) The association between PTG and the psychological quality of life is only meaningful in cases of women with breast cancer and it is irrelevant amongst the general population; 4) in turn, this relationship is conditioned by the perception of underlying threat, existing only in situations where breast cancer is not perceived as traumatic; 5) PTG has a buffer effect in adaptation, insofar as it protects women with a more negative perception of the impact of the disease from presenting more negative results of adaptation, such as depression, and impaired psychological and social quality of life; 6) the perception of personal resources and abilities, in the treatment phase, mediates the coping strategies in the psychological adaptation in the recovery phase.

Conclusion

From a global perspective, the results obtained allow us to conclude that breast cancer is an adverse event, perceived as traumatic by one in every two women. This diagnosis is associated with a significant increase of anxiety and it compromises quality of life at a physical, sexual, self-

esteem and health perception level. Nevertheless, the great majority of women tend to show a resilient adaptation pattern and the negative repercussions of breast cancer are, in general, transitory, manifesting themselves mainly in the early phases of the disease. The implementation of cognitive efforts to deal with the different challenges associated with the disease, based on strategies that involve action planning, acceptance of the diagnosis, more positive reinterpretation of the disease and humour contributes to a more positive adaptation. These strategies, associated with support seeking by significant others, both at an emotional and instrumental level, tend to promote PTG experience in several areas of life. According to the data found in this investigation, PTG is not a normative experience, but is connected to experiencing a negative and sufficiently threatening event, although not necessarily traumatic. PTG plays a relevant role in psychological adaptation, especially in the reduction of depression levels and on the improvement of psychological and social quality of life, functioning as a buffer of the impact of a more negative perception of breast cancer on adaptation. Simultaneously, perception of positive changes in personal resources and skills to face challenges mediates the positive effect of coping in adaptation. Therefore, more than a direct effect of coping, adaptation is influenced by PTG experience.

Thus, we consider that, by reinforcing the multiplicity of individual paths, the results obtained represent a significant and innovative contribution to the understanding of the psychological adaptation process to breast cancer. Concomitantly, they offer important clues for the development of future investigations and for the planning and implementation of more effective psychological interventions in this population.



Introdução

¹Introdução

Nos últimos anos, os progressos registados nos meios de diagnóstico e de tratamento do cancro contribuíram para o aumento considerável das taxas de sobrevivência de milhares de doentes oncológicos, que há poucos anos atrás seria esperado que morressem precocemente com a doença. É o caso específico do cancro da mama que, sendo mote de inúmeras campanhas de sensibilização para a prevenção e diagnóstico precoce e de programas organizados de prevenção secundária, onde se destaca o Programa de Rastreio de Cancro da Mama da Liga Portuguesa Contra o Cancro, tem registado uma diminuição significativa no que respeita à taxa de mortalidade e, conseqüentemente, um aumento gradual da sobrevivência. Estes avanços técnicos e científicos, associados a alterações comportamentais, nomeadamente a maior adesão à prevenção primária e secundária, têm contribuído para uma mudança na forma como o cancro em geral, e o cancro da mama em particular, é encarado na sociedade, deixando de ser entendido como uma sentença de morte ou doença fatal, para ser considerado uma doença crónica que exige adaptações em diversas áreas da vida (Dias & Durá, 2001).

Apesar disto, o cancro da mama é ainda o tipo de cancro com maior prevalência no mundo ocidental e em Portugal (Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers, & Parkin, 2010) e o seu diagnóstico continua a representar um acontecimento ameaçador e até mesmo traumático para um grande número de mulheres. Além de poder colocar a vida em risco, ameaça um órgão intrinsecamente associado à feminilidade, maternidade e sexualidade da mulher, o que maximiza o potencial adverso desta doença. Nos últimos cinquenta anos, as investigações realizadas no âmbito da compreensão do impacto do cancro da mama nas diversas áreas da vida da mulher, permitiram verificar que o diagnóstico e o tratamento, frequentemente tão ou mais temido que a própria doença, podem perturbar a adaptação emocional da mulher, para além de se repercutirem em importantes implicações negativas no funcionamento físico, social, familiar, conjugal, laboral, entre outros.

Apesar do sofrimento e das sequelas físicas e psicológicas que se associam a esta doença, que podem perdurar durante todo o período de sobrevivência, uma área de investigação mais recente tem chamado a atenção para a multiplicidade de trajetórias de adaptação (Helgeson, Snyder, & Seltman, 2004), que podem incluir a perturbação emocional, a manutenção do equilíbrio psicológico anterior e/ou a possibilidade de desenvolvimento psicológico. Efetivamente, o confronto com um acontecimento adverso como o cancro da mama, ao obrigar a mulher a lidar com um conjunto de ameaças e desafios, pode, igualmente, constituir uma oportunidade para o aperfeiçoamento ou aprendizagem de novas competências e recursos pessoais; fortalecer as relações afetivas e, eventualmente, uma reaproximação conjugal; incentivar à reorganização das prioridades de vida e constituição de novos objetivos e metas pessoais; impulsionar a construção de um novo autoconceito e percepção de si própria, como mais forte, competente e capaz de ultrapassar os obstáculos mais ameaçadores. O estudo científico destas mudanças, conhecido

¹ A presente dissertação encontra-se redigida segundo o novo acordo ortográfico, tendo sido utilizado o corretor Lince.

por *desenvolvimento pós-traumático* (DPT; *posttraumatic growth*), constitui uma nova área de investigação em proeminente expansão.

Ainda que esta área de investigação esteja fortemente desenvolvida no âmbito da psico-oncologia, existem ainda muitos aspetos que carecem de maior atenção científica, e muitas questões encontram-se ainda por responder. Por outro lado, no nosso país o estudo científico do DPT está ainda a dar os seus primeiros passos, não se conhecendo estudos realizados especificamente em mulheres com cancro da mama. Este trabalho foi desenvolvido na tentativa de responder a algumas das questões que se mantêm em aberto e, desta forma, contribuir para ampliar o conhecimento científico nesta área, procurando, simultaneamente, oferecer pistas para a melhoria da prática clínica.

Deste modo, a investigação que será apresentada e discutida nesta dissertação, centrou-se na análise do processo de adaptação ao cancro da mama ao longo das diversas fases da doença e na exploração da experiência de DPT. Considerando a Psicopatologia do Desenvolvimento como o macroparadigma orientador deste trabalho, tanto do ponto de vista teórico como metodológico, foi nosso objetivo o estudo das (des)continuidades dos percursos de adaptação da mulher ao longo das fases de diagnóstico recente, tratamento e recuperação, nomeadamente a evolução da sintomatologia ansiosa e depressiva, da qualidade de vida e do DPT. Tendo em consideração a relevância de identificar fatores de vulnerabilidade e/ou proteção na determinação das trajetórias (in)adaptativas, foi dada particular atenção ao estudo do impacto dos fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais nos indicadores de adaptação considerados. Por outro lado, e dado que uma das questões de investigação mais proeminentes no domínio do DPT diz respeito à compreensão das condições da sua emergência, sobretudo no que respeita às características do acontecimento adverso, foi desenvolvido um estudo em que estas questões foram particularmente endereçadas. Por último, e tendo em conta que o DPT e a adaptação psicológica são processos independentes mas que podem influenciar-se mutuamente, procurámos também compreender esta possível associação, mais concretamente, o impacto do DPT na adaptação psicológica.

Estes objetivos foram concretizados através da realização de um estudo longitudinal no qual participaram 50 mulheres, avaliadas nas três fases da doença (diagnóstico recente ou pré-cirurgia; tratamento adjuvante e recuperação). Além disso, foram desenvolvidos cinco estudos transversais, que integraram mulheres nas diversas fases da doença, assim como um grupo de controlo constituído por mulheres da população geral. Estes estudos empíricos deram origem aos seis artigos científicos que apresentamos no capítulo V desta dissertação e que foram publicados em revistas científicas internacionais e nacionais. Estes artigos representam um esforço adicional de clarificação e estruturação dos objetivos deste trabalho, tornando mais acessível a partilha de conhecimentos.

Assim, esta dissertação encontra-se dividida em três partes distintas, a primeira das quais dedicada ao enquadramento teórico da investigação desenvolvida; a segunda parte, direcionada à apresentação do contributo empírico deste trabalho, e a terceira parte, à discussão dos principais resultados e implicações da investigação.

A primeira parte é constituída por três capítulos que, de uma forma necessariamente reduzida, isenta e atual, apresentam a revisão da literatura que deu origem às questões colocadas nesta investigação e que serviu de base para o desenvolvimento do trabalho efetuado.

O capítulo I, denominado *Cancro da mama: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento*, faz uma caracterização do cancro sob o ponto de vista epidemiológico e clínico. Deste modo, são apresentados alguns dados recentes de prevalência, incidência e mortalidade, quer a nível nacional, quer internacional; é realizada uma breve caracterização da doença do ponto de vista histológico; principais fatores de risco; métodos de diagnóstico e tratamentos disponíveis; finalizando com uma breve abordagem à reconstrução mamária.

O capítulo II, intitulado *Adaptação psicológica nas diversas fases do cancro da mama*, além de apresentar uma reflexão sobre o conceito de adaptação, tendo por base os principais modelos explicativos do processo de adaptação psicológica ao cancro da mama, faz uma breve caracterização das principais repercussões da doença na adaptação emocional e na qualidade de vida, ao longo das diversas fases do seu curso. É também realizada uma breve síntese dos principais fatores que influenciam a adaptação da mulher, enquanto fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção.

O capítulo III, denominado *Desenvolvimento Pós-Traumático em mulheres com cancro da mama*, percorre alguns dos tópicos mais proeminentes no âmbito do DPT em mulheres com cancro da mama. O capítulo inicia com uma breve referência ao potencial traumático do cancro da mama para, posteriormente, ser apresentado o conceito DPT, assim como os principais modelos de compreensão, onde se destaca o Modelo funcional-descritivo de DPT de Tedeschi e Calhoun (2004). De seguida, são apresentados os resultados mais relevantes da investigação do DPT em mulheres com cancro da mama, dando particular ênfase à relação entre DPT e adaptação psicológica e aos principais determinantes psicossociais do DPT. O capítulo finaliza com uma reflexão sobre a validade dos relatos de DPT.

A segunda parte desta dissertação é constituída por três capítulos adicionais que sumarizam o contributo empírico desta investigação.

O capítulo IV, apresenta, de uma forma global e integrada, os principais *Objetivos e Metodologia da Investigação* desenvolvida. Embora cada um dos seis estudos empíricos realizados contenha uma secção dedicada à descrição dos objetivos e aspetos metodológicos específicos, neste capítulo é feita uma caracterização global de toda a investigação, facilitando, deste modo, a compreensão da interligação entre os diversos estudos efetuados.

O capítulo V é dedicado à apresentação dos seis *Estudos Empíricos* que constituem esta investigação.

O capítulo inicia com a apresentação de um estudo preliminar, designado estudo 0, com o título *Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa*. Neste estudo são apresentados os principais resultados do estudo de validação do *Posttraumatic Growth Inventory* numa amostra

de mulheres com cancro da mama, realizada de forma a possibilitar a utilização adequada deste instrumento nos estudos subsequentes.

O estudo I, *Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência ao cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping*, caracteriza a adaptação ao cancro da mama do ponto de vista da sintomatologia ansiosa e depressiva em duas fases da doença, a fase de diagnóstico recente e a fase da sobrevivência, por comparação a uma amostra de mulheres da população geral. Além disso, identifica as principais estratégias de coping, que se associam a resultados mais (in)adaptativos em ambas as fases da doença.

O estudo II, *Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção*, caracteriza a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência, tendo como referência um grupo de mulheres da população geral. Por outro lado, identifica o papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na qualidade de vida, em cada uma destas fases da doença.

O estudo III, *Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women*, avalia a adaptação psicológica e o DPT tendo em conta a ocorrência de um acontecimento indutor de stress significativo e a perceção do cancro da mama como uma experiência traumática. Além disso, analisa a relação entre DPT e adaptação psicológica, explorado o papel moderador da natureza do acontecimento nesta relação.

O estudo IV, *Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth*, analisa o papel do DPT como amortecedor (*buffer*) do impacto de uma representação mais negativa das consequências do cancro da mama nos indicadores de adaptação psicológica (ansiedade, depressão e o domínio psicológico da qualidade de vida) em mulheres a realizar tratamento.

O estudo V, *Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth*, examina a evolução do DPT e da adaptação psicológica ao longo de três fases do curso da doença (diagnóstico recente, tratamento e recuperação) tendo em conta o tipo de cirurgia e o tipo de tratamento adjuvante. Além disso, analisa o papel mediador do DPT na relação entre as estratégias de coping e os indicadores de adaptação psicológica.

A terceira parte desta dissertação inclui um último capítulo (capítulo VI), dedicado à *Síntese, discussão e contributos da investigação*. Ao longo deste capítulo são sintetizados e discutidos os principais resultados obtidos, as implicações e contributos mais relevantes para a investigação e prática clínica, referindo, necessariamente, as principais limitações e pistas para a investigação futura.

Como é possível verificar nesta breve introdução do que irá ser exposto ao longo das próximas páginas, na nossa investigação, e à semelhança do que tem sido veiculado por outros autores (McAdams, 1993, citado por Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 9), o cancro da mama surge conceptualizado como um acontecimento adverso e potencialmente traumático, que pode, no entanto, constituir-se como um acontecimento de transição ou um ponto de viragem para

trajetórias desenvolvimentais mais adaptativas. Embora tenhamos em consideração todas as consequências negativas, assim como o caráter invalidante e traumático deste diagnóstico, que de modo algum pretendemos secundarizar neste trabalho, não podemos negar o seu potencial de desenvolvimento. Assim sendo, perspetivamos com este trabalho poder oferecer um contributo para uma compreensão mais holística do processo de adaptação ao cancro da mama, chamando igualmente a atenção para importantes fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção, que ao interferirem neste processo podem aproximar a mulher de trajetórias mais (in)adaptativas.



Parte I

Enquadramento teórico

Capítulo I.

Cancro da mama: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento

A caracterização do cancro da mama numa perspetiva epidemiológica e clínica é fundamental para a compreensão da doença e das suas implicações na adaptação psicológica da mulher. Neste sentido, consideramos que este conhecimento se reveste de particular importância no enquadramento deste trabalho.

O capítulo inicia com a apresentação de alguns dados epidemiológicos do cancro em geral, e do cancro da mama em particular, no contexto nacional e internacional. De seguida, é apresentada a definição e caracterização clínica do cancro da mama, assim como são identificados os principais fatores de risco. São ainda apresentados os meios de diagnóstico e de tratamento da doença e, por fim, é realizada uma breve abordagem à reconstrução mamária.

1. Epidemiologia do cancro da mama: Incidência, prevalência, sobrevivência e mortalidade

O cancro é, atualmente, uma das doenças com maior incidência e prevalência em todo o mundo, sendo considerada por muitos investigadores uma doença epidémica, resultante das grandes alterações demográficas, entre elas, o envelhecimento da população (Gartner, 2007, citado por Albrecht, McKee, Alexe, Coleman, & Martin-Moreno, 2008).

De acordo com a International Agency for Research on Cancer (IARC), mais precisamente com os dados da GLOBOCAN (Ferlay et al., 2010), estima-se que em 2008 tenham sido diagnosticados em todo o mundo cerca de 12.7 milhões de novos casos de cancro e que tenham ocorrido aproximadamente 7.6 milhões de mortes, na sua maioria provocadas pelo cancro do pulmão (1.376.579 óbitos), estômago (737.419 óbitos) e fígado (694.918 óbitos).

Também na Europa (considerando os 27 Estados membros), o número de casos de cancro tem vindo a aumentar nos últimos anos. Estima-se que em 2008 tenham sido registados aproximadamente 2 milhões e meio de novos casos de cancro, sendo o cancro colorretal o mais incidente (334.092 novos casos); seguido do cancro da mama (332.670 novos casos); próstata (323.790 novos casos) e pulmão (289.406 novos casos). Com base nas taxas de incidência atuais, prevê-se que um em cada três indivíduos na Europa desenvolva algum tipo de cancro durante a vida (Albrecht et al., 2008) e que entre 2002 e 2020, o número de novos casos de cancro aumente cerca de 20% (Bray, 2008).

No que respeita à mortalidade na população Europeia, cerca de uma em cada quatro mortes pode ser atribuída a uma doença oncológica, sobretudo nos indivíduos entre os 45 e os 64 anos de idade, onde esta proporção pode atingir os 50% (Bray, 2008). Em 2008, registaram-se na Europa 1.2 milhões de mortes por cancro, sobretudo por cancro do pulmão (254.031 óbitos), cancro colorretal (149.159 óbitos), mama (89.801 óbitos), pâncreas (71.116 óbitos) e próstata (71.027 óbitos) (Ferlay et al., 2010).

O cancro da mama é um dos tipos de tumor com maior incidência e prevalência, correspondendo a 23% de todos os casos de cancro diagnosticados em 2008 (de Oliveira & Silva, 2011). À escala mundial, e considerando ambos os sexos, é o segundo tipo de cancro mais frequente, só precedido pelo cancro do pulmão, seguindo-se o cancro colorretal, estômago e próstata. Entre as mulheres, é a forma de neoplasia mais comum e, atualmente, a segunda causa de morte por cancro feminino, sendo estimado que em 2008 tenham sido diagnosticadas cerca de 1.38 milhões de mulheres e tenham ocorrido, aproximadamente, meio milhão de mortes por cancro da mama em todo o mundo. Estima-se, portanto, que um em cada 10 novos casos de cancro diagnosticados anualmente corresponda a um cancro da mama feminino² (Rodrigues, 2011).

Na Europa, o cancro da mama é também o tipo de tumor com maior incidência na mulher, estimando-se que em 2008 tenham ocorrido 332.670 novos casos (77.1/100.000)³ e 89.801 (16.6/100.000) mortes (Ferlay et al., 2010). Apesar de constituir o tipo de cancro mais comum na mulher também nos países em desenvolvimento, as taxas de incidência são significativamente mais elevadas na Europa Ocidental (89.9/100.000 mulheres) do que na África Oriental (19.3/100.000 mulheres), por exemplo (de Oliveira & Silva, 2011).

Em Portugal, segundo os dados da GLOBOCAN, e considerando ambos os sexos, estima-se que em 2008 tenham sido registados 43.284 novos casos de cancro (223.2/100.000) e 24.302 mortes (106.3/100.000), sendo o cancro colorretal o tipo de cancro com maior incidência, logo seguido do cancro da mama. Tendo em conta as taxas de incidência e de mortalidade, e excluindo outras causas de morte, estima-se que por cada 100 nados-vivos, aproximadamente 22 desenvolvam algum tipo de cancro antes dos 75 anos de idade (26.8% nos homens, e de 18.4% nas mulheres). Já a probabilidade de morrer por cancro antes dos 75 anos é de aproximadamente 11 casos por cada 100 nados-vivos (14.7% nos homens e 7.6% nas mulheres) (Ferlay et al., 2010). No entanto, há que realçar que as taxas de mortalidade por cancro em Portugal têm diminuído substancialmente. De acordo com o Plano Nacional da Saúde da Direção-Geral de Saúde (DGS, 2004), comparando os indicadores de Portugal com os indicadores dos países da União Europeia, é possível reduzir a mortalidade prematura por cancro em 38% no caso dos homens e em 10% no caso das mulheres.

Ainda em Portugal, e considerando apenas o sexo feminino, o cancro da mama é o tumor mais frequente, com 5333 novos casos (60.0/100.000) estimados em 2008. É também a segunda causa de morte por cancro na mulher (1537 mortes em 2008; 13.5/100.000), apenas precedida, ainda que de uma forma mínima, pelo cancro colorretal (1579 mortes) (Ferlay et al., 2010).

À semelhança de outros países da Europa, onde se tem observado um aumento da incidência de cancro da mama, os dados epidemiológicos disponíveis no nosso país têm permitido verificar a mesma tendência de crescimento. Entre 1991 e 1997, este aumento foi de 49.5 para 61.1/100.000

² No decurso deste trabalho, e à exceção das situações indicadas, sempre que mencionamos cancro da mama pretendemos referir-nos ao cancro da mama feminino.

³ A incidência de uma doença diz respeito ao número de novos casos detetados numa determinada população e num determinado período específico. Pode ser apresentada sob a forma de um número absoluto de novos casos ou, mais frequentemente, através de uma taxa que expressa o número de novos casos num determinado ano e por cada 100.000 habitantes. Esta taxa permite obter uma aproximação do risco médio de desenvolver um cancro (Rodrigues, 2011).

mulheres (DGS, 2004) e segundo a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO, 2009) entre 2000 e 2006 este número aumentou substancialmente, de 73/100.000 para 103.5/100.000. Só na Região Centro estima-se que em 2010 tenham sido registados 1421 novos casos de cancro da mama feminino (RORCentro, 2012). Em 2020 é estimado que 6000 mulheres portuguesas recebam o diagnóstico de cancro da mama, sobretudo as mulheres com 65 e mais anos (Ferlay et al., 2010).

Já relativamente à mortalidade, esta tem revelado uma tendência decrescente desde o início da década de 90, com uma diminuição anual de 2% entre 1992 e 2002, particularmente nas mulheres entre os 45 e os 54 anos. Este declínio é mais acentuado nos distritos com taxas de mortalidade mais elevadas, sobretudo o distrito de Lisboa (Bastos, Barros, & Lunet, 2007). Os dados disponíveis para o nosso país indicam uma redução de 14% na taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama (em mulheres com menos de 65 anos) em 2005 (12.3/100.000), relativamente ao valor obtido em 2001 (14.3/100.000). As projeções para 2016 revelam um decréscimo ainda mais acentuado da mortalidade, para uma taxa de aproximadamente 9.1/100.000 mulheres (DGS, 2012).

Segundo as Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento do Cancro da Mama da CNDO (2009), este declínio ficou a dever-se essencialmente a dois fatores: (1) programas de rastreio de cancro da mama, através dos quais se realiza uma mamografia às mulheres que não apresentam qualquer tipo de sinais ou sintomas de doença, o que têm permitido realizar o diagnóstico precoce de lesões malignas em estadio inicial; (2) tratamentos mais eficazes e menos agressivos que, dependendo da localização do tumor no momento do diagnóstico e da idade da mulher, têm contribuído para um aumento substancial das taxas de sobrevivência.

Segundo a American Cancer Society (ACS, 2009) a taxa de sobrevivência por cancro da mama, cinco anos após o diagnóstico é de 89%, sendo que esta probabilidade diminui, respetivamente, para 82% e 75%, 10 e 15 anos após o diagnóstico. No entanto, a taxa de sobrevivência a cinco anos aumenta para 98% no caso de um carcinoma *in situ*, e diminui para 84% no caso de um carcinoma disseminado em zonas adjacentes e para 23% nas situações em que exista evidência de metastização para outros órgãos. O tamanho do tumor no momento do diagnóstico, assim como a idade da mulher, são indicadores relevantes para o cálculo da taxa de sobrevivência, sendo esta menor em mulheres com menos de 40 anos e cujos tumores apresentem dimensão superior a 2 cm (ACS, 2009).

Na Europa, e segundo os dados da EURO CARE, a taxa de sobrevivência relativa a 5 anos situa-se nos 82.2% (Brenner et al., 2009). Em Portugal, nos casos de cancro da mama diagnosticados entre 1990 e 1994, a taxa de sobrevivência relativa a 5 anos foi de 71.9% (Bastos et al., 2007). Nos casos diagnosticados entre 2000 e 2001, verificou-se uma melhoria generalizada em todo o país. Assim, na região abrangida pelo RORENO (distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real) a taxa de sobrevivência foi de 81.6% (RORENO, 2009); na região abrangida pelo RORCentro (distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu) esta taxa foi de 76% (RORCentro, 2011); e na região abrangida pelo RORSul (distritos de Beja, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre, Santarém, Setúbal e a Região Autónoma da Madeira) atingiu os 82% (79.9% se ajustado à mesma população utilizada no RORENO) (ROR-Sul, 2008).

Assim, nos dias de hoje, o cancro da mama é o tumor com maior prevalência em todo o mundo, estimando-se que se encontram vivas aproximadamente 5.2 milhões de mulheres a quem foi diagnosticada a doença nos últimos cinco anos. Destas, aproximadamente 21.279 são mulheres Portuguesas (Ferlay et al., 2010). Segundo as estimativas da IARC (Ferlay et al., 2010), até 2030 a incidência e a mortalidade por cancro irão duplicar, sendo previstos 21.4 milhões de novos casos de cancro e 13.2 milhões de mortes por ano. Tendo em conta estes dados, e mais particularmente o aumento da incidência de cancro da mama no nosso país, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012) destaca o combate ao cancro da mama como uma das áreas prioritárias ao nível da saúde pública em Portugal.

2. Definição e tipos de cancro da mama

A mama

A mama feminina é uma estrutura glandular, formada por tecido glandular epitelial, tecido celuloadiposo e tecido fibroso. Está localizada no tórax e a sua função primordial é a produção de leite (Bernardes, 2011). Cada glândula mamária apresenta à superfície uma saliência, o mamilo, rodeado de uma aréola de forma circular e pigmentada. Na mulher adulta, a mama apresenta quinze a vinte secções, denominadas *lobos*, que se encontram cobertos por uma quantidade considerável de tecido adiposo. Os lobos contêm centenas de lóbulos mais pequenos que, através de pequenas glândulas, são responsáveis pela produção de leite. Este é transportado dos lóbulos até ao mamilo por pequenos tubos finos, denominados *ductos* (National Cancer Institute, 2011a).

A mama é também constituída por vasos linfáticos, que transportam a linfa da mama para outras partes do corpo, e que terminam em pequenos órgãos arredondados, conhecidos por *gânglios linfáticos*. Existem grupos de gânglios linfáticos em diversas zonas do corpo, inclusivamente junto à mama, como nas axilas, acima da clavícula e atrás do esterno. Os gânglios linfáticos têm como função a proteção, filtrando bactérias, células cancerígenas ou outras substâncias malignas presentes na linfa que flui da mama, sendo, por isso, elementos centrais do sistema imunitário. Uma vez que é através dos gânglios linfáticos que as células cancerígenas se espalham para outros tecidos e órgãos, é cada vez mais reconhecido o seu papel diagnóstico e terapêutico, na medida em que a sua extração parcial ou total permite, respetivamente, a deteção destas células no sistema linfático (e assim a determinação do estadio da doença), bem como controlar localmente a sua disseminação (ACS, 2010).

O cancro da mama

O organismo humano é constituído por triliões de células que se reproduzem pelo processo de divisão celular. Em condições normais, este é um processo ordenado e controlado que dá origem à formação, crescimento e regeneração de tecidos do corpo, pela substituição de células do organismo. Algumas vezes, porém, os genes responsáveis pela regulação do crescimento celular e pelo seu funcionamento saudável, sofrem alterações ou mutações, perdendo a capacidade de

comandar e limitar o crescimento celular, o que leva a que as células do organismo se dividam de forma rápida e aleatória e se multipliquem de um modo desordenado, passando a produzir cópias celulares idênticas a si mesmas. Como consequência desta proliferação anormal e descontrolada de células, os tecidos podem sofrer um desequilíbrio na sua formação, originando alterações orgânicas conhecidas por *tumor* (ACS, 2010).

Este conjunto de células (tumor) pode ser de natureza benigna ou maligna. Os *tumores benignos* são caracterizados por raramente colocarem a vida em risco; podem regredir; serem facilmente removidos; e não se disseminarem para outros tecidos ou órgãos do corpo. Já os *tumores malignos*, que obtêm a designação de cancro, podem ser incompatíveis com a vida pela sua capacidade de invasão e disseminação. Estes tumores são caracterizados por danificarem os órgãos envolvidos e por romperem o seu tecido. Assim, através de um vaso sanguíneo ou linfático, invadem outros órgãos do corpo, formando um novo tumor (tumor secundário ou metástase). Embora sejam passíveis de tratamento, estes tumores podem reincidir no mesmo órgão ou noutros órgãos do corpo (ACS, 2010).

O cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve nas células da mama. Habitualmente apresenta-se como uma massa dura e irregular que, quando palpada, se diferencia do resto da mama pela sua consistência. Do total de tumores da mama diagnosticados, cerca de 95% caracterizam-se por se desenvolverem em células epiteliais do tecido mamário, denominando-se *carcinomas*. Os restantes 5% correspondem a outros tipos histológicos, como é o exemplo dos tumores filóides, sarcomas e linfomas (Robert e Goldschmidt, 2000, citado por Amorim, 2007).

Quase todos os carcinomas da mama têm origem nos ductos ou nos lóbulos da mama. Caso as células malignas não tenham rompido a membrana basal, o tumor é denominado *in situ*; caso contrário, é designado por tumor *invasivo*.

Existem vários tipos histopatológicos de neoplasias mamárias, que diferem nas suas características clínicas, morfológicas e comportamento biológico (ACS, 2010). O *carcinoma ductal in situ* (CDIS) é um tumor não invasivo que se localiza e está limitado aos ductos da mama, pelo que apresenta uma elevada probabilidade de cura. Este é o tumor da mama não invasivo mais frequente e, de uma forma global, corresponde a um em cada cinco casos de cancro da mama. Em alguns casos o CDIS progride para um carcinoma invasivo. Da mesma forma, o *carcinoma lobular in situ* (CLIS) encontra-se limitado aos lóbulos, sem invasão dos tecidos mamários vizinhos ou de outros órgãos. Embora não seja considerado um tumor maligno mas uma lesão pré-maligna, é classificado como um carcinoma (não invasivo) dado que mulher com um CLIS tem oito a onze vezes mais probabilidade de desenvolver cancro da mama (Amorim, 2007). Já o *carcinoma ductal invasivo* (CDI) tem origem nos ductos e tende a invadir o restante tecido mamário. Surge frequentemente acompanhado de metástases nos gânglios linfáticos axilares e pode espalhar-se rapidamente para outras partes do corpo. Cerca de oito em cada dez casos de carcinomas invasivos são carcinomas ductais (de Oliveira & Silva, 2011). O *carcinoma lobular invasivo* (CLI) é um tumor que tem origem nos lóbulos da mama e que pode apresentar-se de forma multicêntrica e/ou envolver a mama oposta, exibindo, normalmente, metástases nos gânglios linfáticos axilares. É mais raro do que o CDI, uma vez que apenas em um cada dez casos de carcinomas invasivos corresponde ao CLI (de Oliveira & Silva, 2011).

Para além destes tipos de cancro da mama, existem outros tipos mais raros (ACS, 2010). Entre eles encontra-se o *carcinoma inflamatório*, que corresponde a uma forma de cancro avançado que se caracteriza, não pela presença de um nódulo, mas pela evidência de sinais na mama, nomeadamente rubor, dor e calor. Habitualmente são identificados nódulos axilares palpáveis e possíveis metástases com prognóstico, por vezes, reservado. Corresponde a cerca de 1% a 3% de todos os cancros da mama. O *carcinoma metaplásico* é uma variante muito rara do CDI, representando menos de 1% dos carcinomas invasivos. Este tipo de carcinoma inclui células que normalmente não são encontradas na mama, como as células de aparência cutânea (células escamosas) ou as células que constituem o osso. Por outro lado, um tipo de cancro da mama conhecido por *doença de Paget do mamilo*, encontra-se em cerca de 1% das lesões mamárias e caracteriza-se pela presença de um tumor que se forma nos ductos da mama e invade a pele do complexo aréolo-mamilar, originando sintomas como crostas e esfoliação do mamilo, prurido ou sangramento e erupção crónica da aréola. Estes sintomas são, na maioria das vezes, indiciadores de CDIS ou CDI subjacente. O *carcinoma medular* é, habitualmente, é um tumor de grandes dimensões, apresentando limites pouco definidos relativamente ao tecido saudável da mama. Está presente em menos de 1% dos casos de cancro da mama, sendo o prognóstico mais favorável do que nos restantes carcinomas invasivos. O *carcinoma mucinoso* (coloidal) surge geralmente associado a outro tipo de carcinomas da mama e caracteriza-se pela presença de células malignas produtoras de muco. Apresenta um crescimento lento, todavia pode evoluir para grandes proporções. Corresponde a cerca de 2% de todos os carcinomas da mama, e embora seja um tumor invasivo, associa-se a um bom prognóstico, especialmente se mantiver a secreção mucinosa. O *carcinoma tubular* é um tipo de CDI que raramente apresenta metástases axilares, sendo o prognóstico bastante favorável. Tem o nome tubular pela sua aparência quando observado em microscópio. É bastante raro, representando cerca de 1 a 3% dos carcinomas da mama. O *carcinoma papilar* é considerado um tipo de CDIS, que está presente, sobretudo, nas mulheres com mais idade, e representa cerca de 1% a 2% de todos os cancros da mama. Por último, o tumor *filóide maligno*, contrariamente aos carcinomas, desenvolve-se no estroma mamário e é bastante raro (ACS, 2010; de Oliveira & Silva, 2011).

3. Fatores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama

A investigação tem demonstrado que não existe uma causa única para o aparecimento do cancro da mama. Trata-se, portanto, de uma doença heterogénea e multifatorial que resulta da interação de fatores genéticos, metabólicos e ambientais, onde se incluem as opções reprodutivas e comportamentais da mulher (McPherson, Steel, & Dixon, 2000; Otto, 2000). Contudo, conhecem-se alguns fatores de risco, ou seja, condições que aumentam a probabilidade da mulher desenvolver cancro da mama.

Entre eles o *género feminino* e a *idade* assumem particular relevância, dado que a probabilidade de ter cancro da mama é substancialmente mais elevada na mulher (apenas 1% dos cancros da mama são diagnosticados no homem) e aumenta com o avanço da idade e com a aproximação da menopausa (um em cada oito casos de cancro da mama ocorre em mulheres com menos de

45 anos e cerca de dois em cada três casos surgem em mulheres com mais de 55 anos de idade) (ACS, 2010).

O risco de uma mulher desenvolver cancro da mama é mais elevado na mulher com *história familiar* da mesma doença (fatores genéticos). Efetivamente, ter um familiar em primeiro grau com história de cancro da mama (mãe, irmã ou filha) duplica o risco de contrair a doença. No entanto, estudos indicam que apenas 15% das mulheres com cancro da mama têm antecedentes familiares da mesma doença (ACS, 2010). Além disso, a *história pessoal/anterior de cancro da mama* é um fator de risco importante, uma vez que a mulher que já tenha tido a doença corre um risco três a quatro vezes superior de desenvolver uma recidiva na mesma ou na outra mama.

Os estudos sugerem, igualmente, que as mulheres cuja *menarca* ocorreu antes dos 11 anos de idade e a *menopausa* após os 54 anos, apresentam maior risco de cancro da mama, dada a exposição mais prolongada às hormonas femininas. Por outro lado, as mulheres sujeitas a *terapia hormonal de substituição* (apenas com estrogénios ou estrogénios e progesterona) durante 5 ou mais anos, têm também maior probabilidade de desenvolver a doença, uma vez que, além da maior exposição hormonal, a terapia hormonal de substituição aumenta a densidade da mama, o que por sua vez diminui a sensibilidade para a deteção de alterações mamárias nos exames imagiológicos. Da mesma forma, as mulheres cuja *história reprodutiva* inclua uma primeira gravidez após os 30 anos ou nuliparidade, têm também um risco aumentado de desenvolver a doença (McPherson et al., 2000).

Algumas *alterações benignas da mama*, como sejam a hiperplasia atípica (caracterizada pelo crescimento anormal de células benignas mas anómalas e que algumas vezes podem ser compatíveis com um estado pré-maligno de doença da mama) ou o CLIS, aumentam o risco de cancro da mama. Também as mulheres cujos *tecidos mamários são mais densos*, e por isso apresentam maior proporção de tecido glandular, têm maior probabilidade de desenvolver a doença, apesar deste não constituir um fator de risco com relevância clínica (McPherson et al., 2000).

As mulheres submetidas a *radioterapia* à mama, ou em área corporal próxima, antes dos 30 anos, têm, igualmente, um risco aumentado de desenvolver cancro da mama. Além disso, a *obesidade*, sobretudo em mulheres após a menopausa; a *atividade física deficitária*; e o consumo de *bebidas alcoólicas* e de *tabaco*, são fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver a doença (McPherson et al., 2000).

Embora estes fatores sejam globalmente reconhecidos, alguns estudos revelam que muitas mulheres diagnosticadas com cancro da mama (aproximadamente 75%) não evidenciam nenhum destes fatores de risco (Seidman, Stellman, & Mushinski, 1982). Por outro lado, são também frequentes situações de mulheres que apresentam mais do que um fator de risco e que não desenvolvem a doença, o que dificulta a compreensão do contributo destes fatores na etiologia do cancro da mama (ACS, 2010).

Na tentativa de aprofundar o conhecimento sobre os fatores que podem estar na origem do cancro da mama, e admitindo a relevância da hereditariedade, a investigação tem incidido sobre os fatores de risco genéticos (Murray, 2009). Neste âmbito, têm sido realizados estudos que

apontam para uma relação entre as mutações dos *genes supressores de tumores* BRCA1 e BRCA2⁴ e o cancro da mama. Os resultados destes estudos têm indicado que os portadores destes genes, independentemente da história familiar da doença, apresentam maior probabilidade de desenvolver cancro da mama (Baum & Schipper, 2005; Murray, 2009).

Outros estudos sugerem que o aumento da expressão da proteína HER2⁵ intervém na transformação oncogénica, o que amplia a probabilidade de um crescimento celular desordenado, dando origem ao cancro da mama. Deste modo, a mulher com cancro da mama HER2 positivo (HER2+) tem, habitualmente, um tumor mais agressivo e geralmente mais indiferenciado. Também as mutações da proteína p53 (síndrome Li-Fraumeni) aumentam em 90% a probabilidade de uma criança de sexo feminino desenvolver cancro da mama em idade adulta (Baum & Schipper, 2005).

Outra área de investigação no âmbito dos fatores etiológicos do cancro da mama incide sobre o eventual impacto dos fatores psicossociais (Falagas, Zarkadoulis, Loannidou, Peppas, Christodoulou, & Rafailidis, 2007; Fernandes, 2000; Fox, 1998; Maia, 2002; Watson & Greer, 1998), entre eles, a ocorrência de acontecimentos de vida indutores de stress significativo; a depressão; os traços de personalidade (e.g. neuroticismo) e respetivos estilos de coping (Johansen, 2010); e a qualidade das relações sociais (Maia, 2002). Contudo, os resultados da investigação são contraditórios. Alguns estudos revelam associações significativas entre estes fatores e o aparecimento e/ou progressão do cancro, na medida em que estes podem diminuir a eficácia do sistema imunológico, o que implica uma maior vulnerabilidade biológica para o cancro⁶ (Reiche, Nunes, & Morimoto, 2004). Por exemplo, a exposição a fatores de stress crónico pode aumentar a produção de hormonas como a prolactina e o estrogénio, o que, por sua vez, pode estimular a multiplicação de células ativadoras dos mecanismos imunológicos associados a um estado inflamatório, traduzindo-se no aparecimento de uma doença oncológica (Figueiredo, Soares, Mota Cardoso, Alves, & Dias, 2004). Todavia, a maioria dos estudos não encontra uma relação significativa entre os aspetos psicossociais e a etiologia e progressão do cancro (Bleiker &

⁴ O BRCA1 e o BRCA2 são genes que se encontram nos cromossomas 17 e 13, respetivamente. Quando se encontram sem mutação, os dois genes funcionam como supressores de tumores. Quando sofrem mutações, podem associar-se ao desenvolvimento de tumores hereditários, sobretudo na mama e nos ovários (NCI, 2011a).

⁵ HER2 é a abreviatura de "Human Epidermal growth factor Recetor-type 2", ou seja, recetor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano. Em quantidades normais, esta proteína tem um papel importante no crescimento e desenvolvimento de uma vasta categoria de células, designadas por células epiteliais, onde se incluem as células que constituem o cancro da mama. Um erro aleatório no gene HER2, responsável pela produção da proteína HER2, pode levar ao desenvolvimento de cancro. Assim, e para um diagnóstico correto, na amostra de tecido mamário deve ser analisado e pesquisado o aumento (ou sobre-expressão) do recetor HER2 ou do gene HER2/neu. Esta alteração corresponde a um subtipo específico de cancro da mama, denominado cancro da mama HER2 positivo (HER2+). Embora seja considerado um tumor agressivo, existe uma terapêutica específica para as células HER2+, que consiste na aplicação de um anticorpo monoclonal, nomeadamente o trastuzumab (Herceptin®) (IARC, 2011).

⁶ Investigações têm demonstrado que a o sistema imunológico sofre alterações na sequência da ativação do Sistema Nervoso Central (SNC), do sistema endócrino e das mudanças comportamentais que, por sua vez, são influenciados pelas características e estados psicológicos dos indivíduos. O SNC liga-se ao sistema imunológico na medida em que a libertação de neurotransmissores tem influência na produção de linfócitos como as NK. Já as ligações entre o sistema imunológico e o sistema endócrino ocorrem através da libertação de hormonas como catecolaminas (epinefrina e norepinefrina), cortisol, prolactina, ACTH, TSH, hormona do crescimento ou opiáceos endógenos, hormonas que estão relacionadas com a resposta ao stress. Além disso, alguns comportamentos associados a determinados traços de personalidade ou enquanto respostas ao stress (por exemplo, fumar, dieta inapropriada, perturbações de sono, entre outros) podem, igualmente, enfraquecer o sistema imunológico (Maia, 2002).

van der Ploeg, 1999; Dalton, Boesen, Ross, Schapiro, & Johansen, 2002; Garsen, 2004; Johansen, 2010; NCI, 2011b), sendo necessários mais estudos neste âmbito.

Como se verifica, o cancro da mama é uma doença resultante da combinação de diversos fatores, o que torna difícil a identificação de grupos de risco para os quais devam ser direcionados os esforços de prevenção e aplicadas medidas de deteção precoce. Ainda assim, o conhecimento atual acerca dos fatores de risco, sobretudo dos grupos etários de risco, continua a ser fundamental para a promoção de comportamentos preventivos e implementação de programas de deteção precoce e controlo da doença (Fernandes, 2009).

4. Diagnóstico e classificação do cancro da mama

O cancro da mama pode ser diagnosticado quer na presença de sintomatologia, quer na sua ausência. A forma de deteção mais comum consiste na identificação de um nódulo mamário, que pode ser palpado pela mulher ou sinalizado através de um exame imagiológico, como a mamografia. Habitualmente, esse nódulo não é doloroso mas pode ser acompanhado de dor, calor e rubor numa extensão variável da mama. Outros sintomas podem ser referidos pela mulher e devem ser sujeitos a avaliação. Entre eles, o corrimento mamilar (e.g. leitoso, seroso ou sanguíneo); as alterações da pele (e.g. “pele de laranja”, retração cutânea e eritema) e do mamilo (e.g. invaginação unilateral, descamação, ulceração e rubor); a assimetria mamária visível; e também a sinalização de nódulos nas axilas, devem ser particularmente avaliados. Com a introdução da mamografia como meio de deteção precoce, são cada vez mais as mulheres diagnosticadas sem qualquer sintomatologia palpável, apenas um exame imagiológico alterado (de Oliveira & Silva, 2011).

O diagnóstico de cancro da mama realiza-se através de um estudo pormenorizado da situação clínica da mulher, que inclui, entre outros aspetos, os resultados dos exames imagiológicos e do estudo anatomopatológico das células da mama.

Previamente à realização de um exame físico da mama é recolhida a *história clínica individual* da mulher, através da qual é identificada a idade da mulher na menarca, idade da primeira gravidez, número de gravidezes, número de partos, características dos ciclos menstruais, uso de contraceptivos hormonais e data da última menstruação. Nas mulheres em menopausa, são ainda identificadas a data da entrada na menopausa e a eventual utilização de terapêutica hormonal de substituição. Além disso, são avaliados os antecedentes pessoais e familiares de patologia mamária, bem como a utilização de medicação, por exemplo, antidepressivos, anticoagulantes, e entre outros.

Em relação ao *exame físico*, este consiste na observação e palpação minuciosa de ambas as mamas no intuito de identificar algum tipo de nódulo ou alteração mamária. Este exame é realizado, numa primeira fase, com a mulher sentada e com os braços caídos ao longo do tronco. Numa segunda fase é realizado com a mulher de pé e, finalmente, com a mulher deitada em posição dorsal.

Além deste estudo, o diagnóstico de cancro da mama exige ainda a realização de exames imagiológicos, nomeadamente a *mamografia*, que pode ser complementada por *ecografia*

mamária. Estes exames são dirigidos à mama e permitem detetar alterações não palpáveis, assim como precisar o tamanho, a localização e as características de um nódulo, mesmo com apenas alguns milímetros. São, portanto, meios muito eficazes no diagnóstico precoce e também na confirmação de eventuais suspeitas de cancro da mama.

Na presença de um nódulo com tradução imagiológica, realiza-se o *estudo anatomopatológico* das células da mama. Este pode ser feito por citopunção aspirativa – colheita de células do tumor através de uma agulha fina; “core” biopsia – colheita de células ecoguiada, na qual se utiliza uma agulha grossa; e/ou biopsia incisional ou excisional – colheita de uma amostra do tumor que pode incluir a fixação de um “arpão” quando o tumor é muito reduzido. Nos casos em que se confirma o diagnóstico, estes métodos permitem também identificar o tipo histológico, o grau de diferenciação, os recetores hormonais estimuladores do crescimento do tumor (estrogénio e progesterona), assim como a sensibilidade do tumor à terapêutica, o que é fundamental na tomada de decisão sobre o tipo de tratamento mais adequado (de Oliveira & Silva, 2011).

Com vista a um planeamento rigoroso do tratamento do cancro da mama, são também necessários outros exames, nomeadamente a *radiografia*, a *cintigrafia óssea*, *exames complementares bioquímicos e biológicos* e, eventualmente, o *exame ginecológico*. Só após a integração das diversas informações recolhidas é possível classificar a agressividade do cancro da mama, isto é, aferir o estadió da doença, um dos elementos mais importantes para planear o tratamento mais adequado e também um dos indicadores mais relevantes do prognóstico da doença (ACS, 2010).

Estadiamento da doença

De uma forma global, o *estadiamento* consiste na avaliação da extensão do tumor a nível local, assim como na pesquisa da presença de metástases a nível regional ou à distância, tendo em consideração a eventual história anterior da doença. De forma a permitir uma uniformização terminológica entre os profissionais de saúde, a nível mundial é utilizado o sistema de classificação preconizado pela Union for International Cancer Control (UICC) e pela American Joint Committee on Cancer (AJCC), conhecido por *classificação TNM*⁷. Este sistema tem por base a avaliação da dimensão do tumor (T), a invasão dos gânglios linfáticos da axila correspondente à mama afetada (N), e a possível metastização para outras partes do corpo (M). Por exemplo, uma classificação T2, N1, M0 significa que o tumor mede entre 2 a 5 cm (T2); que invadiu entre 1 a 3 gânglios linfáticos da axila ou que o gânglio sentinela é positivo (N1) e que não apresenta metastização à distância (M0) (ACS, 2010).

Com base nesta informação, o cancro da mama pode ser classificado em estadios (DGS, 2011). O *estadio 0* corresponde ao carcinoma *in situ* até 0,5 cm e caracteriza-se pela inexistência de nódulos axilares envolvidos e/ou metástases à distância. O *estadio I* corresponde a um tumor que mede entre 0,5 cm e 2 cm, e que não evidencia ter-se espalhado pelos gânglios axilares próximos ou ter metastizado. O *estadio II* caracteriza-se pela presença de um tumor até 5 cm, com

⁷ Estadiamento anatomopatológico.

envolvimento de gânglios linfáticos, ou de um tumor primário com mais de 5 cm, sem envolvimento dos gânglios linfáticos, não pressupondo a existência de metástases à distância. Por exemplo, no caso apresentado anteriormente, a classificação T2, N1, M0 corresponde ao tumor em estadio II. O *estadio III*, corresponde ao tumor que mede mais de 5 cm e que apresenta envolvimento dos gânglios linfáticos da axila respetiva. Por último, o *estadio IV* diz respeito ao tumor que apresenta metastização noutras partes do corpo, por exemplo, no fígado, ossos, pulmão, pele ou outros. Geralmente, os tumores em estadio IV são considerados tumores não operáveis.

Só após a identificação do estadio da doença, e tendo em conta os restantes indicadores, é possível planear o tratamento mais adequado, bem como estimar a sobrevivência aos cinco anos após o diagnóstico (ACS, 2010). Embora esta informação constitua um dos principais fatores de prognóstico, ao planear o tratamento mais adequado é importante ter em consideração outros fatores, como o subtipo histológico; os recetores hormonais; a presença de amplificação do gene HER2; o grau de envolvimento linfático e vascular; a frequência proliferativa do tumor; o DNA e a idade da mulher (Costa, 2010).

Após uma apresentação dos principais aspetos associados à compreensão dos fatores de risco e meios de diagnóstico do cancro da mama, torna-se relevante fazer uma breve abordagem aos principais tipos de tratamento disponíveis.

5. Abordagens terapêuticas

O tratamento do cancro da mama acompanhou o desenvolvimento da medicina ao longo dos séculos e, a partir do século XIX, foi marcadamente influenciado pela introdução da patologia microscópica e da anestesia geral. Nos últimos anos, tem sofrido alterações ainda mais significativas com o aumento do conhecimento sobre a biologia do cancro e o aperfeiçoamento dos meios de diagnóstico e das técnicas de tratamento (de Oliveira & Silva, 2011).

Atualmente, o tratamento do cancro da mama não se resume à utilização um único método, podendo incluir uma combinação de técnicas de âmbito local, regional ou sistémico. Os *tratamentos locais e/ou regionais* são direcionados ao tumor primário, sem afetar outras partes do corpo (por exemplo, a cirurgia e a radioterapia). Já os *tratamentos sistémicos* (e.g. a quimioterapia e a hormonoterapia) consistem na administração de medicamentos por via oral ou endovenosa, com a principal finalidade de destruir as células malignas. São sobretudo utilizados quando a avaliação clínica e anatomopatológica indicia a disseminação da doença à distância (ACS, 2010).

O protocolo terapêutico a efetuar é delineado consoante o estadio da doença no momento do diagnóstico e restantes características do tumor, o estado de saúde geral da mulher, a idade e, não menos relevante, as opções da mulher e o balanço dos riscos/benefícios associados a cada tratamento (ACS, 2009). Assim, poderá incluir a realização de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e/ou terapia hormonal, tentando-se, sempre que possível, preservar a funcionalidade e a aparência física da mulher, tanto no que respeita à mama, como aos gânglios linfáticos.

Pelo interesse que este tópico tem para o presente trabalho, de seguida passamos a apresentar os principais métodos utilizados no tratamento do cancro da mama.

5.1. Cirurgia

Uma grande parte das mulheres com cancro da mama inicia o processo de tratamento através da cirurgia da mama, que consiste na remoção do tumor e, eventualmente, de uma parte do tecido que o rodeia e dos respetivos gânglios linfáticos axilares (ACS, 2010). A cirurgia da mama pode cumprir com diversas finalidades, nomeadamente diagnóstica (por exemplo, algumas biopsias são realizadas através de métodos cirúrgicos), profilática⁸ (sobretudo em situações de mulheres identificadas com os genes BRCA1 e BRCA2, ou que apresentam um CLIS), terapêutica (remoção do tumor) e/ou paliativa (Sabel, Sondak, & Sussman, 2007). Na maioria dos casos, a cirurgia da mama é utilizada com fins terapêuticos, sendo considerada o principal tratamento para o cancro da mama (ACS, 2010).

Existem diversos tipos de intervenção cirúrgica, que são indicados de acordo com a fase evolutiva do tumor, a sua localização ou o tamanho da mama. De uma forma geral, podem dividir-se em cirurgia conservadora da mama e cirurgia radical (ACS, 2009).

A cirurgia conservadora da mama mais comum é a *tumorectomia*, que consiste na remoção do tumor e de uma percentagem mínima de tecido circundante, de forma a garantir-se uma margem de segurança. Por vezes, envolve a remoção simultânea dos gânglios linfáticos axilares (esvaziamento ganglionar axilar⁹). Além da tumorectomia, outra cirurgia conservadora da mama bastante frequente é a *quadrantectomia*, que consiste na remoção do quadrante mamário que envolve o tumor e de uma margem de tecido saudável. É, por isso, uma cirurgia que envolve a remoção de uma porção da mama mais extensa do que a tumorectomia. Estas abordagens conservadoras são mais frequentes no caso de cancro da mama não invasivo, nomeadamente o CDIS. Além de se associar a resultados estéticos mais satisfatórios, a realização de uma tumorectomia numa mulher com mais de 50 anos associa-se a uma taxa de recidiva de 6%; entre os 35 e os 50 anos, 12%, e em mulheres com menos de 35 anos, 17% (Sainsbury, Anderson, & Morgan, 2000). Após a cirurgia conservadora recomenda-se a realização de radioterapia na mama operada, de forma a destruir qualquer célula maligna que possa não ter sido eliminada no ato cirúrgico e, como tal, prevenir a recidiva local de cancro da mama (CNDO, 2009).

No que respeita à cirurgia radical, esta implica a remoção da mama e pode ser de três tipos principais. A *mastectomia radical* (também conhecida por mastectomia tipo Halsted¹⁰), através da qual é removida a mama, os músculos peitorais, todos os gânglios linfáticos da axila, alguma

⁸ A mastectomia profilática consiste na remoção de uma mama ou de ambas as mamas previamente ao aparecimento de um cancro. É, sobretudo, realizada em situações de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2; história pessoal de cancro da mama; história familiar de cancro da mama (mãe, irmã ou filha); ou CLIS. Este tipo de cirurgia pode reduzir o risco de aparecimento de cancro da mama em cerca de 97% (ACS, 2010).

⁹ Procedimento cirúrgico que se processa durante a cirurgia da mama e que consiste na remoção dos gânglios linfáticos da axila correspondente à mama afetada pelo tumor.

¹⁰ William Stewart Halsted implementou este procedimento cirúrgico em 1882, tendo o mesmo ficado conhecido por mastectomia radical de Halsted. Durante décadas este foi o procedimento cirúrgico dominante. Num estudo realizado com 50 doentes, Halsted encontrou uma taxa de sobrevivência a cinco anos de 40% (Roche, 2011), o que, para a altura, era um indicador muito positivo dado que o diagnóstico de cancro da mama era quase sempre realizado numa fase em que já existia envolvimento dos gânglios linfáticos axilares. Ao longo dos anos foram sendo desenvolvidas técnicas cirúrgicas cada vez menos intrusivas, no intuito de evitar a remoção dos músculos peitorais, dos gânglios linfáticos axilares e, naturalmente, da mama (Halsted, citado por Cotlar, Dubose, & Ruose, 2003).

gordura em excesso e pele, sendo muitas vezes complementada pela colocação de um retalho cutâneo sob a ferida operatória. Com a evolução das técnicas cirúrgicas, este procedimento bastante mutilante para a aparência física da mulher, utilizado desde 1882 como terapêutica única no tratamento do cancro da mama, a partir da década de 70 passou a ser substituído por outras técnicas cirúrgicas, igualmente eficazes, mas esteticamente mais satisfatórias (de Oliveira & Silva, 2011; Sabel et al., 2007). Uma destas técnicas cirúrgicas é a *mastectomia radical modificada*, introduzida por Patey¹¹, e que consiste num procedimento semelhante à mastectomia radical, porém, inclui a preservação do músculo grande peitoral. Madden desenvolveu ainda mais esta técnica, preconizando a preservação de ambos os músculos peitorais, bem como uma redução significativa da pele excisada, tornando assim desnecessária a colocação de um retalho cutâneo. Hoje em dia, a mastectomia radical modificada é um procedimento utilizado nas situações de tumores de maior dimensão, com ou sem envolvimento de gânglios linfáticos; situações de tumores da mama bilaterais; tumores múltiplos; tumores singulares pequenos acompanhados de calcificações; ou outras patologias involucre. Por último, a *mastectomia simples ou total* é a cirurgia que remove a mama, incluindo o complexo aréolo-mamilar, preservando, porém, os músculos peitorais e os gânglios linfáticos axilares. Este tipo de mastectomia é recomendado para os casos em que não é esperado que o cancro se estenda para além da mama. Em situações excecionais, nomeadamente de natureza profilática, pode ainda realizar-se a *mastectomia skin-sparing* que, apesar de implicar a remoção da mama, prevê a conservação da pele e, eventualmente, do mamilo e da aréola, o que facilitará o processo de reconstrução mamária, imediato ou diferido e, assim, a obtenção de resultados estéticos mais satisfatórios (ACS, 2010).

À medida em que os progressos na medicina foram permitindo o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas menos mutilantes e que a radioterapia foi sendo progressivamente introduzida nos protocolos terapêuticos, a cirurgia radical registou quebras substanciais, sendo hoje praticada num número bastante reduzido de situações. Contrariamente, as cirurgias conservadoras complementadas de radioterapia foram ganhando terreno, sobretudo nos casos de cancro da mama em estadios iniciais. Para isso muito têm contribuído os estudos (ensaios clínicos¹²) que evidenciam taxas de sobrevivência semelhantes entre doentes com cancro da mama em estadio I e II, submetidas a cirurgia conservadora (com radioterapia) ou mastectomia (Fisher et al., 2002; Jacobson et al., 1995). Assim sendo, nos nossos dias, a cirurgia conservadora é indicada para a maioria das mulheres com carcinomas *in situ* e carcinomas invasores em estadio I e II (Sainsbury et al., 2000). Em Portugal, esta é também a tendência cirúrgica na maioria das unidades

¹¹ Nos anos 30, Patey desenvolveu um procedimento cirúrgico menos extenso que ficou conhecido por mastectomia radical modificada. Ao preservar o músculo do grande peitoral, este procedimento cirúrgico, seguido de radioterapia (que começou a ser utilizada nesta mesma altura como método complementar à cirurgia, com intuito de reduzir o risco de recorrência local do cancro da mama), permitiu resultados estéticos mais satisfatórios, não comprometendo a sobrevivência da mulher.

¹² Um ensaio clínico consiste num estudo desenvolvido para avaliar a segurança e a eficácia de um novo tratamento para um problema de saúde. Por norma, os participantes são divididos aleatoriamente em dois grupos, sendo que um deles efetua o tratamento standard e o outro, o tratamento em estudo. Os Ensaios Clínicos geram conhecimentos e informações muito importantes para o desenvolvimento de novos medicamentos/tratamentos e contribuem para o desenvolvimento de terapêuticas inovadoras e assim para a melhoria da qualidade de vida. Em Portugal, um ensaio clínico só pode ser realizado mediante a aprovação da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) e da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2011).

hospitalares, cumprindo as recomendações da CNDO (2009). Por exemplo, entre 1985 e 2000, a percentagem de mastectomias baixou de 87% para 58% e a percentagem de cirurgias conservadoras aumentou de 30% para 42% (de Oliveira, Rodrigues, Gervásio, Moura Pereira, Albano, & Amaral, 2004).

No que respeita ao esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (esvaziamento axilar), atualmente a medicina já dispõe de técnicas de deteção do *gânglio sentinela*¹³, o que tem contribuído para a redução do número de falsos positivos (situações de esvaziamento axilar sem que haja metastização dos gânglios linfáticos) e, desta forma, para a diminuição das complicações subjacentes a este procedimento, nomeadamente o linfedema¹⁴, parestesias do braço, disfunção do ombro, dor no membro superior, entre outros (Fougo et al., 2011). Naturalmente, estas melhorias técnicas têm contribuído para a manutenção da autoestima e qualidade de vida da mulher.

A investigação na área da oncologia tem permitido verificar que em situações de tumores da mama em estadios iniciais (estadio I e II), a administração de terapias locais (são dirigidas a uma área específica do corpo, tal como a cirurgia ou a radioterapia, permitindo o controlo da doença a nível local), assim como de terapias sistémicas (tratamentos que “entram” na corrente sanguínea, como a quimioterapia, a terapia hormonal, entre outras, o que permite um controlo mais extenso da doença), diminuem os riscos de recidiva de cancro da mama e, como tal, aumentam a taxa de sobrevivência. Por outro lado, estes tratamentos associam-se também a resultados positivos em situações de metastização e/ou recidiva de cancro da mama (Lewis, 2005). De seguida, será realizada uma breve descrição destes métodos terapêuticos.

5.2. Radioterapia

A *radioterapia* consiste na utilização de raios de alta energia, que são diretamente direcionados sobre o restante tecido mamário, a parede torácica, a axila e a zona supraclavicular, para os quais há probabilidade de disseminação das células tumorais. Tem por objetivo destruir as células malignas que possam ter permanecido no restante tecido mamário, impedindo que estas se multipliquem (ACS, 2010). É, portanto, um tratamento locoregional que deve ser administrado após a cirurgia conservadora da mama (CNDO, 2009). Pode também ser indicada nos casos de mastectomia, especialmente nas situações cujo tumor é superior a 5 cm, quando há envolvimento dos gânglios linfáticos axilares ou um risco elevado de recidiva. A radioterapia é considerada um

¹³ O gânglio sentinela é o primeiro gânglio de uma região ganglionar a receber a drenagem linfática de um tumor primário. Assim, se as células cancerígenas da mama tiverem proliferado para além dos tecidos mamários, é bastante provável que este gânglio contenha essas células e, se assim for, a probabilidade de disseminação das células malignas pelo organismo, através do sistema linfático, é manifestamente maior. Quando o gânglio sentinela é positivo, ou seja, contém células malignas, opta-se pelo esvaziamento ganglionar axilar; quando é negativo, não se completa o esvaziamento axilar. Anteriormente à introdução desta técnica, optava-se por retirar todos os gânglios axilares no momento da intervenção cirúrgica (mastectomia total ou radical) e só após este estudo, se determinava o envolvimento de células malignas no sistema linfático. Este método de pesquisa do gânglio sentinela foi introduzido no início da década de 90 e hoje é amplamente utilizado nas principais unidades hospitalares do nosso país (Fougo et al., 2011).

¹⁴ A remoção dos gânglios linfáticos axilares (esvaziamento axilar) torna mais lento o fluxo da linfa. Assim, esta pode acumular-se no braço e na mão, provocando inchaço - edema linfático - no braço onde foram retirados os gânglios axilares. Este problema pode surgir logo após a cirurgia, alguns meses ou anos mais tarde.

dos tratamentos mais eficazes na prevenção de uma recidiva locorregional e associa-se a um aumento significativo da taxa de sobrevivência livre de recidiva (Sainsbury et al., 2000).

A grande maioria das mulheres recebe radioterapia externamente, ou seja, por intermédio de um acelerador linear gerador de fótons e eletrões. No entanto, há cada vez mais doentes a realizar radioterapia internamente, denominada *braquiterapia intersticial*. Esta consiste na colocação de um implante radioativo no interior da mama, que emite radiações para os tecidos próximos. Este procedimento é administrado em regime de internamento hospitalar, durante alguns dias, após os quais o implante é removido (Lewis, 2005).

A decisão pela realização de radioterapia depende da ponderação de vários fatores, nomeadamente das margens de segurança do tumor, do número de gânglios linfáticos invadidos e da eventual rutura das cápsulas ganglionares. Entre os efeitos secundários mais frequentes contam-se a fadiga e as alterações dermatológicas, variando, contudo, de acordo com o tipo e dose de radiação administrada, a duração dos tratamentos e os níveis de tolerância individual da mulher (Nunes, 2008). Apesar disso, estes efeitos têm sido minimizados com a modernização das técnicas de radioterapia (Sainsbury et al., 2000).

5.3. Quimioterapia

A quimioterapia consiste na administração, por via endovenosa ou oral, de um conjunto de agentes químicos citotóxicos que retardam a multiplicação descontrolada das células malignas e facilitam a eliminação destas nos tecidos, impedindo a progressão da doença. É um tratamento sistémico, utilizado quer em situações de tumores da mama em estadio inicial, como em casos de recidiva de cancro da mama e/ou metastização. Tem por finalidade a prevenção da recidiva, o aumento do tempo de sobrevivência e o alívio dos sintomas (ACS, 2010).

A quimioterapia pode ser administrada anteriormente à realização da cirurgia, sendo denominada por *quimioterapia primária ou neoadjuvante*. Nestes casos pretende-se a redução tumoral (por exemplo no carcinoma da mama localizado, ou em situações de tumores inflamatórios da mama) e axilar (diminuição do número de gânglios linfáticos afetados), de forma a tornar viável a realização de procedimentos cirúrgicos menos agressivos, maximizando também o efeito do tratamento por radioterapia (Nunes, 2008). Pelo contrário, a *quimioterapia adjuvante* é administrada após a remoção de um tumor primário, com o objetivo de destruir eventuais micrometástases que possam ter-se disseminado pelo organismo através da corrente sanguínea ou do sistema linfático (Gartner, 2007, citado por Nunes, 2008). A *quimioterapia de indução* é utilizada como tratamento primário em doentes com carcinoma avançado e sem outra alternativa terapêutica. Por último, a *quimioterapia paliativa* visa o alívio de sintomas nas situações em que já não é possível o controlo da doença (Baum & Schipper, 2005).

Embora se revista de efeitos bastante promissores ao nível da sobrevivência e alívio de sintomas, a quimioterapia atua também sobre as células saudáveis, estando-lhe associados alguns efeitos secundários relevantes, como a alopecia (habitual à 3ª ou 4ª semana após o início do tratamento); alteração na textura e hiperpigmentação das unhas; amenorreia; toxicidade aguda no sistema digestivo, que se traduz em sintomas como náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, obstipação,

fadiga, mucosite e estomatite; entre outros (Lewis, 2005). Embora estes efeitos sejam comuns à maioria das mulheres, a sua intensidade e frequência é bastante variável, o que poderá ficar a dever-se ao tipo, dose e combinação de medicamentos, para além de fatores de ordem psicológica (Nunes, 2008). Por este motivo, é cada vez mais recomendado que as mulheres sejam medicadas para o alívio dos possíveis efeitos secundários da quimioterapia.

5.4. Terapia Hormonal

A terapia hormonal (*hormonoterapia*) é utilizada nas situações de mulheres cujo tumor é hormonodependente, ou seja, tumores com recetores hormonais positivos. Consiste na administração de fármacos que têm como objetivo impedir que as células malignas continuem a receber a hormona que estimula o seu crescimento. Estes fármacos bloqueiam os recetores de estrogénio, impedindo a ação desta hormona sobre o tumor, tanto nas mulheres em pré-menopausa como nas mulheres pós-menopausa (por exemplo, o Tamoxifeno e o Raloxifeno). Por outro lado, podem também bloquear a enzima responsável pela produção de estrogénio nas mulheres pós-menopausa, baixando os níveis desta hormona na circulação sanguínea (por exemplo, os inibidores da aromatase como o Anastrozol, Letrozol ou o Exemestano) (ACS, 2010; Lewis, 2005). Dada a sua eficácia no aumento da sobrevivência global, a hormonoterapia é frequentemente utilizada no cancro da mama como terapêutica adjuvante, ou paliativa no caso de doença avançada (Nunes, 2008).

Segundo as recomendações da ACS (2010), as mulheres em pré-menopausa e cujo tumor é hormonodependente, devem ser mantidas em amenorreia durante 2 a 5 anos, de forma a diminuir a probabilidade de uma recidiva de cancro da mama. Caso contrário, poderão ter de efetuar castração química (após a menopausa, a produção hormonal sofre um declínio natural, não sendo necessária a cirurgia) e/ou uma cirurgia de remoção dos ovários (Ooforectomia). Como se compreende, ao suprir a função hormonal, este tratamento pode ter efeitos irreversíveis no que respeita à fertilidade da mulher. Por outro lado, associa-se ao aparecimento ou ao agravamento dos sintomas de menopausa, tais como afrontamentos, secura vaginal e enfraquecimento do cabelo, assim como ao aumento da probabilidade de formação de coágulos no sangue, estando estas mulheres mais suscetíveis a trombozes, enfraquecimento ósseo (osteoporose) e dores articulares (ACS, 2010).

Além destes tratamentos, nos casos de cancro da mama HER2+, as mulheres são submetidas a um tratamento específico para as células HER2+, que consiste na aplicação de um *anticorpo monoclonal*, nomeadamente o trastuzumab (Herceptin®), que atua sobre esta proteína (Lewis, 2005). Este tratamento é administrado por via endovenosa, com intervalos de 3 em 3 semanas, de forma muito semelhante à quimioterapia. Tem evidenciado resultados muito promissores, não apenas nos casos de tumores em estadio inicial, como nos casos de metastização. Em ensaios clínicos com a utilização do Herceptin® o risco de recidiva diminuiu em 52% e o risco de morte em 33%, comparativamente à utilização isolada da quimioterapia (Romond et al., 2005 citado por Moreira, 2011).

6. Reconstrução mamária

Após a realização da cirurgia radical muitas mulheres optam pela reconstrução mamária, uma cirurgia que tem como objetivo aproximar a mulher o mais possível da sua imagem anterior. Apesar de não ter fins terapêuticos, a reconstrução mamária possibilita a melhoria da aparência física, da autoestima e da qualidade de vida (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000; Hu, Pusic, Waljee, Kuhn, Wilkins, & Alderman, 2007).

Este procedimento cirúrgico pode ser realizado em simultâneo à mastectomia (reconstrução mamária imediata) ou alguns meses ou anos mais tarde (reconstrução mamária diferida) (Lewis, 2005). Em geral, envolve um conjunto de etapas que, de acordo com uma avaliação prévia do estado clínico global da mulher, condição da pele, estado da mama contralateral e expectativas do ponto de vista estético, tanto da mulher, como do cirurgião, podem incluir diferentes métodos cirúrgicos. Um destes métodos consiste na *Reconstrução Mamária com introdução de implante* (prótese) sob o músculo. Este método é o mais simples e menos exigente do ponto de vista do número de procedimentos cirúrgicos. No entanto, poucas mulheres têm condições para a introdução imediata da prótese sem previamente necessitarem de um procedimento de extensão da pele. Assim sendo, este tipo de reconstrução é sobretudo utilizado nas situações de mastectomia profilática com conservação de pele (mastectomia skin-sparing).

Outro método é a *Reconstrução Mamária com expansão e introdução de implante mamário*, que consiste na colocação de um expansor tecidual, no qual periodicamente se introduz soro fisiológico com intuito de facilitar a distensão gradual da pele. Após alguns meses, o expansor é removido e substituído por um implante mamário definitivo. Este é o método de reconstrução mamária mais frequente, sendo, todavia, um método lento, que exige várias intervenções cirúrgicas e alguns meses de acompanhamento em ambulatório para a colocação do soro fisiológico.

Por último, a *Reconstrução Mamária com retalhos musculo-cutâneos* consiste na colocação de tecidos adicionais na zona da mama a reconstruir, sendo por isso uma técnica mais complexa e habitualmente mais dolorosa. Está indicada para as situações em que a pele se encontra mais frágil, particularmente na sequência do tratamento de radioterapia.

De forma complementar a estes métodos, é realizada a *reconstrução do complexo areolo-mamilar*. Com este método pretende-se alcançar uma aparência semelhante da mama, quer em termos de simetria, quer em termos de cor e textura. Geralmente é efetuado a partir do mamilo/aréola contralateral, através de excertos ou retalhos locais, ou através de tatuagem.

Como se compreende, a cirurgia de reconstrução mamária é uma meta importante no processo de recuperação de muitas mulheres que se sentem mais insatisfeitas e pouco confiantes relativamente à sua imagem, permitindo melhorar substancialmente a sua qualidade de vida a nível emocional, físico e sexual (Hu et al., 2007).

Como se pode verificar ao longo deste capítulo, os meios de diagnóstico e os métodos de tratamento para o cancro da mama têm sido alvo de uma grande evolução científica e

tecnológica, possibilitando a redução da mortalidade e o aumento do número de mulheres sobreviventes. No entanto, este desenvolvimento implica que mais mulheres vivam durante mais anos com as sequelas da doença, o que obriga, inevitavelmente, a uma maior preocupação com outros aspetos, como a adaptação emocional e a qualidade de vida da mulher durante as diversas fases da doença, quer seja logo após o diagnóstico, durante o tratamento ou na fase de recuperação e de sobrevivência.

No próximo capítulo, será abordado o processo de adaptação psicológica ao cancro da mama tendo em conta as exigências e os desafios particulares de cada uma das fases do curso da doença, assim como os fatores de vulnerabilidade e de proteção para trajetórias individuais (in)adaptativas.

Capítulo II.

Adaptação psicológica nas diversas fases do cancro da mama

“O cancro da mama apareceu de pantufas, silencioso, sem que eu pudesse perceber que ele estava ali. Quando recebi o diagnóstico, senti o mundo ruir à minha frente. Fiquei bloqueada, não sabia o que esperar a partir daquele momento e tive medo de morrer. Vi o passado e o presente mas parecia não haver futuro...”

(M. R., comunicação pessoal, julho, 2007)

O cancro da mama ameaça um órgão associado à autoestima, feminilidade, maternidade e papéis sociais da mulher. O diagnóstico e tratamento do cancro da mama é habitualmente vivido como uma experiência adversa e potencialmente traumática (Cordova, Giese-Davis, Golant, Kronenwetter, Chang, & Spiegel, 2007), quer pela ameaça à vida, ao futuro e objetivos da mulher, quer pela agressividade da maioria dos seus tratamentos e incerteza constante quanto ao futuro e ao prognóstico (Millar, Purushotham, McLatchie, George, & Murray, 2005).

É possível distinguir diversas fases ao longo do percurso da doença, cada uma das quais caracterizada por diferentes exigências psicossociais e por tarefas de adaptação específicas. Neste percurso são esperadas respostas emocionais e psicossociais particulares, habitualmente mais intensas numa fase inicial, tendendo a diminuir à medida que o tempo de sobrevivência aumenta. No entanto, a literatura tem apontado para uma diversidade de trajetórias de adaptação psicológica à doença, que podem passar pela estabilização dos níveis de funcionamento prévios, pelo retomar gradual do funcionamento psicossocial anterior, pela manutenção da perturbação emocional, ou pela perceção de mudanças psicológicas positivas (Helgeson et al., 2004).

A constatação desta diversidade nas trajetórias de adaptação tem permitido confirmar que as repercussões físicas e psicológicas do cancro da mama dependem, não apenas das características da doença e dos tratamentos, mas, igualmente, de um conjunto de fatores de ordem psicossocial, que podem atuar como fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção. Estes fatores podem intervir no processo de adaptação à doença, quer pelo aumento, supressão ou neutralização do seu impacto, quer pela alteração das respostas da mulher perante a doença (situação de risco), aproximando-as de trajetórias mais (in)adaptativas.

Neste segundo capítulo iremos fazer uma síntese da investigação no âmbito da adaptação ao cancro da mama, percorrendo alguns dos tópicos de análise mais proeminentes. Assim, numa primeira parte iremos fazer uma reflexão sobre o conceito de adaptação, tendo por base os principais modelos explicativos da adaptação ao cancro da mama. Numa segunda parte serão apresentadas as principais repercussões do cancro da mama na adaptação emocional e qualidade de vida da mulher ao longo das diversas fases do curso da doença. Por último, serão explorados os principais fatores de influência na adaptação ao cancro da mama, enquanto fatores de vulnerabilidade e de proteção.

1. A adaptação psicológica à doença oncológica

Como foi referido no capítulo I, os progressos registados no diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, ao possibilitarem o aumento das taxas de sobrevivência, contribuíram para uma alteração de paradigma baseado numa nova forma de conceptualizar o cancro, que deixa de ser perspectivado como uma sentença de morte e passa a ser visto como uma doença que pode ser tratada.

As doenças oncológicas, assim como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade e as doenças respiratórias crónicas, estão englobadas na categoria das doenças crónicas, definidas pela sua longa duração e progressão geralmente lenta (Organização Mundial de Saúde, 2011). Além disso, estas doenças causam habitualmente graus de incapacidade variados e exigem cuidados durante um longo período de tempo (Dias & Paixão, 2010). Em Portugal, embora não exista um estatuto legal da pessoa com doença crónica, um Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho n.º 861/99, de 10 de setembro, define a doença crónica, como uma “doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afetado”. Assim, está consignado na legislação Portuguesa que a vivência de uma doença crónica implica, para além das alterações físicas e funcionais, a adaptação a uma nova condição médica nos mais diversos contextos da vida do doente.

Na situação particular do cancro, muito embora seja possível estabilizar a doença, permanecendo os doentes por longos períodos sem evidenciar qualquer tipo de sintoma, retomando o curso natural da vida, este diagnóstico pode conduzir a alterações de vida profundas, e em alguns casos permanentes, obrigando o doente a assumir uma nova identidade enquanto “doente crónico” (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007).

O interesse pela compreensão das dificuldades de adaptação dos indivíduos diagnosticados com cancro, tanto aqueles que se encontram numa fase inicial da doença e a realizar tratamento, como aqueles que, tendo sobrevivido, continuam a manifestar consequências físicas e emocionais da doença, impulsionou a emergência de uma nova disciplina: a Psico-Oncologia. De uma forma geral, esta disciplina centra-se no estudo de uma dimensão psicossocial e de uma dimensão psicobiológica do cancro (Holland & Goen-Piels, 2003). A primeira diz respeito ao estudo das respostas psicossociais dos doentes, familiares e cuidadores ao diagnóstico de uma doença oncológica e ao respetivo processo de adaptação em todas as fases do curso da doença; a segunda dimensão remete para a compreensão dos fatores psicológicos, comportamentais e sociais que influenciam o risco, o diagnóstico e a sobrevivência de cancro.

Por se tratar, por definição, de um tipo de doença permanente, de evolução incerta e que exige um conjunto de reorganizações em diversas esferas da vida do indivíduo e, em alguns casos, alterações de natureza mais estrutural, a nível individual, familiar e social, a investigação na área da psico-oncologia tem dado particular destaque ao estudo da adaptação à doença, abrangendo a

análise do impacto desta nas diversas áreas da vida do indivíduo, bem como as estratégias e mecanismos de adaptação. O volume crescente de evidências científicas torna necessário um esforço de síntese e integração dos vários contributos da literatura. Neste sentido, nos pontos seguintes iremos deter-nos apenas sobre as principais abordagens ao processo de adaptação ao cancro da mama.

1.1. Adaptação: Conceito multidimensional

O conceito adaptação é um dos mais utilizados no domínio da Psicologia da Saúde, em geral, e da Psico-Oncologia, em particular. Apesar da ampla utilização, este conceito é caracterizado por uma multiplicidade de definições, ainda que com limites ténues entre si, não existindo até à data uma definição largamente aceite e consensual (Kornblith, 1998).

A origem do conceito remonta aos trabalhos de Darwin que considerava a capacidade de adaptação sinónimo de sobrevivência, na medida em que só as espécies mais preparadas para se adaptarem às ameaças do ambiente físico seriam capazes de sobreviver (Moos & Schaefer, 1986). Ao longo de décadas foram sendo propostas outras definições para este conceito, inseridas em modelos teóricos, que têm evoluído de abordagens unifatoriais, para modelos multifatoriais, que contemplam as interações entre fatores e a influência de mecanismos mediadores na compreensão do processo de adaptação.

As teorias de stress e coping (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1984; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984; Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, & Robertson, 1988) focam-se nos processos de avaliação das circunstâncias indutoras de stress e nas estratégias que os indivíduos utilizam para lhes responder (coping). Segundo Lazarus (1969, citado por Brennan, 2001), “a adaptação consiste no conjunto de processos psicológicos através dos quais o indivíduo gere ou lida com as diversas pressões ou exigências” (p. 18). Assim, a adaptação corresponde ao sucesso ou eficácia do coping na redução do mal-estar emocional. Estas abordagens pressupõem uma transação entre o indivíduo e o seu meio envolvente, pelo que o processo de adaptação está também dependente das características do meio. Neste sentido, numa situação de doença oncológica, a avaliação da adaptação deve ter sempre em conta as particularidades de cada uma das fases da doença, que são necessariamente caracterizadas por exigências específicas (Lazarus, 1993).

Já os modelos sócio-cognitivos (Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Moos & Schaefer, 1986; Parkes, 1971; Taylor, 1983) conceptualizam a adaptação, não como um resultado final de um processo de coping, mas como um processo de mudança contínua, quer a nível intrapessoal, quer interpessoal, e que regularmente resulta numa "transição pessoal" ou mudança no sistema de crenças nucleares. Estes modelos, mais do que focarem-se nas formas como o indivíduo responde a um acontecimento de vida crítico, centram-se nas alterações cognitivas e sociais que tais acontecimentos podem exigir. Assim sendo, perspetivam a possibilidade de resultados de adaptação, quer negativos, quer positivos, uma vez que estas alterações podem originar perturbações emocionais ou, paralelamente, criar as condições para a ocorrência de mudanças

positivas, como o aumento da percepção de competência pessoal e o fortalecimento da autoestima.

Outros modelos dão relevo à componente interacional entre os diferentes contextos de influência do indivíduo, nomeadamente, pessoais, socioculturais e relativos às características da doença (Holland, 2002; Nicholas & Veach, 2000; Rowland, 1990). Segundo Nicholas e Veach (2000), a adaptação ao cancro é um processo dinâmico de ajustamento aos vários acontecimentos de vida indutores de stress relacionados com a doença, com os quais o indivíduo é confrontado após o diagnóstico. Uma adaptação bem sucedida pressupõe a continuidade do envolvimento ativo na vida diária, a manutenção e gestão adequada dos papéis sociais e a regulação competente do mal-estar emocional.

Como se pode verificar, existe uma diversidade de abordagens ao processo de adaptação à doença oncológica. A partir da revisão de algumas das principais investigações realizadas neste âmbito, Stanton, Collins e Sworowski (2001) identificaram cinco conceptualizações distintas de adaptação, nomeadamente: a gestão eficaz das tarefas relacionadas com a doença; a preservação de estado funcional; a percepção de qualidade de vida em diversos domínios; a ausência de perturbação psicológica e o afeto negativo reduzido. Todas estas formas de conceptualizar a adaptação, apesar de distintas, assemelham-se, na medida em que remetem para aspetos do humor e bem-estar dos indivíduos nas diversas esferas da vida. Efetivamente, na maioria das investigações a adaptação surge equiparada a um estado emocional normativo, à ausência de psicopatologia ou ao retorno ao estado de funcionamento psicológico prévio. Segundo Brennan (2001) esta forma de perspetivar a adaptação remete para o resultado de um processo de coping com a situação adversa, sendo frequentemente aferida a partir do recurso a instrumentos de avaliação de sintomatologia ansiosa ou depressiva, como o HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983). Apesar de muito frequente, esta forma de conceptualização é bastante reducionista ao limitar o processo de adaptação à ausência de psicopatologia.

Tendo em conta estas considerações, mais recentemente, Stanton, Revenson e Tennen (2007) enunciaram três princípios fundamentais na análise do processo de adaptação a uma doença crónica e que devem estar subjacentes à metodologia de avaliação selecionada para esse efeito. Em primeiro lugar, a adaptação ocorre numa multiplicidade de domínios da vida do indivíduo, envolvendo necessariamente os domínios físico, cognitivo, emocional, comportamental e interpessoal. Estes domínios estão interligados na medida em que as alterações num deles irão acarretar alterações noutros domínios. Por outro lado, sendo um processo, a adaptação a uma doença crónica não se reveste de um carácter linear mas dinâmico e ocorre ao longo do tempo, envolvendo frequentemente uma alternância entre períodos sintomáticos e assintomáticos e, eventualmente, a ocorrência de recaídas. Por último, as diferenças individuais irão ditar uma grande heterogeneidade de respostas de adaptação por parte dos indivíduos, o que aponta para uma diversidade de trajetórias individuais, independentemente dos indicadores de adaptação iniciais. Transpondo este princípio para a doença oncológica, uma mulher que recebe o diagnóstico de cancro da mama pode inicialmente apresentar índices de perturbação emocional que, ao longo da doença, e de acordo com as suas opções e formas de lidar, poderão manter-se

ou sofrer mudanças, no sentido de uma adaptação positiva. Por outro lado, outras mulheres podem revelar índices de adaptação iniciais positivos, que assim se mantêm ao longo do tempo, ou pelo contrário, sofrem mudanças negativas no sentido da inadaptação (Sroufe, 1997).

Esta perspetiva multifatorial e ecológica, e que assume a possibilidade de múltiplos percursos de adaptação, remete para os pressupostos da Psicopatologia do Desenvolvimento (Achenbach, 1990). Este macroparadigma entende por adaptação bem sucedida “uma integração adaptativa dentro e entre os domínios biológico, emocional, cognitivo, comportamental e social, permitindo ao indivíduo dominar os desafios e exigências desenvolvimentais com que se confronta no presente e promover a sua adaptação futura ao ambiente” (Soares, 2000).

1.2. O Modelo Sócio-cognitivo e de Transição (Brennan, 2001)

Embora as perspetivas baseadas nos modelos de stress e coping e nos modelos sócio-cognitivos ofereçam um contributo relevante e suscetível de ser empiricamente validado, segundo Brennan (2001) estes modelos são pouco ecológicos, uma vez que dão pouca ênfase à forma como o contexto social pode influenciar e é influenciado pelo processo de adaptação, não permitindo assim uma integração adequada dos múltiplos fatores envolvidos no processo de adaptação. Assim sendo, não permitem compreender, por exemplo, porque é que alguns indivíduos são vulneráveis ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos e outras formas de sofrimento, enquanto outros respondem ao diagnóstico de cancro através da reestruturação cognitiva das suas crenças nucleares, o que, em muitos casos, conduz à experiência de desenvolvimento pessoal e relacional (Brennan, 2001).

Atendendo a estas limitações, Brennan (2001) propôs o **modelo sócio-cognitivo e de transição** que viria a tornar-se num dos modelos teóricos mais aceites na compreensão do processo de adaptação à doença oncológica

Este modelo, que sofre influência dos modelos anteriormente mencionados, baseia-se numa abordagem psicossocial e desenvolvimental da adaptação ao cancro, considerando a possibilidade de resultados de adaptação, quer negativos, quer positivos, dando particular relevo ao contexto social no qual o indivíduo se insere. De acordo com Brennan (2001), ainda que muitos autores considerem a adaptação como o resultado do processo de coping com a ameaça percebida, i.e., a fase final do coping, o termo adaptação remete para um processo contínuo de aprendizagem, sendo um processo em si mesmo, que acompanha o indivíduo à medida em que este desenvolve esforços para lidar com a doença. Assim, mais do que um estado emocional normativo ou ausência de psicopatologia, o termo adaptação descreve um “processo de mudança que ocorre ao longo do tempo, à medida que o indivíduo (e outros significativos) lida, aprende e acomoda o conjunto de alterações precipitadas pela mudança das suas circunstâncias de vida” (p. 2). Assim, o mal-estar emocional subsequente ao diagnóstico não pode ser lido apenas como um sinal de morbilidade psicológica mas como um indicador de um processo de adaptação.

Este modelo (cf. Figura 1) preconiza que em resultado do desenvolvimento social e cognitivo, o indivíduo adquire uma matriz complexa de esquemas ou crenças acerca do mundo, um mapa mental que se encontra constantemente a ser revisto. Este mapa mental é útil na medida em que

proporciona as condições para a elaboração de expectativas capazes de prever os resultados do confronto com as diversas experiências. Por outro lado, possibilita uma avaliação e interpretação precisa da experiência, permitindo ao indivíduo manter uma vivência coerente e relativamente estável do mundo. Enquanto as experiências previsíveis conduzem a um fortalecimento dos esquemas prévios que originaram essa previsão, os acontecimentos novos ou inesperados exigem a elaboração de novos esquemas ou a reestruturação dos esquemas prévios, o que pode originar elevados níveis de stress.

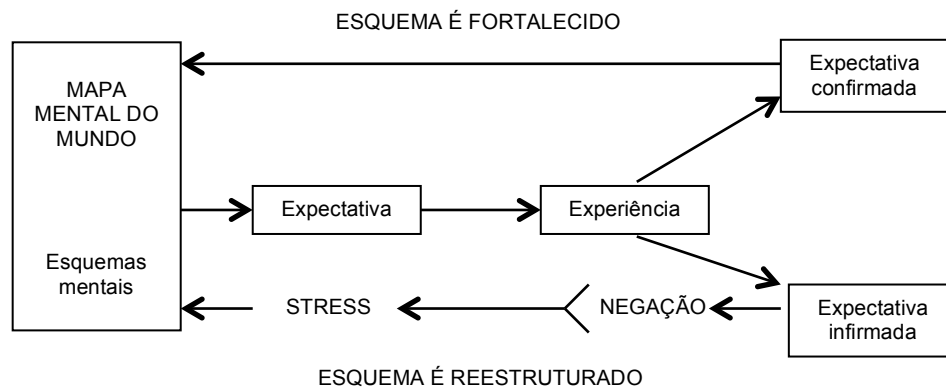


Figura 1 | Modelo Sócio-Cognitivo e de Transição (adaptado de Brennan, 2001, p. 8)

De acordo com Brennan (2001), nas situações de diagnóstico de cancro, são os esquemas mais básicos que sofrem uma alteração significativa, bloqueando a capacidade para prever ou reagir de forma adaptativa às circunstâncias. Em resultado, o indivíduo experiencia um sentimento de desorientação que é evidente no período logo após o diagnóstico e pode perdurar por um período de tempo muito variável, ao longo do qual este se esforça por compreender e aceitar a situação. Neste processo, a negação, enquanto forma de evitamento cognitivo, pode desempenhar uma função adaptativa, na medida em que bloqueia a assimilação da informação traumática, mantendo e preservando um mapa cognitivo coerente. No entanto, a manutenção a longo prazo desta estratégia, pode tornar-se num mecanismo inadaptativo, ao impedir a assimilação de informação nova e, assim, o respetivo processo de acomodação no sistema de crenças do indivíduo. A implementação de estratégias ativas de confronto com o acontecimento, o processamento frequente dos dados da experiência, a reflexão consciente sobre os objetivos e sentido da vida, a relevância dos papéis sociais e importância das relações interpessoais, tornam-se fundamentais na adaptação cognitiva ao diagnóstico de cancro, resultando em transições positivas, evidentes na experiência de mudanças psicológicas positivas ou Desenvolvimento Pós-Traumático (Brennan, 2001).

A enorme variabilidade de respostas individuais às situações de vida adversas refletem a influência de três fatores principais: (a) mapas cognitivos do mundo, dos outros e de si próprio; (b) contexto social no qual o indivíduo se insere; (c) estratégias de coping (Brennan & Moynihan, 2004). Uma vez que esta influência é bidirecional, todas as mudanças que ocorrem no indivíduo irão refletir-se nos elementos da sua rede social.

Em resumo, o modelo sócio-cognitivo e de transição procura integrar as diversas mudanças impostas pela doença, considerando que as mesmas podem resultar em diferentes transições, quer negativas, expressas na manifestação de mal-estar emocional, quer positivas, caracterizadas pela experiência de desenvolvimento pessoal.

1.3. Qualidade de Vida: Um indicador de adaptação

A qualidade de vida tem-se afirmado como um importante parâmetro de avaliação da adaptação em doentes oncológicos, além dos indicadores mais direcionados para a análise da presença ou ausência de psicopatologia.

Definida pela Organização Mundial de Saúde como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994, p. 28), a *qualidade de vida* é um conceito multidimensional, que engloba aspetos do bem-estar físico, psicológico e social, e também o nível de independência, a satisfação com o ambiente e a espiritualidade. Esta definição realça a natureza subjetiva da avaliação do indivíduo, que é influenciada de forma complexa por aspetos do seu contexto físico, cultural e social. Além disso, engloba aspetos negativos e positivos do bem-estar, cuja ausência ou presença permitem qualificar a qualidade de vida do indivíduo (The WHOQOL Group, 1994).

Neste âmbito, alguns autores têm proposto a utilização de um conceito semelhante mas mais dirigido para a área da saúde, designadamente a *qualidade de vida relacionada com a saúde*. Este conceito é bastante semelhante, porém diferencia-se por realçar os aspetos físicos, psicológicos, sociais, laborais e económicos decorrentes da doença e do tratamento (Pimentel, 2006).

No contexto da Psico-Oncologia, e segundo Rodriguez e Sanchez (1995, citado por Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007), a qualidade de vida relaciona-se com a avaliação subjetiva que o doente faz dos diferentes aspetos da sua vida que estão relacionados e são afetados pelo cancro. Neste contexto em particular, foram desenvolvidos alguns instrumentos de avaliação da qualidade de vida específicos para os doentes oncológicos (e.g. European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC QLQ C-30) que inclui, além de questões mais globais, aspetos muito particulares, como a funcionalidade física no pós-operatório, sintomas secundários da quimioterapia e da radioterapia, aspetos de sexualidade e imagem corporal consoante o tipo de cancro, entre outras questões.

Embora seja possível encontrar diversas conceptualizações de qualidade de vida, que destacam diferentes domínios de análise, é de alguma forma consensual que a esta integra aspetos de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (Ferrell, Grant, Funk, Garcia, Otis-Green, & Schaffner, 1996; Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997, 1998). A este propósito e a partir de uma extensa revisão da literatura e dos resultados de diversos estudos que conduziram com sobreviventes de cancro da mama, alguns dos quais através de uma metodologia baseada em grupos focais, Ferrell e colaboradores verificaram que a qualidade de vida das mulheres sobreviventes de cancro da mama pode ser analisada nestes quatro domínios principais.

Segundo os autores, o bem-estar físico corresponde ao controlo ou alívio dos sintomas físicos e manutenção do nível de funcionamento e de independência. O bem-estar psicológico relaciona-se com a manutenção de um sentido de controlo pessoal, num período marcado pela ameaça à vida, pelo medo do desconhecido e incerteza quanto ao futuro e à possibilidade de uma recidiva. Caracteriza-se também pela gestão eficaz dos sintomas de ansiedade e de depressão e pela reorganização das prioridades de vida. O bem-estar social diz respeito à capacidade para lidar com as repercussões do cancro na vida familiar, sexualidade, relações sociais, desempenho de papéis e atividades de lazer. Por último, o bem-estar espiritual e existencial corresponde à capacidade para manter a esperança e para encontrar um significado positivo na experiência de cancro.

O crescente interesse dos investigadores pela área da qualidade de vida, associado ao aumento do número de sobreviventes de cancro e à progressiva introdução de medidas de avaliação cada vez mais específicas e direcionadas para a problemática oncológica, contribuiu para que, rapidamente, esta variável passasse a ocupar um lugar de relevo na Psico-Oncologia. Por outro lado, a qualidade de vida passou também a ser utilizada como medida de avaliação do sucesso dos cuidados de saúde, até então focados exclusivamente em indicadores biomédicos, como o tempo livre de doença, ausência de complicações médicas ou toxicidade dos tratamentos, entre outros. Considera-se, deste modo, que a introdução da avaliação da qualidade de vida nos cuidados de saúde contribuiu de forma substancial para a alteração do paradigma dominante, ao colocar no foco de atenção no doente e não na doença (Pimentel, 2006).

2. Adaptação ao cancro da mama: Desafios ao longo das diversas fases da doença

A adaptação ao cancro da mama é um processo contínuo e dinâmico, que requer um esforço de integração cognitiva das múltiplas perdas inerentes, bem como das mudanças de vida ocorridas (Weismann & Worden, 1976-1977).

Apesar das dificuldades associadas à vivência do cancro da mama, de uma forma geral, a literatura sugere que a maioria das mulheres adapta-se adequadamente aos desafios e exigências impostos pela doença (Deshields, Tibbs, Fan, Bayer, Taylor, & Fisher, 2005; Knopf, 2007; Rowland & Baker, 2005).

Efetivamente, as investigações realizadas neste âmbito têm revelado que o sofrimento emocional e as repercussões na qualidade de vida são sobretudo evidentes na fase inicial da doença, logo após o diagnóstico e durante o período inicial do tratamento (Epping-Jordan et al., 1999). Na maior parte dos casos, à medida que a mulher começa a retomar a sua vida normal, e com o aproximar do final do tratamento, este mal-estar tende a diminuir progressivamente (Schroevers, Ranchor, & Sanderman, 2006) e a qualidade de vida a registar melhorias significativas (Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004). Sensivelmente um ano após o diagnóstico, a maioria das mulheres recupera o nível de funcionamento psicossocial prévio, apresentando um padrão de humor normal (Anderson, Anderson, & DeProesse, 1989; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky, & Petersen, 1996; Irvine, Brown, Crooks, Roberts, & Browne, 1991; King, Kenny, Shiell, Hall, & Boyages, 2001; Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermsstad, & Ruland, 2005; Schroevers et al., 2006).

Inclusivamente, os estudos realizados com mulheres alguns anos após o diagnóstico, têm permitido verificar que as mulheres apresentam, na sua maioria, uma boa adaptação (Bloom, Kang, Petersen, & Stewart, 2007; Bloom et al., 2004; Tomich & Helgeson, 2002), muito semelhante à da população geral (Bardwell et al., 2004; Bower, Ganz, Desmond, Rowland, Meyerowitz, & Belin, 2000; Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, & Masse, 1998; Ganz et al., 1996; Ganz, Desmond, Leedham, Rowland, Meyerowitz, & Belin, 2002; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2007).

No entanto, isto não significa que as mulheres não apresentem sofrimento emocional. Efetivamente, as reações emocionais negativas são frequentes, esperadas e normativas, sendo parte integrante do processo de adaptação. Contudo, apenas uma minoria abrange níveis significativos de perturbação emocional ao ponto de interferir com o funcionamento geral e bem-estar. Segundo Millar et al. (2005), o número de mulheres que reúne critérios suficientes para o diagnóstico de uma perturbação psicológica, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da American Psychiatric Association (APA) (2002) e durante o primeiro ano após o diagnóstico, pode ascender a um quarto das mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Entre os quadros psicopatológicos mais frequentes contam-se as perturbações de adaptação, depressivas, de ansiedade, stress pós-traumático ou outras (Hewitt, Herdman, & Holland, 2004; Knobf, 2007; Moorey & Greer, 2002), que poderão mesmo requerer intervenção psicológica.

Numa tentativa de caracterizar o processo de adaptação ao cancro da mama, Helgeson et al. (2004) realizaram um estudo longitudinal no qual uma amostra de mulheres foi avaliada ao longo de quatro anos após o diagnóstico. As autoras identificaram quatro padrões distintos de funcionamento, sugestivos, na sua maioria, de adaptação positiva. Assim, aferiram que 43% das mulheres mantiveram um nível elevado e estável de adaptação; 20% evidenciaram uma ligeira melhoria ao longo do tempo; 27% apresentaram uma melhoria bastante rápida nos primeiros 13 meses após o diagnóstico, permanecendo relativamente estáveis até ao final do estudo; e, por fim, 12% apresentaram um declínio progressivo do funcionamento. Neste sentido, os resultados deste estudo, para além de validarem o pressuposto da diversidade de trajetórias após um acontecimento de vida crítico, mostram também que a maioria das mulheres percorre uma trajetória adaptativa, sugestiva de resiliência, sendo coerente com os resultados da investigação anteriores.

A revisão bibliográfica apresentada até ao momento, suportada maioritariamente em estudos longitudinais, sugere que o processo de adaptação ao cancro da mama é determinado por uma interação de fatores, entre eles, a fase da doença em que a mulher se encontra (Heim, Valach, & Schaffner, 1997). Efetivamente, a vivência desta doença, constitui-se como um processo longo e dinâmico que envolve diferentes fases, cada uma caracterizada por dificuldades psicossociais, respostas emocionais e tarefas desenvolvimentais específicas. Segundo a literatura, estas fases coincidem com aspetos do tratamento clínico da doença (Veatch, Nicholas, & Barton, 2002) e são também caracterizadas pelo estágio da doença no momento do diagnóstico. Assim, nas situações de cancro da mama diagnosticadas numa estágio inicial, habitualmente estas fases incluem o diagnóstico, tratamento, recuperação e sobrevivência (Holland, 1989). Nos casos de cancro da

mama em estádios mais avançados, pode também ser incluída uma fase terminal e/ou situações de recidiva da doença que poderão ou não culminar numa fase terminal (Holland, 1989).

Como foi salientado, cada uma destas fases é caracterizada por diferentes desafios, tanto do ponto de vista médico, como do ponto de vista psicossocial, pelo que se reveste de importância extrema conhecer e avaliar adequadamente cada uma delas. De seguida, será apresentada uma breve síntese dos principais resultados das investigação realizadas no âmbito da adaptação psicológica ao cancro da mama nas diversas fases da doença.

2.1. Diagnóstico

O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida como o cancro da mama, consitui um acontecimento de stress significativo, considerado traumático por um grande número de mulheres (cf. capítulo 3). Efetivamente, após o diagnóstico de cancro da mama é esperado que a mulher desenvolva um conjunto de medos e preocupações geradores de índices elevados de mal-estar emocional, que se repercutem na mulher e no respetivo contexto familiar (Dias, Manuel, Xavier, & Costa, 2002).

Muito embora as respostas das mulheres ao diagnóstico de cancro da mama possam ser muito diversificadas, a maioria experiencia algum grau de mal-estar psicológico, perceptível em reações emocionais como medo e descrença, tristeza, ansiedade, culpa, raiva e sentimento de perda de controlo sobre a vida e o futuro (Hewitt et al., 2004; Weismann & Worden, 1976-1977). O choque, a negação e o torpor constituem as reações iniciais mais frequentes mas por vezes, a resposta pode incluir um sentimento imediato de desespero e desesperança dada a imprevisibilidade deste diagnóstico (Hewitt et al., 2004; Muszbek, s.d.).

Uma vez realizado o diagnóstico, as doentes são rapidamente confrontadas com um elevado número de consultas e exames médicos e, em alguns casos, tomadas de decisão quanto ao tipo de tratamento a realizar. Adicionalmente, têm de assimilar um conjunto de informação e de se familiarizar com terminologia médica, que nem sempre é de fácil compreensão (Hewitt et al., 2004), não obstante a necessidade de reorganização das suas atividade diárias, rotinas familiares e obrigações profissionais. Este período, que tende a prolongar-se entre uma a duas semanas, é vivido por algumas mulheres com disforia, irritabilidade e ansiedade, podendo acarretar perda de apetite, insónia, dificuldade em manter a concentração, assim como dificuldades na gestão das atividades da vida quotidiana (Holland & Gooen-Piels, 2000; Muszbek, s.d.; Pereira & Lopes, 2002). Todavia, após este período inicial, durante o qual algumas mulheres poderão desenvolver reações de choque e de evitamento, a maioria começa progressivamente a reconhecer a realidade do diagnóstico, mobilizando um conjunto de estratégias de coping, que lhes possibilitará lidar mais adequadamente com o mesmo e assim adaptar-se à doença (Holland & Gooen-Piels, 2000; Pereira & Lopes, 2002).

Assim, as investigações realizadas com mulheres na fase de diagnóstico de cancro da mama têm revelado, na sua generalidade, índices normativos de adaptação emocional, sendo que apenas 20% a 30% das mulheres apresentam um quadro de depressão major, perturbação de ansiedade

ou ambas (Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards, & Ramirez, 2005; Massie & Shakin, 1993; Nezu & Nezu, 2007; Trask & Pearman, 2007).

Outros estudos têm encontrado prevalências de perturbação emocional mais elevadas. Por exemplo, num estudo longitudinal, Schwarz et al. (2008) verificaram índices de ansiedade e depressão em cerca de 50% das mulheres com cancro da mama na fase de diagnóstico, que foram progressivamente diminuindo nos seis e doze meses seguintes. Num dos estudos mais referenciados na literatura (Derogatis et al., 1983), realizado com uma amostra diversificada de doentes oncológicos, entre eles mulheres com cancro da mama, foi possível verificar que cerca de 47% dos doentes com cancro tinham um diagnóstico psiquiátrico, a maioria deles perturbações de adaptação (68%), perturbações depressivas (13%), perturbações mentais orgânicas (8%), perturbações de personalidade (7%) e perturbações de ansiedade (4%). Num estudo semelhante, onde participaram doentes oncológicos com diversos tipos de cancro antes do início do tratamento, entre eles 1249 mulheres com cancro da mama, cerca de 33% do grupo específico de mulheres com cancro da mama, apresentavam uma perturbação psicológica que incluía ansiedade e/ou depressão (Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001). Também Gallagher, Parle e Cairns (2002) observaram que nos primeiros seis meses após o diagnóstico de cancro da mama, aproximadamente 43% das mulheres apresentam índices significativos de depressão ou de ansiedade. No entanto, os resultados da investigação apontam para uma diminuição significativa das dificuldades emocionais à medida em que se aproxima o final do tratamento. Por exemplo, Epping-Jordan et al. (1999), num estudo em que uma amostra de mulheres com cancro da mama foi acompanhada desde o momento do diagnóstico, três e seis meses mais tarde, os autores verificaram uma diminuição progressiva dos índices de depressão.

Outras investigações têm focado especificamente a qualidade de vida. Por exemplo, Schou et al. (2005), desenvolveram um estudo longitudinal através do qual monitorizaram a qualidade de vida das mulheres com cancro da mama durante o primeiro ano após o diagnóstico, comparativamente a uma amostra da população geral. Os autores verificaram que no momento do diagnóstico as mulheres com cancro da mama apresentavam pior qualidade de vida nos domínios emocional, social e cognitivo, bem como reportavam um maior número de sintomas físicos, nomeadamente dor, insónia, perda de apetite, diarreia e dificuldades financeiras, comparativamente às mulheres da população geral. No entanto, estas dificuldades foram diminuindo ao longo do tempo, sugerindo que estas dificuldades iniciais são sobretudo transitórias.

2.2. Tratamento

Conforme foi apresentado no capítulo I, o tratamento médico do cancro da mama inclui um conjunto de procedimentos que podem envolver a realização de uma cirurgia total ou parcial da mama, e por tratamentos adjuvantes de radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e/ou outros.

Embora esta fase possa ser percecionada pela mulher com algum alívio e expectativa sobre a eficácia do tratamento no controlo da doença, pode também ser vivida com bastante ansiedade e apreensão, dado o medo dos tratamentos e respetivos efeitos secundários. Por este motivo,

alguns autores referem que esta fase é mais receada do que a própria doença (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998).

A quimioterapia é geralmente o tratamento mais temido, uma vez que a ela associam-se consequências orgânicas, como náuseas e vômitos, alopecia, fadiga, alterações da pele e unhas, alterações de peso e amenorreia. Estes efeitos secundários poderão afetar a qualidade de vida, sobretudo nas mulheres submetidas a protocolos que utilizem antraciclina como AC (doxorubicina e ciclofosfamida) e FAC (fluorouracil, doxorubicina e ciclofosfamida) (Fialho & Silva, 1993; Rebelo et al., 2007). Por outro lado, a quimioterapia interfere com o funcionamento hormonal da mulher, podendo assim reduzir a libido, a excitação sexual e a função orgásmica (Bertero, 2002; Ganz, 2001; Ganz, Rowland, Meyerowitz, & Desmond, 1998). Outra possível implicação da quimioterapia é a infertilidade. Nos casos em que esta é permanente, e especialmente para as mulheres que planeavam ter filhos, esta consequência poderá acarretar dificuldades a nível familiar (Haber, 2000, citado por Rebelo et al. 2007). No entanto, estes efeitos são habitualmente transitórios e 5 anos após o diagnóstico, a maioria das mulheres não se diferencia das mulheres não submetidas a tratamento adjuvante ou da população geral, tanto no que respeita à qualidade de vida como aos índices de depressão (Ganz, Rowland, Meyerowitz, et al., 1998).

Por sua vez, a radioterapia pode provocar irritação e descamação cutânea, dor localizada no braço e na mama irradiada, assim como fadiga (Back, Ahern, Delaney, Graham, Steigler, & Wratten, 2005; Geinitz, Zimmermann, Thamm, Kellere, Busch, & Molls, 2004; Henry, Viswanathan, Elkin, Traina, Wade, & Cella, 2008), podendo interferir no desempenho das atividades diárias (Browall, Ahlberg, Karlsson, Danielson, Persson, & Gaston-Johansson, 2008; de Jong, Candel, Schouten, Abu-Saad, & Courtens, 2006). No entanto, a maioria dos estudos revela que a radioterapia tem pouca interferência ao nível da qualidade de vida (Back et al., 2005) e 7 meses após o final do tratamento, esta tende a atingir os níveis previamente reportados (Lee, Kilbreath, Refshauge, Pendlebury, Beith, & Lee, 2008).

Por outro lado, a realização de uma cirurgia que poderá amputar a mama total ou parcialmente, e a consequente necessidade de adaptação a próteses mamárias e às cicatrizes que permanecem após a cirurgia, pode perturbar a autoimagem e autoestima da mulher, repercutindo-se nos seus relacionamentos interpessoais e, em particular, nas suas relações íntimas e sexuais (Bertero, 2002). Embora a mastectomia seja mais temida, a maioria dos estudos aponta para níveis de adaptação e qualidade de vida semelhantes entre os dois tipos cirúrgicos (para uma revisão consultar Moreira, 2011).

Além disso, qualquer um destes tratamentos poderá também exigir alterações ao nível do quotidiano da mulher, impondo uma reorganização na rotina diária e no desempenho de papéis (familiares, profissionais, domésticos, entre outros). Estas dificuldades tendem a permanecer pelo tempo em que perdura o tratamento, habitualmente entre quatro a seis meses no caso das mulheres submetidas a quimioterapia, podendo, em alguns casos, persistir para além deste período (Hewitt et al., 2004).

Apesar da investigação na área da adaptação ao cancro da mama se encontrar em forte expansão, poucos estudos foram desenvolvidos especificamente na fase de tratamento (e.g.

Browall et al., 2008). Além disso, a grande maioria dos estudos longitudinais contempla períodos temporais (por exemplo 3, 6, 12 meses após o diagnóstico), sem referência ao facto de as mulheres poderem estar ou não a realizar tratamento (Schou et al., 2005). Isto impede-nos de obter uma caracterização rigorosa do processo de adaptação nesta fase, uma vez que aos 3 meses após o diagnóstico as mulheres podem ainda não ter iniciado tratamento; podem estar em fase de tratamento ou já terem terminado todo o processo e por isso estar na fase de recuperação.

Assim, nos estudos realizados especificamente na fase do tratamento e nos quais foi examinada a prevalência de dificuldades emocionais, nomeadamente a ansiedade e a depressão, observaram-se resultados díspares. Por exemplo, num estudo transversal em que foi avaliada a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres durante o tratamento de quimioterapia e radioterapia, So et al. (2010) verificaram que mais de metade das mulheres apresentavam índices de ansiedade e de depressão significativos, sobretudo as que realizaram quimioterapia, e cerca de 15% apresentavam ambos os sintomas. Resultados distintos foram encontrados num estudo longitudinal no qual a ansiedade e a depressão foram avaliadas anteriormente à confirmação do diagnóstico, 8 semanas após o início do tratamento e 9 meses depois deste terminar (Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie, & David, 2002)¹⁵. Neste estudo, os autores observaram que na fase de tratamento, apenas 8.1% e 31.1% das mulheres apresentavam índices de depressão e ansiedade significativos, respetivamente. Apesar disso, registou-se uma melhoria dos índices de perturbação emocional comparativamente ao primeiro momento de avaliação, o que não se verificou 9 meses mais tarde. Ainda noutro estudo, Costanzo et al. (2007) verificaram que aproximadamente 19% das mulheres apresentavam um quadro clínico de depressão durante a fase de tratamento, o que se aproxima dos resultados obtidos em estudos com doentes com outros tipos de cancro (Thuné-Boyle, Myers, & Newman, 2006). Segundo So et al. (2010), esta discrepância nos resultados pode ficar a dever-se ao uso de diferentes instrumentos de avaliação e à heterogeneidade das amostras quanto ao tipo de tratamento realizado (So et al., 2010).

Outros estudos revelam implicações negativas do tratamento também na qualidade de vida (Meyerowitz, 1980; Rebelo et al., 2007). Num estudo longitudinal no qual as mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia ou radioterapia foram avaliadas na semana anterior ao início do tratamento e nas semanas subseqüentes, os autores observaram uma diminuição significativa da qualidade de vida global, funcionamento físico, desempenho de papéis e imagem corporal, assim como um aumento de diversos sintomas físicos (e.g. fadiga, dispneia, dor, náuseas/vómitos) ao longo do período de tratamento. Além disso, apesar de uma diminuição significativa da ansiedade, foi observado um aumento da depressão nas mulheres submetidas a quimioterapia (Browall et al., 2008). No estudo já anteriormente citado (Schou et al., 2005), três meses após o diagnóstico, apesar de as mulheres registarem uma melhoria ao nível da qualidade de vida emocional, esta manteve-se inferior à da população geral. Além disso, as mulheres com cancro da mama mantiveram um funcionamento social e cognitivo mais reduzido e mais dificuldades no

¹⁵ É importante referir que nos estudos de So et al. (2010) e Nosarti et al (2002) foi utilizado um ponto de corte de 7 na escala HADS, contrariamente ao ponto de corte de 11, recomendável para a possível atribuição de perturbação de humor (Snaith, 2003). Assim, estes estudos deverão ser interpretados com alguma precaução pois incluem situações borderline, apenas sugestivas de perturbação emocional.

funcionamento de papéis do que o grupo de controlo, mantendo os sintomas físicos como dor, insónia, perda de apetite, diarreia e fadiga.

Como foi possível verificar, o tratamento pode efetivamente conduzir a dificuldades do ponto de vista físico, emocional e social, associando-se a uma diminuição da adaptação psicológica e da qualidade de vida (Moyer & Salovey, 1996). No entanto, a maioria dos estudos evidencia uma redução significativa da psicossintomatologia à medida que a mulher se aproxima do final do mesmo (Arora et al., 2001) e aproximadamente um ano após o diagnóstico, é frequente o regresso aos níveis de adaptação anteriores (Costanzo et al., 2007; Danhauer, Crawford, Farmer, & Avis, 2009; King et al., 2001). Ainda assim, alguns efeitos secundários podem persistir alguns anos após a realização do tratamento (Avis, Crawford, & Manuel, 2005), o que nos remete para as fases seguintes do curso da doença.

2.3. Recuperação

O período imediatamente após o final do tratamento e que se prolonga por aproximadamente um ano, corresponde à fase de recuperação (Hewitt et al., 2004; Veach et al., 2002). Segundo Stanton et al. (2005), este é um período ainda pouco estudado mas que requer particular atenção, uma vez que nesta fase a mulher tem de lidar com um conjunto de expectativas muitas vezes irrealistas e que podem gerar sofrimento emocional.

Entre elas destaca-se a expectativa que deverá viver esta fase com satisfação e alegria, devendo recuperar rapidamente os níveis de funcionamento prévios, o que é muitas vezes partilhado pela família e restante rede de suporte da mulher. Ainda que a mulher se sinta aliviada, alguns efeitos secundários dos tratamentos, sobretudo da quimioterapia, podem persistir durante um período indeterminado, como por exemplo, a fadiga, alopecia, falta de vitalidade, sensação de entorpecimento, linfedema, sintomas de menopausa precoce, diminuição da libido, entre outros. Apesar destes efeitos serem clinicamente esperados, a maioria das mulheres não prevê a sua continuidade e frequentemente interpreta-os como sinal de recidiva da doença e não como uma consequência normal do tratamento (Arnold 1999; Costanzo et al., 2007; Ganz et al., 2004).

Por outro lado, nesta fase, não estando a mulher tão centrada no processo de tratamento, está mais desperta à reflexão sobre outros aspetos relacionados com a experiência de cancro da mama, nomeadamente as questões existenciais e espirituais, o que não obstante a possibilidade de gerar índices elevados de ansiedade, pode propiciar as condições para a descoberta de mudanças psicológicas positivas (Lethborg, Kissane, Burns, & Snyder, 2000; Schnipper, 2001; Stanton, Ganz, Rowland, Meyerowitz, Krupnick, & Sears, 2005).

Outra dificuldade mencionada por Stanton et al. (2005) diz respeito à necessidade de recuperação do sentido de controlo sobre a vida e o futuro. Efetivamente, mesmo após a finalização do tratamento, as mulheres mantêm o sentimento de vulnerabilidade, frequentemente expresso no medo e incerteza quanto a uma recidiva (para uma revisão consultar Rowland & Massie, 1998). Este medo é transversal à grande maioria das mulheres e é sobretudo manifesto nos momentos de realização de exames e consultas de reavaliação (Allen, Savadatti, & Levy, 2009; Spencer, Carver, Price, & Kornblith, 1998).

Por último, os autores citados referem que a maioria das mulheres, nesta fase, não prevê necessitar de apoio por parte da rede de suporte social. No entanto, muitas mulheres continuam a precisar de apoio, tanto do ponto de vista prático, com a ajuda em algumas atividades quotidianas, como emocional. Este facto poderá explicar a maior tendência para a procura de um grupo de suporte nesta fase, comparativamente a qualquer outra fase da doença (Stanton et al., 2005). Por outro lado, a redução de contactos regulares com os profissionais de saúde pode ser, por si só, um elemento desencadeador de ansiedade (Costanzo et al., 2007; Holland & Rowland, 1991). Segundo Deshields et al. (2005), estes profissionais são vistos como uma “rede de segurança”, uma fonte de tranquilização fundamental para qualquer dúvida da mulher. Na sua ausência, esta passa a sentir-se responsável por si própria e pela monitorização da sua saúde, o que pode aumentar os índices de ansiedade.

Neste sentido, alguns estudos indicam que cerca de um quarto das mulheres submetidas a radioterapia e metade das mulheres sujeitas a quimioterapia, consideraram o período pós-tratamento como um período de stress moderado a extremo (Green et al., 1998).

Apesar destas dificuldades, são escassas as investigações realizadas nesta fase específica de transição entre a identidade de doente e de sobrevivente (Allen et al., 2009; Costanzo et al., 2007; Shimozuma, Ganz, Petersen, & Hirji, 1999). Os estudos existentes têm permitido verificar que embora a fase de recuperação possa ser vivida com ansiedade (Holland & Rowland, 1991) e níveis elevados de sofrimento emocional (Lethborg et al., 2000), a maioria das mulheres revela uma boa adaptação (Costanzo et al., 2007; Deshields et al., 2005; Ganz et al., 2004). De uma forma geral, nestes três estudos os autores verificaram um aumento da qualidade de vida e da adaptação emocional algumas semanas após a finalização do tratamento. No estudo de Schou et al. (2005) que temos vindo a mencionar, os autores verificaram que um ano após a cirurgia, a maioria das mulheres apresenta resultados de qualidade de vida global, desempenho de papéis e funcionamento emocional, superiores relativamente à fase inicial da cirurgia. Um ano mais tarde, os restantes domínios da qualidade de vida (cognitivo, social e físico) retomam os valores iniciais e são comparáveis à população geral, à exceção do funcionamento cognitivo e social e da frequência de sintomas físicos como dor, obstipação e diarreia. Também Schou et al. (2004) verificaram decréscimos muito significativos ao nível da perturbação emocional um ano após a cirurgia, nomeadamente uma redução na prevalência de ansiedade de 34% para 26% e na depressão, de 12% para 9%, sendo estas prevalências semelhantes à da população geral. Outros estudos comparativos com mulheres da população geral, revelaram índices de qualidade de vida global e de adaptação psicológica semelhantes um ano após o diagnóstico (Anderson et al., 1989; Arndt, Merx, Sturmer, Stegmaier, Ziegler, & Brenner, 2004; Bloom et al., 1987; Schwarz et al., 2008).

Apesar destes resultados, Montazeri et al. (2008), num estudo prospetivo realizado com mulheres antes do diagnóstico, 3 meses após o início do tratamento e um ano mais tarde (num total de 18 meses de avaliação) verificaram que na fase de recuperação, embora fosse evidente uma redução dos sintomas localizados na mama e dos efeitos físicos secundários da quimioterapia, algumas mulheres continuavam a evidenciar restrições na qualidade de vida global, dor, dificuldades na movimentação do braço e na aceitação da imagem corporal. Também num estudo

prospetivo, os autores (Shimozuma et al., 1999) conferiram que, um ano após o diagnóstico, à exceção de alguns sintomas e limitações físicas consequentes do tratamento, a maioria das mulheres apresenta uma boa qualidade de vida, e menos de 10% reporta decréscimos neste indicador de adaptação.

Assim sendo, podemos concluir que apesar desta fase se caracterizar por múltiplas exigências, sobretudo relacionadas com a persistência dos efeitos orgânicos secundários dos tratamentos, a maioria das mulheres consegue adaptar-se positivamente a esta fase de transição. Tendo em conta que é ainda necessário aprofundar o conhecimento sobre as dificuldades inerentes a esta fase, optámos por inclui-la nos objetivos da presente investigação.

2.4. Sobrevivência

Tal como foi já referido no primeiro capítulo, os avanços registados ao nível do diagnóstico precoce e dos meios de tratamento para o cancro da mama, cada vez mais eficazes, têm permitido um prognóstico mais favorável e uma significativa redução da mortalidade. Estes progressos têm contribuído para um aumento da taxa de sobrevivência por cancro da mama para 89%, nos primeiros cinco anos após o diagnóstico (American Cancer Society, 2009). Só em Portugal, estima-se que estejam vivas aproximadamente 21.300 mulheres a quem foi diagnosticado um cancro da mama nos últimos 5 anos (Ferlay et al., 2010).

A definição “sobrevivente de cancro” está longe de ser consensual e durante muitos anos tem sido alvo de discussão entre investigadores e profissionais de saúde, sendo propostas definições diversas. Por exemplo, Kornblith (1998) considera sobrevivente de cancro aquele que permanece pelo menos um ano livre de doença e sem necessitar de realizar tratamento. Já Veach et al. (2002), defendem que o período de sobrevivência tem início logo após o término do tratamento, estendendo-se pelos anos de vida do indivíduo.

Outras definições têm sido propostas por sociedades científicas e organizações internacionais, que têm optado por definições mais amplas, não se limitando a critérios temporais, relacionados com a longevidade ou com o tratamento realizado. Por exemplo, o National Coalition for Cancer Survivorship (National Coalition for Cancer Survivorship, 2012) considera que a fase da sobrevivência é um processo contínuo que tem início no momento do diagnóstico e prolonga-se ao longo da vida do indivíduo. Também a American Cancer Society (American Cancer Society, 2012) considera sobrevivente qualquer indivíduo a quem foi realizado um diagnóstico de cancro, independentemente de estar ainda a receber tratamento, encontrar-se em fase de remissão ou ser considerado livre de doença. Estas definições vão ao encontro da primeira utilização do termo “sobrevivente de cancro”, realizada por Mullan em 1985. Este médico e doente oncológico, definiu como sobrevivente “todo o indivíduo que recebeu um diagnóstico de uma forma potencialmente fatal de cancro e que por isso tem de enfrentar a sua mortalidade” (Fobair, 2007). Esta proposta de utilização do termo sobrevivente de cancro veio contribuir para a eliminação da terminologia de cariz biomédico e que diferenciava claramente aqueles que podiam ser considerados “curados”, e aqueles que permaneciam “doentes”.

Outras definições de sobrevivente de cancro contemplam a avaliação subjetiva do indivíduo do seu bem-estar e qualidade de vida. Por exemplo, o National Cancer Institute (National Cancer Institute, 2012), considera sobrevivente de cancro o indivíduo que, diagnosticado e submetido a tratamento para uma doença oncológica, se encontra vivo e funcional em termos físicos e psicossociais, incluindo tanto os indivíduos que já não estão a receber tratamento, como aqueles cuja doença oncológica se mantém ativa. Além da pessoa com cancro, a definição do NCI refere a família, os amigos e os cuidadores como sobreviventes.

Apesar de ser um conceito controverso entre a comunidade científica, no contexto da prestação de cuidados de saúde o termo sobrevivente continua ainda a ser utilizado tendo em conta critérios temporais e biomédicos, remetendo para o indivíduo que não evidencia sinais de doença cinco anos após o diagnóstico (Leigh, 2007).

Como conceito de referência neste trabalho, foi adotada a definição de Feuerstein (2007), que descreve como sobrevivente o indivíduo diagnosticado com cancro e que completou o primeiro tratamento, incluindo também aquele que, tendo realizado um tratamento inicial, permanece ainda em tratamento. Consideramos que esta definição é mais concisa, permitindo uma melhor operacionalização da doença em termos conceptuais e metodológicos.

Como se depreende, a fase de sobrevivência irá prolongar-se ao longo da vida da mulher e pode incluir diversos períodos caracterizados por dificuldades específicas. Este facto, associado à maior longevidade e aumento progressivo do número de sobreviventes de cancro da mama tem aumentado o interesse pelo estudo desta fase, nomeadamente no que respeita às repercussões da doença oncológica e respetivo tratamento na qualidade de vida e adaptação emocional das mulheres. Apesar da proliferação de estudos nos últimos 30 anos, a maioria deles centra-se numa fase bastante próxima do final do tratamento, sendo escassos os estudos realizados cinco ou mais anos após o diagnóstico.

Assim, no que respeita à adaptação emocional das sobreviventes, os estudos realizados têm revelado prevalências bastante reduzidas de perturbação emocional, com tendência a reduzir ao longo dos anos. Por exemplo, num estudo em que foram avaliadas sobreviventes de cancro da mama desde o momento de diagnóstico até sensivelmente 5 anos mais tarde, os autores verificaram decréscimos muito significativos dos índices de ansiedade e depressão ao longo do tempo, de aproximadamente 50% no primeiro ano, para 25% no segundo, terceiro e quarto anos, e 15% no quinto ano (Burgess et al., 2005). Num outro estudo, realizado aproximadamente 2 anos após o diagnóstico, os autores verificaram que apenas 16% das mulheres relevavam um nível significativo de sofrimento emocional, medido pela Impact of Events Scale (Bleiker, Pouwer, van der Ploeg, Leer, & Adèr, 2000).

Relativamente à qualidade de vida, os estudos realizados têm permitido constatar que a qualidade de vida é na generalidade boa, evidenciam-se limitações sobretudo no que se refere ao funcionamento e sintomatologia física (Helgeson & Tomich, 2005), nomeadamente dores nas articulações, dores de cabeça e afrontamentos (Ganz, Rowland, Desmond, et al., 1998); dificuldades na movimentação dos braços, maior disfunção sexual e maior número de preocupações com a saúde (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, et al., 1998); incerteza quanto

ao futuro e medo de uma recidiva; problemas familiares e de natureza socioeconómica (Dow, Ferrell, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1996).

Apesar disso, Bloom et al. (2004), num estudo realizado cinco anos após o diagnóstico, verificaram melhorias na qualidade de vida, sobretudo no que respeita às consequências físicas da cirurgia, imagem corporal, preocupação com o futuro, comunicação médico/doente e pensamentos intrusivos sobre o tratamento. Estes autores verificaram, igualmente, que 92% das sobreviventes avaliaram a sua saúde como “boa” ou “excelente”, e apenas 10% revelaram que esta tinha piorado. No mesmo sentido, num estudo longitudinal em que uma amostra de sobreviventes foi comparada com um grupo de mulheres da população geral, os autores observaram que oito anos após o diagnóstico, ambos os grupos não diferiam significativamente no que respeita aos sintomas depressivos, ansiedade, satisfação de vida, autoestima, apoio social e satisfação com a relação conjugal (Schroevers et al., 2006). Ainda num outro estudo com mulheres 20 anos após o diagnóstico, os autores verificaram que a preocupação com o cancro era insignificante. No entanto, cerca de 18% das mulheres apresentavam sintomas de stress pós-traumático e limitações físicas como linfedema (27%) e entorpecimento físico (20%) (Kornblith et al., 2003).

A reforçar as evidências de alguns estudos longitudinais, os resultados dos estudos transversais têm também sugerido que as sobreviventes de cancro da mama, cinco a dez anos após o diagnóstico, apresentam uma boa qualidade de vida (Casso, Buist, & Taplin, 2004; Conde, Pinto-Neto, Cabello, Santos-Sa, Costa-Paiva, & Martinez, 2005). Por outro lado, em estudos nos quais os indicadores de qualidade de vida foram comparados com amostras de controlo, constituídas por mulheres sem história de doença oncológica, os autores verificaram índices de qualidade de vida semelhantes (Bardwell et al., 2004; Bower et al., 2000; Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, et al., 1998; Tomich & Helgeson, 2002; van der Steeg, De Vries, & Roukema, 2007; Zebrack, Yi, Peterson, & Ganz, 2008) e até mesmo superiores em algumas áreas do funcionamento (Peuckmann et al., 2007; Schou et al., 2005).

Em Portugal foi realizado um estudo de avaliação da qualidade de vida em 426 sobreviventes de vários tipos de cancro, dos quais 166 eram sobreviventes de cancro da mama (Pinto, 2007). Neste estudo, em que foi utilizado o EORTC QLQ-C30, os índices de qualidade de vida foram consideravelmente elevados e, nalgumas escalas funcionais, superiores aos valores de referência.

Pelo exposto, os resultados dos estudos desenvolvidos com sobreviventes de cancro da mama, apontam para bons índices de qualidade de vida e de adaptação emocional, em muito semelhantes ou até superiores aos da população geral, à exceção dos compromissos físicos resultantes dos tratamentos e ao sentimento de vulnerabilidade pessoal, expresso no medo intenso de uma recidiva de cancro, que tende a afetar entre 40% a 90% do casos (Kornblith, 1998). Consideramos que estes resultados são sugestivos do potencial de adaptação da mulher mesmo perante uma situação de risco, como o diagnóstico de cancro da mama, validando o pressuposto da diversidade de trajetórias de adaptação.

Em suma, ao longo deste ponto foi possível conferir a grande variabilidade de respostas de adaptação ao cancro da mama. Segundo Hewitt et al. (2004), embora a maioria das mulheres

apresente sintomas físicos como fadiga, perturbações de sono ou dor; preocupação com a imagem corporal; dificuldades sexuais; ansiedade relacionada com os tratamentos; pensamentos intrusivos acerca da doença; dificuldades de comunicação com o companheiro; preocupações sociais, profissionais e financeiras; sentimento de vulnerabilidade e medo de uma recidiva; e preocupações existenciais relacionadas com a morte e sentido da vida, conseguem progressivamente adaptar-se à doença, retomando os níveis de funcionamento prévio. Efetivamente, estas não seguem todas a mesma trajetória e se algumas mulheres poderão manter as suas dificuldades por períodos mais alargados, outras, inclusivamente, poderão mesmo apresentar melhorias em relação a alguns indicadores de funcionamento, corroborando o pressuposto de existência de múltiplos modelos de adaptação (Helgeson et al., 2004).

Para a compreensão da variabilidade de respostas psicológicas ao cancro da mama merece particular destaque a análise dos fatores psicossociais que poderão funcionar como fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção, aproximando as mulheres de percursos mais adaptativos ou pelo contrário, de resultados mais negativos em termos de adaptação. Conhecer estes aspetos torna-se fundamental para identificar subgrupos de mulheres mais vulneráveis ao impacto negativo do cancro da mama e que poderão beneficiar de intervenção psicológica. De seguida será apresentada uma breve síntese dos principais determinantes da adaptação psicológica ao cancro da mama e que foram objeto da presente investigação.

3. Determinantes da adaptação ao cancro da mama

Muito embora o cancro da mama possa implicar negativamente a adaptação psicológica da mulher, pelas exigências que coloca em cada fase, a literatura tem sido consensual na afirmação que a resposta psicológica à doença depende de um conjunto de fatores que atuam de forma articulada e que podem conduzir à modificação da resposta individual ou à alteração dos efeitos negativos das circunstâncias de risco (diagnóstico de cancro da mama), funcionando como fatores de vulnerabilidade ou de proteção (Brennan, 2001).

A literatura no âmbito do cancro da mama tem apontado para uma grande multiplicidade de fatores de influência na adaptação à doença. No ponto seguinte iremos fazer um breve resumo dos fatores mais referenciados, nomeadamente de natureza sociodemográfica, clínica e psicossocial. Pela sua relevância na condução dos estudos empíricos que constituem a presente investigação, daremos particular destaque às representações da doença, ao apoio social e às estratégias de coping.

3.1. Fatores sociodemográficos

Idade

Entre os fatores sociodemográficos, a idade é aquela que mais atenção tem recebido na literatura e cujos dados da investigação têm permitido obter maior consenso. Este crescente interesse deve-se sobretudo ao facto de nos últimos anos se verificar um aumento da incidência de cancro da mama nas mulheres mais jovens, com menos de 50 anos de idade (Ganz, Greendale,

Petersen, Kahn, & Bower, 2003). Esta idade tem sido referenciada como marco diferenciador entre as mulheres mais jovens e mais velhas, por constituir um indicador da transição para a fase da menopausa (Wenzel, Fairclough, Brady, Cella, Garrett, & Kluhsman, 1999).

De uma forma geral, a literatura tem evidenciado que as mulheres mais jovens apresentam níveis de stress mais elevados (Northouse & Swain, 1987), maiores compromissos ao nível da qualidade de vida (Arndt et al., 2004; Avis et al., 2005; Dorval, Maunsell, Deschenes, & Brisson, 1998; Janz, Mujahid, Lantz, Fargelin, Salem, & Morrow, 2005; King et al., 2001; Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003; Peuckmann et al., 2007; Schou et al., 2005; Wenzel et al., 1999; Zebrack et al., 2008), maior perturbação emocional (Burgess et al., 2005; Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000; Compas, Stoll, Thomsen, Oppedisano, Epping-Jordan, & Krag, 1999; Levy, Haynes, Herberman, Lee, McFeeley, & Kirkwood, 1992; Parker et al., 2003; Schover, 1994; Wenzel et al., 1999), assim como dificuldades sexuais mais significativas (Burwell, Case, Kaelin, & Avis, 2006). Numa revisão de 13 estudos, Knobf (2006) verificou que há evidência empírica suficiente para afirmar que as mulheres mais jovens apresentam um risco mais elevado para o desenvolvimento de psicopatologia e qualidade de vida diminuída, o que foi confirmado na revisão de Mols, Vingerhoets, Coebergh e van de Poll-Franse (2005).

Segundo a literatura, o diagnóstico de um cancro da mama nesta idade, é efetivamente um acontecimento menos esperado (Wenzel et al., 1999) e, como tal, pode comprometer a capacidade da mulher para responder de forma adaptativa às tarefas biopsicossociais inerentes a esta etapa do ciclo de vida, nomeadamente a constituição de família, o nascimento e educação dos filhos e o maior investimento na carreira profissional (Chirikos, Russell-Jacobs, & Cantor, 2002; Cimprich, Ronis, & Martinez-Ramos, 2002; Knobf, 2007).

Por outro lado, as mulheres mais jovens são geralmente submetidas a tratamentos mais agressivos, nomeadamente a quimioterapia que, tal como já foi referido, se associa a efeitos secundários que podem prolongar-se por um longo período de tempo ou até mesmo serem irreversíveis (Kornblith et al., 2003; Wenzel et al., 1999). A menopausa precoce, medicamente induzida ou consequente ao tratamento de quimioterapia, é um dos possíveis efeitos dos tratamentos, podendo a ela associar-se uma diminuição da libido, da satisfação sexual, dispareunia, secura vaginal e infertilidade (Avis et al., 2005) podendo afetar a relação conjugal (Meyerowitz, Desmond, Rowland, Wyatt, & Ganz, 1999).

Apesar da infertilidade ser um dos maiores receios das mulheres mais jovens (Knobf, 2007), (Knobf, 2007), as mulheres que já eram mães anteriormente ao diagnóstico de cancro da mama temem não poder acompanhar o desenvolvimento dos filhos (Dunn & Steginga, 2000) ou uma prestação de cuidados adequada (Deshields, Tibbs, Fan, & Taylor, 2006).

Paralelamente, as mulheres mais jovens tendem a investir mais na sua aparência física (Ganz, Rowland, Desmond, et al., 1998) e são mais vulneráveis às pressões sociais relativas aos estereótipos de beleza (Schover, 1994), o que poderá também dificultar ainda mais a adaptação ao cancro da mama, pelas implicações que o tratamento poderá causar na imagem corporal (Moreira, 2011).

Não menos relevante é o facto das mulheres mais jovens apresentarem maior medo de uma recidiva de cancro (Hilton, 1989). Assim, manifestam maior necessidade de informação relativamente a estilos de vida saudáveis, métodos de alívio de sintomas, formas de prevenção de cancro e de outras doenças que poderão ocorrer como consequência do tratamento, nomeadamente a osteoporose e as doenças cardíacas. Não obstante a disseminação de informação, as mulheres mais jovens sentem ainda dificuldade em aceder a informação adequada à sua etapa do ciclo de vida (Knobf, 2007).

Apesar destas dificuldades, e à semelhança do que se verifica na generalidade dos casos, as mulheres mais jovens tendem a recuperar os níveis de adaptação anteriores. Por exemplo, Casso et al. (2004) verificaram que, em média sete anos após o diagnóstico, as mulheres que receberam tratamento para o cancro da mama entre os 40 e os 49 anos, apresentavam uma boa qualidade de vida, à exceção de algumas limitações físicas típicas da cirurgia e do tratamento adjuvante.

As mulheres com mais de 50 anos apresentam uma melhor adaptação, habitualmente fruto das experiências prévias relacionadas com situações de doença e adversidade, que as obrigou a desenvolverem estratégias de coping mais eficazes. Por outro lado, são confrontadas com menos exigências do ponto de vista da gestão familiar, educação dos filhos e vida profissional. Apesar disso, revelam maior preocupação com o funcionamento físico e autonomia (Cimprich et al., 2002; Knobf, 2006). São também menos assertivas na comunicação com os profissionais de saúde, o que impede que estes se apercebam das suas dificuldades físicas e emocionais e, como tal, dificilmente encaminham para profissionais, por exemplo, nas áreas da reabilitação e apoio psicológico (Knobf, 2006). Paralelamente, as mulheres mais velhas em situação de viuvez, ou que têm ao seu cuidado um marido doente ou netos pequenos, estão em maior risco de desgaste emocional (Knobf, 2007; Moyer & Salovey, 1996).

Ainda assim, alguns estudos têm verificado que a relação entre idade e os resultados de adaptação não é linear. Por exemplo, num estudo realizado com 105 mulheres sobreviventes de cancro da mama divididas em três grupos etários, os autores verificaram que as mulheres que receberam o diagnóstico numa idade mais avançada (> 65 anos) apresentavam índices de qualidade de vida mais negativos no domínio físico, contrariamente às mulheres mais jovens (27 aos 44 anos), que apresentavam pior qualidade de vida no domínio social. Já as mulheres no grupo intermédio (45 aos 65 anos), apresentavam melhor qualidade de vida global e também no domínio físico (Cimprich et al., 2002).

Num outro estudo, Compas et al. (1999) verificaram que a influência da idade depende também da fase da doença. Assim, no momento do diagnóstico as mulheres mais jovens experienciam maior perturbação emocional e têm maior dificuldade em envolver-se em estratégias adaptativas para lidar com a doença. Durante as fases de tratamento e de recuperação, não se observam diferenças no que respeita à adaptação. Um efeito semelhante foi encontrado noutra estudo, no qual a associação entre idade e a perturbação emocional ocorreu apenas no período após o diagnóstico, sendo inexistente 10 meses mais tarde (Vinokur, Threatt, Vinokur-Kaplan, & Satariano, 1990).

Um outro fator que parece interagir com a idade é o tipo de cirurgia. Por exemplo, Dorval, Maunsell, Deschênes e Brisson (1998) verificaram que as mulheres mais jovens e sujeitas a

tumorectomia apresentavam melhor adaptação psicológica do que as mulheres da mesma idade submetidas a mastectomia. Já nas mulheres com mais de 50 anos, a realização de cirurgia conservadora associou-se a níveis mais elevados de perturbação emocional. Apesar disso, este efeito não foi replicado por Cohen et al. (2000), o que remete para a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos neste âmbito.

Como foi possível verificar, a idade da mulher, associada ao seu estágio de desenvolvimento influencia a adaptação ao cancro sobretudo nas fases iniciais da doença. Assim, revela-se fundamental conhecer a etapa do ciclo de vida da mulher, bem como os objetivos pessoais que o cancro da mama ameaça ou interrompe (Fernandes, 2009), devendo estes aspetos requerer especial atenção por parte dos profissionais de saúde .

Situação socioeconómica

A investigação desenvolvida no intuito de compreender o papel do nível socioeconómico (tendo em conta variáveis como o nível de escolaridade, a situação profissional e o rendimento) na diversidade de resposta da mulher com cancro da mama é ainda escassa e na sua generalidade, não tem encontrado efeitos significativos destes fatores (Glanz & Lerman, 1992), sobretudo no que respeita à situação profissional (Janz et al., 2005; Schou et al., 2005).

Alguns estudos têm, porém, encontrado um impacto significativo do nível de escolaridade. Por exemplo, Schou et al. (2005) verificaram que as mulheres que completaram no mínimo 12 anos de escolaridade apresentavam um melhor funcionamento emocional, quer na fase do diagnóstico, quer um ano mais tarde. Num estudo desenvolvido por Janz et al. (2005), os autores observaram que nas mulheres que realizaram quimioterapia, quanto mais elevado é o nível de escolaridade, menor é o impacto do tratamento na qualidade de vida emocional, social e no funcionamento de papéis. Outros estudos têm, igualmente, revelado melhor adaptação (Parker et al., 2003; Schover et al., 1995) e qualidade de vida (Cui et al., 2004; King et al., 2001; Peuckmann et al., 2007) nas mulheres com mais escolaridade. Estes dados têm permitido verificar que o nível de escolaridade pode funcionar como um *buffer* do impacto negativo do cancro da mama na adaptação (Janz et al., 2005; King et al., 2001).

No que respeita ao rendimento, os estudos, ainda que escassos, sugerem que as mulheres com um baixo rendimento têm resultados mais negativos de qualidade de vida (Ashing-Giwa, Ganz, & Petersen, 1999; Casso et al., 2004; Cui et al., 2004; Eil, Xie, Wells, Nedjat-Haiem, Lee, & Vourlekis, 2008; Shimosuma et al., 1999; Wei et al., 2007; Zebrack et al., 2008).

Assim, podemos inferir que a presença destes fatores, sobretudo um nível de escolaridade mais elevado, facilitará o acesso a informação e assim a formas mais adaptativas de encarar a doença. No entanto, são necessários mais estudos para aprofundar o conhecimento sobre estes aspetos.

Estado civil

Outro importante fator, nem sempre referido na literatura, é o estado civil, associado à existência de uma relação afetiva e/ou coabitação com um companheiro. Efetivamente, os estudos

realizados têm sugerido que as mulheres casadas ou que têm um companheiro apresentam uma melhor adaptação, expressa em menores níveis de depressão (Parker et al., 2003) e melhor qualidade de vida (Cui et al., 2004; King et al., 2001; Parker et al., 2003; Peuckmann et al., 2007). Estas evidências tornam-se compreensíveis se atendermos ao facto destas mulheres poderem obter maior apoio por parte dos companheiros, tanto do ponto de vista emocional como prático. Por exemplo, num estudo longitudinal realizado com 163 mulheres com cancro da mama, os autores verificaram que a satisfação das necessidades básicas de afeto, no contexto de uma relação íntima é um importante preditor de níveis mais reduzidos de depressão (Talley, Molix, Schlegel, & Bettencourt, 2010) (este tema será abordado com mais detalhe no ponto relativo ao apoio social).

No entanto, outros estudos não têm verificado associações significativas (Schou et al., 2005), pelo que este tema carece ainda de mais investigação.

3.2. Fatores clínicos

Como já foi mencionado neste capítulo, as características da doença e do tratamento podem também influenciar a adaptação ao cancro da mama. Nos últimos anos têm sido desenvolvidos vários estudos nesta área, na tentativa de aprofundar o conhecimento sobre o impacto de fatores como o estágio da doença, o tipo de tratamento realizado, o tempo decorrido do diagnóstico, entre outros, no processo de adaptação da mulher.

Apesar de existir uma quantidade substancial de estudos neste âmbito, os resultados alcançados são ainda insuficientes para a obtenção de um conhecimento global e consistente sobre a forma como estes fatores influenciam a adaptação da mulher (Irvine et al., 1991; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008). Segundo Fernandes (2009), isto pode dever-se a problemas metodológicos, nomeadamente no que respeita à operacionalização de variáveis e à análise da interação entre fatores, ainda pouco explorada.

Neste ponto iremos fazer um breve resumo dos principais resultados de investigação sobre a influência do tipo de cirurgia e do tipo de tratamento adjuvante na adaptação da mulher, dada a relevância destas variáveis no desenvolvimento deste trabalho.

Tipo cirurgia

A variável clínica que tem despertado mais interesse no âmbito da adaptação ao cancro da mama diz respeito ao tipo de cirurgia. A revisão aprofundada deste tema ultrapassa os objetivos deste trabalho (para uma revisão consultar Moreira, 2011), pelo que será abordado neste ponto de uma forma muito breve.

O estudo das repercussões psicológicas do tratamento cirúrgico do cancro da mama remonta a meados do século XX, quando a mastectomia era ainda a única opção cirúrgica. A partir das décadas de 80 e 90 foram introduzidos outros procedimentos cirúrgicos, como a cirurgia conservadora e as técnicas de reconstrução mamária, o que possibilitou a realização de estudos comparativos entre os diferentes tipos de cirurgia. Nestes estudos foi possível verificar que a

cirurgia conservadora associava-se a índices mais positivos de bem-estar, melhor funcionamento sexual, melhor qualidade de vida e adaptação psicológica (e.g. Al-Ghazal et al., 2000; King et al., 2001; Schain, D'Angelo, Dunn, Lichter, & Pierce, 1994; Yurek, Farrar, & Anderson, 2000).

Num dos primeiros estudos, por exemplo, Holland e Rowland (1989) verificaram que as mulheres submetidas a mastectomia avaliavam-se como menos atraentes e apresentavam índices mais elevados de depressão e mais dificuldades sexuais. Segundo as autoras, a tumorectomia permitia manter a imagem corporal inalterada e assim, a identidade feminina. Além disso, as mulheres submetidas a cirurgia conservadora, ainda que não se sentissem totalmente seguras quanto à sua identidade sexual e revelassem dificuldades de adaptação, falavam mais abertamente da doença. No mesmo sentido, os resultados de Engel et al. (2004) e Arndt et al. (2008) indicaram que as mulheres mastectomizadas apresentavam pior qualidade de vida global, menor satisfação com a imagem corporal, e pior funcionamento sexual, social e físico. Nestes dois estudos, as dificuldades tenderam a manter-se ou a piorar ao longo do tempo, sobretudo o funcionamento social (Arndt et al., 2008). Num outro estudo com recurso ao WHOQOL-Bref (Rabin, Heldt, Hirakata, & Fleck, 2008), os autores verificaram que as mulheres que realizaram mastectomia apresentavam pior qualidade de vida nos domínios físico e psicológico.

Porém, outras investigações encontraram resultados contrastantes. Por exemplo, Nissen et al. (2001), comparou a qualidade de vida de mulheres que realizaram cirurgia conservadora, mastectomia ou mastectomia com reconstrução, em diversos momentos de avaliação, desde o diagnóstico até 2 anos mais tarde. Os autores verificaram que 12 meses após o diagnóstico, as mulheres submetidas a tumorectomia apresentavam maior prevalência de distúrbios de humor do que as mulheres mastectomizadas. Num estudo português, Rebelo et al. (2007), não encontraram diferenças na grande generalidade das subescalas de avaliação da qualidade de vida do QLQ C-30 e do módulo adicional QLQ BR-23. Além disso, as mulheres submetidas a tumorectomia avaliaram a sua imagem corporal de uma forma mais negativa do que as mulheres mastectomizadas, o que segundo os autores reflete as implicações negativas da tumorectomia.

Apesar destes resultados, a maioria dos estudos remete para resultados de adaptação semelhantes, independentemente do tipo de cirurgia (Arora et al., 2001; Cohen et al., 2000; Ganz, Schag, Lee, Polinsky, & Tan, 1992; Levy et al., 1992; Schover et al., 1995). Por exemplo, no estudo de Dorval, Maunsell, Deschenes e Brisson (1998), os autores não encontraram diferenças significativas na qualidade de vida e funcionamento conjugal e sexual entre as mulheres que realizaram mastectomia e cirurgia conservadora 8 anos após a cirurgia. Além disso, ao longo dos anos em que decorreu o estudo, o nível de perturbação emocional diminuiu significativamente em ambos os grupos. No mesmo sentido, Parker et al. (2007) encontraram resultados semelhantes de adaptação e qualidade de vida entre mulheres submetidas a tumorectomia, a mastectomia e a mastectomia seguida de reconstrução. Também num estudo português, realizado com uma amostra de 74 mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia e a cirurgia conservadora, a autora não encontrou diferenças ao nível de sintomatologia ansiosa e depressiva (Fernandes, 2009).

A literatura tem oferecido interpretações para estes resultados. Além do argumento relacionado o tratamento de radioterapia, que provoca alguns efeitos secundários indesejáveis e obriga a um

prolongamento do período de tratamento por mais 2 meses, alguns autores têm sugerido que estas mulheres apresentam maior preocupação com a possibilidade de uma recidiva de cancro (Härtl et al., 2003) . Este medo baseia-se na crença que a retirada de uma porção mais reduzida do tecido mamário poderá implicar a presença de células malignas, originando o aparecimento de um tumor (Dorval, Maunsell, Deschenes, & Brisson, 1998; Schain et al., 1994). Assim, as mulheres poderão sentir a mastectomia como uma medida de segurança, que lhes permitirá um maior controlo sobre a doença, protegendo-as de uma potencial recidiva. Assim sendo, as desvantagens da amputação da mama e os efeitos negativos de um tratamento mais conservador podem compensar-se mutuamente, conduzindo a resultados de adaptação semelhantes (Moreira, 2011). Assim, mais do que a perda da mama, é o confronto com o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, que explica o impacto psicológico do cancro da mama.

Ainda assim, numa meta-análise realizada com base em 40 estudos, Moyer (1997) concluiu que a tumorectomia se associa, ainda que de forma modesta, a resultados mais positivos de adaptação a nível emocional, sexual e social, sobretudo evidentes um ano após o diagnóstico. Além disso, refere que o maior benefício da cirurgia conservadora observa-se na perceção e satisfação com a imagem corporal, significativamente mais comprometida nas mulheres mastectomizadas (Ganz et al., 1992; Janz et al., 2005; Parker et al., 2007; Poulsen, Graversen, Beckmann, & Blichert-Toft, 1997), o que frequentemente interfere com o funcionamento sexual (Schain et al., 1994; Yurek et al., 2000). Assim, e de acordo com Schover (1994), a cirurgia conservadora pode proteger a adaptação psicológica, pelo menos no que respeita à satisfação com a imagem corporal (Schover, 1994).

Como se pode verificar, os principais resultados da investigação sobre o impacto do tipo de cirurgia na adaptação da mulher com cancro da mama estão longe de gerar um consenso, o que poderá dever-se a aspetos como a diversidade de instrumentos de avaliação das variáveis consideradas. Além disso, aspetos relacionados com o tempo decorrido da cirurgia e os tratamentos complementares realizados, nomeadamente a radioterapia, poderão concorrer para a compreensão destes resultados (Moyer, 1997; Moyer & Salovey, 1996). Além disso, os aspetos de natureza sociodemográfica, como a idade da mulher (Dorval, Maunsell, Deschenes, & Brisson, 1998) e o estado civil (King et al., 2001), podem também moderar o efeito do tipo de cirurgia na adaptação psicológica. Neste sentido, são necessárias mais investigações, sobretudo de natureza longitudinal e com uma amplitude temporal mais abrangente, para um melhor esclarecimento do impacto destas variáveis.

Tipo de tratamento

O facto de a maioria das mulheres com cancro da mama realizar um ou mais tratamentos adjuvantes à cirurgia, e destes se associarem a um conjunto de efeitos secundários, tem motivado o interesse dos investigadores pelo estudo do impacto destes tratamentos na adaptação e qualidade de vida da mulher. Embora os estudos realizados tenham registado um aumento crescente, estes são ainda escassos e os resultados são na sua maioria ambíguos (Frith, Harcourt, & Fussell, 2007).

Alguns estudos têm demonstrado um impacto negativo dos tratamentos adjuvantes, sobretudo a quimioterapia (Ganz et al., 2002; Janz et al., 2005). Efetivamente, este tratamento associa-se a uma diminuição da qualidade de vida, sobretudo no que respeita ao funcionamento físico, social e cognitivo, desempenho de papéis, e ao aumento de sintomas orgânicos como fadiga, dispneia, dor, náuseas/vômitos, obstipação, entre outros. Além disso, induz um aumento da ansiedade e insatisfação com a imagem corporal (Browall et al., 2008).

Por exemplo, num estudo comparativo entre 4 grupos de mulheres diagnosticadas entre 1 a 5 anos e sujeitas a diferentes protocolos de tratamento (tamoxifeno; quimioterapia; quimioterapia e tamoxifeno; e sem tratamento adjuvantes), os autores não encontraram diferenças entre os diversos tipos de tratamento no que respeita à depressão, saúde mental, imagem corporal e qualidade de vida global. Contudo, verificou-se que as mulheres que não realizaram tratamento adjuvante manifestavam melhor funcionamento físico, do que qualquer outro grupo. As mulheres que realizaram tratamento de quimioterapia (quer isoladamente ou em conjugação com o tamoxifeno) revelaram défices no funcionamento sexual e sintomas de secura vaginal e dor sexual. Por outro lado, as mulheres que tomavam tamoxifeno apresentavam maior frequência de afrontamentos, suores noturnos e corrimento vaginal. Estes dados conduziram os autores a concluir que, apesar de as sobreviventes de cancro da mama apresentarem um bom funcionamento, muito semelhante ao das mulheres da população geral, as sobreviventes que receberam quimioterapia apresentam piores resultados em alguns indicadores da qualidade de vida (Ganz, Rowland, Meyerowitz, et al., 1998).

Também outros estudos que compararam mulheres que realizaram quimioterapia e radioterapia, confirmaram o impacto mais negativo da quimioterapia na qualidade de vida (Casso et al., 2004), funcionamento físico (Arora et al., 2001; Browall et al., 2008; Ganz et al., 2004; Janz et al., 2005), desempenho de papéis (Schou et al., 2005) e funcionamento cognitivo e social (Browall et al., 2008). Resultados idênticos foram encontrados noutras áreas do funcionamento, nomeadamente ansiedade e depressão mais elevada (Miller, Jones, & Carney, 2005; Schover et al., 1995; So et al., 2010), medo de recidiva (King et al., 2001; Schover et al., 1995), insatisfação com a imagem corporal (Browall et al., 2008; Hopwood, Haviland, Mills, Sumo, & Bliss, 2007; Janz et al., 2005; Schover et al., 1995) e dificuldades sexuais (Arora et al., 2001; Broeckel, Thors, Jacobsen, Small, & Cox, 2002; Burwell et al., 2006; Schover et al., 1995). Numa meta-análise foi confirmado que, efetivamente, a realização de quimioterapia é um dos preditores mais robustos de resultados mais negativos de qualidade de vida (Mols et al., 2005). Numa meta-análise foi confirmado que, efetivamente, a realização de quimioterapia é um dos preditores mais robustos de resultados mais negativos de qualidade de vida (Mols et al., 2005).

Este impacto da quimioterapia no funcionamento físico e sexual parece manifestar-se independentemente da idade da mulher (Ganz, Rowland, Desmond, et al., 1998; Ganz, Rowland, Meyerowitz, et al., 1998), bem como do tipo de cirurgia (Ganz et al., 2004). Contudo, alguns estudos sugerem um maior impacto da quimioterapia na qualidade de vida nas mulheres mais jovens (Arora et al., 2001). Além disso, este efeito é transversal às diversas fases do curso da doença, sendo evidente tanto no momento do tratamento (So et al., 2010), imediatamente após o final do mesmo (Ganz et al., 2004), 6 meses após o diagnóstico (Arora et al., 2001), 12 meses

após a cirurgia (King et al., 2001) e vários anos mais tarde (Casso et al., 2004; Ganz, Rowland, Meyerowitz, et al., 1998).

A literatura tem sugerido que este impacto deve-se sobretudo aos efeitos secundários da quimioterapia, que tendem a manifestar-se durante o período ativo do tratamento e prolongam-se por um período indeterminado (Earle, 2007). Estes efeitos não se reduzem a às consequências orgânicas, mas também às psicológicas. Por exemplo, a alopecia, ainda que temporária, é um dos efeitos secundários mais temidos (Frith et al., 2007), sendo frequentemente encarado como o acontecimento mais perturbador no curso do tratamento para o cancro da mama, ultrapassando a mastectomia (Browall, Gaston-Johansson e Danielson, 2006 citado por Moreira, 2011). Por outro lado, a menopausa precoce subsequente à quimioterapia, implica uma redução do prazer e da excitação sexual mas também da autoestima e feminilidade da mulher (Burwell et al., 2006). Não menos relevantes são as alterações no desempenho de papéis e no funcionamento social da mulher (Veach et al., 2002). Todas estas mudanças poderão ter implicações significativas na qualidade de vida e adaptação psicológica da mulher (Browall et al., 2008).

Alguns estudos, no entanto, não têm observado um impacto significativo da quimioterapia ou da radioterapia na qualidade de vida da mulher (Burgess et al., 2005; Cui et al., 2004; Parker et al., 2003; Peuckmann et al., 2007; Rabin et al., 2008). Outros verificam implicações mais significativas da radioterapia (Wei et al., 2007). Assim sendo, são necessários mais estudos para uma análise mais correta do efeito do tratamento na adaptação da mulher.

3.3. Fatores psicossociais

Personalidade

O estudo da personalidade tem uma longa tradição na área da saúde. Segundo Botelho e Leal (2001), as investigações nesta área têm refletido tanto a preocupação em conhecer o papel causal dos traços de personalidade na etiologia da doença (Falagas et al., 2007; Ranchor & Sanderman, 2006), como a influência dos traços de personalidade na adaptação, quer enquanto mediadores da resposta ao stress, quer enquanto determinantes do coping e assim dos comportamentos de risco e de proteção para a saúde (Patrão & Leal, 2004a).

Nesta breve revisão focar-nos-emos apenas no segundo tipo de estudos. Tendo em conta que uma revisão mais extensa sobre este tema ultrapassa os objetivos deste capítulo, faremos apenas uma breve referência aos traços de personalidade mais frequentemente referidos na investigação pela sua influência na adaptação ao cancro da mama.

Um dos traços de personalidade mais estudados é o neuroticismo, que se caracteriza pela tendência generalizada para sobrestimar a perceção de ameaça, resultando na experiência de emoções negativas como o medo, culpa, raiva, ansiedade e depressão (Costa & McCrae, 1991). Estes indivíduos tendem a ser passivos, envolvem-se em estratégias de fuga e de evitamento, pelo que se culpabilizam pelas ocorrências negativas e têm atitudes e comportamentos autopunitivos. Estudos realizados com mulheres com cancro da mama têm permitido observar que as mulheres que pontuam mais acentuadamente para este traço de personalidade

apresentam maior morbidade psiquiátrica (Farragher, 1998; Morris, Greer, & White, 1977), perturbação de stress pós-traumático (Tjemmland, Soreide, & Malt, 1998), índices mais elevados ansiedade (Tjemmland et al., 1998) e de depressão (Golden-Kreutz & Andersen, 2004; Oudsten, Heck, Steeg, Roukema, & De Vries, 2009) e, de uma forma geral, uma adaptação menos positiva (Carlsson & Hamrin, 1994; Millar et al., 2005). Numa revisão da literatura, Watson, David e Suls (1999) verificaram que o neuroticismo elevado associa-se à ocorrência de um maior número de acontecimentos indutores de stress, sendo um fator de vulnerabilidade para a adaptação psicológica (Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 1997).

Também o padrão de personalidade “tipo C”, caracterizado pelo controlo da expressão de emoções negativas nas relações interpessoais e pela manutenção de um estilo de comunicação passivo ou mesmo submisso e repressivo das necessidades individuais (Andreu, 2001), tem mostrado associar-se negativamente à adaptação em mulheres com cancro da mama (Lehto, Ojanen, & Kellokumpu-Lehtinen, 2005; Patrão & Leal, 2004b).

Com a emergência da psicologia positiva, outros traços de personalidade começaram, novamente, a receber a atenção dos investigadores, como o pessimismo/otimismo. Os estudos realizados permitem verificar que o pessimismo aumenta o risco de reações psicológicas mais negativas ao diagnóstico, tratamento e recuperação da doença, representando um fator de vulnerabilidade para a adaptação ao cancro da mama (Carver et al., 1994; Schou et al., 2004). Por exemplo, Tjemmland et al. (1998) verificaram resultados de adaptação mais negativos para as mulheres com índices elevados de neuroticismo, pela associação deste traço de personalidade ao pessimismo. Contrariamente, o otimismo associa-se a uma maior aceitação da doença e, por conseguinte, a uma melhor adaptação (Carver et al., 1993; Carver et al., 1994), traduzida na redução da ansiedade e depressão (Epping-Jordan et al., 1999) e na melhoria do funcionamento social e emocional (Carver, Lehman, & Antoni, 2003; Schou et al., 2005).

Além disso, outras variáveis têm também despertado o interesse dos investigadores tais como, o *locus* de controlo (Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel, & Westgate, 2008), o autoconceito (Hobfoll & Walfish, 1984), o sentido de humor (Szabo, 2003), entre outros.

Mesmo não sendo conclusivos, os resultados dos estudos remetem para o papel relevante da personalidade na adaptação ao cancro da mama, dada a sua influência na perceção que a mulher faz do diagnóstico, e desta forma, nas reações emocionais e fisiológicas. Por outro lado, desempenha um papel decisivo na seleção das estratégias de coping a implementar, sendo por vezes difícil uma distinção clara entre ambos (Ranchor & Sanderman, 2006). Mais à frente apresentaremos alguns estudos no âmbito do coping.

Representações da doença

No presente capítulo, temos vindo a expor a variabilidade de respostas ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama, o que remete para o papel central dos processos cognitivos. Os modelos de autorregulação, defensores do papel da perceção subjetiva de ameaça, bem como das estratégias de coping implementadas no intuito de minimizar o impacto da doença, são

fundamentais na compreensão da diversidade de reações psicológicas à doença (Weinman & Petrie, 1997).

Embora a investigação seja ainda insuficiente, os resultados encontrados têm consistentemente afirmado a importância das representações da doença no processo de adaptação (Nerenz, Leventhal, Love, & Ringler, 1984; Rozema, Volland, & Lechner, 2009). Assim, os resultados obtidos em vários tipos de população revelam que os doentes que apresentam uma percepção mais acentuada de sintomas relacionados com a doença, que acreditam que esta tem consequências mais sérias e que a avaliam como mais crónica e incontroável, tendem a apresentar maior sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como um pior funcionamento psicológico (Dempster, McCorry, Brennan, Donnelly, Murray, & Johnston, 2011; Hagger & Orbell, 2003).

No âmbito específico do cancro da mama, Buick (1997) realizou alguns estudos com mulheres em tratamento de quimioterapia e de radioterapia, nos quais observou que as representações que a mulher tem da doença influenciam a resposta ao tratamento. Mais concretamente, a autora verificou que as mulheres atribuíam ao cancro da mama um conjunto variado de causas, tanto centradas na mulher (e.g. a dieta), como em fatores externos (e.g. a sorte, o ambiente e a genética). Além disso, verificou que as mulheres que fazem mais atribuições internas e, como tal, culpabilizam-se, não incorrem necessariamente numa trajetória inadaptativa, pois percecionam que está ao seu alcance uma modificação comportamental que poderá conduzir a uma alteração no resultado de adaptação. Embora esta representação de causalidade interna tenda a manter-se estável, com o passar do tempo, os fatores genéticos e o fator sorte tendem a ser mais proeminentes, o que, segundo a autora, poderá indiciar a tentativa de reestruturação desta componente de representação da doença e de preparação para o período de incerteza que habitualmente se segue ao tratamento. Por outro lado, verificou também que o protocolo de tratamento recomendado influencia as representações das doentes no que respeita à identidade, impacto, duração e causalidade. Por exemplo, as mulheres submetidas a quimioterapia tendem a percecionar a doença como sendo mais longa e mais grave do que as mulheres submetidas a radioterapia. Por outro lado, tendem também a atribuir maior causalidade interna, contrariamente às mulheres a realizar radioterapia, que fazem mais atribuições relacionadas com a sorte. Resultados muito semelhantes tinham já anteriormente sido encontrados por Leventhal, Easterling, Coons, Luchterland e Love (1986), num estudo em que os autores observaram que as representações do cancro da mama variam em função da experiência da mulher, incluindo o tipo de cancro, as características da doença e o tipo de tratamento.

Outras investigações com mulheres com cancro da mama têm permitido validar a importância das representações cognitivas na adaptação psicossocial. Por exemplo, Millar et al. (2005), num estudo longitudinal, verificou que as mulheres que mantiveram níveis elevados de perturbação emocional ao longo dos 12 meses do estudo, caracterizavam-se, entre outros aspetos, por evidenciarem representações mais negativas relativamente à percepção dos sintomas e à duração da doença.

Na nossa investigação, foi dado particular destaque à representação de impacto da doença, tendo em vista a avaliação da influência da percepção que as mulheres fazem das consequências do

diagnóstico nos diversos indicadores de adaptação. Da revisão da literatura efetuada, conhecem-se poucos estudos que tenham focado particularmente este aspeto. De uma forma geral, estes estudos mostram que quanto mais negativa é a perceção do impacto da doença, mais elevada é a sintomatologia depressiva e ansiosa (Edgar & Skinner, 2003; Gallagher et al., 2002; Thuné-Boyle et al., 2006), e pior a qualidade de vida (Rozema et al., 2009). Estes resultados sugerem que uma representação mais negativa do impacto do cancro pode interferir com a capacidade da mulher para processar adequadamente a informação, encorajando a implementação de estratégias de coping unicamente focadas na emoção, como o desinvestimento, o que as torna mais vulneráveis a respostas psicológicas inadaptativas. Pelo contrário, representações mais positivas da doença podem conduzir a um aumento das perceções de controlo e ao reforço da autoestima, podendo ter um efeito favorável na adaptação (Fernandes, 2009).

Muito embora os estudos existentes permitam reconhecer a relevância das representações da doença na adaptação ao cancro da mama, estes são efetivamente escassos e apresentam limitações metodológicas que impedem conclusões mais efetivas acerca do poder e natureza desta associação. Por outro lado, a evidência do papel mediador do coping na relação entre representações de doença e resultados de adaptação é limitada (Evans & Norman, 2009; Hagger, Chatzisarantis, Griffin, & Thatcher, 2005; Rutter & Rutter, 2002) e vários estudos têm infirmado esta hipótese (Edgar & Skinner, 2003; Heijmans, 1998; Rozema et al., 2009). São, portanto, necessárias mais investigações de forma a compreender a relação entre cognições da doença, coping e adaptação psicológica.

Apoio social

Um determinante importante da adaptação ao cancro da mama é o contexto social. Segundo Helgeson e Cohen (1996) este aspeto é particularmente relevante por dois motivos principais. Por um lado, as características do contexto social podem proteger os indivíduos do impacto adverso do cancro, promovendo adaptação. Por outro lado, o diagnóstico de cancro pode ter repercussões diretas nas relações sociais, originando situações de conflito, rutura e dificuldades comunicacionais, e indiretas, pela restrição nas atividades sociais e medo do estigma social, o que pode dificultar o acesso dos doentes oncológicos aos recursos da rede social.

Uma das funções primordiais do contexto social é a prestação de apoio, processo este conhecido por *apoio social*. Num sentido lato, o termo apoio social descreve os processos através dos quais as relações sociais promovem a saúde e o bem-estar (Cohen et al., 2000). Assim, refere-se aos recursos disponibilizados pelos elementos da rede social do indivíduo (Moyer & Salovey, 1996), que o protegem dos efeitos negativos do stress na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida (Vaz Serra, 2002). É relativamente consensual que o apoio social inclui necessariamente aspetos estruturais da rede de apoio (e.g. número de elementos, composição da rede, isto é, familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, entre outros); diversos tipos de apoio (apoio emocional, informativo e instrumental) e também a perceção de disponibilidade e satisfação com o apoio prestado.

Um dos aspetos que mais tem impulsionado a realização de estudos na área da Psico-Oncologia diz respeito ao tipo de apoio social disponibilizado pela rede de apoio e que se subdivide em três

tipos principais. O *apoio emocional* ou afetivo refere-se à partilha de ligação ao outro, envolvendo sinais verbais ou não-verbais reveladores de preocupação, carinho, conforto, escuta ativa e tranquilização. Este tipo de apoio é bastante importante para a recuperação da autoestima e redução dos sentimentos de inadequação pessoal, pois permite comunicar ao doente o quanto este é valorizado e estimado pela sua rede. É também um facilitador da expressão emocional, um importante fator promotor da adaptação, além de permitir aproximar o doente dos seus significativos (Helgeson & Cohen, 1996). O *apoio informativo* envolve a disponibilização de informação ou aconselhamento, ajudando o doente a compreender a causa, curso e tratamento da doença, e assim, a fazer uma avaliação mais correta da sua situação, a estabelecer objetivos mais realistas e a tomar decisões mais conscientes. É sobretudo importante na fase de diagnóstico, de forma a facilitar a adesão ao tratamento. Por outro lado, é bastante importante no aumento da perceção de controlo secundário sobre a doença, na medida em que proporciona o conhecimento de formas de lidar com a doença e com os respetivos sintomas, reduzindo a sensação de vulnerabilidade. Por último, o *apoio instrumental* consiste numa ajuda mais concreta, podendo incluir, por exemplo, o apoio monetário, o transporte para o tratamento, a assistência nas tarefas domésticas, entre outros. Muito embora este apoio possa aliviar o doente num conjunto de aspetos, pode, igualmente, aumentar o sentimento de dependência e reduzir a perceção de autoeficácia (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987, citado por Helgeson & Cohen, 1996).

Como se compreenderá, as necessidades de apoio da mulher com cancro da mama podem ser diferentes consoante as exigências de cada fase específica do curso da doença, pelo que se torna fundamental o acesso aos vários tipos de apoio. Assim, e segundo Broadhead e Kaplan (1991), o apoio instrumental e informativo são sobretudo importantes quando o *stressor* é encarado como controlável ou passível de ser eliminado, por exemplo, numa situação de cancro diagnosticado em fase inicial. Quando a situação é avaliada como incontrolável, por exemplo, na fase terminal da doença, o apoio emocional torna-se essencial na alívio da resposta emocional negativa.

As investigações realizadas têm revelado que o tipo de apoio sentido como mais necessário e desejado pelas mulheres com cancro da mama, independentemente da fonte de suporte, é o apoio emocional. O apoio informativo é igualmente útil, mas apenas quando é prestado pelos profissionais de saúde (Dunkel-Schetter, 1984; Neuling & Winefield, 1988). Neuling e Winefield (1988) verificaram que o apoio emocional é percebido como a forma de apoio mais disponibilizada, sobretudo pela família. Ainda assim, é avaliado como sendo insuficiente. Num outro estudo, Rose (1990) observou que, além do apoio emocional e do apoio informativo, os doentes oncológicos necessitam também de apoio informativo prestado por pares que tenham vivido uma doença semelhante. Resultados idênticos foram também encontrados por Edgar, Remmer, Rosberger e Fournier (2000). Estes autores verificaram que as mulheres com cancro da mama que recorriam ao apoio de voluntários organizados em grupos de suporte revelavam, efetivamente, uma melhor adaptação.

A linha de investigação mais relevante no âmbito do apoio social refere-se ao impacto da perceção subjetiva sobre a disponibilidade do apoio social (mais do que a efetividade do apoio recebido) na adaptação à doença (Cohen & Wills, 1985). Neste âmbito, vários estudos têm

demonstrado que as mulheres que percecionam obter maior apoio manifestam melhor adaptação emocional (Bloom, 1996; Ell, Nishimoto, Morvay, Mantell, & Hamovitch, 1989; Kornblith et al., 2001; Neuling & Winefield, 1988; Northouse, 1988; Nosarti et al., 2002), autoestima (Feather & Wainstock, 1989), qualidade de vida (Dunkel-Schetter, 1984) (Bloom, 1986; Bloom, Petersen, & Kang, 2007; Bloom et al., 2004; Bloom, Stewart, Johnston, Banks, & Fobair, 2001) e a construção de uma nova perspetiva de vida (Bloom & Spiegel, 1984).

Outros estudos mostram que o nível de integração social anterior ao diagnóstico (avaliado pela existência de uma relação conjugal, contactos frequentes com a família e amigos próximos, participação em grupos religiosos, de voluntariado, entre outros) é um preditor mais significativo da qualidade de vida em sobreviventes de cancro da mama do que as características do tumor ou o tipo de tratamento (Michael, Berkman, Colditz, Holmes, & Kawachi, 2002). Hoskins et al. (1996) verificaram que a autorrevelação de sentimentos negativos no contexto das relações sociais mais próximas é um determinante importante da adaptação. Além disso, as necessidades de apoio aumentam durante o primeiro ano após a cirurgia, o que sugere a que a rede de apoio deve estar preparada para a continuidade do apoio.

Ainda que muito estudos analisem o apoio social considerando as várias fontes de apoio de uma forma generalista (e.g. familiares, amigos, profissionais de saúde), no contexto particular do cancro da mama é relevante o contributo particular do companheiro, considerado por muitas mulheres o elemento mais importante da sua rede social (Kayser & Scott, 2008; Northouse, 1988). Vários estudos têm mostrado uma melhor adaptação nas mulheres cujos companheiros são percecionados como apoiantes e quando a satisfação com o apoio é elevada (Helgeson & Cohen, 1996; Hoskins et al., 1996; Kayser & Scott, 2008; Pistrang & Barker, 1995). Contudo, a ausência de apoio por parte do companheiro não pode ser compensada por outras fontes de suporte social (Pistrang & Barker, 1995).

Por outro lado, as interações sociais negativas, baseadas na indisponibilidade emocional, exigência e criticismo, podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios de humor (Koopman, Hermanson, Diamond, Angell, & Spiegel, 1998). Além disso, outros comportamentos inadequados como a minimização do problema, a manifestação de um otimismo forçado, aconselhar a não se preocupar, comentários inapropriados e o evitamento do doente inibem a expressão emocional e promovem o isolamento e a inadaptação (Dunkel-Schetter, 1984; Helgeson & Cohen, 1996).

A consistência de resultados da investigação neste âmbito tem impulsionado o desenvolvimento de modelos explicativos do impacto do apoio social na adaptação. O modelo do efeito direto sugere que o apoio social influencia diretamente a adaptação, sendo benéfica a sua existência e a sua ausência causadora de stress. Este efeito verifica-se, por exemplo, no impacto positivo da perceção de apoio no aumento da sensação de controlo secundário sobre a doença (Kornblith et al., 2001). Outro modelo defende o papel amortecedor (*buffer*) do apoio social sobre o efeito do stress na adaptação. Assim, na presença de apoio social, o impacto da doença é minimizado na medida em que as relações sociais irão amortecer a perceção que o indivíduo faz da doença, podendo esta ser avaliada com menor gravidade. Por outro lado, o apoio social poderá fornecer recursos para modificar as circunstâncias ambientais, através da ativação de estratégias de

coping mais adaptativas, contribuindo assim para a gestão mais eficaz das respostas emocionais (Bloom, 1982; Ell & Haywood, 1984; Samsi, Naus, Bailey, & Ruby, 2005).

A hipótese do apoio social enquanto *buffer* tem obtido alguma validação científica. Assim, Koopman et al. (1998) verificaram que as mulheres mais apoiadas revelavam menor perturbação emocional, mas apenas aquelas que no período da doença viveram outros acontecimentos indutores de stress significativo. Outro estudo revelou que a ocorrência de pensamentos intrusivos tem um impacto menor na qualidade de vida nas mulheres que percebem maior apoio social (Lewis et al., 2001). No entanto, outros estudos não encontraram resultados que permitissem suportar o modelo do apoio social enquanto *buffer* (Butler, Koopman, Classen, & Spiegel, 1999; Kornblith et al., 2001), o que sugere que ambos os modelos possam concorrer para a explicação do papel do apoio social na adaptação.

Uma outra linha de investigação no âmbito do apoio social é o estudo do seu impacto na sobrevivência/progressão da doença. Numa revisão da literatura (Falagas et al., 2007), os autores verificaram que apesar da inconsistência nos resultados de alguns estudos, a maioria aponta para uma relação positiva entre o apoio social e a sobrevivência (e.g. Carlsson & Hamrin, 1994). Apesar destes resultados, ainda pouco se sabe sobre os mecanismos específicos através dos quais o apoio social exerce a sua influência sobre a saúde (Ell & Haywood, 1984). No entanto tem sido sugerido que a rede social pode influenciar os processos psicológicos, nomeadamente pelo reforço da autoestima e sensação de controlo, bem como pela promoção de estratégias de coping mais ativas. Assim, indiretamente, o apoio social contribuirá para o aumento das taxas de adesão terapêutica e para a redução da quantidade de medicação, acelerando assim, o processo de recuperação. Apesar destas evidências, a investigação nesta área é ainda insuficiente.

Em conclusão, a investigação na área do apoio social é bastante extensa e os resultados indicam, na generalidade, que a disponibilidade da rede social para a prestação de apoio emocional, informativo e instrumental pode proteger a mulher de resultados inadaptativos, funcionando como um amortecedor (*buffer*) do stress associado ao cancro da mama e respetivo tratamento. Por outro lado, o apoio social poderá desempenhar também um papel relevante no prolongamento da sobrevivência, pelo que cada vez mais se justifica a pertinência do planeamento de intervenções psicossociais baseadas na promoção do apoio social, tanto ao nível da aceitação, como da procura ativa de formas de apoio.

Estratégias de coping

No processo de adaptação ao cancro da mama, a forma como as mulheres lidam com os desafios específicos de cada fase, é também um importante determinante da adaptação.

Anteriormente tivemos a oportunidade de referir o modelo proposto por Lazarus e Folkman (1984), no qual os processos de coping assumem um papel central. De acordo com o modelo, o coping refere-se a “todos os esforços cognitivos e comportamentais implementados para lidar com as exigências internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Os autores distinguem entre exigências externas, referentes ao acontecimento em si e às suas características, e internas, as reações

emocionais consequentes. Assim, os esforços para lidar com as exigências externas foram designados *respostas de coping focadas no problema* e o coping dirigido às exigências internas, *respostas de coping focadas na emoção*. As primeiras caracterizam-se por uma postura ativa e de confronto com a situação indutora de stress, como por exemplo, planear as ações a tomar e reestruturar cognitivamente a forma de encarar o acontecimento e as suas consequências. As segundas abrangem os esforços de coping com vista a lidar com a componente emocional, incluindo estratégias ativas como a procura de suporte social e o recurso à religião e estratégias de evitamento ou passivas, como a negação, o uso de substâncias e o desinvestimento comportamental (de Ridder & Schreursa, 1996).

Os primeiros estudos na área do coping com a doença oncológica remontam aos anos 50 e centraram-se sobretudo nas respostas de coping de evitamento, como a negação, conceptualizadas como formas de defesa inconscientes (Meyerowitz, 1983). No entanto, as investigações sobre o coping sofreram uma grande expansão e atualmente representam uma das principais áreas de investigação em Psico-oncologia.

Neste âmbito, a investigação tem demonstrado que, dada a diversidade de exigências e tarefas psicossociais associadas a cada fase da doença oncológica, os indivíduos recorrem habitualmente a múltiplas estratégias de coping (Anagnostopoulos, Vaslamatzis, & Markidis, 2004; Maes, Leventhal, & de Ridder, 1996).

Num estudo de Heim et al. (1997), a procura de apoio social e a aceitação foram as estratégias mais utilizadas pelas mulheres com cancro da mama, seguidas de estratégias mais focadas na restauração do autocontrolo, como o coping ativo, a análise racional do problema, a validação pessoal e a procura de um significado para a doença. Além disso, foi também frequente o recurso a estratégias de autodistração, como o envolvimento em atividades ocupacionais, viajar, entre outras. As estratégias de evitamento, como a negação da doença e a recusa em aceitar emoções negativas, bem como outras formas negativas de gestão emocional, como a revolta, a autculpabilização, o fatalismo, a resignação e o isolamento social, foram as estratégias menos utilizadas. Além disso, os autores verificaram que o recurso aos diferentes tipos de coping diverge consoante a fase do curso da doença.

Um aspeto central no âmbito do coping refere-se ao seu impacto na adaptação. Uma vez que o coping envolve uma avaliação contínua das exigências e significados particulares de cada situação, as estratégias de coping não podem ser consideradas à partida como inerentemente adaptativas ou inadaptativas (Folkman & Lazarus, 1988). Efetivamente, o recurso às estratégias de coping varia de acordo com as características do indivíduo e da situação em particular, o que explica que a utilização da mesma estratégia possa repercutir-se em diferentes resultados de adaptação. Por exemplo, apesar da negação proporcionar um sentimento de alívio transitório, ao proteger o indivíduo do confronto com o mal-estar emocional provocado pela consciencialização do diagnóstico, pode, simultaneamente, comprometer a adaptação, ao impedir os indivíduos de tomar as decisões e iniciar as ações necessárias à resolução da situação ameaçadora (Zeidner & Saklofske, 1996). Todavia, pode revelar-se uma forma adaptativa de coping quando a situação é avaliada como incontornável, como por exemplo, na fase terminal de uma doença oncológica (Carver et al., 1993; Carver et al., 1989; Maes et al., 1996). De forma idêntica, no período

imediatamente após o diagnóstico, as estratégias ativas podem ser demasiado confrontativas para a mulher, e assim mais prejudiciais para a sua adaptação do que as estratégias de evitamento (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Harrison & Maguire, 1994).

A este respeito, Lazarus (1993) afirma que “o processo de coping utilizado para as diferentes ameaças associadas ao cancro (...) varia de acordo com o significado adaptativo e exigências de cada ameaça. Por isso quando pretendemos estudar a forma como o doente lida com a sua doença é necessário especificar a ameaça que no momento particular está a preocupar o doente (...) ao invés de ampliar o foco de atenção para a doença em geral” (p. 336).

Apesar da eficácia do coping ser situacionalmente determinada, dependendo, entre outros fatores, da fase em que a doente se encontra (Heim et al., 1997), Maes et al. (1996) refere que a literatura tem apontado para resultados relativamente consistentes no que respeita à associação entre coping e adaptação. Assim, a implementação de um coping de evitamento, traduzido na tendência para ignorar, negar ou minimizar o significado da doença; o recurso a álcool ou drogas; a recusa em procurar e aceitar o suporte disponibilizado pela rede social, bem como o desinvestimento cognitivo e comportamental de ações que possam atenuar o problema, conduzem, habitualmente, a dificuldades no processo de adaptação à doença, quer do ponto de vista psicológico, quer físico (Fawzy & Fawzy, 1994; Heim et al., 1997; Maes et al., 1996; Ransom, Jacobsen, Schmidt, & Andrykowski, 2005; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002). Contrariamente, as estratégias baseadas em ações, pensamentos e/ou outros mecanismos mentais que visem o confronto e a resolução da situação ameaçadora, como por exemplo, a procura de informação e de apoio social, a aceitação da gravidade da doença, a procura de novas formas de lidar com a mesma, bem como a gestão das emoções disruptivas pela focalização em aspetos positivos, e/ou tentar encarar a situação como uma oportunidade de crescimento psicológico, tendem a associar-se a resultados mais favoráveis de adaptação sendo, portanto, formas adaptativas de coping (Fawzy & Fawzy, 1994; Ransom et al., 2005; Stanton et al., 2002; M. Watson et al., 1991).

Investigações longitudinais realizadas com mulheres com cancro da mama têm permitido corroborar alguns destes pressupostos. Carver et al. (1993), com recurso ao Brief COPE, verificaram que estratégias como a aceitação e o uso de humor associam-se a resultados mais positivos de adaptação emocional doze meses após o diagnóstico, contrariamente a estratégias como a negação e o desinvestimento comportamental. Stanton et al. (2002) confirmaram a relevância da aceitação no momento do diagnóstico na melhoria do bem-estar psicológico e Ransom et al. (2005) validaram os benefícios da procura de informação no final do tratamento na melhoria da qualidade de vida física, doze e seis meses mais tarde. McCaul et al. (1999) verificaram que o preditor mais consistente da ocorrência de perturbação emocional e, em menor grau, de qualidade de vida diminuída, quatro meses mais tarde, é a utilização de um coping de evitamento no momento do diagnóstico. Também Culver, Arena, Winberly, Antoni e Carver (2004), observaram que o recurso ao desinvestimento comportamental e à aceitação três meses após a cirurgia, permitem predizer os índices de perturbação emocional seis meses mais tarde. Num outro estudo, os autores verificaram que as mulheres que aos três meses após o diagnóstico

utilizavam um coping passivo e de resignação, três anos mais tarde revelavam uma pior adaptação (Hack & Degner, 2004).

Este padrão de resultados é também encontrado em estudos transversais. No estudo de Dunkel-Schetter et al. (1992), a procura de apoio social, a focalização em aspetos mais positivos e o distanciamento, mostraram associar-se a uma melhor adaptação. Já as formas de lidar com a doença caracterizadas pelo evitamento, quer cognitivo, quer comportamental, mostraram associar-se a uma pior adaptação emocional. Meyerowitz (1983) verificou que a negação é o fator que mais se associa a resultados negativos de adaptação em mulheres após a mastectomia, mais do que a indisponibilidade do apoio social ou outros fatores sociodemográficos e clínicos. Também Shapiro et al. (1997), num estudo com mulheres a realizar quimioterapia verificaram que as mulheres que utilizam estratégias de coping mais confrontativas revelam menos sintomas secundários do tratamento e melhor bem-estar psicológico do que as que utilizavam estratégias de coping de evitamento.

Também no que respeita à progressão da doença/sobrevivência, as respostas de coping podem desempenhar um papel importante. Greer (1991) num estudo com mulheres com cancro da mama acompanhadas durante quinze anos, verificou que um coping passivo e caracterizado pelo desânimo, prediz um período mais curto de sobrevivência, contrariamente às respostas confrontativas e reveladoras de um espírito de luta. Por outro lado, a negação ou o evitamento, desde que transitório, poderão também conduzir a uma sobrevivência mais longa. Numa revisão da literatura, Falagas et al. (2007) verificaram, igualmente, o efeito positivo ainda que modesto, da negação no prolongamento da sobrevivência.

Apesar de ser extensivamente discutido na literatura científica como um “conceito chave para a teoria e investigação sobre adaptação psicológica e saúde” (Lazarus, 1993, p. 1), o grande número de conceptualizações existentes e taxonomias de respostas de coping (e.g. focadas na emoção vs. focadas no problema; aproximação vs. evitamento; investimento vs. desinvestimento, entre outras), bem como a multiplicidade de associações com a adaptação psicológica, tornam a literatura sobre o coping imprecisa, dificultando a articulação entre a investigação e a prática clínica (Brennan, 2001). Mais particularmente ao que ao cancro diz respeito, os modelos existentes sobre o papel do coping na doença oncológica estão pouco ajustados às exigências específicas de cada fase (Heim et al., 1997) e a grande maioria dos estudos têm-se focado apenas no coping durante o diagnóstico e tratamento, não prestando atenção a outras fases igualmente preocupantes, como a fase da sobrevivência, durante a qual os doentes podem ainda enfrentar dificuldades psicológicas persistentes e que poderão requerer cuidado (Towsley, Beck, & Watkins, 2007).

Deste modo, é importante continuar a dirigir esforços no sentido de melhor aprofundar o conhecimento sobre o impacto do coping na adaptação, em cada fase do curso da doença. Estes esforços poderão incentivar o desenvolvimento de protocolos de intervenção mais adequados a cada momento e de acordo com as necessidades e idiosincrasias de cada mulher.

Na tentativa de descrever o processo de adaptação ao cancro da mama, neste segundo capítulo foi apresentada uma caracterização das diversas fases da doença no que respeita às dificuldades e desafios mais proeminentes. Este sumário permite-nos concluir que, apesar das diversas exigências e salvo algumas limitações de ordem física que podem acompanhar a mulher ao longo da fase da sobrevivência, a maioria das mulheres com cancro da mama tende a registar uma adaptação positiva à doença. Sendo este um processo gradual e multideterminado, neste capítulo foram também explorados os principais fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção, que como tal, podem concorrer para a compreensão da diversidade de trajetórias de adaptação individual.

No próximo capítulo será dado particular destaque à possibilidade de desenvolvimento após a ocorrência de cancro da mama, sendo realizada uma breve apresentação de alguns dos aspetos mais proeminentes no âmbito da temática do Desenvolvimento Pós-Traumático.

Capítulo III.

Desenvolvimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama

“Não me esqueço até hoje da forma como me sentia durante os tratamentos e os tempos que se lhe seguiram. Mas hoje vejo que o cancro da mama ajudou-me encontrar em mim uma força que eu desconhecia. Fez-me olhar para vida de forma diferente, a valorizar as pequenas coisas, apreciar cada dia como se fosse o último e a aperceber das pessoas que realmente são importantes para mim...”

(C. D., comunicação pessoal, outubro, 2009)

O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida como o cancro da mama, expõe a mulher a um conjunto de exigências que podem originar mal-estar emocional e dificuldades nas diversas áreas da vida (Millar et al., 2005). A literatura tem evidenciado, no entanto, uma diversidade de trajetórias de adaptação psicológica (Helgeson et al., 2004) que podem incluir quer a manifestação de sintomas psicopatológicos, quer a experiência de mudanças psicológicas positivas, conhecida por *Desenvolvimento Pós-Traumático* (DPT) (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Esta possibilidade de desenvolvimento após a ocorrência de uma situação potencialmente traumática, nos últimos anos tem despertado o interesse de investigadores e clínicos. Também no âmbito da psico-oncologia, a experiência de DPT tem sido amplamente estudada, sobretudo em mulheres com cancro da mama (Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006; Linley & Joseph, 2004; Zoellner & Maercker, 2006).

Neste capítulo iremos percorrer alguns dos tópicos mais relevantes no domínio do DPT. Na primeira parte será apresentada a definição de acontecimento traumático e far-se-á uma breve reflexão sobre a doença oncológica, e particularmente o cancro da mama, como experiência traumática. A segunda parte será dedicada ao conceito DPT, nomeadamente à apresentação dos pressupostos subjacente à sua origem e evolução e dos principais modelos de compreensão, dando particular destaque ao Modelo funcional - descritivo de DPT de Tedeschi e Calhoun (2004). Na terceira parte será feito um breve resumo dos principais resultados da investigação do DPT em mulheres com cancro da mama. A quarta parte será centrada na relação entre DPT e adaptação psicológica, e posteriormente, serão sintetizados os principais determinantes psicossociais da experiência de DPT em mulheres com cancro da mama. O capítulo finaliza com uma reflexão sobre a validade dos relatos de DPT.

1. Acontecimentos traumáticos: Definição e impacto

Universalmente reconhecidos como importantes ameaças à organização psicológica do indivíduo, os acontecimentos traumáticos remetem para o conjunto de circunstâncias com as quais o indivíduo se confronta e que produzem sofrimento psicológico significativo, influenciando consideravelmente a compreensão que tem de si, dos outros e do mundo (Janoff-Bulman, 1992).

O termo *trauma* remete para “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradouro ao próprio ou à personalidade” (Chaplin, 1981, p. 601). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (APA, 1994) um acontecimento traumático é definido como aquele que envolve a ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros (critério A1, DSM-IV), originando medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror (critério A2, DSM-IV). Se em 1987, a edição revista da 3ª versão deste manual (DSM-III-R) (APA, 1987) caracterizava os acontecimentos traumáticos como experiências invulgares, atualmente admite-se que a probabilidade de viver um acontecimento desta natureza é bastante mais elevada, situando-se nos 70% de probabilidade (Maia & Fernandes, 2003). Tendo em conta este facto, no DSM-IV (APA, 1994) esta questão foi abolida, e na revisão do mesmo manual (DSM-IV-TR) (APA, 2002) a descrição de acontecimento traumático identifica uma grande variedade de situações potencialmente traumáticas, entre elas o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, como o cancro. Além disso, reconhece a possibilidade de desenvolvimento de reações traumáticas por observação ou conhecimento de acontecimentos desta índole (traumatização indireta).

A probabilidade de um acontecimento ser percebido como traumático aumenta nas situações em que este ocorre de forma repentina e inesperada, não dispondo o indivíduo de tempo suficiente para uma preparação psicológica adequada e, assim, para gerar soluções imediatas para lhe fazer face. Por outro lado, os acontecimentos não familiares, para os quais o indivíduo não pode recorrer à experiência anterior; e os acontecimentos incontrolláveis e que provocam consequências marcadamente negativas, invalidantes e irreversíveis, têm maior probabilidade de se constituir como traumáticos (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 1995).

A experiência de um acontecimento com estas características distingue-se da vivência de outras situações de stress, não apenas pela intensidade das reações de choque e de desespero que geralmente provoca mas, sobretudo, pelas implicações que acarreta, nomeadamente o desenvolvimento de sintomas como medo e ansiedade; sentimentos de culpa e vergonha; depressão ou sintomas de humor depressivo; alterações nas relações interpessoais; abuso de álcool ou de outras substâncias (Riggs & Foa, 2004; Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997). Além disso, pode provocar também uma redução do sentimento de segurança e de autossuficiência; diminuição da autoestima e enfraquecimento global dos mecanismos de adaptação (Vaz Serra, 2003).

Apesar da relevância destas consequências, segundo Janoff-Bulman (2006) a alteração mais significativa que resulta de uma ocorrência traumática situa-se ao nível do sistema de crenças do indivíduo¹⁶, que sofre uma rutura significativa. Efetivamente, o confronto com um acontecimento traumático, ao expor o indivíduo à vulnerabilidade e fragilidade inerentes à condição humana, despoleta um conjunto de alterações nas crenças mais básicas, nomeadamente a visão do

¹⁶ Janoff-Bulman (1992) postula a existência de um sistema de crenças constituído por um conjunto de suposições básicas (*chattered assumptions*) comuns à maioria dos indivíduos, que permitem organizar, compreender e dar sentido à forma como o indivíduo se vê a si próprio, aos outros e ao mundo. Este conceito aproxima-se dos conceitos “esquema cognitivo” (Beck, Emery, & Greenberg, 1985) e “modelos internos dinâmicos” (Bowlby, 1973).

mundo como sendo essencialmente justo e benevolente, da vida como tendo um sentido e de si próprio como sendo invulnerável e capaz de controlar as ocorrências (Janoff-Bulman, 2006).

A exposição a estes acontecimentos imprevisíveis origina uma desorganização e desintegração internas, obrigando a um processo de reestruturação cognitiva destas crenças básicas com vista à aceitação que a ocorrência deste tipo acontecimentos negativos “Não acontece só aos outros” e nem sempre segue um percurso lógico e inteligível (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Muitos sintomas psicológicos podem ser compreendidos como uma tentativa de adaptação à nova realidade. Mesmo a negação do acontecimento traumático ou das suas consequências, o evitamento e/ou o embotamento emocional, ainda que inconscientes, são respostas protetoras de uma reação de choque. No entanto, a realidade do acontecimento pode manifestar-se sob a forma de pensamentos e imagens intrusivos que, quando mantêm um nível de frequência persistente e uma intensidade elevada, podem assumir-se como Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) (Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2003). Segundo Maia e Fernandes (2003), este quadro psicopatológico diferencia-se dos restantes pelo facto de os sintomas psicológicos surgirem necessariamente associados à ocorrência de um acontecimento precipitante. Citando Caruth (1995, citado por Maia & Fernandes, 2003) “É sem dúvida a verdade da experiência traumática que constitui o centro desta psicopatologia [PTSD]. Não é a patologia da falsidade ou deslocamento de significado, mas da própria história”.

Uma recuperação bem-sucedida após uma ocorrência traumática não pressupõe retomar as crenças básicas anteriores mas, pelo contrário, estabelecer um novo conjunto de suposições que incorpore a experiência traumática. Para Janoff-Bulman (1992), um elemento fundamental no processo de adaptação cognitiva a uma situação traumática consiste em encontrar aspetos positivos na experiência. Assim, e segundo os autores, ao considerar interpretações e avaliações que foquem os benefícios e as lições a retirar, o indivíduo estará a privilegiar a benevolência à malevolência, o sentido à aleatoriedade, e a autoestima à desvalorização pessoal. Neste sentido, a descoberta de mudanças positivas na adversidade poderá ajudar a reafirmar a perceção de controlo pessoal sobre o acontecimento, permitindo, igualmente, que o sofrimento sem sentido tenha uma finalidade, como por exemplo, a constituição de objetivos novos e positivos (Janoff-Bulman, 1992).

1.1. Trauma e doença oncológica

Tal como foi referido anteriormente, o DSM-IV-TR (APA, 2002) enuncia o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida como uma situação potencialmente traumática. Neste sentido, e tendo em conta as exigências associadas ao diagnóstico e tratamento de uma doença oncológica, esta reúne as condições para ser considerada um acontecimento traumático (Gurevich, Devins, & Rodin, 2002).

Contudo, a doença oncológica difere substancialmente dos acontecimentos tradicionalmente estudados (e.g., rapto, guerra ou abuso sexual) numa grande diversidade de aspetos, que passaremos a enunciar (Gurevich et al., 2002; Kangas, Henry, & Bryant, 2002; Mehnert & Koch, 2007; Smith, Redd, Peyser, & Vogl, 1999; Sumalla, Ochoa, & Blanco, 2009).

Em primeiro lugar, destaca-se a *dificuldade em identificar o(s) acontecimento(s) traumático(s)*. Enquanto outros acontecimentos podem ser caracterizados pela sua natureza objetiva e discreta (e.g. acidente), ao longo do curso da doença oncológica há uma multiplicidade de situações desafiadoras que poderão constituir-se como traumáticas. Deste modo, torna-se difícil compreender se a percepção traumática está diretamente relacionada com a consciencialização de um diagnóstico ameaçador; o medo de um prognóstico negativo; a agressividade dos tratamentos; as alterações na imagem corporal; e/ou a diminuição dos padrões de funcionamento social, autonomia e desempenho de papéis, subjacentes à vivência de uma doença oncológica.

Por outro lado, enquanto que noutras situações agudas de stress o acontecimento é habitualmente externo, na doença oncológica o *acontecimento é intrínseco* ao indivíduo, sendo inerente ao seu próprio organismo. Além disso, ao exigir a realização frequente de consultas, tratamentos, exames, controlos clínicos, etc., nestes casos o confronto com o acontecimento ameaçador é inevitável e muito dificilmente o indivíduo consegue recorrer ao evitamento, estratégia comum noutros tipos de situações traumáticas.

Além disso, é também pertinente salientar a *cronicidade da doença oncológica*. Contrariamente a outras situações traumáticas, nas quais o mal-estar dos indivíduos é precipitado pela memória de um acontecimento discreto que ocorreu no passado, no caso de uma doença oncológica a preocupação dos indivíduos é sobretudo focada no medo contínuo do presente e incerteza constante quanto ao futuro. Por outro lado, esta percepção de ameaça à vida é real e contínua, sendo as reações de evitamento menos inapropriadas e os medos menos irrealistas do que nos indivíduos que apresentam quadros psicopatológicos (Thompson & Eccleston, 2011).

Um outro aspeto diz respeito à *delimitação temporal da ocorrência traumática*. Se noutros tipos de acontecimentos é possível identificar um período temporal ou até mesmo uma data para a ocorrência, na situação de doença oncológica é bastante mais difícil delimitar no tempo o início e fim do acontecimento. Assim sendo, as reações traumáticas podem ser o reflexo, não de um acontecimento traumático, mas de uma exposição continuada a diversos acontecimentos indutores de stress.

Por último, a *percepção de controlo sobre a ocorrência traumática* é necessariamente diferente no caso da doença oncológica dado que o comportamento do indivíduo pode interferir no curso da doença (e.g. a adesão ao tratamento), o que dificilmente acontece noutros tipos de situações traumáticas.

A integração destes aspetos permite-nos afirmar que o diagnóstico e tratamento de uma doença oncológica diferencia-se de outros acontecimentos, sobretudo por incluir, não uma, mas um conjunto de situações desafiantes ao longo do curso da doença que podem constituir-se como experiências potencialmente traumáticas (Smith et al., 1999; Sumalla et al., 2009).

De seguida, e dando continuidade à exploração dos aspetos traumáticos da doença oncológica, passaremos a analisar especificamente a situação de cancro da mama, dado a nossa investigação incidir sobre este tipo de patologia.

1.2. O cancro da mama como experiência traumática

Tal como foi apresentado no capítulo I e mais extensivamente no capítulo II, o cancro da mama associa-se a um conjunto de medos e preocupações persistentes, podendo ser vivido como uma experiência traumática por um grande número de mulheres (Cordova et al., 2007).

Pelo seu carácter inesperado e ameaçador, a receção do diagnóstico é um dos momentos críticos no curso da doença. Não menos exigente é a fase de tratamento, que muitas vezes obriga ao recurso a métodos bastante intrusivos e dolorosos, que podem causar sequelas físicas e psicológicas permanentes na mulher. Após o final do tratamento, a preocupação com o retorno ao normal funcionamento e, sobretudo, o medo da manifestação de um novo tumor ou de uma recidiva, são comuns à maioria das mulheres e podem mesmo precipitar a ocorrência de sintomas psicológicos significativos, como a ansiedade e a depressão (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner, & Kahana, 2006; Zabora et al., 2001). Na experiência de cancro da mama, o choque associado ao diagnóstico e o sentimento de incerteza constante que ocorre subsequentemente, e que pode permanecer durante anos, são, segundo alguns dados da investigação, os aspetos que têm maior probabilidade de precipitar respostas traumáticas (Mehnert & Koch, 2007).

Neste âmbito, alguns estudos têm tentado compreender em que medida o cancro da mama é percecionado pela mulher como uma experiência traumática. Por exemplo, Cordova, Cunningham, Carlson e Andrykowski (2001), numa amostra constituída por 70 mulheres avaliadas dois anos após o final do tratamento de cancro da mama, verificaram que 61% da amostra considerou esta experiência traumática, respondendo afirmativamente a ambos os critérios para a exposição a um acontecimento traumático (APA, 1994). Ainda no mesmo estudo, os autores verificaram que 80% das mulheres admitiram terem sido expostas a um acontecimento que envolveu ameaça de morte, morte real ou ferimento grave (critério A1) e 64% referiram terem reagido ao diagnóstico com um sentimento de medo intenso, falta de ajuda ou horror (critério A2).

Num outro estudo, também desenvolvido por Cordova et al. (2007) com uma amostra de mulheres numa fase mais recente do diagnóstico de cancro da mama (aproximadamente nove meses após o diagnóstico), os autores verificaram que 52% das mulheres consideraram o cancro da mama uma experiência traumática. Além disso, uma proporção ainda mais elevada de mulheres respondeu afirmativamente aos critérios A1 e A2 (66% e 59%, respetivamente).

Utilizando o mesmo procedimento, Weiss (2004b) verificou que 63% das mulheres consideraram o cancro da mama uma experiência traumática. Da mesma forma, Palmer et al. (2004), num estudo com 115 mulheres com cancro da mama avaliadas durante a realização de uma consulta de vigilância, verificaram que aproximadamente 41% das mulheres referiram respostas de medo intenso associadas a este diagnóstico.

Portanto, a integração destes estudos permite-nos verificar que, de uma forma geral, mais de 50% das mulheres tendem a avaliar o cancro da mama como uma experiência traumática, o que nos remete para a necessidade de avaliar a eventual presença de PTSD nesta população.

1.3. A Perturbação de Stress Pós-Traumático em mulheres com cancro da mama

A perceção do acontecimento como traumático é um critério basilar para o diagnóstico de PTSD. No entanto, é também necessário o preenchimento de outros critérios de diagnóstico, nomeadamente o reexperienciamento do acontecimento; o evitamento persistente dos estímulos ou lembranças associados ao trauma; e sintomas persistentes como insónia, irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância e resposta de alarme exagerada.

Muitas investigações têm-se centrado no estudo da prevalência de PTSD após o diagnóstico de uma doença oncológica (Andrykowski, Cordova, Studts, & Miller, 1998; Cordova, Studts, Hann, Jacobsen, & Andrykowski, 2000; Koopman, Butler, Classen, & et al., 2002), sobretudo o cancro da mama (para uma revisão consultar Kangas et al., 2002; Thompson & Eccleston, 2011). Muito embora estes estudos revelem que o diagnóstico de PTSD não é mais frequente nos doentes oncológicos do que na população geral (Palmer et al., 2004) e que a prevalência de PTSD é na globalidade baixa (Thompson & Eccleston, 2011), os resultados da investigação mostram que mais de 50% dos doentes com cancro exhibe sintomas de PTSD (Gurevich et al., 2002) ou PTSD parcial¹⁷.

O Quadro 1 resume alguns dos principais estudos que incidem sobre a prevalência de PTSD em mulheres com cancro da mama. Este quadro foi elaborado com base na revisão de Thompson e Eccleston (2011), que nos parece particularmente relevante pela sua atualidade e rigor na análise dos estudos apresentados.

Como se pode verificar, apesar da investigação sugerir que o cancro da mama constitui uma experiência traumática para mais de metade das mulheres, a prevalência de PTSD é baixa (4%, *idem*), variando entre 0% (Mundy, Blanchard, Cirenza, Gargiulo, Maloy, & Blanchard, 2000) e 32% (Naidich & Motta, 2000). No estudo de Andrykowski e Cordova (1998), e num total de 17 sintomas possíveis, o número de sintomas de PTSD variou entre 0 e 15.

Apesar disso, os resultados destes estudos revelam prevalências substancialmente elevadas de PTSD parcial. Por exemplo, Shelby e Golden-Kreutz (2008) encontraram prevalências de PTSD em 16% das mulheres, e PTSD parcial em 20% dos casos. Da mesma forma, Andrykowski et al. (1998) verificaram, igualmente, que a prevalência de PTSD parcial é bastante mais elevada (13% PTSD parcial e 6% PTSD atual). Assim, e segundo Green et al. (1998), os resultados da investigação permitem-nos afirmar que a PTSD não se configura como um quadro psicopatológico esperado após o diagnóstico de cancro da mama, uma vez que este não remete de forma automática e universal para uma ameaça à vida e/ou à integridade física da mulher. Possivelmente, estes resultados justificam-se pelos avanços alcançados ao nível do diagnóstico precoce e pelas taxas de sucesso no tratamento da doença (Thompson & Eccleston, 2011).

¹⁷ O termo PTSD parcial é utilizado para classificar os indivíduos que, embora não preencham todos os critérios de diagnóstico de PTSD de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), nomeadamente o critério C (demasiado restritivo quando comparado com os critérios B e D), apresentam sintomas de mal-estar clinicamente significativo e disfunções nas esferas pessoal e social. Deste modo, podem obter o diagnóstico de PTSD parcial os indivíduos que apresentam dois sintomas do critério B, um sintoma do critério C e um sintoma do critério D, ou os indivíduos que apresentam os dois sintomas do critério B e os três sintomas do critério C, ou dois sintomas do critério D (CDMHAS, 2008, citado por Osório & Maia, 2010).

Quadro 1 | Prevalência de PTSD em mulheres com câncer da mama (adaptado de Thompson & Eccleston, 2011)

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação da PTSD	Prevalência de PTSD
Andrykowski & Cordova (1998)	<i>n</i> = 82	PCL-C	5% (ponto de corte); 6% (sintomas)
Andrykowski et al. (1998)	<i>n</i> = 82 6 a 72 meses após o tratamento	SCID-DMS-IV	6% (PTSD atual); 4% (história de PTSD)
Green et al. (1998)	<i>n</i> = 160 4 a 12 meses após a finalização do tratamento	SCID-DSM-III-R	Critério mais estreito: 1.9% (PTSD atual); 2.5% (história de PTSD). Critério padrão: 2.5% (PTSD atual); 5% (história de PTSD)
Jacobson et al. (1998)	<i>n</i> = 43 (transplante medula óssea)	PCL-C	12% (ponto de corte); 19% (sintomas)
Andrykowski, Cordova, Kenady, McGrath & Sloan (2000)	<i>n</i> = 46	PCL-C	6.5% (ponto de corte)
Cordova et al. (2000)	<i>n</i> = 142	PCL-C	8.5% (ponto de corte); 12.7% (sintomas)
Mundy et al. (2000)	<i>n</i> = 37 (transplante medula óssea)	SCID-DSM-IV	0% PTSD atual. Critério mais estreito: 24.3% (história de PTSD). Critério padrão: 35.1% (história de PTSD)
Naidich & Motta (2000)	<i>n</i> = 31	CAPS-I	32% (PTSD atual); 14% (história de PTSD)
Pitman et al. (2001)	<i>n</i> = 37	CAPS-I	PTSD atual (<i>n</i> = 5); história PTSD (<i>n</i> = 7); nunca apresentou PTSD (<i>n</i> = 25)
Amir & Ramati (2002)	<i>n</i> = 39	PTSD-I	18% (PTSD atual)
Luecken, Dausch, Gulla, Hong, & Compass (2004)	<i>n</i> = 71	SCID-DSM-IV	3% (PTSD atual)
Palmer et al. (2004)	<i>n</i> = 115	SCID-I/NP	4% (PTSD atual)
E. Levine, Eckhardt, & Targ (2005)	<i>n</i> = 181	PCL-C	17% (ponto de corte); 26% (sintomas)
Matsuoka et al. (2005)	<i>n</i> = 155	SCID	3.9% (PTSD atual)
Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi, & Uchitomi (2005)	<i>n</i> = 50	SCID-DSM-III e DSM-IV	2% (PTSD atual)
Hegel et al. (2006)	<i>n</i> = 236	PC-PTSD	10% (PTSD atual)
Mehnert & Koch (2007)	<i>n</i> = 127 T1 - após cirurgia e T2 - 6 meses mais tarde	SCID-DSM-IV	2.4% (PTSD atual); 8.7% (história de PTSD)
Cordova et al. (2007)	<i>n</i> = 65	PCL-C	11% (ponto de corte); 17% (sintomas) 80% > 1 sintoma PTSD; 43% > 5 sintomas
Morril et al. (2008)	<i>n</i> = 161	PCL-C	1.9% (ponto de corte)

Quadro 1 | Prevalência de PTSD em mulheres com cancro da mama (adaptado de Thompson e Eccleston, 2011) (continuação)

Estudo	Amostra	Instrumento de avaliação da PTSD	Prevalência de PTSD
Mehnert & Koch (2008)	n = 1086	PCL-C	12% (PTSD atual)
Shelby, Golden-Kreutz, & Andersen (2008)	n = 74	SCID-NP	16% (PTSD atual)
Mehnert, Berg, Henrich, & Herschbach (2009)	n = 1083	PCL-C	12% (sintomas)
Gandubert et al. (2009)	n = 144	PTSD-I (DSM-III-R)	4.9% (PTSD atual)
Elklit & Blum (2011)	n = 64	HTQ	7% (PTSD 6 semanas após o diagnóstico); 13% (PTSD um ano mais tarde)

Nota: PCL-C (PTSD Checklist - Civilian version; Weathers, Huska & Keane (1991)); SCID-DSM-III-R (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders; Spitzer, Williams & Gibbon (1987)); SCID-DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders; First, Spitzer, Gibbon & Williams (1997)); CAPS-1 (Clinician-Administered PTSD Scale; Blake, Weathers & Nagy (1995)); PTSD-I (The Watson's PTSD Inventory; C. G. Watson, Juba, Manifold, Kucala & Anderson (1991)); PC-PTSD (The primary care PTSD screen; Prins et al. (2003)); HTQ (Harvard Trauma Questionnaire; Mollica et al. (1994))

Ainda assim, os sintomas de PTSD parcial podem ter implicações significativas na adaptação emocional e qualidade de vida da mulher. Por exemplo, os dados obtidos em estudos longitudinais sugerem que a magnitude dos pensamentos intrusivos e das respostas de evitamento, na fase de diagnóstico, associam-se a pior qualidade de vida (Golden-Kreutz et al., 2005) e sintomatologia depressiva (Golden-Kreutz & Andersen, 2004) dois anos mais tarde.

Além da PTSD, a exposição a acontecimentos ameaçadores aumenta consideravelmente a probabilidade de desenvolver outros quadros psicopatológicos, como perturbações de ansiedade (Moyer & Salovey, 1996), perturbações depressivas (Derogatis et al., 1983) e abuso de substâncias (Maia & Fernandes, 2003; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Vaz Serra, 2003). Podem também despoletar dificuldades nos relacionamentos interpessoais, na vida profissional e doméstica (Shelby et al., 2008; Stein et al., 1997), que podem ocorrer em comorbilidade com a PTSD (66% a 98%; Keane & Kaloupek, 1997) ou PTSD parcial (Marshall, Olfson, Hellman, Blanco, Guardino, & Struening, 2001). Por outro lado, estas dificuldades podem também ocorrer como um efeito secundário da doença oncológica ou do tratamento, o que reforça a necessidade de um diagnóstico diferencial adequado (Thompson & Eccleston, 2011).

Em modo de síntese, podemos afirmar que o diagnóstico de cancro da mama não conduz a um risco aumentado de desenvolvimento de PTSD, pelo menos em mulheres sem psicopatologia prévia (Mehnert, 2004). Os resultados das investigações mostram que os sintomas de mal-estar psicológico são comuns e indiciadores da dificuldade de adaptação ao diagnóstico de cancro da mama e às sequelas induzidas pelo seu tratamento (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009). Todavia, os sintomas de perturbação emocional (quer de PTSD parcial, quer de outros quadros psicopatológicos) são significativos e devem merecer a atenção dos profissionais de saúde.

Uma vez que o cancro da mama não é percecionado como um trauma por todas as mulheres e que a percentagem destas que desenvolve uma PTSD é bastante reduzida, ao longo deste

trabalho iremos referir-nos ao cancro da mama como uma experiência potencialmente traumática. Consideramos que, desta forma, estamos a privilegiar o rigor bem como a diversidade de respostas individuais no confronto com este problema de saúde.

Após uma exploração da natureza traumática do cancro da mama, no próximo ponto iremos focar-nos na experiência de desenvolvimento pós-traumático.

2. Desenvolvimento Pós-Traumático: Enquadramento, definição e modelos de compreensão

2.1. A introdução de um novo paradigma em Psicologia

Durante décadas, a investigação em Psicologia incidiu no estudo das consequências negativas associadas aos acontecimentos indutores de stress significativo, dando pouca ênfase à possibilidade de desenvolvimento ou à descoberta de mudanças psicológicas positivas.

Ao longo dos anos, e com o desenvolvimento de investigações no campo da adaptação aos acontecimentos potencialmente traumáticos, foi-se observando que apenas uma pequena percentagem dos indivíduos expostos à adversidade desenvolve um conjunto significativo de sintomas, capaz de se constituir como uma perturbação com um diagnóstico clínico. Como refere Sendas (2009) estima-se que apenas 1% a 14% da população geral apresente um quadro de PTSD; 10% da variância total das reações dos indivíduos face à adversidade possa dever-se a fatores de stress e seis a dezasseis meses após a vivência de uma situação traumática, a maioria dos indivíduos apresente remissão espontânea da sintomatologia de PTSD. Por outro lado, e ainda segundo a revisão da autora, mesmo em situações de stress extremo, como nos casos de violação, tortura ou morte súbita de um filho, as respostas sugestivas de resiliência são bastante mais frequentes do que seria expectável, sendo também comum a manifestação de mudanças psicológicas positivas (Linley, 2003).

Estas evidências reforçaram ainda mais a necessidade de transição de um paradigma patogénico, assente numa visão exclusiva do processo de mudança como uma fonte de stress, que ameaça o bem-estar psicológico e que pode precipitar a patologia, para um paradigma salutogénico (Antonovsky, 1987), que assume a possibilidade de resultados positivos de adaptação e desenvolvimento psicológico, mesmo em circunstâncias de vida marcadamente negativas. Este novo paradigma, ao incorporar a totalidade da experiência humana, desde o sofrimento à capacidade de resiliência e de desenvolvimento, possibilita uma compreensão mais holística do desenvolvimento humano e da diversidade de respostas individuais face aos acontecimentos de vida indutores de stress significativo.

Apesar da experiência de desenvolvimento subsequente a uma vivência negativa e potencialmente traumática estar extensivamente documentada ao longo da história (Aldwin, 2007), sobretudo em disciplinas como a filosofia (Kierkegaard, 1983; Nietzsche, 1955) e a psicologia (Caplan, 1964; Frankl, 1963), o interesse pelo seu estudo científico teve início em meados da década de 60, mas foi sobretudo a partir da década de 80 que começou a receber uma maior aceitação por parte dos investigadores. Os resultados das investigações realizadas

com crianças que em condições de pobreza extrema, negligência e abuso manifestavam resiliência (Lepore & Revenson, 2006), foram bastante importantes para impulsionar o estudo científico desta temática. Além disso e segundo Park (2009), dois trabalhos publicados nos anos 80 foram também fundamentais, entre eles a obra de Yalom (1980), *Existential Psychotherapy*, que descreve a experiência de desenvolvimento pessoal em doentes com cancro em fase terminal e, por outro lado, os resultados de um estudo desenvolvido com prisioneiros de Guerra, no qual foram observados índices de psicopatologia muito reduzidos, porém, relatos muito frequentes de desenvolvimento psicológico e transformação positiva (1980).

Não obstante, as investigações desenvolvidas por Lazarus e Folkman (1984) e por Taylor (1983), demonstraram o importante papel da reinterpretação positiva na promoção da adaptação dos indivíduos sujeitos a experiências de stress significativo, oferecendo um suporte adicional às conceções teóricas defensoras de uma perspetiva mais salutogénica. Também na década de 80, o trabalho de Antonovsky (1987) permitiu observar que a manutenção de um sentido de coerência interna (*sense of coherence*) elevado facilitaria a compreensão e a atribuição de significado às experiências de vida negativas e, assim, a descoberta de mudanças psicológicas positivas. Também Elder (1974), Ring (1980) e Sprenckle e Cyrus (1983) (citado por Aldwin, 1994) reuniram um conjunto significativo de evidência empírica que sugere a possibilidade das experiências adversas poderem funcionar como importantes catalisadores da ocorrência de mudanças psicológicas positivas.

A investigação no domínio do DPT tornou-se ainda mais proeminente na década de 90, com a emergência da Psicologia Positiva. Esta surge como uma área de estudo científico que vai além de uma abordagem centrada na psicopatologia, para se focar, teórica e empiricamente, no estudo das experiências subjetivas positivas, tais como o bem-estar, a alegria, o prazer, a felicidade, entre outros, e dos processos conducentes à adaptação e funcionamento positivos (Seligman, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Tedeschi & Calhoun, 2004). Esta nova disciplina, ao fomentar o interesse dos investigadores pela adaptação positiva em situações de adversidade, contribuiu para a consolidação do estudo científico do DPT (Linley, 2003). Assim, passou a admitir-se que respostas positivas podem coexistir com resultados de adaptação negativa, o que possibilita uma compreensão mais holística e, portanto, mais adequada das reações do indivíduo aos acontecimentos de vida potencialmente traumáticos (Linley & Joseph, 2004).

Após enquadrar a temática do DPT no âmbito da Psicologia, de seguida passaremos a desenvolver o conceito, assim como faremos uma breve apresentação dos principais modelos de compreensão, dando particular destaque ao Modelo funcional-descritivo de DPT de Calhoun e Tedeschi (2004), pela sua relevância na condução da investigação apresentada neste trabalho.

2.1.1. O conceito Desenvolvimento Pós-Traumático

Como foi apresentado anteriormente, os acontecimentos potencialmente traumáticos representam desafios para os recursos adaptativos do indivíduo e exigem mudanças significativas no modo como este compreende o mundo e o seu lugar nele (Janoff-Bulman, 1992). Ainda que o confronto com estes acontecimentos possa contribuir para o desenvolvimento de respostas emocionais

negativas, a investigação tem mostrado que a exposição a um acontecimento desta natureza não conduz, necessariamente, a um quadro psicopatológico (Regehr, Hemsworth, & Hill, 2001). Efetivamente, observações clínicas de relatos de indivíduos, bem como um número crescente de estudos científicos, têm permitido demonstrar que a ocorrência de um acontecimento potencialmente traumático pode precipitar mal-estar psicológico e, simultaneamente, funcionar como um importante catalisador da experiência de desenvolvimento (Cordova et al., 2007).

Tedeschi e Calhoun são os autores que mais se têm destacado no âmbito do estudo científico do DPT. Deve-se a eles a introdução do conceito *Posttraumatic Growth*, que definem como a “experiência subjetiva de mudanças psicológicas positivas vivenciadas como resultado dos esforços empreendidos para lidar com circunstâncias de vida altamente ameaçadoras” (Tedeschi & Calhoun, 2004, p.1).

Segundo os autores, o DPT é simultaneamente um processo e um resultado, uma vez que ocorre concomitantemente às tentativas ou esforços de adaptação aos acontecimentos adversos e não como consequência direta dos mesmos (Tedeschi & Calhoun, 2004). Deste modo, para que esta experiência possa ser efetiva não basta a ocorrência de um acontecimento negativo. Pelo contrário, são os esforços implementados pelo indivíduo para fazer face ao acontecimento e para encontrar um sentido para a nova realidade que determinam o grau em que o DPT ocorre (Tedeschi & Calhoun, 2004). Assim sendo, a experiência de DPT não é sinónimo de ausência de sofrimento e nem tão pouco significa que o indivíduo sinta apenas emoções positivas. Efetivamente, sendo esta experiência o resultado dos esforços para lidar com o mal-estar existente e, simultaneamente, uma forma adaptativa de coping com a adversidade, é expectável que coexista com resultados negativos de adaptação psicológica (este aspeto será retomado na quarta parte deste capítulo).

Os autores optam pelo termo *desenvolvimento* uma vez que este remete para uma perceção de melhoria ao nível da maturidade, autoconceito, apreciação da vida, satisfação com os relacionamentos interpessoais, entre outros. Como tal, a experiência de DPT não se resume à sobrevivência ao acontecimento ou ao regresso ao padrão de funcionamento prévio. Pelo contrário, pressupõe a perceção de mudanças significativas que vão além do padrão de funcionamento anterior (Tedeschi & Calhoun, 2004). Zoellner e Maercker (2006) acrescentam que este conceito implica a perceção de algo novo que é avaliado como positivo, ou seja, um benefício adicional. Assim, o “DPT refere-se a mudanças percecionadas pelos indivíduos que são mais do que a mera capacidade para resistir ou não se sentir afetado pelos acontecimentos adversos; envolve uma transformação que ultrapassa os níveis de adaptação anteriores (...) e tem a qualidade de transformação ou de mudança qualitativa no funcionamento do indivíduo” (Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 4).

Os autores optam também pelo termo *pós-traumático* uma vez que o DPT está dependente da ocorrência anterior de um acontecimento de natureza ameaçadora ou traumática, que pode abranger uma grande diversidade de situações, como o caso de uma doença grave, situações de perda, acidentes, entre outras (Tedeschi & Calhoun, 2004). Acontecimentos desta natureza podem constituir-se como oportunidades de mudança dado que desencadeiam o processamento cognitivo e emocional necessário à reestruturação esquemática subjacente ao DPT. Neste

sentido, para que o DPT possa ocorrer, os autores defendem que o acontecimento tem de constituir um desafio significativo para as suposições básicas do indivíduo, na medida em que questiona a compreensão que este tem de si, dos outros e do mundo e produz sofrimento psicológico significativo. Contrariamente, os acontecimentos indutores de stress *minor*, que se resolvem fácil e rapidamente e que não envolvem sofrimento significativo, habitualmente não desafiam o sistema de crenças do indivíduo, não tendo, portanto, o potencial para produzir qualquer tipo de alteração de significado (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Por outro lado, esta designação (*pós-traumático*) pressupõe que o DPT não ocorre como consequência do processo normativo do desenvolvimento humano, através do qual é esperado que os indivíduos se avaliem de uma forma mais positiva ao longo do tempo, como se estivessem a incorrer num processo contínuo de evolução e de amadurecimento (McFarland & Alvaro, 2000). Segundo Tedeschi e Calhoun (2004), a ocorrência deste acontecimento potencialmente traumático constitui um marco temporal específico a partir da qual os indivíduos passam a identificar mudanças positivas na sua vida. Alguns estudos que compararam amostras de indivíduos sujeitos a situações traumáticas com amostras da população geral, sem história de situações desta natureza, têm permitido corroborar esta premissa, uma vez que a experiência de DPT é manifestamente superior nos primeiros (Cordova et al., 2001). No entanto, estes estudos têm também revelado a existência de DPT na população geral, o que leva alguns autores a defenderem uma tendência generalizada para os indivíduos se posicionarem num processo de mudança positiva, à medida que decorre o processo normal de desenvolvimento (McFarland & Alvaro, 2000). Este aspeto será aprofundado ao longo deste capítulo.

A experiência de mudanças psicológicas positivas pode ocorrer em diversas áreas da vida dos indivíduos. Desta forma, o DPT tem sido conceptualizado como um conceito multidimensional. No próximo ponto iremos aprofundar este aspeto, fazendo referência às principais dimensões de DPT.

2.1.2. Multidimensionalidade do Desenvolvimento Pós-Traumático

A experiência de DPT remete para uma transformação significativa em diversas áreas da vida, sobretudo a nível cognitivo e emocional, podendo também refletir-se em mudanças com expressão comportamental (Tedeschi & Calhoun, 1995). De acordo com Tedeschi e Calhoun (1995, 2004), o DPT é um conceito multidimensional que envolve três dimensões principais, que se organizam de forma independente entre si (Figura 2).

No que respeita à primeira dimensão, referente às *mudanças na percepção de si próprio*, a literatura tem evidenciado uma tendência para os indivíduos extraírem um sentimento de maior força pessoal em virtude de terem sobrevivido a uma situação ameaçadora e, principalmente, terem sido capazes de enfrentar e lidar com as dificuldades e consequências inerentes a essa situação. De uma forma aparentemente paradoxal, este sentimento é vivido em simultâneo com uma sensação de maior vulnerabilidade pessoal, dado que o indivíduo torna-se mais consciente da sua fragilidade, bem como da sua incapacidade para controlar a ocorrência de situações indesejadas e marcadamente negativas (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). Ainda no âmbito das mudanças na

perceção de si próprio, é também frequente o sentimento de maior autoconfiança e maior preparação para enfrentar os desafios futuros. Assim, ao percepcionarem mais recursos e competências para lidar com a adversidade, os indivíduos abrem-se a novas experiências e possibilidades de vida e investem em novos interesses e atividades.

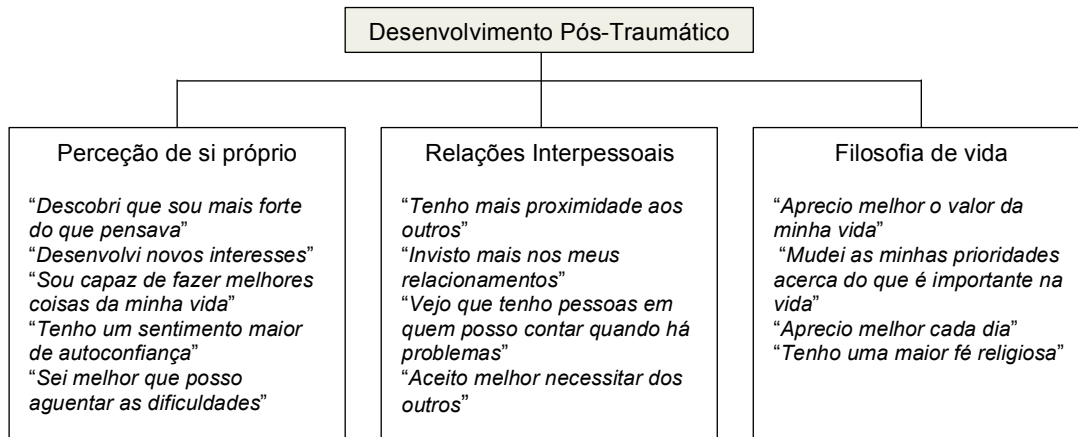


Figura 2 | Dimensões de DPT (adaptado de Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004)

Quanto à perceção de *mudanças nas relações interpessoais*, de uma forma geral os indivíduos tornam-se mais conscientes da importância das relações afetivas nas suas vidas e revelam que a experiência adversa contribuiu para uma aproximação aos outros. Também no que respeita às relações de casal, muitos estudos evidenciam que, contrariamente ao que poderia ser esperado, muitos casais tendem a manifestar melhorias significativas no seu relacionamento, qualificando-o como mais forte e mais íntimo (Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox, & Grana, 2004; Moreira, 2011). Por outro lado, após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático, muitos indivíduos revelam maior necessidade de partilhar e expressar as suas emoções com outros significativos e passam a estar mais motivados para dar e receber afeto. Assim sendo, as manifestações de empatia e compaixão e os gestos altruístas e de solidariedade para com os outros tornam-se mais frequentes, sobretudo para com aqueles que atravessam situações de sofrimento semelhantes, compreendendo-se o maior envolvimento em práticas de voluntariado (Cohen & Numa, 2011).

Por último, a dimensão de DPT relativa às *mudanças na filosofia de vida* caracteriza-se por uma maior apreciação da vida em geral, que passa a ser experienciada de forma mais intensa e ativa. A vivência de um acontecimento potencialmente traumático, ao aproximar os indivíduos da possibilidade da morte e do sofrimento, tende a incentivar uma redefinição dos aspetos da vida verdadeiramente importantes, o que muitas vezes se reflete numa nova hierarquia de prioridades. Paralelamente, a consciência de ter ultrapassado uma situação de vida crítica despoleta em muitos indivíduos uma reflexão sobre temas existenciais e a procura de respostas para interrogações como “*Quem sou eu?*” e “*Qual é a história da minha vida?*”. Esta reflexão associa-se frequentemente ao fortalecimento espiritual, que pode entender-se, por um lado, como uma tentativa de acomodar a experiência adversa à luz das crenças individuais, ou, por outro lado,

como uma forma de gratidão por algum tipo de proteção espiritual (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998).

A conceptualização do DPT como um conceito multidimensional, que engloba diversas dimensões que são independentes entre si, é partilhada pela maioria dos autores. Partindo deste pressuposto, os investigadores têm recorrido a instrumentos que possibilitem uma avaliação multidimensional. Um dos instrumentos mais utilizados é o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT, *The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI*), desenvolvido por Tedeschi e Calhoun (1996) e que permite uma avaliação do DPT em cinco dimensões específicas (este instrumento será apresentado no Capítulo IV desta dissertação).

Apesar disso, outros autores sugerem que o DPT deve ser perspectivado como um constructo unidimensional, em virtude das elevadas correlações existentes entre as diversas dimensões/subescalas que constituem os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação. Por outro lado, alguns estudos que recorreram à análise fatorial verificaram, por norma, que o primeiro fator permite explicar a grande proporção de variância e que a maioria dos itens satura num único fator. Por outro lado ainda, nos instrumentos que contemplam uma medida total de DPT, muito embora esta subescala seja composta por uma grande diversidade de itens, tende a apresentar maior consistência interna do que as restantes subescalas (Park & Lechner, 2006). Desta forma, os investigadores não excluem a possibilidade do DPT ser um constructo unidimensional (Nolen-Hoeksema & Davis, 2004). Outros autores sugerem ainda outras dimensões de DPT, nomeadamente no que respeita à adoção de comportamentos de saúde preventivos (nas situações em que o acontecimento adverso se relaciona diretamente com uma situação de saúde/doença) (Updegraff, Taylor, Kemeny, & Wyatt, 2002).

Apesar destes contributos e do reconhecimento da multidimensionalidade do DPT, mais esforços são necessários para uma compreensão mais integradora deste conceito.

Delimitações conceptuais

No campo da investigação sobre o DPT, e tal como salientaram Smith e Cook (2004), um primeiro desafio passa pela clarificação do conceito DPT, dada a grande variedade de designações utilizadas com um significado semelhante.

Efetivamente, podemos encontrar na literatura conceitos como: *stress conversion* (Finkel, 1974); *positive psychological changes* (Yalom, 1980); *perceived benefits* ou *construing/finding benefits* (Affleck & Tennen, 1996; Calhoun & Tedeschi, 1989-1990; McMillen & Fisher, 1998; McMillen, Smith, & Fisher, 1997; Tennen & Affleck, 1999); *stress-related growth* (Park, Cohen, & Murch, 1996); *positive by-products* (McMillen & Cook, 2003); *discovery of meaning* (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998); *positive emotions* (Folkman & Moskowitz, 2000); *flourishing* (Ryff & Singer, 1998); *thriving* (O'Leary, Alday, & Ickovics, 1998; O'Leary & Ickovics, 1995); *adversarial growth* (Linley & Joseph, 2004); *positive illusions* (Taylor & Armor, 1996); *positive reinterpretation* (Scheier & Weintraub, 1986); *drawing strength from adversity* (McCrae, 1984) e *transformational coping* (Aldwin, 1994; Pargament, 1997) (para uma revisão consultar Tedeschi & Calhoun, 2004).

O conceito que mais tem sido usado como sinónimo de DPT é o conceito *benefit finding* (Tennen & Affleck, 2002). No entanto, alguns autores têm proposto que este conceito remete para um processo diferente do DPT, estando-lhe, todavia, subjacente. Assim, segundo Tennen e Affleck (2002) o *benefit finding* remete, tal como o nome indica, para a identificação de benefícios associados à ocorrência traumática, habitualmente aspetos muito concretos e objetivos. Já o DPT pressupõe mudanças mais estruturais, produto de uma reorganização cognitiva e emocional ao nível do sistema de crenças do indivíduo (Tedeschi et al., 1998). Num estudo realizado com mulheres com cancro da mama, Sears et al. (2003) verificaram que estes constructos estão relacionados mas são por natureza distintos.

Apesar da crescente preocupação em adequar a utilização destes conceitos, na realidade estes continuam a ser aplicados com o mesmo significado. Deste modo, torna-se necessária uma definição e distinção rigorosa entre os diversos conceitos.

2.2. Modelos de compreensão do Desenvolvimento Pós-Traumático

Embora o DPT seja um tema emergente na Psicologia, nos últimos anos têm sido desenvolvidos diversos modelos de compreensão. Zoellner e Maercker (2006) realizaram uma revisão destes modelos e verificaram que, de uma forma geral, estes dividem-se em duas grandes categorias: os modelos que conceptualizam o DPT como o resultado inesperado dos esforços implementados para lidar com o acontecimento potencialmente traumático e os modelos que perspetivam o DPT como uma mudança intencional ou estratégia de coping.

O primeiro tipo de modelos descreve o DPT como um conjunto de alterações cognitivas e emocionais que refletem o produto de um processo de coping não intencional com as exigências inerentes ao acontecimento adverso (Zoellner & Maercker, 2006). Entre eles destacam-se o *Modelo de crises de vida e desenvolvimento* de Schaefer e Moss (1992, 1998) e o *Modelo funcional-descritivo* de DPT de Tedeschi e Calhoun (1995, 2004), que passaremos a descrever pela sua relevância na condução deste trabalho.

Em contraste, os modelos que conceptualizam o DPT como uma estratégia de coping partilham o pressuposto que o confronto com os acontecimentos adversos pode suscitar respostas de coping homeostático e de coping transformacional, este último potenciador da experiência de DPT (Aldwin, 1994). Assim, o DPT surge como uma estratégia para minimizar o impacto emocional do acontecimento potencialmente traumático, podendo não constituir uma experiência real mas uma forma de “ilusão positiva” (Taylor, 1983; Taylor & Armor, 1996). Assim sendo, a perceção de desenvolvimento na adversidade funciona como uma forma de evitamento do confronto com a nova realidade, permitindo ao indivíduo proteger a sua identidade, manter inalterável a sua autoestima, o sentido de coerência interna e a perceção, mesmo que enviesada, de controlo sobre os acontecimentos (Affleck & Tennen, 1996; Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998; Philipp, 1999; Park & Folkman, 1997; Taylor, 1983). Entre estes modelos, o Modelo de Adaptação Cognitiva (Taylor, 1983) assume particular relevância pelo debate que tem permitido suscitar em torno da natureza do DPT.

2.2.1. O Modelo funcional-descritivo de Desenvolvimento Pós-Traumático (Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004)

Tendo por base o reconhecimento da importância dos processos de avaliação no contexto das reações aos acontecimentos potencialmente traumáticos (Janoff-Bulman, 1992; Lazarus & Folkman, 1984; Schaefer & Moos, 1992), assim como os resultados da investigação e as evidências recolhidas através da experiência clínica, Tedeschi e Calhoun (1995, 2004) desenvolveram o modelo de compreensão do DPT mais referenciado empírica e teoricamente até à data (Figura 3).

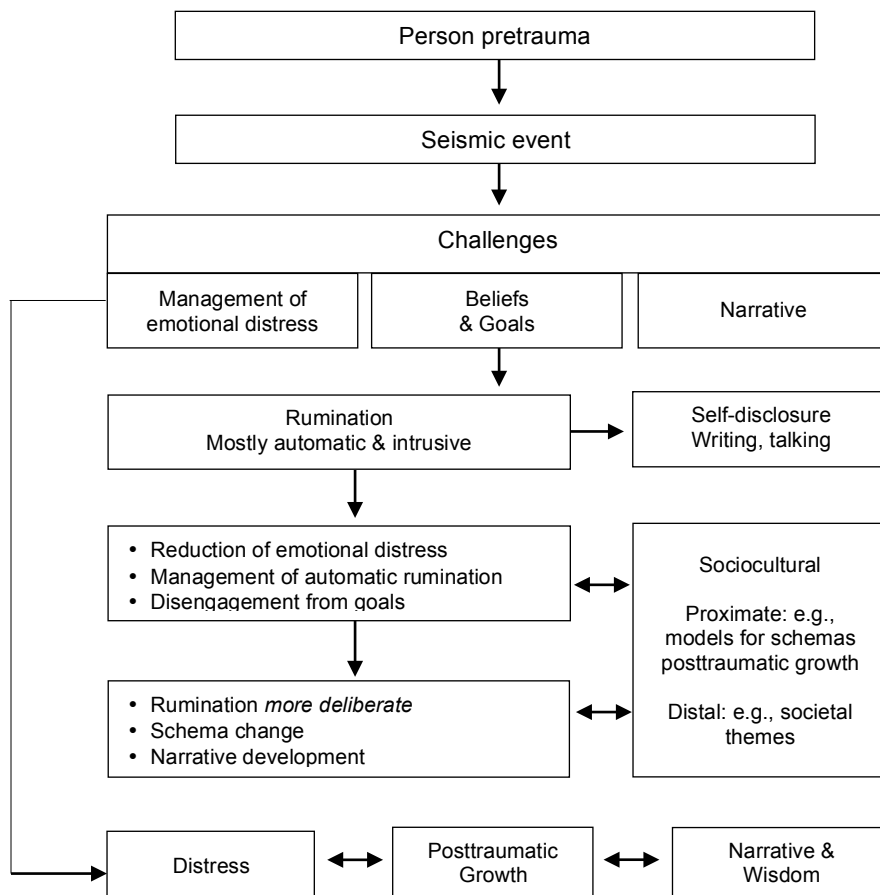


Figura 3 | O processo de Desenvolvimento Pós-Traumático (In Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 7, reprodução com autorização dos autores)

Tedeschi e Calhoun (1995, 2004) partem do pressuposto que os acontecimentos traumáticos representam desafios sísmicos (*“seismic challenges”*) para a estrutura psicológica, na medida em que confrontam o indivíduo com um conjunto de informações novas e desconhecidas que ameaçam o seu sistema de crenças, colocando em causa a compreensão que este tem de si, dos outros e do mundo (Janoff-Bulman, 1992).

Estes acontecimentos despoletam sofrimento psicológico acentuado, razão pela qual, numa primeira fase, são comuns reações de choque e negação. Após o choque inicial, e perante o fracasso das estratégias de controlo primário (isto é, comportamentos que têm por objetivo reverter ou travar os efeitos do trauma), o mal-estar subsequente desencadeia um processamento cognitivo recorrente, que os autores designam por pensamento ruminativo (“*rumination*”). Este tipo de processamento, que tem por finalidade a procura de um sentido para o acontecimento, nesta fase é sobretudo automático e caracteriza-se pela ocorrência de pensamentos e imagens intrusivos e persistentes que, frequentemente, assumem a forma de recordações do acontecimento e das respetivas consequências traumáticas. Embora esteja na origem de mal-estar emocional persistente, este tipo de processamento é essencial para o processo de reconstrução esquemática, essencial à experiência de DPT (Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004). Ainda nesta fase, e com o objetivo de “amortecer” e evitar o desconforto emocional, os indivíduos fazem uso de estratégias maioritariamente centradas na gestão das emoções negativas, como por exemplo, a adesão compulsiva a práticas desportivas, a ingestão de bebidas alcoólicas ou a ocupação profissional ininterrupta (Sendas, 2009).

Ainda de acordo com Tedeschi e Calhoun (2004), a rede social de apoio, ao providenciar conforto e alívio do eventual sentimento de culpa e arrependimento muitas vezes associado à ocorrência traumática, e também modelos de coping com a adversidade, é um dos elementos fundamentais no processo de DPT. Por outro lado, os esforços de coping com o acontecimento, muitas vezes fruto de novas aprendizagens realizadas, inclusivamente através de experiências vicariantes, irão facilitar a gestão das emoções negativas, a reestruturação esquemática, bem como a atribuição de um significado para o trauma. Assim, à medida que o indivíduo vai ventilando a sua experiência, quer através do diálogo com os elementos da rede social, num contexto empático e de aceitação emocional, quer através de relatos escritos ou rituais religiosos (e.g. rezar), vai sentindo que a sua narrativa sobre o trauma é “ouvida” e validada. Além de permitir uma diminuição progressiva das respostas inadaptativas, este processo é fundamental na construção de um novo autoconceito e na perceção de autoeficácia na gestão do mal-estar emocional.

Paralelamente, dá-se início a um processo de aceitação da necessidade de desinvestir nos objetivos que se tornaram inatingíveis e num antigo estilo de vida, pouco adequado às circunstâncias atuais. Assim, o indivíduo incorre num processo de construção de novos objetivos, durante o qual os pensamentos outrora automáticos, recorrentes e geradores de mal-estar, tornam-se cada vez mais deliberados e adaptativos. A intencionalidade subjacente a este tipo de processamento cognitivo foi um dos aspetos mais realçados na reformulação ao Modelo de Trauma e Transformação (Tedeschi & Calhoun, 1995), que os autores apresentaram em 2004. Nesta reformulação, os autores salientam que, numa primeira fase, o pensamento ruminativo automático é facilitador da aceitação das perdas decorrentes do acontecimento potencialmente traumático, contribuindo para um desinvestimento nas crenças, objetivos e estilos de vida prévios. Numa segunda fase, este processamento cognitivo é mais consciente e deliberado e o seu conteúdo temático relaciona-se com a reavaliação da situação e procura de significado para o acontecimento; planificação de estratégias de resolução de problemas; recordação e verbalização dos aspetos mais íntimos do acontecimento e reformulação dos objetivos de vida. Este tipo de

ruminação é, portanto, uma forma de processamento cognitivo construtivo que obriga a mudanças ao nível da estrutura esquemática do indivíduo, estimulando assim a experiência de DPT.

Segundo Sumalla et al. (2009), este processo de reestruturação cognitiva é, sobretudo, um processo de acomodação. Mais do que uma integração da nova informação relacionada com o acontecimento traumático nos esquemas preexistentes (assimilação), este processo exige uma transformação dos esquemas prévios de forma a acomodar a nova informação. Este tipo de processamento não se restringe à dimensão cognitiva, mas implica, igual e necessariamente, o processamento dos componentes emocionais associados à experiência traumática. Deste modo, ao permitir a reestruturação de crenças e o reajustamento emocional e comportamental, este duplo processamento é responsável pelo desenvolvimento de uma nova narrativa de vida, na qual a experiência traumática é conceptualizada como um “ponto de viragem” (McAdams, 1993, citado por Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 9).

Simultaneamente à emergência desta nova narrativa de vida, é expectável que o indivíduo identifique um conjunto de mudanças na perceção de si próprio e dos seus recursos para lidar com a adversidade, percecione maior intimidade nas suas relações interpessoais e/ou desenvolva uma nova filosofia de vida, pautada por novos objetivos e prioridades. Calhoun e Tedeschi (1999) afirmam que os indivíduos tornam-se mais competentes na transição da reflexão para a ação, aceitam melhor o desconhecido e os paradoxos da vida, e refletem de uma forma mais construtiva sobre as questões fundamentais da existência humana.

Tedeschi e Calhoun (2004) acrescentam que todo este processo ocorre num período temporal alargado e não de forma imediata à ocorrência traumática. Assim sendo, tende a coexistir com um período de sofrimento acentuado, responsável pela manutenção do processamento cognitivo ativo, sem o qual a experiência de DPT não teria lugar. Por outro lado, alertam para o facto desta experiência não ser universal, dado que muitos indivíduos não identificam mudanças psicológicas positivas significativas no seu processo de adaptação a um acontecimento potencialmente traumático (Calhoun & Tedeschi, 2006). Os autores salientam ainda que mesmo os indivíduos que apresentam índices elevados de DPT, não raras vezes evidenciam não ter ainda superado a dor associada ao acontecimento traumático, apresentando, simultaneamente, DPT e índices de perturbação emocional. Neste sentido, defendem que o DPT não corresponde necessariamente à ausência de sofrimento podendo, contudo, contribuir para o seu alívio, e assim, para a promoção da adaptação dos indivíduos (Linley & Joseph, 2004).

De acordo com a Teoria de Adaptação Cognitiva (Taylor, 1983), a possibilidade de o DPT coexistir com resultados negativos de adaptação psicológica corrobora a conceptualização do DPT como uma forma de enviesamento cognitivo, denominada ilusão positiva (“*positive illusion*”) (Taylor & Armor, 1996). Segundo Taylor (1983), este conceito refere-se à tendência generalizada para fazer distorções cognitivas positivas no confronto com acontecimentos ou informações ameaçadores. Estas distorções podem incluir a defesa de uma ideia mais positiva de si próprio (“*self-enhancement*”) em comparação com a maioria dos indivíduos ou em relação ao estado emocional anterior à ocorrência traumática (“*temporal comparisons*”) (McFarland & Alvaro, 2000); a manutenção de um otimismo irrealista acerca do futuro; e a perceção exagerada de controlo sobre os acontecimentos (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000). Segundo os

autores, perante a necessidade de redução do sofrimento, os indivíduos procuram encontrar rapidamente um sentido para o trauma e/ou descobrir aspetos positivos que possam compensar a sua ocorrência. Neste sentido, estas mudanças podem não corresponder a uma transformação real na vida dos indivíduos mas refletir uma forma enviesada de interpretar a realidade (Taylor & Brown, 1994; Tennen & Affleck, 2002). Como tal, não irão influenciar o processo de adaptação psicológica, pelo que se compreende a coexistência de DPT e os sintomas de mal-estar emocional.

Na tentativa de responder às críticas que apontam para a possibilidade do DPT resultar de enviesamentos cognitivos, como as comparações temporais, Calhoun e Tedeschi (2004), argumentam que, à semelhança de qualquer outra experiência humana que resulte de um processo de reestruturação cognitiva, é possível que o DPT possa refletir algum tipo de enviesamento. No entanto, ao confirmar-se esta possibilidade, será mais provável no caso dos indivíduos que recorrem a estratégias de evitamento e, simultaneamente, nos casos em que o DPT surge de uma forma muito prematura, num período de tempo contingente à ocorrência traumática.

Na tentativa de oferecer um modelo de compreensão do DPT integrador de ambas as perspetivas, Maercker e Zoellner (2004) propõe o Modelo das Faces de Janus (*“Janus Face Model”*), que concilia, por um lado, os modelos que consideram o DPT como um processo de enviesamento cognitivo (McFarland & Álvaro, 2000; Taylor, 1983) vs, um resultado genuíno de uma ocorrência traumática (Tedeschi & Calhoun, 2004) e por outro lado, as evidências positivas e negativas do valor adaptativo do DPT. Contudo, consideramos que esta tentativa integradora está contemplada na reformulação do modelo de Tedeschi e Calhoun (2004), na qual é tida em consideração a possibilidade dos relatos de DPT poderem contribuir para uma grande diversidade de trajetórias de adaptação. Assim, nos momentos subsequentes ao trauma, os autores admitem que a perceção de DPT possa ser ilusória, refletindo apenas o contentamento associado ao facto de o indivíduo ter sobrevivido ou ter sido bem sucedido no confronto com o stress, pouco influenciando os indicadores de adaptação emocional. No entanto, à medida que esta perceção de DPT é acompanhada de uma alteração significativa na estrutura esquemática do indivíduo, a dimensão ilusória vai diminuindo, tornando-se a experiência de DPT mais real e efetiva ao longo do tempo, com implicações ao nível dos indicadores de adaptação psicológica (Maercker & Zoellner, 2004). Esta hipótese parece corroborada pelos resultados de uma investigação longitudinal com doentes com HIV (c.f. Calhoun & Tedeschi, 2004), no qual os autores verificaram um impacto diferencial de diferentes trajetórias de DPT na adaptação psicossocial dos doentes.

Embora existam perspetivas divergentes quanto à natureza do DPT, as conceções mais atuais entendem que o DPT pode ser simultaneamente uma estratégia de coping e um resultado do coping (Affleck & Tennen, 1996; Maercker & Zoellner, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004). No entanto, a investigação nesta área continua a constituir um dos principais desafios no âmbito do estudo do DPT (Smith & Cook, 2004).

3. A investigação do Desenvolvimento Pós-Traumático

3.1. Desenvolvimento Pós-Traumático em diferentes situações traumáticas

A investigação no domínio do DPT tem registado uma grande expansão nas últimas duas décadas, permitindo dar suporte ao pressuposto que a exposição aos acontecimentos mais violentos, indutores de uma reação de stress inadaptativa, pode constituir uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e relacional (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Assim, têm sido desenvolvidos estudos com indivíduos que viveram os mais diversos tipos de situações potencialmente traumáticas, desde *luto* (Buchi et al., 2009; Calhoun & Tedeschi, 1989-1990; Lehman et al., 1993; Wolchik, Coxe, Tein, Sandler, & Ayers, 2008), *assédio e abuso sexual* (Frazier, Conlon, & Glase, 2001), *acidentes de viação* (Harms & Talbot, 2007; McMillen et al., 1997; Salter & Stallard, 2004; Zoellner, Rabe, Karl, & Maercker, 2008), *catástrofes naturais* (McMillen et al., 1997), entre outros. Um dos contextos de investigação mais estudados diz respeito às situações de *guerra* (Kimhi, Eshel, Zysberg, & Hantman, 2010; Laufer & Solomon, 2006; Maercker & Herrle, 2003), existindo estudos desenvolvidos especificamente com *refugiados* (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003), *prisioneiros* (Maercker & Herrle, 2003; McMillen et al., 1997) e *soldados de guerra* (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger, & Maercker, 2009; Sendas, 2009). As situações de *terrorismo* (Ai, Cascio, Santangelo, & Evans-Campbell, 2005; Butler et al., 2005; Hobfoll, Hall, Canetti-Nisim, Galea, Johnson, & Palmieri, 2007) e *violência* (Updegraff & Marshall, 2005) são também frequentemente analisadas.

Na área da saúde, foram publicados estudos com doentes sujeitos a *transplante de medula óssea* (Andrykowski, Brady, & Hunt, 1993; Curbow, Somerfield, Baker, Wingard, & Legro, 1993; Widows, Jacobsen, Booth-Jones, & Fields, 2005); *problemas cardíacos*, por exemplo, enfarto do miocárdio (Affleck, Tennen, Croog, & Levine, 1987; Petrie, Buick, Weinman, & Booth, 1999; Sheikh, 2004); *acidente vascular cerebral* (Gangstad, Norman, & Barton, 2009); *infecção por HIV/Sida* (Bower et al., 1998; Milam, 2006); *artrite reumatoide* (Danoff-Burg & Revenson, 2005); *esclerose múltipla* (Pakenham, 2005); *lesão da espinal medula* (McMillen & Cook, 2003), entre outras.

Este grande número de investigações permite-nos afirmar que o DPT ocorre numa grande multiplicidade de situações indutoras de stress. A literatura estima que, independentemente do acontecimento potencialmente traumático, 30% a 90% dos indivíduos percecionam algum tipo de DPT como resultado das suas experiências adversas (Janoff-Bulman, 2006). No entanto, estes números são ainda insuficientes para afirmar a universalidade do DPT, sendo possível que muitos indivíduos não retirem aspetos positivos da adversidade (Calhoun & Tedeschi, 2006). Segundo os autores, esta é ainda uma área a ser explorada uma vez que, da mesma forma que é necessário aprofundar o conhecimento sobre o processo através do qual os indivíduos experienciam mudanças psicológicas positivas a partir da adversidade, torna-se também pertinente compreender se a ausência de DPT pode justificar-se pela presença de psicopatologia ou, por outro lado, pela falta de sensibilidade emocional ao acontecimento (Calhoun & Tedeschi, 2006). Há portanto ainda um longo caminho a percorrer nesta área.

3.2. Desenvolvimento Pós-Traumático na doença oncológica

Os progressos alcançados nos meios de diagnóstico e de tratamento das doenças oncológicas, associados a mudanças comportamentais, nomeadamente a maior valorização da prevenção primária e adesão aos programas de diagnóstico precoce, têm contribuído para uma diminuição significativa da mortalidade por cancro e, conseqüentemente, para um aumento das taxas de sobrevivência, o que faz desta doença uma doença crónica.

Este aumento da cronicidade da doença oncológica conduziu a que muitos investigadores se interessassem pelo estudo das alterações de vida após o seu diagnóstico e tratamento. Nestes estudos foram obtidos alguns resultados surpreendentes, uma vez que muitos sobreviventes reportaram melhorias ao nível da qualidade de vida, comparativamente ao período anterior ao diagnóstico de cancro (cf. capítulo 2). Além disso, manifestaram alterações na forma de perspetivar a vida, nas relações interpessoais e no seu autoconceito, alterações que avaliaram de forma bastante positiva. Por outro lado, os dados da investigação permitiram também verificar que os doentes oncológicos adaptam-se a uma nova condição de vida marcada por um diagnóstico ameaçador e um futuro incerto, com maior facilidade do que outros indivíduos com outros tipos de problemas de saúde ou até mesmo a população geral (Andrykowski et al., 1993; Andrykowski et al., 1996).

Estas evidências foram decisivas para impulsionar a investigação no âmbito da experiência de DPT em doentes oncológicos, que nos últimos anos tem proliferado significativamente. De uma forma geral, os diversos estudos evidenciam elevadas prevalências de DPT em doentes com *melanoma* (Dirksen), *cancro do pulmão* (O'Connor, Wicker, & Germino, 1990; Thornton et al., 2011), *colorretal* (O'Connor et al., 1990; Salsman et al., 2009), *testículo* (Gritz, Wellish, Siau, & Wang, 1990; Rieker, Fitzgerald, Kalish, Richie, Lederman, & Edbril, 1989), *figado* (Dunigan, Carr, & Steel, 2007), *cavidade oral* (Rajandram, Jenewein, McGrath, & Zwahlen, 2010), *leucemia e linfoma* (Cann, Calhoun, Tedeschi, Kilmer, et al., 2010; Cann, Calhoun, Tedeschi, Taku, et al., 2010; Daiter, Larson, Weddington, & Ullmann, 1998; Kamibepu et al., 2010). Além disso, têm também sido realizados estudos com *familiares de doentes oncológicos*, nomeadamente os companheiros (Manne et al., 2004; Thornton & Perez, 2006; Weiss, 2004a); os filhos (Mosher, Danoff-Burg, & Brunner, 2006; Wong, Cavanaugh, Macleamy, Sojourner-Nelson, & Koopman, 2009); os pais (Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006) e também os cuidadores (Moore et al., 2011).

Os resultados destas investigações têm permitido verificar que a maioria dos doentes refere a ocorrência de, pelo menos, uma mudança positiva após o confronto com o diagnóstico de cancro (Stanton, Bower, & Low, 2006; Tedeschi & Calhoun, 1995). Por exemplo, Taylor (1983) verificou que 53% das mulheres com cancro da mama revela ter descoberto alguma mudança positiva após a doença. Igualmente no cancro da mama, mas 20 anos mais tarde, Sears et al. (2003) verificaram que 83% das mulheres referem ter encontrado algum tipo de benefício (*benefit finding*) no seu confronto com a doença. Num estudo com 150 sobreviventes de cancro, Barakat et al. (2006) verificaram que 85% da amostra descreve alguma forma de desenvolvimento pessoal e/ou mudança positiva subsequente ao diagnóstico da doença. Também entre adolescentes e/ou adultos sobreviventes de cancro na infância, as prevalências de DPT são elevadas, variando entre 60% (Fritz & Williams, 1988) e 95% (Wasserman, Thompson, Wilimas, & Fairclough, 1987).

A experiência de DPT em doentes oncológicos abrange a percepção de mudança em diversas áreas da vida. De acordo com a revisão de Stanton et al. (2006), mais de um quarto dos doentes com cancro revela *fortalecimento das relações com a família e amigos*, incluindo um maior sentido de proximidade e de ligação aos outros, uma maior consciência do seu valor no contexto das relações interpessoais, uma forte compaixão e empatia em relação ao sofrimento dos outros, e maior satisfação com a relação conjugal (Cordova et al., 2001; Fromm, Andrykowski, & Hunt, 1996; Gritz et al., 1990; Klauer, 1998; Sears et al., 2003). Nos estudos de Petrie et al. (1999) e Sears et al. (2003) o tipo de mudança positiva mais frequente após a experiência de cancro, em 33% e 46% da amostra respetivamente, refere-se ao fortalecimento das relações interpessoais.

Outra forma de DPT bastante mencionada na literatura diz respeito a uma *maior apreciação da vida*. Por exemplo, num estudo com doentes com linfoma de Hodgkin's, 85% da amostra referiu "apreciar melhor cada dia" desde o diagnóstico de cancro. Desenvolver uma *nova filosofia de vida*, baseada na perspetiva de "aprender a viver de uma forma mais tranquila, aproveitando o que a vida tem de melhor" é outra forma de DPT relatada pelos doentes oncológicos (Fromm et al., 1996; O'Connor et al., 1990; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984). Esta revisão da atitude perante a vida tende a incentivar uma mudança nas prioridades e objetivos de vida, o que foi revelado por 79% de uma amostra de doentes com diversos tipos de cancro (Collins, Taylor, & Skokan, 1990) e 67.5% dos doentes oncológicos submetidos a um transplante da medula óssea (Curbow et al., 1993).

Outra mudança psicológica positiva frequentemente mencionada relaciona-se com o *fortalecimento da espiritualidade* (Cordova et al., 2001; O'Connor et al., 1990). Não obstante, é também comum os doentes referirem-se a si próprios como *mais competentes e com mais força* para enfrentar os problemas e situações de adversidade (Fritz & Williams, 1988; Fromm et al., 1996). Por último, outra mudança que remete para a experiência de DPT, nem sempre passível de ser avaliada através dos instrumentos disponíveis, relaciona-se com a *melhoria dos comportamentos de saúde*, nomeadamente a maior vigilância em relação ao corpo e a prováveis sinais de alerta (Sears et al., 2003).

O sumário destes estudos permite-nos afirmar que a experiência de uma doença oncológica, pode, efetivamente, propiciar a ocorrência de DPT. De seguida, iremos debruçar-nos especificamente nos estudos efetuados com mulheres com cancro da mama.

3.3. Desenvolvimento Pós-Traumático em mulheres com cancro da mama

Uma parte substancial do conhecimento sobre o DPT em doentes oncológicos deve-se aos inúmeros estudos realizados com mulheres com cancro da mama. Stanton et al. (2006) realizaram uma revisão bastante exaustiva destes estudos. Com base nesta revisão e tendo também em consideração os resultados mais recentes da investigação, no Quadro 2 é apresentada uma sistematização das principais investigações no âmbito específico do cancro da mama. Dada a extensão da literatura existente nesta área e cumprindo com o necessário esforço de síntese, são apenas apresentados os estudos que utilizaram como instrumento de avaliação do DPT, o *PTGI*. Para além de ser o instrumento mais referenciado no domínio da investigação

sobre o DPT, possibilitando a comparação entre estudos, esta opção foi também motivada pelo facto do PTGI ter sido desenvolvido a partir do Modelo de Tedeschi e Calhoun (1995, 2004), que serviu também de base ao desenvolvimento deste trabalho e, necessariamente, por corresponder ao instrumento utilizado na nossa investigação.

Como se pode observar no Quadro 2, a experiência de DPT em mulheres com cancro da mama está bastante documentada na literatura. De uma forma geral, podemos verificar que a maioria dos estudos centra a avaliação do DPT num momento recente da experiência de cancro da mama e são poucos os que o avaliam, por exemplo, cinco anos após o diagnóstico. Observamos também um predomínio de estudos transversais, reforçando a necessidade de mais investigações longitudinais, que permitam uma compreensão mais aprofundada sobre a estabilidade e a mudança da experiência de DPT ao longo do tempo, os seus determinantes, bem como a relação com os indicadores de adaptação psicológica.

Por outro lado, parte destas investigações foi desenvolvida com amostras inferiores a 100 participantes e raramente contemplam mulheres com idade superior aos 65 anos, faixa etária representativa da maior proporção de mulheres com cancro da mama. Também no que respeita à metodologia, os momentos de avaliação são bastante díspares entre os estudos, e as amostras muito distintas quanto ao tempo decorrido do diagnóstico, estadio da doença, tipos de tratamento, fase do curso do tratamento médico, entre outros, o que dificulta a comparação dos resultados.

A síntese destas investigações permite-nos averiguar que a prevalência de DPT é bastante elevada na maioria dos estudos. A título de exemplo, e comparando os índices globais de DPT, podemos verificar que, numa escala que varia entre 0 e 105, estes oscilam entre 43, num estudo realizado com mulheres diagnosticadas há mais de cinco anos, algumas das quais a viver uma recidiva (Oh, Heflin, Meyerowitz, Desmond, Rowland, & Ganz, 2004) e 73, em dois estudos realizados com amostras de mulheres, em média, quatro anos após o diagnóstico (Morrill et al., 2008; Schroevers & Teo, 2008). Por outro lado, e corroborando as conclusões apresentadas anteriormente em estudos efetuados com doentes com diversos tipos de cancro, as dimensões do DPT mais proeminentes em mulheres com cancro da mama correspondem ao fortalecimento dos relacionamentos interpessoais, apreciação da vida e espiritualidade.

Além dos estudos apresentados nesta revisão, outras investigações que utilizaram outras formas de avaliação como a entrevista, através da qual as mulheres são questionadas sobre a eventual ocorrência de mudanças positivas (Carpenter, Brockopp, & Andrykowski, 1999; Fromm et al., 1996; Giedzinska, Meyerowitz, Ganz, & Rowland, 2004; Petrie et al., 1999; Sears et al., 2003; Taylor et al., 1984; Tomich & Helgeson, 2002), ou outros instrumentos de avaliação como a *Benefit Finding Scale* (bastante utilizada em investigações com mulheres com cancro da mama) (Antoni et al., 2001; Carver & Antoni, 2004; Cruess et al., 2000; Lechner, Carver, Antoni, Weaver, & Phillips, 2006; McGregor, Antoni, Boyers, Alferi, Blomberg, & Carver, 2004; Park, Chmielewski, & Blank, 2010; Tomich & Helgeson, 2004), têm permitido reforçar a pertinência do estudo do DPT nesta população. Outros dados da investigação têm, inclusivamente, qualificado a experiência de cancro da mama como mais positiva do que negativa (Tomich et al., 2005), o que legitima ainda mais a relevância deste estudo.

Quadro 2 | Investigação do DPT em mulheres com cancro da mama com recurso ao *Posttraumatic Growth Inventory* (adaptado de Stanton et al., 2006)

Estudo	Desenho da investigação e amostra	Principais resultados
Cordova et al. (2001)#	Transversal ($M = 23.6$ meses após o diagnóstico) N = 70 CM e 70 mulheres da população geral M Idade = 54.7 anos	Mulheres com CM revelaram maior DPT do que os controlos ($M = 64.1 > M = 56.3$), sobretudo nas subescalas Relação com os outros ($M = 21.7 > M = 9.8$), Apreciação da vida ($M = 10.6 > M = 9.1$) e Mudança espiritual ($M = 6.3 > M = 5.2$).
Weiss (2002)	Transversal ($M = 38$ meses após o diagnóstico) N = 41 CM M Idade = 52.9 anos	Mulheres com CM revelam índices elevados de DPT ($M = 60.2$). A perceção de DPT das mulheres foi validada pelos respetivos maridos ($r = .51, p < .01$).
Lechner et al. (2003)*	Transversal ($M = 38.8$ meses após o diagnóstico) N = 83 (34% CM) M Idade = 62.5 anos	Os sobreviventes de cancro, entre eles mulheres com CM, relevaram índices elevados de DPT ($M = 54.2$).
Sears et al. (2003)	Longitudinal (T1 = 28 semanas após o diagnóstico; T2 = 3 meses; T3 = 12 meses) N = 92 CM M Idade = 51.57 anos	83% das mulheres revelam pelo menos 1 mudança positiva ($M = 58.4$).
Ho, Chan & Ho (2004)*	Transversal (mais de 5 anos após o diagnóstico) N = 188 (53.7% CM) M Idade = 49.3 anos	Índices elevados de DPT nas dimensões Relação com os outros ($M = 23.3$); Novas possibilidades ($M = 17$); Força pessoal ($M = 13.5$); Mudança espiritual ($M = 5.9$) e Apreciação da vida ($M = 10.2$).
Manne et al. (2004)	Longitudinal (T1 = 4.5 meses após o diagnóstico; T2 = 9 meses; T3 = 18 meses) N = 162 M Idade = 49 anos	As mulheres com CM, assim como os seus parceiros, revelam índices elevados de DPT, que tendem a aumentar ao longo do tempo (M (T1) = 49; M (T2) = 52.8; M (T3) = 55.7).
Oh et al. (2004)	Transversal (mais de 5 anos após o diagnóstico e em fase de recidiva) N = 108 (54 mulheres com recidiva e 53 sem recidiva) M Idade = 59.5 anos	Mulheres com CM com recidiva percecionam ter retirado maior significado da experiência de CM, assim como maior sentimento de vulnerabilidade do que as mulheres sem recidiva. No entanto, apresentam índices de DPT semelhantes (M (recidiva) = 47.8; M (sem recidiva) = 42.9).
Weiss (2004b)	Transversal ($M = 38.7$ meses após o diagnóstico) N = 72 M Idade = 54.2 anos	Mulheres com CM revelam índices elevados de DPT ($M = 57.9$), sobretudo aquelas que percecionam maior apoio por parte dos companheiros ou que contactaram com outra mulher que tenha tido CM e que também revele mudanças positivas (modelo DPT).
Widows et al. (2005)*	Longitudinal (T1 = pré-transplante de medula óssea; T2 = 2 anos) N = 72 (51% CM) M Idade = 47.62 anos	Os sobreviventes de cancro relevaram índices elevados de DPT ($M = 64.67$)
Bellizzi & Blank (2006)	Transversal (1 a 4 anos após o diagnóstico) N = 224 M Idade = 60 anos	Índices elevados de DPT nas dimensões Relação com os outros ($M = 20.29$); Novas possibilidades ($M = 9.98$) e Apreciação da vida ($M = 9.67$).

Quadro 2 | Investigação do DPT em mulheres com cancro da mama com recurso ao *Posttraumatic Growth Inventory* (adaptado de Stanton et al., 2006) (continuação)

Estudo	Desenho da investigação e amostra	Principais resultados
Cordova et al. (2007)	Transversal (<i>M</i> = 9.4 meses após o diagnóstico) N = 65 <i>M</i> Idade = 52.3 anos	Índices elevados de DPT (<i>M</i> = 57.8). Sintomas de PTSD e de DPT são comuns mas não estão diretamente relacionados entre si.
Morril et al. (2008)	Transversal (<i>M</i> = 4 anos após o diagnóstico) N = 161 <i>M</i> Idade = 59 anos	Índices elevados de DPT (<i>M</i> = 73). O DPT modera o impacto dos sintomas de PTSD na qualidade de vida e depressão nas mulheres com CM.
Schroevers & Teo (2008)*	Transversal (<i>M</i> = 45 meses após o diagnóstico) (1 a 233 meses) N = 113 (36.3% CM) <i>M</i> Idade = 51.8 anos	Índices elevados de DPT (<i>M</i> = 73.1). Em média as mulheres com CM pontuaram de forma moderada a elevada em 17 dos 21 itens do PTGI.
Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse (2009)	Transversal (<i>M</i> = 10 anos após o diagnóstico) N = 183	79% das mulheres com CM revelaram ter encontrado algum tipo de benefício na experiência de CM. DPT mais elevado nos domínios Relações com os outros, Força pessoal e Apreciação da vida.
Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin (2010)	Transversal (<i>M</i> = 10 anos após o diagnóstico) (5 a 15 anos) N = 307 <i>M</i> Idade = 62.4 anos	Índices moderados a elevados de DPT (<i>M</i> = 59.9). As mulheres com CM pontuaram de forma moderada a bastante elevada em 15 dos 21 itens do PTGI.
Zwahlen et al. (2010)*	Transversal (<i>Md</i> = 18 meses após o diagnóstico) (1 a 265 meses) N = 224 casais; 22% CM <i>M</i> Idade = 60 anos	Índices de DPT significativamente superiores nos doentes oncológicos (<i>M</i> = 22.86) comparativamente aos companheiros (<i>M</i> = 20.17) (intervalo 0 – 42).
Cohen & Numa (2011)	Transversal (voluntárias: <i>M</i> = 12.5 anos após o diagnóstico e não voluntárias: <i>M</i> = 7.4 anos) N = 124 (84 voluntárias e 40 não voluntárias) <i>M</i> Idade = 50 anos	Índices elevados e semelhantes de DPT em ambos os grupos de mulheres com CM (<i>M</i> = 70.22).

Notas: *Estudo cuja amostra incluiu mulheres com cancro da mama e doentes com outros tipos de cancro. Os dados apresentados dizem respeito a ambos os grupos. #Estudo que comparou uma amostra de mulheres com cancro da mama com a população geral, sem história de doença oncológica; CM = mulher com cancro da mama; T = momento de avaliação; *M* = média; *Md* = mediana; DPT = Desenvolvimento Pós-Traumático.

Tendo em conta estas evidências, tem sido cada vez mais reconhecido na literatura que a compreensão do impacto do cancro da mama na mulher não pode reduzir-se a uma abordagem patogénica, unicamente centrada nas consequências negativas da doença e no pressuposto de desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Cordova et al., 2001). Assim, a experiência de cancro da mama é cada vez mais conceptualizada como um ponto de viragem (“*turning point*”, McAdams, 1993, citado por Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 9) ou um acontecimento de transição psicossocial (“*psychosocial transition*”, Parkes, 1971), isto é, um acontecimento que exige que a mulher “reestrua a [sua] forma de olhar o mundo e os [seus] planos de vida” (Parkes, 1971, p. 102), podendo originar reações psicopatológicas e, simultaneamente, a experiência de DPT.

Pela pertinência do estudo das relações entre o DPT e a adaptação psicológica, no próximo ponto iremos centrar-nos nesta temática, fazendo uma breve síntese dos principais resultados da investigação sobre o valor (in)adaptativo do DPT.

4. Desenvolvimento Pós-Traumático e Adaptação psicológica: Que relações?

4.1. O valor adaptativo do Desenvolvimento Pós-Traumático

Sendo o DPT a experiência de mudanças psicológicas positivas na sequência dos esforços de adaptação aos acontecimentos de vida adversos, uma parte substancial da investigação nesta área tem-se debruçado sobre o estudo do valor adaptativo do DPT (Lechner et al., 2006).

De uma forma geral, a maioria dos estudos revela que o DPT associa-se a resultados inferiores de perturbação emocional ou a indicadores mais elevados de adaptação psicológica, o que remete para o valor adaptativo da experiência de DPT. Estas conclusões têm sido retiradas em estudos realizados com diversos tipos de amostras, nomeadamente, vítimas de diversos tipos de acidentes (McMillen et al., 1997); abuso sexual (Frazier et al., 2001); estudantes universitários que experienciaram acontecimentos traumáticos (Park & Fenster, 2004); situações de luto (Davis et al., 1998); portadores de HIV (Bower et al., 1998); indivíduos com síndrome respiratório agudo grave (Cheng, Wong, & Tsang, 2006); lúpus e cancro (Katz, Flasher, Cacciapaglia, & Nelson, 2001); doentes submetidos a transplante de medula óssea (Curbow et al., 1993), entre outros. Mais especificamente na área da Psico-oncologia, e numa amostra de doentes com diversos tipos de cancro em fases distintas da doença, os autores verificaram que mais do que a simples (in)existência de DPT, são as alterações na percepção de DPT durante o primeiro ano após a cirurgia que permitem prever a redução dos sintomas depressivos e a preocupação com a doença (Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert, & Knoll, 2006).

Especificamente com sobreviventes de cancro da mama, as investigações conduzidas nesta área têm também permitido validar o valor adaptativo do DPT. Por exemplo, Sears et al. (2003) verificaram que 12 meses após o final dos tratamentos, índices mais elevados de DPT associam-se a resultados igualmente mais elevados de vigor e de humor positivo. Já num estudo longitudinal, Carver e Antoni (2004) observaram que o “*benefit finding*” durante o primeiro ano após o diagnóstico prediz uma redução significativa da perturbação emocional e da depressão cinco e oito anos mais tarde. Noutra investigação, Bower et al. (2005) avaliaram uma amostra constituída por 763 sobreviventes de cancro da mama em dois momentos distintos: entre um a cinco anos após o diagnóstico e cinco e dez anos mais tarde. Os autores verificaram que, tanto em análises transversais como longitudinais, o “*benefit finding*” associa-se a índices mais elevados de afeto positivo. É importante referir que no mesmo estudo, concomitantemente à experiência de DPT, foram obtidos índices elevados de percepção de vulnerabilidade que se correlacionaram positivamente com o DPT e com o afeto negativo. Assim, os autores concluem que a experiência de cancro da mama pode contribuir para o DPT e, simultaneamente, para uma maior consciência de vulnerabilidade, mantendo ambas relações antagónicas com os indicadores de adaptação psicológica.

Este padrão de resultados tem, igualmente, sido evidenciado no que respeita às associações entre DPT e qualidade de vida. Por exemplo, Urcuyo, Boyers, Carver e Antoni (2005), num estudo transversal, verificaram que o “*benefit finding*” associa-se positivamente com a qualidade de vida e de forma negativa com medidas de perturbação emocional. Ainda que de uma forma modesta, Tomich e Helgeson (2002) verificaram que as mulheres que percecionam maior “*benefit finding*” associado à experiência de cancro da mama, apresentam melhor qualidade de vida física e maior afeto positivo. Da mesma forma, num estudo com mulheres sobreviventes de cancro da mama entre cinco a quinze anos, Lelorain et al. (2010) verificaram que o DPT associa-se a melhor qualidade de vida mental e a níveis mais elevados de felicidade. Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos (Ho et al., 2004; Taylor et al., 1984) e, inclusivamente, em investigações que recorreram a metodologias qualitativas (Carpenter et al., 1999).

Algumas investigações têm também verificado uma associação positiva entre o DPT e os marcadores fisiológicos de bem-estar emocional, sugerindo que a descoberta de mudanças psicológicas positivas influencia a saúde e a recuperação dos doentes oncológicos. Num destes estudos, as mulheres com cancro da mama que participaram num programa de intervenção cognitivo-comportamental apresentaram índices mais elevados de DPT que, por sua vez, contribuíram para uma redução significativa dos níveis de cortisol (Cruess et al., 2000). Num estudo semelhante, as mulheres submetidas a intervenção cognitivo-comportamental, para além de terem referido um aumento da perceção de “*benefit finding*”, três meses mais tarde revelaram uma melhoria no funcionamento do sistema imunitário (McGregor et al., 2004). Noutro estudo (Katz et al., 2001) foi também observado que índices mais elevados de DPT associaram-se a menor perceção de dor em doentes oncológicos e em doentes com lúpus. A consistência dos resultados encontrados relativamente a este tipo de associações tem levado alguns autores a considerar que o DPT encontra-se mais fortemente relacionado com indicadores fisiológicos do que com indicadores de aspetos mais subjetivos do funcionamento humano (Park, 2004).

Ainda no âmbito da síntese dos principais resultados da investigação que remetem para o valor adaptativo do DPT, torna-se relevante fazer uma breve referência a uma outra área de estudos, que se centra no efeito amortecedor (*buffer*) do DPT sobre o impacto da situação adversa na adaptação. Tal como foi apresentado no capítulo II, perante uma situação de risco, um fator que tenha a capacidade de reduzir a probabilidade de ocorrência de resultados negativos, influenciando a trajetória da adaptação, constitui-se como um fator de proteção. Quando este interage com o risco, isto é, o seu impacto modera a influência da condição adversa na adaptação, estamos perante um efeito amortecedor.

Neste sentido, alguns estudos têm averiguado a possibilidade do DPT poder exercer um efeito amortecedor nos resultados da adaptação, na medida em que sob situações de maior ameaça ou adversidade, a experiência de mudanças positivas pode contribuir para uma redefinição do significado global da situação de doença ou das suas características, diminuindo o seu impacto na adaptação. Por exemplo, num estudo com sobreviventes de diversos tipos de cancro, Park et al. (2010) verificaram que a presença de índices mais elevados de DPT permitiu minimizar o efeito da ocorrência de pensamentos intrusivos na adaptação. Pelo contrário, entre os sobreviventes que apresentavam menor DPT, este tipo de pensamentos associou-se a níveis mais elevados de

afeto negativo e menor satisfação com a vida, bem-estar espiritual e afeto positivo. Da mesma forma, numa amostra de sobreviventes de cancro da mama 2 a 15 anos após o diagnóstico, Vickberg, Bovbjerg, Duhamel e Redd (2000) descobriram que a procura de um sentido para a vida funciona como um amortecedor do efeito negativo dos pensamentos intrusivos na adaptação psicológica. Também Morril et al. (2008) verificaram que índices mais elevados de DPT enfraquecem o impacto dos sintomas de PTSD na qualidade de vida e na depressão em sobreviventes de cancro da mama. Segundo os autores, este efeito deve-se ao facto de o DPT facilitar a aceitação do diagnóstico de cancro da mama e, além disso, permitir restaurar o sentimento de segurança e assim diminuir o impacto dos aspetos ameaçadores associados à doença na adaptação psicológica. Neste sentido, admitem que o DPT atua como um mecanismo de coping que altera o significado global associado à experiência de cancro, atenuando o seu efeito traumático (Davis et al., 1998; Park & Folkman, 1997). Resultados semelhantes foram também encontrados noutros estudos com amostras de doentes com HIV/Sida (Siegel & Schrimshaw, 2007), esclerose múltipla (Pakenham, 2005) e indivíduos que enfrentaram outros tipos de situações adversas não diretamente relacionadas com a saúde (McMillen et al., 1997). Contudo, outros estudos não corroboraram este efeito amortecedor (Carver & Antoni, 2004), sendo ainda necessárias mais investigações nesta área.

4.2. O papel determinante da variável tempo

Apesar da maioria dos estudos apontar para uma relação positiva entre o DPT e os indicadores de adaptação psicológica, afirmando o seu valor adaptativo, alguns estudos, sobretudo de natureza transversal, têm verificado que a experiência de DPT pode coexistir com indicadores de perturbação emocional, nomeadamente de PTSD (Park et al., 1996).

Especificamente no cancro da mama, Tomich e Helgeson (2004) desenvolveram um estudo em que uma amostra de sobreviventes foi avaliada em três momentos distintos: quatro meses após o diagnóstico (enquanto se encontravam a realizar quimioterapia), três e nove meses mais tarde. As autoras verificaram que, no caso das mulheres com um prognóstico menos favorável, índices mais elevados de “*benefit finding*” associam-se a: 1) níveis superiores de afeto negativo no primeiro momento; 2) pior qualidade de vida no que respeita ao funcionamento mental no segundo momento; e 3) aumento do afeto negativo no segundo e terceiros momentos. As autoras justificaram estes resultados pelo facto de, na presença de uma situação geradora de elevados níveis de stress, como a perceção de um prognóstico menos favorável, a descoberta de benefícios na vivência de um cancro da mama poder traduzir uma forma de relutância em consciencializar a gravidade do diagnóstico ou o nível de mal-estar emocional, sendo assim uma forma de evitamento que, naturalmente, não se repercutirá em resultados de adaptação positivos. Deste modo, as autoras consideram que estes resultados encontram-se na linha do que vem sendo preconizado pelo Modelo de Adaptação Cognitiva (Taylor, 1983), nomeadamente do DPT como forma de ilusão positiva.

Não obstante, outros estudos não evidenciaram associações significativas entre medidas de DPT e de (in)adaptação psicológica em doentes oncológicos (Fromm et al., 1996; Park et al., 2010; Schulz & Mohamed, 2004). Por exemplo, num estudo com doentes com vários tipos de cancro,

Schroevers e Teo (2008) não encontraram associações entre o DPT e medidas de ansiedade ou depressão. Outros estudos com sobreviventes de cancro da mama não encontraram, igualmente, associações relevantes com medidas de adaptação psicológica (Antoni et al., 2001; Cordova et al., 2001), perturbação emocional (Antoni et al., 2001; Cordova et al., 2007) e qualidade de vida (Manne et al., 2004; Urcuyo et al., 2005). Da mesma forma, num estudo já mencionado (Sears et al., 2003) os relatos de “*benefit finding*” após a finalização do tratamento do cancro da mama não permitiram prever a adaptação emocional ou a qualidade de vida três e doze meses mais tarde, embora tenham sido encontradas correlações significativas entre as variáveis de adaptação e o DPT num dos momentos de avaliação. Num outro estudo, Tomich e Helgeson (2002) não encontraram associações entre a perceção subjetiva de desenvolvimento pessoal e a qualidade de vida ou o estado emocional. Também Bower et al. (2005) verificaram uma ausência de associações entre o “*benefit finding*”, um a cinco anos após o diagnóstico, e os níveis de afeto negativo, cinco a dez anos mais tarde.

Esta análise das principais investigações permite-nos concluir pela grande ambiguidade de resultados e, desta forma, pela incerteza no que respeita ao valor adaptativo do DPT, cuja evidência empírica é ainda insuficiente. Efetivamente, um número significativo de estudos revela comorbidade entre DPT e níveis de perturbação emocional, o que não deixa de estar em conformidade com a conceptualização de Tedeschi e Calhoun (1995, 2004), que defendem que para além da reflexão sobre os benefícios decorrentes da experiência traumática, a manutenção do DPT requer mesmo a ocorrência de alguns períodos de processamento cognitivo e emocional sobre o impacto do acontecimento, o que muitas vezes induz mal-estar significativo. Assim, o DPT não encerra o sofrimento psicológico inerente a uma situação indutora de stress significativo, nem tão pouco deve ser perspectivado como sinónimo de ausência de mal-estar (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ainda assim, e uma vez que o DPT está necessariamente associado a aspetos de bem-estar subjetivo, é expectável que se associe a indicadores positivos de adaptação.

Em linha do que foi apresentado anteriormente, os resultados das investigações longitudinais parecem sugerir, por outro lado, que a relação entre o DPT e a adaptação psicológica depende em larga escala do momento em que é realizada a avaliação. Assim, o DPT associa-se a resultados de adaptação negativa sobretudo num momento ainda recente do diagnóstico e, particularmente, nas situações de pior prognóstico (Tomich & Helgeson, 2004). Nestas circunstâncias, a perceção de mudanças positivas pode funcionar como uma forma de evitamento, impedindo o desenvolvimento de esforços de coping mais ativos. Finalizada a fase inicial do diagnóstico, aproximadamente um ano mais tarde, o DPT tem um efeito positivo, ainda que modesto, na redução da perturbação emocional (Sears et al., 2003), sendo o seu efeito potenciado à medida que aumenta o tempo decorrido do diagnóstico (Bower et al., 2005; Carver & Antoni, 2004).

Estas conclusões foram corroboradas numa meta análise conduzida por Helgeson, Reynolds e Tomich (2006), através da qual foram analisados os resultados de 87 estudos transversais realizados com indivíduos com diversos tipos de situações traumáticas. As autoras concluíram que numa fase mais próxima da ocorrência traumática, o “*benefit finding*” associa-se a uma frequência mais elevada de pensamentos intrusivos e evitamento cognitivo. Segundo as autoras,

estes sintomas são o reflexo da permanência de processamento cognitivo e emocional essencial à ocorrência de DPT e não são, necessariamente, indicadores de perturbação emocional. Por outro lado, o “*benefit finding*” associa-se a uma redução da depressão e a índices mais elevados de bem-estar, sobretudo algum tempo após a ocorrência traumática. Nesta meta-análise, o “*benefit finding*” não mostrou associações consistentes com os indicadores de ansiedade, perturbação emocional em geral, qualidade de vida e percepção subjetiva de saúde física. Além disso, as autoras verificaram também que a relação entre o “*benefit finding*” e adaptação é influenciada por outras variáveis, como o tempo decorrido do acontecimento, o instrumento de avaliação utilizado, bem como a etnia, que funcionam como moderadores desta relação.

Estes dados permitem-nos assim afirmar ser necessário decorrer algum tempo sobre o diagnóstico de uma doença oncológica para que o DPT possa influenciar positivamente a adaptação. Por outro lado, indicam-nos que tão relevante quanto conhecer o impacto geral do DPT na adaptação, é compreender em que momentos, para quem, e em que circunstâncias a percepção de mudanças positivas poderá ter um efeito positivo na adaptação psicológica. Segundo Stanton et al. (2006) está é uma questão crítica que deve ser aprofundada em investigações futuras.

4.3. O papel determinante das representações individuais

As inconsistências encontradas entre os vários estudos têm gerado uma extensa discussão em torno da relação entre o DPT e os indicadores de adaptação psicológica. Tendo em consideração que a adaptação a uma doença oncológica é um processo complexo e multideterminado (Stanton et al., 2007), que pode incluir aspetos positivos, indicadores de DPT, e negativos, indicadores de perturbação emocional (Bower et al., 2005), que estas variáveis interagem entre si, e que as diferenças individuais conduzem a diferentes padrões de respostas (Holland & Rowland, 1991), nos últimos anos os investigadores começaram a propor uma relação não linear entre adaptação psicológica e DPT, perspetivando que esta possa ser condicionada pela forma como o indivíduo representa cognitivamente o diagnóstico e tratamento de cancro (Holland & Rowland, 1991).

Mais concretamente, tem sido colocada a hipótese dos indivíduos que atravessam situações adversas poderem simplesmente não perceber a situação como ameaçadora e, como tal, não desenvolvam sintomas de perturbação emocional, nem experimentem DPT. Outros indivíduos podem estar tão perturbados com o impacto do acontecimento que dificilmente conseguem implementar esforços de reinterpretação positiva ou encetar um processo de procura de um significado, e assim experienciam índices baixos a moderados de DPT. Outros ainda podem ter a capacidade para reestruturar o acontecimento, acomodando-o nos esquemas preexistentes e, como tal, manifestam índices bastante elevados de DPT e ausência de perturbação emocional (Kleim & Ehlers, 2009; Lechner et al., 2006).

Partindo destas hipóteses, nos últimos anos foram desenvolvidas investigações com o objetivo de testar uma possível relação curvilínea¹⁸ entre DPT e adaptação psicológica. Lechner et al. (2006) destacaram-se pela investigação desenvolvida em mulheres com cancro da mama. Os autores realizaram um estudo onde a relação entre o “*benefit finding*” e a adaptação psicológica (avaliada através de indicadores de qualidade de vida, afeto positivo e negativo, pensamentos intrusivos e qualidade das relações sociais) foi testada em duas amostras distintas, com recurso a metodologias transversais e longitudinais. De uma forma geral, e apesar de terem sido encontradas relações lineares entre as variáveis, os autores confirmaram as hipóteses anteriormente mencionadas, tendo verificado que as mulheres que revelavam índices mais baixos e mais elevados de “*benefit finding*”, apresentavam resultados mais positivos nos indicadores de adaptação. Já as mulheres que revelavam índices moderados de DPT, apresentavam, pelo contrário, pior adaptação. Os autores justificam estes resultados, entre outros aspetos, com a representação de ameaça que a mulher faz da situação de doença. Assim, as mulheres que apresentam índices baixos de “*benefit finding*” e elevados de adaptação, possivelmente não terão percecionado a doença como uma ameaça, pelo que não desenvolveram os esforços de procura de significado, justificando-se assim a ausência de DPT. As mulheres com índices elevados de “*benefit finding*”, apesar da ameaça subjacente, tendem a enfrentar a doença de uma forma otimista, implementam estratégias de coping mais confrontativos, tais como a reinterpretação positiva, aceitação e o recurso à religião. Assim sendo, apresentam também resultados mais positivos de adaptação. Já as mulheres com índices moderados de “*benefit finding*” terão percecionado a doença como uma a ameaça grave, pelo que apresentam resultados de adaptação mais negativos.

Mais recentemente, Carver, Lechner e Antoni (2009) verificaram padrões de resposta muito semelhantes no confronto com o diagnóstico de cancro da mama. Outras investigações desenvolvidas com outros tipos de situações traumáticas têm também confirmado a existência de relações não lineares entre o DPT e adaptação psicológica, por exemplo, em estudos realizados com sobreviventes dos atentados de 11 de setembro (Butler et al., 2005), vítimas de abuso sexual (Kleim & Ehlers, 2009), violência (Kunst, 2010) e também com companheiros de mulheres com cancro da mama (Costar, 2005). No entanto, estes estudos são ainda insuficientes, sendo necessárias mais investigações para uma melhor compreensão das relações entre DPT e adaptação psicológica em doentes oncológicos e, particularmente, em mulheres com cancro da mama. Além disso, são necessários modelos teóricos mais consistentes, que funcionem como grelhas orientadoras para o desenvolvimento de estudos empíricos sobre o impacto do DPT na adaptação psicológica a curto e a longo termo.

¹⁸ Uma relação linear entre duas variáveis quantitativas traduz uma associação entre duas variáveis x e y , através de uma provável relação de causa e efeito, em que y é designada por variável dependente ou variável resposta e x , variável independente ou explanatória. Na forma de regressão mais utilizada, a regressão linear, o valor de y dependerá do valor de x , sendo esta relação expressa matematicamente através de uma equação e graficamente através uma linha reta. Uma relação curvilínea traduz uma relação não linear, que pode apresentar múltiplos sentidos. Graficamente este tipo de relação tem uma aparência curvilínea, assemelhando-se a um U (invertido) (Field, 2005).

5. Determinantes do Desenvolvimento Pós-Traumático

Embora uma grande proporção de doentes oncológicos manifeste mudanças psicológicas positivas, esta experiência não é universal e múltiplos fatores concorrem para a sua ocorrência (Stanton et al., 2006). Em seguida são apresentados alguns destes fatores, dando particular destaque àqueles que, pela sua relevância teórica e empírica, foram objeto de atenção nos estudos desenvolvidos nesta investigação.

5.1. Fatores sociodemográficos

Género

A investigação que tem procurado estudar as diferenças de *género* na adaptação a situações de stress significativo, tem verificado que as mulheres são mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas de perturbação emocional e também à descoberta de mudanças psicológicas positivas. Esta diferença deve-se ao facto de as mulheres tenderem a ser mais proativas na procura de suporte por parte de outros significativos e a utilizarem mais estratégias de coping focadas nas emoções do que os homens. Assim, criam condições mais favoráveis ao diálogo e à ventilação emocional, maximizando a possibilidade de reestruturar cognitivamente a forma de perspetivar o acontecimento, o que é essencial para a emergência de DPT (Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Dado que o cancro da mama atinge apenas 1% dos homens, não se conhecem estudos que testem diferenças de género na prevalência de DPT. No entanto, num estudo em que participaram 69 mulheres com cancro da mama e respetivos companheiros, o autor verificou que as mulheres revelaram maior DPT do que os homens (Weiss, 2002). Também noutro estudo com 224 casais, em que um dos elementos do casal foi diagnosticado com uma doença oncológica, os autores observaram que as mulheres, independentemente de assumirem o papel de doentes ou companheiras, apresentavam índices superiores de DPT (Zwahlen et al., 2010). Por outro lado, em investigações com amostras de doentes com diversos tipos de cancro, os resultados são ambíguos. Assim, algumas investigações encontraram índices de DPT mais elevado nas mulheres (Bellizzi, 2004; Jaarsma, Pool, Sanderman, & Ranchor, 2006), porém, a grande maioria não encontra diferenças de género, independentemente do tipo de cancro, idade, nacionalidade, estadió da doença e até mesmo a medida de avaliação do DPT (Dunigan et al., 2007; Fromm et al., 1996; Ho et al., 2004; Klauer, 1998; Lechner et al., 2003; Salmon, Manzi, & Valori, 1996; Schulz & Mohamed, 2004; Widows et al., 2005). Apesar desta ambiguidade, é relativamente consensual que a experiência de DPT está mais associada a fatores psicossociais do que ao fator género.

Idade

No que diz respeito à *idade*, a maioria dos estudos aponta para um padrão de resultados consistente, na medida em que as mulheres mais jovens tendem a manifestar índices mais

elevados de DPT (Bellizzi & Blank, 2006; Bower et al., 2005; Carpenter et al., 1999; Cordova et al., 2007). Por exemplo, Manne et al. (2004) verificaram que as mulheres com cancro da mama mais jovens apresentam maior DPT logo após a cirurgia, assim como nove e dezoito meses mais tarde, do que as mulheres com mais idade. Os autores justificam estes dados pelo facto de as mulheres mais jovens estarem mais motivadas e, por outro lado, serem mais pressionadas pela sua rede social a manifestarem uma atitude positiva face à doença e maior otimismo em relação ao futuro. Outros autores referem que as mulheres mais idosas, por se encontrarem numa etapa do desenvolvimento em que é normativo o aparecimento de algum tipo de doença crónica, encontram-se emocionalmente mais preparadas para receber o diagnóstico de uma doença e, inclusivamente, podem ter uma expectativa mais reduzida de duração da vida (Davis et al., 1998). Já as mulheres mais jovens têm habitualmente a expectativa que as doenças tendem a surgir em fases posteriores da vida (na velhice) e assim não estão preparadas para lidar com o diagnóstico de uma doença crónica. Por outro lado, a doença obriga-as a introduzir um conjunto de alterações na rotina quotidiana, muitas vezes difícil de compatibilizar com a etapa de desenvolvimento (por exemplo, cuidar dos filhos, manutenção da vida profissional ativa, desempenho de tarefas domésticas, entre outras). Todavia, este maior impacto do cancro da mama na vida das mulheres mais jovens poderá proporcionar também a oportunidade para uma maior reavaliação dos projetos de vida e assim facilitar a experiência de DPT (Stanton et al., 2006).

Da mesma forma, mas com uma amostra de doentes oncológicos terminais, Salmon et al. (1996), verificaram que os doentes com menos de 65 anos reportavam uma maior apreciação da vida comparativamente aos doentes mais velhos, embora expressassem também uma maior revolta e preocupação em relação ao futuro. Apesar destes resultados, outros estudos não encontraram relações significativas entre a idade e o DPT (Cordova et al., 2001; Cruess et al., 2000; Sears et al., 2003; Tomich & Helgeson, 2004; Urcuyo et al., 2005; Weiss, 2004b). Outros, pelo contrário, revelam que esta relação depende dos desafios específicos de cada etapa do ciclo de vida. Por exemplo, num estudo com uma amostra de mulheres com cancro entre os 22 e os 92 anos de idade, as mulheres entre os 50 e os 79 anos apresentaram maior desenvolvimento espiritual e mudança na filosofia de vida do que as mulheres com menos de 40 anos ou com mais de 80 anos (Kurtz, Wyatt, & Kurtz, 1995). Assim, e como reforçam Stanton et al. (2006), é necessária uma operacionalização rigorosa da variável idade de forma a facilitar a compreensão do seu impacto na emergência do DPT.

Nível socioeconómico

A relação entre o *nível socioeconómico* (NSE) e o DPT tem sido investigada sobretudo no que respeita às variáveis rendimento económico, nível de escolaridade e situação profissional. De uma forma geral, os resultados da investigação são ambíguos. Alguns estudos verificaram que um nível de escolaridade (Cordova et al., 2007; Sears et al., 2003) ou um rendimento (Bower et al., 2005; Carpenter et al., 1999; Cordova et al., 2001) mais elevados, associam-se a uma experiência mais significativa de DPT. Pelo contrário, outros estudos obtiveram associações negativas, sugerindo que a oportunidade de DPT é menor nas mulheres cujo NSE é mais elevado (Tomich & Helgeson, 2004; Urcuyo et al., 2005; Weiss, 2004b). Outros estudos ainda sugerem a inexistência

de relações entre estas variáveis (Cruess et al., 2000; Kurtz et al., 1995; Manne et al., 2004; Petrie et al., 1999). Na investigação conduzida por Sears et al. (2003), apesar das associações significativas entre o nível de escolaridade e um indicador de “*benefit finding*” obtido através de entrevista, não foram encontradas relações significativas com uma medida estruturada de avaliação do DPT, nomeadamente o PTGI. Não podemos deixar de salientar que estes estudos contêm algumas limitações metodológicas que se prendem com a grande diversidade de formas de avaliação do DPT e, sobretudo, do NSE.

Por outro lado, na revisão efetuada por Stanton et al. (2006), e na situação específica do cancro da mama, os autores verificaram que um NSE mais elevado facilita a ocorrência de DPT em mulheres que já terminaram o tratamento; durante o primeiro ano após o diagnóstico, a relação entre DPT e o NSE tende a ser negativa ou inexistente. Os autores explicam estes dados pelo facto de as mulheres mais desfavorecidas disporem de menos recursos, quer económicos, quer cognitivos, para efetuar as mudanças necessárias a uma reorganização da vida após o cancro. Assim, compreende-se que apresentem maior dificuldade em beneficiar da adversidade. Já as mulheres com um NSE mais elevado têm maior predisposição para perspetivar possíveis mudanças positivas associadas ao cancro da mama. Não obstante, estas mulheres podem estar mais conscientes dos riscos associados à doença e, deste modo, podem desenvolver uma perceção maior de ameaça, o que, como veremos mais à frente, poderá ser facilitador da experiência de DPT (Bower et al., 2005; Cordova et al., 2001).

5.2. Fatores clínicos

Agressividade da doença

Algumas investigações têm-se centrado no estudo do impacto da agressividade da doença, avaliada através de indicadores clínicos objetivos, na emergência de DPT. Ainda que a maioria destes estudos não tenha encontrado relações significativas, alguns têm indicado que a experiência de DPT é mais expressiva em doentes com tumores da mama mais agressivos (Andrykowski et al., 1996; Urcuyo et al., 2005). Embora estes resultados estejam em conformidade com os dados que apresentaremos de seguida a respeito do impacto da perceção de ameaça, é importante referir que as correlações são geralmente baixas e encontram-se apenas nalgumas dimensões do DPT avaliadas pelo PTGI, nomeadamente as dimensões Relação com os outros e Novas possibilidades de vida (Bellizzi & Blank, 2006). Apesar disso, outros estudos revelam resultados antagónicos (Mols et al., 2009).

Uma limitação metodológica que dificulta a interpretação destes resultados relaciona-se com a escassez de estudos que incluam doentes em estadios mais avançados da doença. Num desses estudos, os autores verificaram uma relação curvilínea entre o estadio do cancro da mama e o DPT, na medida em que as doentes em estadio I e IV reportaram menor DPT do que as mulheres em estágio II (Lechner et al., 2003). Estes dados reforçam a relevância da perceção de ameaça associada ao acontecimento na emergência do DPT e, mais uma vez, a não linearidade destas relações.

Tempo decorrido desde o diagnóstico

Os resultados das diversas investigações têm permitido verificar que a experiência de DPT é prevalente ao longo da trajetória de adaptação da mulher, existindo estudos que mostram índices elevados de DPT aos cinco anos (Tomich & Helgeson, 2002), cinco a oito anos (Lechner et al., 2006), dez anos (Bower et al., 2005; Mols et al., 2009) e quinze anos (Lelorain et al., 2010) após o diagnóstico da doença. Assim, a literatura tem sugerido que o tempo funciona como um facilitador da descoberta de mudanças psicológicas positivas (McMillen et al., 1997; Park et al., 1996), na medida em que quanto maior for o período decorrido após o acontecimento, maior é a oportunidade para processar cognitivamente e emocionalmente a informação a ele associada, encontrar um significado adaptativo para o acontecimento e, assim, incorrer na experiência de DPT.

Os estudos que se têm debruçado sobre esta temática têm encontrado associações positivas entre o tempo decorrido desde o diagnóstico e o DPT (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007; Klauer, 1998; Sears et al., 2003). No entanto, a maioria destes estudos são transversais, o que dificulta a obtenção de resultados fidedignos.

Num dos escassos estudos longitudinais, Manne et al. (2004) verificaram um aumento significativo do DPT ao longo dos 18 meses em que as sobreviventes de cancro da mama foram avaliadas. Todavia, noutros estudos não foram encontradas associações significativas (Andrykowski et al., 1996; Bellizzi & Blank, 2006; Carpenter et al., 1999; Kurtz et al., 1995; Lechner et al., 2003; Urcuyo et al., 2005) e outros verificaram relações negativas. Por exemplo, Weiss (2004b), numa amostra de mulheres com cancro da mama que em média tinham recebido o diagnóstico há três anos, verificou que quanto maior é o tempo decorrido desde o diagnóstico, menor é a experiência de DPT nos domínios Relações com os outros e Apreciação da Vida. Tendo em conta estes dados e outros resultados de investigação, Stanton et al. (2006) sugerem que a relação entre o DPT e a variável tempo será mais forte no primeiro e segundo ano após o diagnóstico. A partir desta altura, explicam os autores, a descoberta de mudanças positivas tende a estabilizar e os progressos alcançados inicialmente tendem a decrescer ao longo do tempo. No entanto, referem serem necessários mais estudos para corroborar esta hipótese.

Tipo de tratamento

Partindo do pressuposto que a agressividade do tratamento pode aumentar a perceção de ameaça associada à doença, e assim favorecer a ocorrência de DPT, diversos estudos têm analisado as relações entre DPT e o tipo de tratamento realizado pelas mulheres com cancro da mama. Por exemplo, foi observado que as mulheres submetidas a um tratamento mais agressivo, como a terapia hormonal (Urcuyo et al., 2005) ou a quimioterapia (Lelorain et al., 2010), revelavam maior DPT por comparação a mulheres não realizaram estes tipos de tratamento. Contudo, outros estudos mostram resultados discrepantes. Por exemplo, McGregor et al. (2004) verificaram que as mulheres submetidas a tumorectomia reportavam maior “*benefit finding*” do que as mulheres mastectomizadas. Também Mols et al. (2009) verificaram que as mulheres que realizaram radioterapia apresentavam menor DPT, comparativamente às que não foram submetidas a tratamento adjuvantes.

Ainda assim, a grande maioria dos estudos não encontrou associações significativas entre os tipos de tratamento e o DPT (Andrykowski et al., 1996; Bellizzi & Blank, 2006; Carpenter et al., 1999; Cordova et al., 2001; Cruess et al., 2000; Giedzinska et al., 2004; Manne et al., 2004; Sears et al., 2003; Tomich & Helgeson, 2004; Urcuyo et al., 2005; Weiss, 2004b). Deste modo, são necessários mais estudos para compreender a possível relação entre a agressividade do tratamento e a experiência de DPT.

5.3. Fatores psicossociais

Personalidade

Embora o estudo da influência dos traços de personalidade na experiência de DPT esteja ainda pouco desenvolvido, os modelos de compreensão do DPT chamam a atenção para a relevância destas variáveis (e.g. Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004).

Um dos traços de personalidade mais estudados é o *otimismo*. Os indivíduos otimistas geralmente são mais flexíveis na sua forma de lidar com os acontecimentos e quando confrontados com situações de stress significativo, focam a sua atenção e dirigem os seus recursos para a resolução do problema, o que lhes permite uma melhor adaptação (Scheier, Carver, & Bridge, 2001). Como tal, compreende-se que os indivíduos otimistas tenham maior propensão para retirar benefícios da adversidade. Bower et al. (1998) não encontraram relações significativas entre o otimismo e o DPT, contudo outras investigações têm revelado associações positivas (Antoni et al., 2001; Curbow et al., 1993; Sears et al., 2003; Urcuyo et al., 2005).

Por outro lado, os indivíduos que são criativos, abertos a novas possibilidades e intelectualmente curiosos (*abertura à experiência*), bem como os que procuram a estimulação, que são alegres, sociáveis, assertivos e ativos (*extroversão*), estão particularmente predispostos à experiência de DPT, particularmente nas dimensões *Novas Possibilidades* e *Força Pessoal* (Tedeschi & Calhoun, 1996). Estes indivíduos estão mais atentos às suas emoções positivas, mesmo em situações de adversidade, e são também mais suscetíveis de processar cognitivamente e emocionalmente os aspetos associados ao acontecimento negativo. Assim sendo, tendem a apresentar maior DPT, contrariamente aos indivíduos caracterizados por índices mais elevados de neuroticismo (Lechner et al., 2003).

Outros estudos têm também verificado que a *autoeficácia* e *autoestima* elevadas (Carpenter et al., 1999; Schulz & Mohamed, 2004), assim como a manutenção de um *locus de controlo interno* (Maercker & Herrle, 2003; Park et al., 1996) são atributos pessoais que fomentam o DPT.

Perceção de ameaça

Segundo Tedeschi e Calhoun (1995, 2004), o DPT não resulta diretamente da ocorrência de um acontecimento potencialmente traumático, estando, contudo, associado à perceção que o indivíduo faz do grau de ameaça subjacente. Especificamente no cancro da mama, diversos estudos têm sugerido que quanto maior é a ameaça percebida, maior é a oportunidade de DPT (Stanton et al., 2006).

O estudo científico do impacto da percepção de ameaça no DPT tem sido operacionalizado de forma bastante divergente. Cordova et al. (2001), compararam uma amostra de sobreviventes de cancro da mama com uma amostra de mulheres da população geral sem história de doença oncológica. Neste estudo verificaram que as sobreviventes apresentavam índices mais elevados de DPT do que o grupo de controlo. Além disso, aquelas que manifestavam maior percepção de ameaça na experiência de cancro da mama, inclusivamente, as mulheres que consideravam o cancro da mama como um acontecimento traumático, manifestavam, igualmente, maior DPT. Resultados semelhantes foram mais tarde corroborados pelos autores num estudo desenvolvido com uma metodologia muito semelhante (Cordova et al., 2007) e também em estudos que compararam doentes oncológicos com os respetivos companheiros (Manne et al., 2004; Thornton & Perez, 2006; Weiss, 2004a; Zwahlen et al., 2010).

Bower et al. (2005) verificaram, igualmente, que quanto mais disruptiva for a experiência de cancro da mama, avaliada através da percepção de vulnerabilidade e de sintomas relacionados com a doença, mais positivo é o significado atribuído à mesma. Já Bellizzi e Blank (2006) verificaram que quanto mais intenso é o impacto emocional do cancro da mama, mais significativa é a experiência de mudanças positivas na relação com os outros, apreciação da vida e descoberta de novas possibilidades. Num estudo em que a ameaça objetiva e a ameaça subjetiva associadas ao cancro da mama foram avaliadas, a primeira a partir de indicadores de agressividade da doença e a segunda através da percepção subjetiva da mulher, os autores concluíram que ambas se associam positivamente ao DPT, sobretudo a percepção subjetiva de ameaça (Lechner et al., 2003).

Contrariando estes dados, Weiss (2004b) não encontrou associações significativas. No entanto, o grau de ameaça associada ao diagnóstico de cancro foi analisado com recurso a uma escala tipo Likert, não tendo sido avaliada a presença/ausência de ameaça, o que poderá justificar a discrepância de resultados. Outros estudos que utilizaram como instrumento de avaliação a *Impact of Events Scale* (Horowitz, Wilner, & Alverez, 1979) não encontraram, igualmente, associações entre a percepção de ameaça e o DPT (Manne et al., 2004). É relevante referir que este instrumento foi especificamente desenvolvido para avaliar sintomas de PTSD, mostrando-se pouco sensível quando utilizado como medida de avaliação da percepção de ameaça associada a uma doença oncológica.

Tendo em conta esta inconsistência de resultados, alguns autores têm sugerido que o grau de ameaça associado à doença deve ser percebido como moderado para proporcionar algum tipo de mudança positiva. Lelorain et al. (2010), por exemplo, verificaram índices mais elevados de DPT em mulheres que percecionavam as sequelas de cancro da mama como sendo moderadamente preocupantes, comparativamente àquelas que as consideravam bastante ou nada preocupantes (cf. o ponto 4.3).

Assim, muito embora os resultados dos vários estudos não sejam consensuais, os autores têm mantido a asserção que é necessária a percepção de algum grau de ameaça e/ou invalidação na vivência de cancro para que esta experiência possa propiciar a ocorrência de mudanças psicológicas positivas. Já os acontecimentos adversos *minor* não são suficientes para provocar

uma reavaliação das significações pessoais, das perspetivas sobre os outros ou das crenças acerca do mundo, não sendo, portanto, determinantes do DPT.

Estratégias de Coping

Segundo os modelos de DPT, as estratégias de coping relacionam-se de forma distinta com a experiência de DPT (Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004). Na revisão dos diversos estudos que se centram na avaliação das relações entre coping e DPT, Stanton et al. (2006) verificaram que, salvo raras exceções (por exemplo, a autodistração), a maioria dos estudos aponta para uma ausência de relações entre o DPT e o coping de evitamento. Este tipo de estratégias pressupõe a negação do acontecimento e, conseqüentemente, a recusa em refletir sobre o mesmo, o que dificulta o processo de reestruturação cognitiva necessário ao DPT. Pelo contrário, a utilização de estratégias de coping mais ativas, focadas quer na resolução efetiva do problema, quer no processamento cognitivo e emocional, favorecem a experiência de DPT.

Ainda na mesma revisão, Stanton et al. (2006) verificaram que o coping focado na *resolução de problemas* (especificamente, a associação das subescalas do Brief COPE Coping Ativo e Planeamento), assim como na procura de *suporte social* (uma combinação das subescalas Suporte Emocional e Suporte Instrumental) logo após o final do tratamento, foram os únicos preditores do DPT, um ano mais tarde. Resultados muito semelhantes foram encontrados por Ho et al. (2004) que, através do *Mini Mental Adjustment Scale* (Watson et al., 1988), verificaram que um coping caracterizado por um espírito de luta se associou a índices mais elevados de DPT e, pelo contrário, um coping caracterizado pelo “Desânimo/Fraqueza” e “Preocupação Ansiosa”, a menores índices de DPT.

Outros estudos têm confirmado que a capacidade para aceitar (*aceitação*) os acontecimentos incontrolláveis e inalteráveis é bastante relevante para a experiência de DPT (Armeli, Gunthert, & Cohen, 2001; Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000; Park et al., 1996), inclusivamente em situações de doença oncológica (Schulz & Mohamed, 2004; Urcuyo et al., 2005). Também a *reinterpretação positiva*, enquanto estratégia que consiste em reter e focar-se na informação que realce os aspetos positivos associados ao acontecimento traumático, é uma das estratégias de coping mais importantes para a emergência do DPT. Esta conclusão foi retirada quer em estudos com indivíduos da população geral sujeitos a uma grande diversidade de ocorrências traumáticas (Calhoun & Tedeschi, 1998; Maercker & Herrle, 2003; Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004), quer com doentes oncológicos (Collins et al., 1990; Sears et al., 2003; Urcuyo et al., 2005; Widows et al., 2005). Por exemplo, nos estudos de Sears et al. (2003) e Widows et al. (2005), a reinterpretação positiva logo após o final do tratamento permitiu prever índices mais elevados de DPT um ano após o diagnóstico.

Outros dados da investigação sugerem que o alívio do mal-estar emocional através de coping focado na emoção, é também essencial no processo de DPT, na medida em que induz um pensamento ruminativo, impulsionador da experiência de DPT, tal como foi descrito por Tedeschi e Calhoun (2004). Por exemplo, Manne et al. (2004) verificaram que as mulheres que recorriam mais à expressão de sentimentos, manifestavam um aumento mais significativo da perceção de DPT ao longo do tempo, comparativamente às que recorriam menos a este tipo de estratégia. No

entanto, uma abordagem prolongada e demasiado centrada na gestão e ventilação das emoções pode também ter efeitos negativos, especialmente se o pensamento ruminativo for incontrolável (Tait & Silver, 1989). Tedeschi e Calhoun (2004) referem que este tipo de estratégia de coping pode ser útil no período imediatamente após o acontecimento potencialmente traumático, contudo torna-se inoperante se a sua utilização for excessiva.

Apoio social

De acordo com a conceptualização de Tedeschi e Calhoun (2004), a autorrevelação das emoções e memórias associadas ao acontecimento adverso no contexto das relações significativas é um dos elementos precursores do DPT. Portanto, a existência de uma rede social responsiva e apoiante é essencial neste processo.

Algumas investigações procederam ao estudo da rede social da mulher com cancro da mama através da análise da sua condição conjugal. Embora Carpenter et al. (1999) tenham verificado que as mulheres casadas ou que tinham um companheiro apresentavam maior DPT, outros estudos não encontraram resultados significativos (Crueess et al., 2000; Katz et al., 2001; Lechner et al., 2003; Schulz & Mohamed, 2004; Sears et al., 2003; Tomich & Helgeson, 2004; Urcuyo et al., 2005).

Noutras investigações mais centradas na análise do impacto do apoio social, foram também obtidos resultados pouco consistentes. Alguns estudos revelaram que quanto maior é o apoio social recebido, maior é também o DPT (Schulz & Mohamed, 2004). Por exemplo, num estudo longitudinal com 206 sobreviventes de cancro, os autores verificaram que as mulheres que consideraram ter recebido maior apoio emocional nos primeiros três meses após o diagnóstico, apresentaram maior DPT oito anos mais tarde (Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010). Também Schwarzer et al. (2006) obtiveram resultados semelhantes numa amostra heterogénea de doentes oncológicos. Os autores concluíram que o apoio prestado pela família e pelos amigos mais próximos, expresso sob a forma de tranquilização, reassseguramento e apoio à resolução de problemas, contribuiu para o processamento ativo da experiência de cancro e assim para o DPT.

Apesar destas evidências, outros estudos não encontraram associações significativas (Cordova et al., 2001; Schmidt, Blank, Bellizzi, & Park, 2012; Sears et al., 2003; Weiss, 2004b). Assim sendo, os investigadores sugerem que, mais importante do que atender a medidas globais de apoio social, deve ser dada maior relevância à satisfação com o apoio social (Park et al., 1996) e às características específicas do contexto social dos doentes oncológicos, aspetos que poderão revestir-se de maior poder preditivo do DPT. Por exemplo, Weiss (2004b) verificou que, apesar da perceção global de apoio social não se relacionar com o DPT, o apoio do marido ou companheiro da mulher com cancro da mama, bem como o contacto próximo com pares que passaram pela mesma experiência e que funcionem como modelos de DPT, são facilitadores do DPT. Embora não tenham encontrado associações significativas entre a satisfação com o apoio social recebido e o DPT, Cordova et al. (2001) verificaram que as mulheres que partilharam mais a sua experiência de cancro no contexto de uma relação significativa, foram também aquelas que revelaram maior DPT.

É também pertinente verificar a influencia mútua da díade doente/companheiro no DPT. Alguns estudos têm verificado associações fortes entre o DPT da doente e o DPT do seu companheiro (Manne et al., 2004; Weiss, 2004a). Num estudo recente, Zwahlen et al. (2010) observaram que a partilha de mudanças positivas entre o casal é mais relevante no DPT do que a variável género ou a condição de doente ou de companheiro. Também Antoni et al. (2001) verificaram que o contacto social através da participação em grupos de suporte informal, pela discussão de perspetivas e possibilidade de reestruturação esquemática que proporciona, é facilitador da experiência de DPT.

Não obstante, a literatura tem também sugerido que esta relação é moderada por outro tipo de variáveis (Algoe & Stanton, 2009). Os resultados obtidos por Lechner et al. (citado por Stanton et al., 2006) sugerem, por exemplo, que o apoio social exerce influência no DPT pelo incentivo à utilização de estratégias de coping mais adaptativas, como a manutenção de um espírito de luta.

Religião

O envolvimento em crenças e rituais espirituais ou religiosos como forma de coping e de procura de um significado para a adversidade, pode funcionar como um determinante importante do DPT, sobretudo no que respeita à dimensão Desenvolvimento espiritual. Por sua vez, esta experiência de desenvolvimento espiritual após a adversidade poderá fortalecer ainda mais as crenças nucleares do indivíduo (Calhoun et al., 2000; Pargament, 1997; Park et al., 1996).

A investigação sobre o papel da religião na experiência de DPT em mulheres com cancro da mama é ainda bastante limitada. Num dos escassos estudos realizados, Urcuyo et al. (2005) verificaram que as mulheres que tendem a apoiar-se mais na religião como forma de procura de significado para a doença, são as que revelam maior "*benefit finding*". Da forma idêntica, Park et al. (2010) verificaram associações positivas entre medidas de bem-estar espiritual e o DPT.

Apesar destes resultados, é ainda necessário aprofundar a investigação nesta área com vista a um conhecimento mais sólido e integrador do papel determinante destas variáveis no DPT.

6. Questões relacionadas com a validade dos relatos de Desenvolvimento Pós-Traumático

Muito embora a investigação na área do DPT esteja em forte expansão e tenha registado um grande desenvolvimento nos últimos anos, algumas questões mantêm-se em aberto.

Uma destas questões diz respeito à validade dos relatos de DPT, na medida em que o DPT pode, efetivamente, corresponder a mudanças reais e objetivas na vida dos indivíduos ou, pelo contrário, resumir-se a uma percepção enviesada de mudanças positivas sem tradução comportamental (Frazier, Tennen, Gavian, Park, Tomich, & Tashiro, 2009). Esta questão é motivada na sequência dos resultados contraditórios encontrados na associação entre medidas de DPT e de adaptação psicológica (cf. ponto 4). Na verdade, se o DPT corresponde à percepção de mudanças psicológicas positivas, será expectável que o indivíduo pontue de forma mais positiva em indicadores de saúde mental e de bem-estar subjetivo, e, paralelamente, apresente menores índices de depressão e ansiedade, entre outros indicadores de adaptação psicológica.

Um outro aspeto que tem contribuído para que se questione a veracidade dos relatos de DPT relaciona-se com o facto de os estudos longitudinais sugerirem diferenças individuais significativas na trajetória do DPT e, mais concretamente, decréscimos significativos ao longo do tempo (Frazier et al., 2001). Efetivamente, se o DPT não corresponde a uma experiência contínua, provavelmente não irá refletir-se em mudanças reais.

Adicionalmente, as conceptualizações do DPT quer enquanto forma de desvalorização pessoal (McFarland & Alvaro, 2000), quer enquanto ilusão positiva (Taylor, 1983), perspetivam-no como uma estratégia de defesa e não como uma experiência efetiva.

Por outro lado ainda, o facto de existirem muitos indivíduos que não revelam mudanças psicológicas positivas contribui, igualmente, para que esta experiência possa ser questionada. Nesta perspetiva, aqueles que reportam DPT podem fazê-lo de acordo com a desejabilidade social, quer no intuito de mostrarem maior competência na forma de lidar com a adversidade (Carver, 2005), quer como meio de tranquilizar os elementos da sua rede social (Linley & Joseph, 2004). Não obstante estas possibilidades, o contexto cultural onde o indivíduo está inserido pode também determinar a forma como este reage ao acontecimento potencialmente traumático. Esta hipótese dos relatos de DPT poderem ser produto da desejabilidade social verifica-se, por exemplo, na associação modesta entre os resultados obtidos através de medidas qualitativas e quantitativas de avaliação do DPT (Sears et al., 2003). Efetivamente, os relatos de DPT tendem a ser sobrestimadas quando avaliados através de medidas quantitativas ou em entrevistas nas quais os indivíduos são solicitados a refletir sobre mudanças positivas. Pelo contrário, são bastante mais modestos nos contextos de avaliação nos quais não é solicitada diretamente a indicação de mudanças positivas.

Assim sendo, torna-se fundamental validar os relatos de DPT. Caso contrário, não podemos afirmar que estes correspondam a mudanças genuínas, mas apenas a percepções de mudança.

Um dos procedimentos mais recomendados para efetuar esta validação consiste na utilização de medidas observacionais (Linley & Joseph, 2004). No entanto, muitas facetas do DPT não apresentam manifestações comportamentais observáveis. Por exemplo, se é possível avaliar o altruísmo a partir do número de horas que os indivíduos passam a dedicar a atividades de voluntariado, ou o fortalecimento das relações interpessoais, é sobejamente difícil avaliar as mudanças relativas à apreciação da vida (Park & Lechner, 2006).

Outra forma de proceder a esta validação consiste na confirmação dos relatos individuais de DPT através de outros informadores, nomeadamente os elementos da rede de relações próximas do indivíduo (e.g. familiares ou amigos). Por exemplo, Weiss (2002) avaliou os companheiros de mulheres sobreviventes de cancro da mama para corroborar os autorelatos de DPT e verificou associações moderadas. Procedimentos semelhantes foram também utilizados em estudos com doentes com lesão da espinal medula (McMillen & Cook, 2003) e com estudantes universitários e respetivos familiares e amigos mais próximos (Park et al., 1996). Apesar de permitir a obtenção de informação relevante, este tipo de estratégia não é a mais adequada (Park & Lechner, 2006), dado que as mudanças subjacentes à percepção de DPT podem não ser conhecidas pelos informadores, sobretudo se envolverem dimensões mais internas e/ou existenciais e espirituais.

No entanto, a utilização de informadores pode ser muito útil na avaliação das mudanças comportamentais.

Ainda neste âmbito, é também comum o cruzamento entre medidas quantitativas e qualitativas de avaliação. Assim, alguns autores optaram por testar se os indivíduos que apresentam relatos informais de DPT pontuam de forma mais elevada em medidas de avaliação quantitativas, comparativamente aos indivíduos que não relatam a experiência de DPT (Lehman et al., 1993). Outros ainda, compararam as pontuações dos sujeitos em instrumentos de avaliação do DPT com outras medidas que avaliam constructos muito semelhantes (Park et al., 1996).

Não obstante, outra forma de validação dos relatos de DPT consiste no recurso a grupos de controlo, constituídos por indivíduos com características sociodemográficas semelhantes às dos indivíduos estudados, à exceção da vivência traumática (Frazier & Kaler, 2006). Se o DPT uma experiência real, os indivíduos que viveram este tipo de situações de stress major devem apresentar índices mais elevados de DPT, o que foi demonstrado por Cordova et al. (2001).

Também noutros estudos em que sobreviventes de cancro da mama foram comparadas com mulheres da população geral (que relataram o acontecimento indutor de stress mais significativo no período tempo idêntico ao das sobreviventes) (Tomich, Helgeson, & Vache, 2005) ou com mulheres com um diagnóstico de tumor da mama benigno (Andrykowski et al., 1996), os autores verificaram índices de DPT mais elevados nas sobreviventes de cancro da mama. Estes resultados vão ao encontro da validade do DPT e, mais especificamente, confirmam o pressuposto que o DPT surge na sequência de um acontecimento indutor de stress significativo, não sendo, portanto, um processo normativo, inerente ao desenvolvimento humano.

Num outro estudo, Andrykowski et al. (1993) obteve resultados de DPT mais elevados num grupo de indivíduos saudáveis do que em doentes que receberam um transplante de medula óssea. Já Park et al. (1996) num estudo com estudantes universitários obtiveram resultados contraditórios, na medida em que os índices mais elevados de DPT foram obtidos pelos participantes que indicaram experiências de vida positivas, comparativamente aqueles que reportaram experiências negativas. Estes resultados introduzem alguma ambiguidade nas conclusões a retirar relativamente à validade dos relatos de DPT, pelo que Park e Lechner (2006) advertem para a necessidade de serem consideradas outras estratégias para validar a experiência de DPT.

Cohen et al. (1998) recomendam, na medida do possível, a realização de estudos prospetivos, nos quais os indivíduos são avaliados num momento anterior ao acontecimento traumático e após o mesmo. Em dois estudos realizados obedecendo a este procedimento, foram obtidos resultados modestos (Frazier et al., 2001; Ransom, Sheldon, & Jacobsen, 2008). Num desses estudos (Frazier et al., 2001), 25% dos participantes revelaram um aumento significativo da satisfação com a vida do momento pré-trauma para o momento pós-trauma, muito embora não tenham apresentado uma melhoria significativa na dimensão Apreciação da vida (PTGI). Os autores sugerem assim que a autenticidade do DPT não deve ser colocada em causa, contudo, assumem ser necessário o desenvolvimento de outros procedimentos metodológicos com vista à validação dos relatos de DPT.

Apesar de serem necessários mais estudos nesta área, os autores salientam que no âmbito do DPT, a percepção subjetiva de ocorrência de mudanças psicológicas positivas é efetivamente mais importante do que a ocorrência real deste tipo de mudanças (Linley & Joseph, 2004).

Ao longo deste capítulo procurámos explorar alguns dos tópicos mais relevantes e as principais áreas de investigação no âmbito do DPT e no contexto específico do cancro da mama. A partir de uma extensa revisão da literatura, foram apresentadas as principais características de um acontecimento traumático e os resultados da investigação que remetem para o potencial traumático do cancro da mama. Foi dada particular ênfase à exploração do conceito DPT, nomeadamente os pressupostos subjacente à sua origem e evolução e os principais modelos de compreensão. Neste ponto, foi destacado o Modelo funcional-descritivo de DPT de Tedeschi e Calhoun (2004), pelo seu impacto na literatura, e pela relevância na condução do presente trabalho. Ao longo do capítulo foram ainda apresentados os principais resultados da investigação sobre DPT em mulheres com cancro da mama; foi discutida a relação entre DPT e adaptação psicológica; assim como realçados os principais determinantes psicossociais da experiência de DPT. Por último, encerrámos o capítulo com uma reflexão sobre as principais questões relacionadas com a validade dos relatos de DPT, uma área de investigação que merece maior atenção por parte dos investigadores.

Embora o DPT seja uma temática emergente no campo da investigação em Psicologia, e na Psico-oncologia em particular, não podemos negar que se encontra em forte expansão no contexto nacional e internacional. No entanto, muitos aspetos encontram-se ainda em aberto. Através dos estudos III, IV e V, procurámos responder a algumas destas questões apontadas, na tentativa de oferecer um contributo para a compreensão do DPT em mulheres com cancro da mama.



Parte II

Contributo empírico

Capítulo IV.

Objetivos e metodologia da investigação

Com o presente capítulo pretende-se obter uma perspetiva global do trabalho desenvolvido, bem como facilitar a compreensão da interligação entre os diversos estudos que constituem o contributo empírico deste trabalho.

Deste modo, neste capítulo são apresentados os objetivos gerais da investigação e é descrita a metodologia subjacente ao desenvolvimento dos estudos empíricos. Uma vez que cada estudo se reveste de objetivos particulares, as metodologias específicas de cada um deles serão apresentadas de forma detalhada ao longo do quinto capítulo.

1. Fundamentação e objetivos da investigação

Tendo em conta a elevada incidência e prevalência de cancro da mama em Portugal e a escassez de estudos nacionais e internacionais que abordem esta doença numa perspetiva holística, contemplando aspetos de perturbação emocional e, simultaneamente, a possibilidade de DPT, propusemo-nos a desenvolver um estudo inovador que se centra na análise da multiplicidade de trajetórias de adaptação psicológica da mulher ao longo do curso da doença, avaliando os índices de ansiedade e depressão, qualidade de vida e DPT, assim como a influência dos contextos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, enquanto fatores de vulnerabilidade ou de proteção. Por outro lado, o estudo do DPT constituiu, paralelamente, um objetivo central nesta investigação. Neste sentido, e na tentativa de contribuir para a compreensão de alguns dos aspetos mais controversos na literatura, pretendeu-se conhecer as condições necessárias à emergência do DPT, do ponto de vista da caracterização do acontecimento potencialmente traumático, assim como a associação entre DPT e a adaptação psicológica.

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação *Adaptação ao cancro da mama e seus tratamentos: Influência de fatores individuais e interpessoais*, integrado na linha de investigação “Relações, Desenvolvimento e Saúde”, do Instituto de Psicologia Cognitiva e Desenvolvimento Vocacional e Social (Unidade I&D da Fundação para a Ciência e Tecnologia) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Os principais objetivos subjacentes à realização desta investigação foram na sua globalidade cumpridos e concretizam-se na leitura integrada dos seis estudos que apresentaremos no próximo capítulo e que foram publicados em revistas nacionais e internacionais com arbitragem científica.

No seu conjunto, estes estudos permitem responder a algumas lacunas existentes na literatura, sendo que cada um deles cumpre objetivos particulares. Assim, no quadro que se segue (cf. Quadro 3), apresentam-se descritos os objetivos gerais dos seis estudos realizados, reservando-se a descrição dos objetivos específicos, bem como a formulação das hipóteses de investigação, ao respetivo corpo do texto.

Quadro 3 | Objetivos da investigação e respetivos estudos empíricos

Estudo	Desenho	Objetivos gerais
0	Transversal	Validar e determinar as características psicométricas do instrumento de avaliação do DPT, nomeadamente o <i>Posttraumatic Growth Inventory</i> , numa amostra de mulheres com cancro da mama;
I	Transversal	Analisar e comparar a adaptação emocional (ansiedade e depressão) de mulheres com cancro da mama nas fases de diagnóstico recente e de sobrevivência, tendo como referência uma amostra de mulheres da população geral; Identificar o papel das estratégias de coping na adaptação emocional da mulher, nas fases de diagnóstico recente e sobrevivência;
II	Transversal	Analisar e comparar a qualidade de vida de mulheres com cancro da mama em diferentes fases da doença (diagnóstico recente, tratamento e sobrevivência) tendo como referência uma amostra de mulheres da população geral; Identificar o papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na qualidade de vida da mulher, nas três fases da doença;
III	Transversal	Analisar a adaptação psicológica e o DPT tendo em conta a ocorrência de um acontecimento indutor de stress significativo e a perceção do cancro da mama como uma experiência traumática; Estudar a relação entre DPT e adaptação psicológica, explorando o papel moderador da ocorrência de um acontecimento indutor de stress significativo e da perceção do cancro da mama como uma experiência traumática;
IV	Transversal	Analisa o papel do DPT como amortecedor (<i>buffer</i>) do impacto de uma perceção mais negativa sobre as consequências do cancro da mama nos indicadores de adaptação psicológica (ansiedade, depressão e o domínio psicológico da qualidade de vida).
V	Longitudinal	Examinar a evolução do DPT e da adaptação psicológica ao longo do curso da doença (nas fases de diagnóstico recente, tratamento e recuperação), considerando o eventual papel moderador do tipo de cirurgia e do tipo de tratamento adjuvante; Investigar o papel mediador do DPT na relação entre o coping e os indicadores de adaptação psicológica.

É importante salientar que o estudo 0 surge assim descrito dado que se trata de um estudo preliminar que, não correspondendo a um dos objetivos centrais deste trabalho, possibilitou a realização dos estudos posteriores, com o rigor e a precisão necessários ao cumprimento dos objetivos propostos.

2. Metodologia

2.1. Desenho da investigação

Tal como é possível constatar no quadro 3, esta investigação é constituída por cinco estudos transversais (estudos 0, I, II, III e IV) e um estudo longitudinal (estudo V).

O facto desta investigação ter incidido sobre uma população clínica (mulheres com cancro da mama) tornou mais exigente o processo de recolha de amostra, sobretudo a manutenção no estudo de um número elevado de mulheres por um período de tempo variável (que podia ascender a um ano e meio) e durante sucessivas avaliações. Assim, e tendo em consideração que a dimensão da amostra influencia a fiabilidade dos resultados, foram realizados, na sua maioria, estudos transversais. Embora este tipo de estudos não admita o estabelecimento de

relações causais, permite responder, na sua globalidade, às principais questões de investigação subjacentes a este trabalho. Contudo, foi possível recorrer a um desenho longitudinal que nos permitiu avaliar mudanças e continuidades nas diferentes variáveis de adaptação, bem como averiguar o papel de algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais, enquanto fatores de vulnerabilidade e/ou proteção nas trajetórias de adaptação da mulher.

2.2. Amostra

2.2.1. Procedimentos de recolha da amostra

Embora os procedimentos metodológicos de recolha da amostra sejam distintos e estejam devidamente descritos em cada um dos estudos realizados (capítulo V), no que respeita aos critérios de inclusão na amostra, de uma forma geral, era exigido que todas as mulheres tivessem recebido um diagnóstico primário de cancro da mama; ausência de metástases ou recidiva de cancro; idade igual ou superior a 18 anos; ausência de uma condição médica ou psiquiátrica incapacitante e capacidade para ler e escrever português.

O recrutamento da amostra foi realizado em duas Instituições, nomeadamente, nos serviços de Ginecologia C e no Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) e na Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Centro (LPCC.NRC), mais concretamente nas seis Extensões de funcionamento do Movimento Vencer e Viver (MVV) (em Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu), um movimento de entre-ajuda, constituído por voluntárias que viveram uma situação de cancro da mama e que prestam apoio emocional e prático à mulher com cancro da mama, aos seus familiares e amigos. O presente trabalho obteve a aprovação da Comissão de Ética dos CHUC, respetivo Conselho de Administração e Direção de Serviços, tendo sido também aprovado pela Direção da LPCC.NRC.

O recrutamento da amostra obedeceu a procedimentos distintos nos estudos de natureza longitudinal e transversal, que passaremos de seguida a referir.

Estudo longitudinal

A amostra que integra o estudo longitudinal é constituída por 50 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, avaliadas em três fases distintas da doença: fase de diagnóstico recente ou pré-cirurgia (M1); fase de tratamento (M2) e fase de recuperação (M3). O M1 decorreu durante o período de internamento para realização de cirurgia da mama, em média 1.36 meses (DP = 0.63 meses) após o diagnóstico. O M2 ocorreu durante o período do tratamento adjuvante, sensivelmente na 4ª sessão de quimioterapia ou 15ª sessão de radioterapia, em média 5.67 meses (DP = 3.4 meses) após o diagnóstico. Por último, o M3 ocorreu aproximadamente 6 meses após o final do último tratamento de quimioterapia ou radioterapia, em média 12.8 meses (DP = 2.6 meses) após o diagnóstico.

Como se pode verificar, optámos por seleccionar os momentos de avaliação com base em critérios clínicos, nomeadamente, a fase da doença, contrariando a tendência para a utilização de critérios

temporais (e.g. momento do diagnóstico; 6 meses e 1 ano mais tarde) que embora possibilitem uma compreensão do processo de adaptação ao longo do tempo, não permitem uma compreensão rigorosa sobre o impacto dos desafios específicos associados a cada fase da doença e respetivo tratamento. Consideramos que só através de uma avaliação baseada em indicadores clínicos poderá ser possível constituir grupos de mulheres homogéneos relativamente à sua condição médica e, assim, identificar as exigências de cada fase particular.

A amostra de mulheres que constitui o estudo longitudinal foi recolhida na sua totalidade no serviço de Ginecologia C dos CHUC, entre os meses de julho de 2007 e abril de 2009. Além dos critérios de inclusão já anteriormente mencionados, comuns à amostra global deste estudo, foi considerada condição necessária para integrar o estudo longitudinal: 1) um tempo máximo de 4 meses desde a obtenção do diagnóstico de cancro da mama e 2) a não realização anterior de qualquer tratamento neo-adjuvante (ou seja, o protocolo terapêutico deveria iniciar com a intervenção cirúrgica).

As mulheres foram convidadas a participar no estudo no primeiro dia de internamento para realização da cirurgia da mama¹⁹, após referenciação por parte da equipa médica ou de enfermagem. Através de uma entrevista individual, com a duração aproximada de 30 minutos, duas investigadoras procediam à verificação do cumprimento dos critérios de inclusão e informavam sobre os principais objetivos da investigação, a sua natureza longitudinal, o papel do investigador e da participante e sobre os procedimentos de garantia de confidencialidade. Nos casos das mulheres que aceitaram participar na investigação, durante a entrevista era ainda assinado o consentimento informado, preenchida a ficha de dados sociodemográficos, esclarecidas dúvidas e fornecidas as instruções de preenchimento do protocolo de avaliação, que era posteriormente devolvido às investigadoras durante o período de internamento hospitalar (cerca de 2 a 4 dias após a cirurgia). Os dados clínicos eram obtidos através da consulta dos respetivos processos clínicos, sendo este procedimento autorizado pela equipa médica.

O segundo momento de avaliação ocorreu, sensivelmente, a meio do período de tratamento adjuvante, um momento em que as doentes já haviam experimentado os efeitos secundários das terapêuticas implementadas. Em virtude dos diferentes protocolos terapêuticos, este momento ocorreu num período de tempo diferente consoante o tratamento incluisse quimioterapia ou radioterapia ou ambos os procedimentos. Assim, as mulheres que realizaram quimioterapia (independentemente de ser ou não seguida de radioterapia) foram avaliadas no 4º ciclo, dos 6 ciclos habitualmente realizados. Já as mulheres submetidas a 5 a 7 semanas de radioterapia (25 a 35 sessões), foram avaliadas durante a terceira semana de tratamento, sensivelmente na 15ª sessão. As mulheres submetidas a um protocolo de tratamento médico que não contemplava a

¹⁹ Com o primeiro momento de avaliação era pretendido avaliar o impacto do diagnóstico de cancro da mama. Para esse efeito, seria necessária uma avaliação o mais próxima possível do momento do diagnóstico, o que não foi possível realizar por circunstâncias inerentes aos procedimentos de funcionamento da Instituição hospitalar onde decorreu a recolha da amostra. Por esse motivo, optámos por iniciar a avaliação no momento em que as mulheres eram internadas para a cirurgia, isto é, no dia que precede a realização da mesma. Dado que durante este dia as mulheres realizam um conjunto de exames e outros procedimentos preparatórios para a cirurgia, cerca de metade das mulheres preencheram o protocolo durante o período de internamento após a cirurgia. No entanto, e uma vez que a maioria dos instrumentos são respondidos de forma retrospectiva (e.g. "...como se senti na última semana") consideramos que este facto não inviabiliza a interpretação dos resultados.

realização de qualquer tratamento adjuvante ($n = 11$) responderam apenas ao primeiro (M1) e último (M3) momentos de avaliação.

Neste segundo momento, o protocolo de avaliação era entregue pelas investigadoras diretamente às participantes, no contexto de uma breve entrevista de aproximadamente 15 minutos, realizada durante o tratamento de quimioterapia e na sala de espera do Serviço de Radioterapia. O protocolo era devolvido diretamente às investigadoras, habitualmente no 5º tratamento de quimioterapia, 3 semanas mais tarde, e no decorrer de uma sessão de radioterapia, na semana subsequente. No caso de incumprimento na entrega do protocolo durante a primeira e terceira semanas (nos casos de radioterapia e quimioterapia, respetivamente), as participantes eram pessoal ou telefonicamente abordadas pelas investigadoras, com vista à devolução do mesmo.

De forma a planear o terceiro e último momento de avaliação²⁰ era realizado um telefonema a todas as participantes, sensivelmente 3 meses após o segundo momento de avaliação. Neste contacto era obtida informação sobre a data de finalização do tratamento adjuvante e estabelecida a data da avaliação subsequente, que ocorria seis meses após o término do tratamento. Este momento foi selecionado por corresponder, em média, a um ano após o diagnóstico, período durante o qual ocorre uma das primeiras consultas vigilância. Neste último momento de avaliação, o protocolo de avaliação era enviado pelo correio para o endereço postal das participantes, juntamente com um envelope previamente endereçado e selado para devolução. Previamente ao envio do protocolo, as participantes eram contactadas telefonicamente, com vista a facultarem os respetivos endereços e a recordar a participação no estudo.

No total, foram convidadas a participar no estudo 104 mulheres, tendo 87 completado o primeiro momento de avaliação. Destas, 11 mulheres completaram o protocolo de avaliação do M3 dado que não realizaram qualquer tipo de tratamento adjuvante de radioterapia ou quimioterapia. Outras 18 mulheres foram excluídas do estudo longitudinal uma vez que, apesar de terem aceite continuar, não procederam à devolução do protocolo. Assim, o M2 envolveu 58 mulheres, 50 das quais participaram também na terceira e última fase do estudo. O número de *drop-outs* do segundo momento de avaliação para o terceiro foi de 8 mulheres. Estas justificaram a sua desistência por falta de interesse em prosseguir com a colaboração. É importante referir que no estudo realizado apenas foi utilizada a amostra de mulheres que completou os três momentos de avaliação.

Durante todo o período de realização do estudo (mínimo 9 meses; máximo 18 meses) nenhuma das participantes faleceu, desenvolveu doença metastática e/ou recorrência de cancro da mama. Não foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que completaram o estudo ($n = 50$; 57.5%) e as mulheres que abandonaram o mesmo ($n = 26$; 42.5%), quer em relação às suas características sociodemográficas e clínicas, quer relativamente aos níveis iniciais de ansiedade, depressão e qualidade de vida.

²⁰ No caso das mulheres a realizar quimioterapia, o terceiro momento de avaliação poderia ocorrer mais tarde, consoante a realização posterior de radioterapia (o que acresce aproximadamente mais 3 meses). Justifica-se, assim, a necessidade de manutenção de um contacto com as participantes para estabelecer a data exata do final dos tratamentos e planear a realização do M3.

Estudos transversais

Os cinco estudos transversais que constituem a presente investigação incluíram também outros grupos de mulheres que participaram em momentos únicos de avaliação, num total de 82 mulheres no momento recente do diagnóstico ou pré/cirurgia; 78 mulheres a realizar tratamento; e 85 mulheres em fase de sobrevivência.

Os procedimentos de recolha da amostra para as mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama e a realizar tratamento foram muito semelhantes aos anteriormente mencionados a propósito do estudo longitudinal. Assim, as participantes com diagnóstico recente foram recrutadas na Unidade de Internamento C do Serviço de Ginecologia dos CHUC, no primeiro dia de internamento para cirurgia da mama (tumorectomia ou mastectomia). A amostra recrutada na fase de tratamento incluiu mulheres a receber quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante e foi recrutada no Hospital de Dia de Ginecologia dos HUC. Estas mulheres foram convidadas a integrar o estudo pelas investigadoras durante a realização do tratamento de quimioterapia. As mulheres sobreviventes foram convidadas a participar no primeiro dia de internamento para cirurgia de reconstrução da mama, na Unidade de Internamento C do Serviço de Ginecologia dos HUC ($n = 49$). Além disso, no MVV foram também recrutadas 36 mulheres, entre voluntárias, contactadas pessoalmente pelas investigadoras durante a reunião mensal de grupo, na respetiva extensão de funcionamento, e utentes, contactadas aquando da sua deslocação a este serviço para obtenção de apoio emocional pela voluntária e/ou aquisição de material ortopédico. Estas mulheres foram convidadas a participar no estudo pelas investigadoras, após o atendimento da voluntária.

A inclusão das participantes nesta investigação teve em linha de conta os seguintes critérios: para integrar o grupo de diagnóstico recente era exigido que as mulheres tivessem recebido o diagnóstico de cancro da mama não metastático nos últimos 4 meses (período durante o qual não poderiam ter realizado qualquer tipo de tratamento) e que estivessem a iniciar o tratamento pelo método cirúrgico (mulheres a iniciar quimioterapia neo-adjuvante foram excluídas deste grupo). Para integrar o grupo de tratamento, as mulheres deveriam estar a receber quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante na sequência do diagnóstico primário de cancro da mama (mulheres a realizar quimioterapia para uma recidiva ou doença metastática foram excluídas). Por último, para integrar o grupo de sobreviventes, era exigido que as mulheres se encontrassem em fase de remissão total ou parcial da doença (livres de qualquer indício de doença e sem história de uma recidiva) e que não se encontrassem a realizar quimioterapia ou radioterapia há pelo menos seis meses (eram aceites mulheres a realizar hormonoterapia).

Foi realizada uma entrevista com todas as participantes, com a duração aproximada de 30 minutos, durante a qual eram explicados os objetivos da investigação, o papel do investigador e da participante e garantida a confidencialidade dos dados. Em caso de interesse em participar no estudo, neste momento era também assinado o consentimento informado e preenchida a ficha de dados sociodemográficos e clínicos, bem como entregue uma carta de apresentação do estudo e o protocolo de avaliação. No caso das mulheres avaliadas durante o período de hospitalização ou durante a realização de tratamento, a informação clínica era obtida através de consulta dos processos clínicos da doente e os protocolos eram devolvidos pessoalmente às investigadoras.

No caso das utentes e voluntárias do MVV, o acesso aos dados clínicos só foi possível através do autorrelato da mulher e os protocolos foram devolvidos via postal, num envelope pré-pago e endereçado entregue pelas investigadoras.

É relevante referir que nos estudos efetuados estas amostras foram utilizadas em conjugação com a amostra de 50 mulheres do estudo longitudinal, tendo em conta a fase da doença (e.g. num estudo transversal efetuado na fase de tratamento, a amostra considerada incluiu as 50 mulheres avaliadas no M2, bem como as 28 mulheres recrutadas durante este período específico). Além disso, é importante esclarecer que nem todas as mulheres foram incluídas nos estudos transversais, tendo sido realizada uma seleção prévia baseada na ausência de *missings* nas medidas de avaliação utilizadas em cada estudo específico.

Na Figura 4 está representada esquematicamente a metodologia utilizada nos estudos longitudinal e transversal.

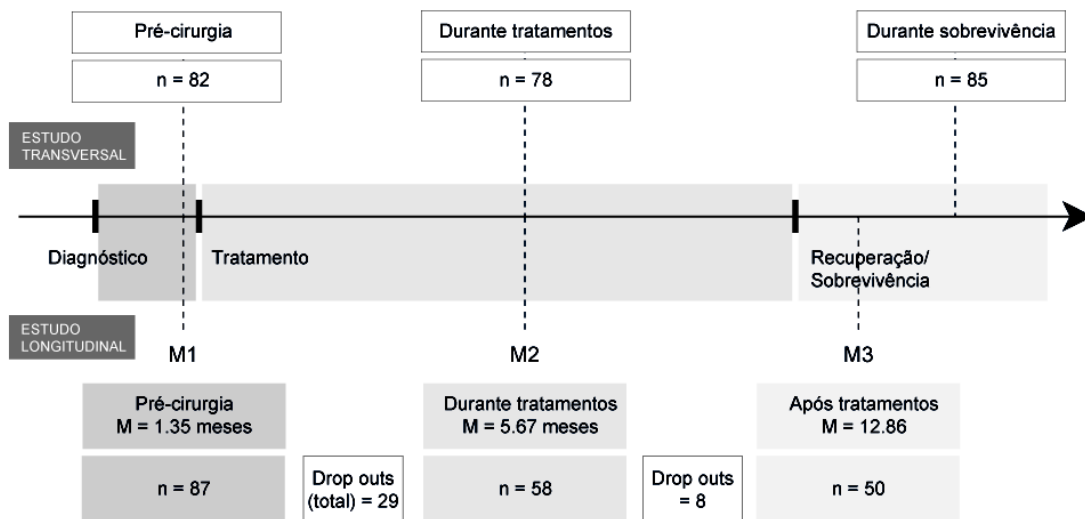


Figura 4 | Metodologia utilizada nos estudos longitudinal e transversal

2.2.2. Grupo de controlo

Para efeitos de comparação com a amostra de mulheres com cancro da mama – *Grupo Clínico*, nomeadamente nos estudos 0, I, II, e III, foi recrutada uma amostra de 160 mulheres da população geral – *Grupo de controlo*.

O recrutamento do grupo de controlo foi efetuado por conveniência, nas zonas norte e centro litoral de Portugal, durante o período compreendido entre julho 2007 e maio de 2008. Teve por base os seguintes critérios de inclusão: 1) ausência de história pessoal de doença oncológica; 2) inexistência de doença crónica ou qualquer condição física ou mental incapacitante; 3) idade compreendida entre os 30 anos e os 90 anos (idade correspondente à da amostra de mulheres com cancro da mama); 4) capacidade para ler e escrever Português. Além destas características,

e de forma a obter-se um emparelhamento das amostras em relação às características sociodemográficas (estado civil e nível de escolaridade), para cada estudo empírico foi realizada uma seleção prévia do grupo de controlo de acordo com estas características.

2.3. Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados

2.3.1. Seleção dos instrumentos

Com o intuito de responder adequadamente aos objetivos e questões de investigação, a seleção dos instrumentos de avaliação que possibilitem uma análise correta das variáveis em estudo, constituiu-se como uma das principais preocupações dos investigadores.

Desta forma, foi realizada uma revisão da literatura e das investigações mais recentes na área da Psico-Oncologia, sobretudo no que respeita às variáveis objeto desta investigação. Assim, optámos pela seleção de cinco instrumentos de avaliação, quatro dos quais adaptados e validados para a população portuguesa. Os instrumentos foram selecionados tendo em consideração a sua adequação para a avaliação das variáveis em estudo, bem como a sua robustez psicométrica, facilidade e brevidade de preenchimento e existência de versões portuguesas, devidamente adaptadas e validadas às características da nossa população.

Relativamente à avaliação de eventuais mudanças psicológicas positivas, isto é a experiência de DPT, constatámos a ausência de instrumentos de avaliação adaptados à população portuguesa. A partir da pesquisa bibliográfica, foi possível verificar que o *Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi & Calhoun, 1996) é o instrumento mais referenciado na literatura e que mais suporte empírico tem oferecido ao conceito DPT. Uma vez que este instrumento não se encontrava ainda validado para a nossa população, estando apenas disponível uma tradução do instrumento para português, realizada por uma equipa de investigadores da Universidade do Minho, foi realizado um estudo das suas características psicométricas numa amostra de mulheres com cancro da mama, que apresentamos como estudo preliminar deste trabalho (estudo 0).

No que respeita à avaliação da adaptação psicológica, e sendo este um constructo lato e que abrange diversos estados psicológicos, a nossa opção recaiu na análise dos indicadores de ansiedade e depressão, uma vez que estas são as respostas emocionais mais frequentemente estudadas entre os doentes oncológicos. Optámos, igualmente, pelo estudo da qualidade de vida, um indicador mais positivo adaptação que tem sido muito utilizado na área da saúde e, particularmente, na oncologia. Os índices de ansiedade e depressão foram avaliados através da versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS (Zigmond & Snaith, 1983; Versão Portuguesa: Pais- Ribeiro et al., 2006), a qual tem sido amplamente utilizada para avaliar, de forma breve, índices de perturbação emocional em população em contexto de saúde, sendo uma das medidas mais utilizadas em psico-oncologia (e.g. So et al., 2010). Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada a versão portuguesa do *World Health Organization Quality of Life Bref* - WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa: Vaz Serra et al., 2006), uma medida que, de forma breve e fiável, permite a avaliação subjetiva da qualidade de vida numa perspetiva multidimensional, nomeadamente no que respeita às dimensões física, psicológica,

social e relação com o ambiente, dimensões que podem sofrer alterações em consequência do diagnóstico e tratamento do cancro da mama, para além de um indicador de funcionamento global. Comparativamente a outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida mais especificamente direcionados para a oncologia, como a *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire* - EORTC QLQ-C 30 (Aronson et al., 1993; Versão Portuguesa: Pais Ribeiro, Pinto, & Santos, 2008), o WHOQOL-Bref tem a vantagem de poder ser utilizado com a população de doentes e com a população geral, possibilitando assim cumprir com um dos objetivos desta investigação: a comparação dos índices de qualidade de vida entre o grupo clínico e o grupo de controlo.

Para a avaliar as estratégias de coping, optámos pela utilização do Brief COPE (Carver, 1997; Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), uma medida breve e multidimensional que permite obter a frequência do recurso às principais estratégias de coping expressas na literatura, tanto as estratégias consideradas adaptativas como inadaptativas. Apresenta também a vantagem de poder ser aplicado às mais diversas situações indutoras de stress, o que possibilita o estudo específico das particularidades de cada fase da doença (a instrução de preenchimento pode ser adaptada à fase da doença). Por outro lado, as diversas subescalas que o compõe podem ser analisadas isoladamente, mediante uma pré-seleção do investigador, ou até mesmo serem agrupadas em medidas compósitas de coping (e.g. coping cognitivo, coping emocional, coping de evitamento, entre outras), permitindo responder às situações em que o tamanho da amostra pode limitar o estudo integral do instrumento.

Por último, para avaliar a representação subjetiva do impacto do cancro da mama, foi utilizado o *Brief Illness Perception Questionnaire* - Brief IPQ (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Versão Portuguesa: McIntyre & Trovisqueira, 2007). Este instrumento é um dos mais referenciados no domínio da avaliação das representações de doença, uma vez que se baseia no modelo de Leventhal et al. (1997). Além disso, contém um número de itens bastante reduzido, sendo rapidamente respondido pelos participantes.

Com o intuito de avaliar a perceção subjetiva do cancro da mama como uma experiência traumática, e à semelhança do procedimento utilizado em investigações anteriores (Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007; Weiss, 2004b), foram desenvolvidos dois itens singulares de resposta *Sim* ou *Não*, com base nos critérios da DSM-IV-TR para a definição de acontecimento traumático (APA, 2002). A opção por estas questões teve por base o pressuposto que a avaliação do diagnóstico de cancro da mama não deve, à partida, ser considerado como uma experiência traumática, uma vez que nem sempre este é percecionado como suficientemente ameaçador e despoleta reações de medo intenso.

Finalmente, foram também desenvolvidas fichas de dados sociodemográficos e clínicos, adaptadas às características de cada momento de avaliação.

No quadro 4 são apresentados os instrumentos de avaliação utilizados para avaliar as diversas variáveis nos seis estudos empíricos realizados.

Quadro 4. Dimensões avaliadas e instrumentos utilizados no estudo

Variável	Instrumento	Estudo					
		0	I	II	III	IV	V
Desenvolvimento Pós-Traumático	PTGI - Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996; Silva et al., 2009)	✓			✓	✓	✓
Qualidade de Vida	WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL Group, 1998; Vaz Serra et al., 2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ansiedade e depressão	HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983; Pais Ribeiro et al., 2006)		✓	✓	✓	✓	✓
Coping	Brief COPE (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)		✓	✓			✓
Representação de impacto da doença	Brief IPQ - Brief Illness Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2006; McIntyre & Trovisqueira, 2007)					✓	
Cancro da mama como experiência traumática	Duas questões com base no DSM-IV-TR (APA, 2002)				✓		

2.3.2. Descrição dos instrumentos

De seguida, faremos uma breve descrição das principais características dos instrumentos utilizados nesta investigação. Daremos particular atenção à descrição global dos instrumentos e das dimensões avaliadas, fazendo uma breve referência às características psicométricas apresentadas no estudo de validação para a população portuguesa. Dados mais específicos relativos às características psicométricas dos diversos instrumentos na presente amostra, encontram-se descritos em cada um dos estudos.

- **Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (The Posttraumatic Growth Inventory – PTGI)**

O PTGI (*Posttraumatic Growth Inventory*; Tedeschi & Calhoun, 1996; Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009) é um instrumento de autorresposta que avalia a perceção subjetiva de mudanças psicológicas positivas após a experiência de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos. É constituído por 21 itens que, na versão original, organizam-se num índice total de DPT e em cinco fatores que correspondem aos cinco domínios de DPT, nomeadamente *Apreciação da Vida* (3 itens) (e.g. “Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida”); *Novas Possibilidades de Vida* (5 itens) (e.g. “Estabeleci um novo rumo para a minha vida”); *Força Pessoal* (4 itens) (e.g. “Descobri que sou mais forte do que pensava ser”); *Relacionamento com os Outros* (7 itens) (e.g. “Sinto-me mais próximo das outras pessoas”); e *Mudança Espiritual* (2 itens) (e.g. “Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais”). Os itens são respondidos numa escala tipo Likert, que varia entre 0 “Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento” e 6 “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento”. A pontuação total oscila entre 0 e 105, onde pontuações mais elevadas refletem índices superiores de DPT.

A versão original deste instrumento foi desenvolvida numa amostra de 604 estudantes universitários que experienciaram acontecimentos adversos nos cinco anos anteriores, tendo sido

obtidos bons índices de validade e de fidelidade. Dada a facilidade de aplicação, robustez psicométrica e eficácia na avaliação das principais dimensões do DPT, o PTGI tem sido utilizado à escala mundial, com amostras de indivíduos nos mais diversos tipos de situações adversas. Deste modo, nos últimos anos tem-se assistido a uma proliferação de estudos de validação do PTGI em diversas populações. Destes estudos têm resultado diferentes soluções fatoriais que refletem as especificidades culturais do conceito DPT.

No estudo de validação do PTGI para uma amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009) foi encontrada uma estrutura fatorial composta por quatro dimensões, nomeadamente: Perceção de Recursos e Competências Pessoais, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, Fortalecimento das Relações Interpessoais e Desenvolvimento Espiritual. Além disso, permite ainda obter um índice total de DPT. O processo de validação do PTGI é descrito no próximo capítulo (estudo 0), assim como a composição destes fatores.

- **Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Bref)**

O WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998; Vaz Serra et al., 2006) é um instrumento desenvolvido pela OMS com vista à avaliação subjetiva da qualidade de vida, numa perspetiva genérica, multidimensional e multicultural, podendo ser utilizado tanto com população não clínica, como com população com algum tipo de problema do foro mental ou físico. O WHOQOL-Bref, que representa uma versão abreviada do WHOQOL-100 (The WHOQOL Group, 1998), composto por 100 itens, é constituído por 26 questões, duas relativas à perceção geral de qualidade de vida e à perceção geral de saúde (Faceta geral), e as restantes 24 dizem respeito a 24 facetas da qualidade de vida, que se organizam em quatro domínios específicos de qualidade de vida: Físico (e.g. facetas dor e desconforto, sono e repouso), Psicológico (e.g. sentimentos positivos, autoestima), Relações Sociais (e.g. relações pessoais, apoio social) e Ambiente (e.g. segurança física, transporte). Todas as questões são respondidas numa escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que a pontuação para cada domínio varia entre 0 e 100. Valores mais elevados representam uma melhor perceção subjetiva de qualidade de vida.

A versão original do WHOQOL-Bref apresenta índices adequados de consistência interna (os valores alpha de *Cronbach* variam entre .84, para o domínio Físico e .66, para o domínio Relações Sociais e) e de estabilidade temporal (as correlações teste-reteste variam entre .87, para o domínio Ambiente e .66, para o domínio Físico). Além disso, apresenta uma boa capacidade para discriminar entre população saudável e população clínica.

Os estudos de adaptação portuguesa do WHOQOL-Bref foram conduzidos de acordo com as recomendações da OMS e revelaram características psicométricas adequadas (Vaz Serra et al., 2006), nomeadamente, boa consistência interna (alphas de *Cronbach* entre .84, no domínio Psicológico e .64, no domínio Relações Sociais; e .92, na escala total), estabilidade temporal adequada (com correlações teste-reteste a oscilar entre e .85, no domínio Psicológico e .65, no domínio Relações Sociais), assim como boa capacidade discriminativa entre população clínica e população geral.

- **Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

A HADS (Zigmond & Snaith, 1983; Pais-Ribeiro et al., 2006) é uma escala de autorresposta que avalia sintomas de perturbação emocional, nomeadamente a ansiedade e a depressão, em indivíduos em contextos de saúde ou doença física (Pais-Ribeiro et al., 2007). É constituída por 14 itens, que foram desenvolvidos de forma a não espelhar comorbilidade com sintomas de doença física (e.g. alterações de sono). Estes 14 itens organizam-se em duas subescalas: ansiedade (7 itens) e depressão (7 itens) e a escala de resposta é de tipo Likert, com quatro pontos (de 0 a 3). A pontuação total para cada subescala pode oscilar entre 0 e 21, sendo que pontuações mais elevadas traduzem índices mais elevados de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa.

Snaith (2003) propôs um sistema de interpretação dos resultados, no qual índices de ansiedade e/ou depressão que oscilem entre 0 e 7 são considerados “normais”; entre 8 e 10 “ligeiros” ou casos “borderline”; entre 11 e 14 “moderados” e entre 15 e 21 “severos”.

A versão portuguesa da escala (Pais-Ribeiro et al., 2006), para além de ter revelado a mesma estrutura fatorial da versão original, apresentou também boas características psicométricas no que respeita à consistência interna (alfa de Cronbach. 76 para a ansiedade e .81 para a depressão); estabilidade temporal (coeficientes teste-reteste de .75 para ambas as subescalas num grupo de doentes diabéticos) e validade de constructo e discriminante.

- **Brief COPE**

O Brief COPE (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) é um instrumento de autorresposta que avalia as estratégias que os indivíduos utilizam para gerir as diferentes situações indutoras de stress (coping). Apresenta-se como uma versão abreviada do COPE que é constituído por 60 itens e, como tal, obriga a uma maior morosidade no preenchimento.

O Brief COPE é composto por 28 questões que descrevem uma grande variedade de pensamentos e comportamentos a que habitualmente os indivíduos recorrem de forma a lidar com circunstâncias indutoras de stress. Organizam-se em 14 subescalas (2 itens por subescala), entre elas: Coping ativo, Planear, Reinterpretação positiva, Aceitação, Humor, Religião, Suporte emocional, Suporte instrumental, Autodistracção, Negação, Expressão de sentimentos, Uso de substâncias, Desinvestimento comportamental e Autoculpabilização. Todos os itens são respondidos numa escala tipo Likert, que varia entre 0 “*Eu nunca faço isto*” a 3 “*Faço sempre isto*”. Uma pontuação mais elevada numa subescala traduz uma maior utilização dessa estratégia de coping. Todos os resultados devem ser interpretados em relação a cada uma das subescalas do instrumento, não sendo possível obter uma pontuação total resultante do somatório de todas as subescalas.

No presente trabalho, as mulheres com cancro da mama foram questionadas relativamente à frequência com que estavam a usar cada uma das estratégias de coping em resposta ao stress que se encontravam a viver no momento, associado ao diagnóstico de cancro da mama (cf. anexo).

A versão portuguesa do Brief COPE (Ribeiro & Rodrigues, 2004) tem a mesma estrutura fatorial que a versão original (Carver, 1997). Por outro, cada uma das subescalas apresentou uma consistência interna aceitável apesar de serem constituídas apenas por dois itens (alphas de *Cronbach* entre .55 na escala Aceitação e .90 na escala Uso de Substâncias).

- **Questionário Breve de Representações da doença (Brief Illness Perception Questionnaire – Brief IPQ)**

O Brief-IPQ (Broadbent et al., 2006; McIntyre & Trovisqueira, 2007) é um questionário de autorresposta que avalia os componentes cognitivos e emocionais das representações da doença, com base no modelo da Autorregulação de Leventhal et al. (1997). Este instrumento, que é uma versão reduzida da versão revista do IPQ (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002), é constituído por nove itens, cinco dos quais avaliam as representações cognitivas: *identidade* (perceção de sintomas da doença), *consequências* (perceção de impacto da doença na vida do doente), *duração* (perceção do doente sobre a duração da doença), *controlo pessoal* (perceção sobre a possibilidade de controlo pessoal sobre o curso da doença) e *controlo através do tratamento* (perceção sobre o sucesso do tratamento) e *causas* (ideias pessoais sobre os fatores envolvidos na etiologia da doença). Dois itens avaliam as representações emocionais: *preocupação* (perceção de preocupação relativamente à doença), *emoções* (perceção de impacto emocional da doença). Um item avalia a *compreensão* subjetiva do doente sobre a sua doença.

Na sua versão original, e com exceção da questão relativa às *causas* da doença, respondida de forma qualitativa, o Brief-IPQ utiliza uma escala de resposta tipo Likert, que varia entre 0 e 10. Um valor mais elevado num dos itens, poderá indicar uma representação mais negativa nessa dimensão. Nos estudos de validação, realizados numa amostra de indivíduos com diversos problemas de saúde, os autores verificaram a adequação das suas características psicométricas, salientando-se a boa fidelidade teste-reteste. No que respeita à dimensão “consequências” (o item utilizado no estudo IV), os valores obtidos foram de .70 e .71, às três e seis semanas posteriores, respetivamente. Além disso, apresentou também boa validade preditiva, na medida em que quanto mais elevada a perceção de consequências negativas, menor é o funcionamento físico e mental três meses mais tarde.

Na versão portuguesa (McIntyre, Araújo-Soares e Trovisqueira, 2004), as autoras optaram por uma escala de resposta mais curta, entre 0 e 4 pontos, de forma a maximizar a discriminação de categorias, sobretudo em indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo. Nos estudos realizados com uma amostra de 87 doentes pós-enfarte do miocárdio (Trovisqueira, 2007), as autoras observaram bons índices de fidelidade teste-reteste (e.g. correlação de .50 na subescala Consequências entre o período da alta hospitalar e um mês mais tarde) e validade de constructo adequada.

- **Cancro da mama como acontecimento traumático**

De forma semelhante ao procedimento metodológico utilizado noutras investigações (e.g. Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007; Weiss, 2004b) para avaliar a perceção subjetiva do cancro da mama como experiência traumática, foram desenvolvidos dois itens singulares de

resposta *Sim* ou *Não*, com base nos critérios da DSM IV-TR (APA, 2002) para a definição de acontecimento traumático, da seguinte forma: *Considera que o seu diagnóstico/doença representa uma ameaça à sua vida e/ou integridade física ou um perigo de ferimento grave? Perante o seu diagnóstico/doença, a sua resposta/reacção alguma vez envolveu medo intenso, sentimento de desproteção ou horror?* A resposta afirmativa a ambas as questões permite considerar o cancro da mama como uma experiência traumática. Nos estudos de Cordova et al. (2001) e Cordova et al. (2007), os autores obtiveram alfas de *Cronbach* de .68 e .73, respetivamente.

- **Fichas de dados sociodemográficos e clínicos**

As fichas de dados sociodemográficos e clínicos foram elaboradas pelas investigadoras de forma a recolher informações sobre as participantes no que respeita à idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, entre outros dados sociodemográficos que, embora tenham sido avaliados, não foram objeto do presente estudo. É importante referir que a classificação do NSE teve por base a informação relativa à escolaridade e à situação profissional e, de acordo com Simões (1994), foi categorizado em três níveis: Baixo, Médio e Alto.

Em relação aos dados clínicos, sempre que possível estes foram recolhidos mediante consulta ao processo clínico da doente. No entanto, nas situações de recolha da amostra fora do contexto hospitalar, como por exemplo no MVV da LPCC-NRC, estes dados foram indicados pela doente. Entre os dados clínicos considerados, deu-se particular destaque ao tipo de cancro, tipos e características dos tratamentos realizados, tempo desde o diagnóstico, entre outras informações (cf. anexo).

2.4. Análise estatística dos dados

Procurando dar resposta às questões colocadas pelos investigadores no planeamento deste trabalho, as decisões tomadas relativamente à análise estatística dos dados tiveram sempre em conta os objetivos do estudo e as várias hipóteses colocadas; a dimensão da amostra; assim como o desenho metodológico do estudo.

Estas opções implicaram diferentes metodologias de análise de dados nos diversos estudos empíricos realizados, que surgem detalhadamente referidas em cada um deles, na secção referente à metodologia.

Capítulo V.

Estudos empíricos

Estudo 0

Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105-133.

Estudo I

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2009). Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência ao cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental*, XI(5), 28-42.

Estudo II

Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.

Estudo III

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 16(4), 323-340. doi:10.1080/15325024.2011.572039.

Estudo IV

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, 21(4), 409-418. doi: 10.1002/pon.1913.

Estudo V

Silva, S., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323-1341. doi: 10.1080/08870446.2012.676644.



Estudo 0

Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa.

Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavaro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105-133.

Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa

Sónia Silva, Helena Moreira, Sílvia Pinto & Maria Cristina Canavarro

Resumo

Atualmente, um vasto corpo empírico sugere que a exposição a situações adversas, potencialmente indutoras de uma reação de stress inadaptativa, pode constituir-se como um desafio desenvolvimental, precursor da perceção de mudanças psicológicas positivas na esfera pessoal, relacional e espiritual, conhecidas por “desenvolvimento pós-traumático”. Neste trabalho, é descrito o estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (IDPT) (Tedeschi & Calhoun, 1996), numa amostra de mulheres da população portuguesa com história pessoal de cancro da mama. Este instrumento avalia a perceção subjetiva de mudanças psicológicas positivas, resultantes dos esforços empreendidos para lidar com os acontecimentos de vida adversos. Os estudos apresentados, nomeadamente a análise da estrutura fatorial, o exame dos índices de consistência interna e os dados adicionais relativos aos estudos da validade de constructo, foram realizados numa amostra constituída por 202 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, tendo sido utilizado como grupo de referência, um total de 136 mulheres da população geral. Os resultados são indicadores de uma estrutura fatorial constituída por quatro dimensões, que foram designadas de Perceção de Recursos e Competências Pessoais, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, Fortalecimento das Relações Interpessoais e Desenvolvimento Espiritual. Foram obtidos bons índices de fidelidade e de validade para o IDPT, recomendando a sua utilização tanto em contexto clínico, como de investigação.

Palavras-chave: desenvolvimento pós-traumático, adversidade, cancro da mama, Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático, IDPT.

Breast cancer and personal and relational growth: Psychometric characteristics of the Portuguese version of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Portuguese women

Abstract

There is a growing body of research suggesting that the exposure to adverse situations, which can induce maladaptative stress reactions, may also be a challenge to human development, encouraging the perception of positive psychological changes in the personal, relational and spiritual domains. These changes have been described as “posttraumatic growth”. In this article the study of the psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) in a sample of Portuguese women with a personal history of breast cancer is described. This inventory assesses the individual’s perception of positive life changes which occur as a result of struggling with highly challenging events. Psychometric analyses were performed on a sample composed of 202 women diagnosed with breast cancer. A total of 136 women from the general population was used as a reference group. The analyses included the item structure factor, the examination of the internal consistency and additional studies of the construct validity. The results are indicative of a four factor structure, assessing Perception of Personal Resources and Abilities, New Possibilities and Life Appreciation, Strengthening of Social Relationships and Spiritual Development. PTGI is shown to be a reliable and valid measure, its use being recommended in clinical and research settings.

Key-words: posttraumatic growth, adversity, breast cancer, Posttraumatic Growth Inventory, PTGI

Introdução

A experiência de mudanças psicológicas positivas, resultantes dos esforços empreendidos para lidar com os acontecimentos de vida adversos, só muito recentemente, a partir dos anos 80, e mais expressivamente nos anos 90, tem merecido a atenção dos investigadores e clínicos interessados na temática do trauma. Muito embora recente, se tivermos em linha de conta a existência de estudos e conceções teóricas que a suporte, a possibilidade de desenvolvimento posterior a uma situação adversa, tem sido um tema proeminente e bem documentado ao longo da história humana, retratado no Cristianismo (Tedeschi & Calhoun, 1995), na literatura filosófica (Kierkegaard, 1983; Nietzsche, 1955) e também ao nível da Psicologia Clínica (Caplan, 1964; Finkel, 1974; Frankl, 1963). Todavia, a Psicologia tem-se debruçado, particularmente, sobre os resultados negativos que o confronto com uma circunstância indutora de stress significativo pode acarretar para o indivíduo, dando pouca ênfase à possibilidade de descoberta de componentes positivas e à oportunidade de desenvolvimento pessoal e relacional (Zoellner & Maercker, 2006).

Na verdade, determinados acontecimentos têm potencial para abalar a visão que o indivíduo tem do mundo e da sua própria vida, sendo por isso designados de traumáticos (Janoff-Bulman, 1992). Segundo o Manual de Diagnóstico e Classificação das Perturbações Emocionais (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), estes acontecimentos correspondem a situações de ameaça de morte real, ferimento grave, ou ameaça à integridade física, do próprio ou de outros, e cuja resposta envolve medo intenso, sentimento de falta de proteção ou horror. Pela sua natureza repentina, inesperada e indesejável e, paralelamente, pela sua não familiaridade, carácter incontrolável e frequentemente irreversível, os acontecimentos traumáticos constituem-se como experiências de choque emocional, para as quais o indivíduo não obteve preparação psicológica prévia e, no seu imediato, não percebe os recursos necessários para lhes fazer face (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 1995). Assim se compreende que o confronto com estes acontecimentos possa gerar stress intenso e o eclodir de respostas emocionais negativas, como seja, ansiedade e/ou humor depressivo e, inclusivamente, precipitar sintomatologia física significativa, assumindo-se que representem desafios sísmicos para os recursos adaptativos do indivíduo (Calhoun & Tedeschi, 2004; Cordova & Andrykowski, 2003).

A literatura tem mostrado, contudo, que a exposição a um acontecimento traumático não precipita necessariamente uma constelação significativa de sintomas, ao ponto de se constituir como uma perturbação psiquiátrica tal como surge no DSM-IV, nomeadamente a Perturbação Pós-Stress Traumático (Cordova & Andrykowski, 2003; Tedeschi & Calhoun, 2004). Pelo contrário, é frequente estimular a ocorrência de profundas e significativas transformações no sistema de crenças do indivíduo, sobretudo na forma como ele se vê a si e ao mundo (Janoff-Bulman, 1992). Assim, após a vivência de um acontecimento traumático, embora o indivíduo possa passar a avaliar o mundo como perigoso e imprevisível, perante o qual se sente impotente e vulnerável, pode, paralelamente, construir uma nova e mais valorizada perceção de si próprio, dos seus recursos e da vida em geral (Calhoun & Tedeschi, 2006).

No contexto das reações psicológicas aos acontecimentos adversos e potencialmente traumáticos, esta possibilidade de crescimento tem vindo a ser designada na literatura científica por “Desenvolvimento Pós-Traumático” (DPT, tradução de Posttraumatic Growth) que, segundo

Tedeschi e Calhoun (2004), designa “a experiência de mudanças psicológicas positivas que resultam dos esforços empreendidos para lidar com as circunstâncias de vida altamente ameaçadoras” (p.1). De acordo com Tedeschi e Calhoun (2004), o DPT, em particular a expressão “desenvolvimento” (tradução de growth), descreve a experiência do indivíduo cujo nível de adaptação após um evento traumático, pelo menos em algumas áreas do seu funcionamento, é superior ao anterior. Assim, refere-se a mudanças percebidas pelos indivíduos, que são mais do que a mera capacidade para resistir ou recuperar face a uma ocorrência traumática, envolvendo uma transformação psicológica que ultrapassa os níveis de adaptação anteriores. Desta forma, ao corresponder a mudanças sobretudo de natureza qualitativa, compreende-se que a experiência de DPT não seja, simplesmente, o regresso ao ponto inicial, mas uma experiência de melhoria do funcionamento psicológico, que muitas vezes se traduz em alterações profundas de vida e com expressão comportamental bastante intensa (Zoellner & Maercker, 2006).

Por outro lado, a opção pela designação “pós-traumático” (tradução de posttraumatic) prende-se com o carácter disruptivo e necessariamente ameaçador destas circunstâncias, cuja percepção negativa abala as estruturas de significado do indivíduo e assim os seus objetivos, crenças, expectativas e formas de gestão emocional. Pretende-se, com esta designação, ressaltar que esta experiência não ocorre na sequência de um acontecimento de stress menor ou como resultado do processo normal de desenvolvimento humano (Tedeschi & Calhoun, 2004). Também a expressão “trauma” é, segundo os autores, mais inclusiva do que os critérios do DSM-IV, podendo abranger uma grande diversidade de situações, como por exemplo, situações de doença, perda, acidentes, entre outras.

Acrescentam ainda, Tedeschi e Calhoun (2004), que a experiência de DPT é simultaneamente um processo e um resultado. Isto porque ocorre concomitantemente às tentativas ou esforços de adaptação às situações de vida indutoras de elevados níveis de stress e não como consequência dos acontecimentos por si só. O DPT é um fenómeno que, mais do que a exclusiva integração dos novos dados nos esquemas preexistentes (assimilação), requer um processo de transformação das estruturas cognitivas anteriores, de forma a incorporar a nova informação relacionada com a situação traumática (acomodação) (Sumalla, Ochoa, & Blanco, 2009). Este processo desenrola-se à medida que o indivíduo se envolve em estratégias para lidar com as emoções negativas associadas ao acontecimento e começa a processar cognitivamente a situação traumática (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Por outro lado, é conceptualizado como um resultado, na medida em que se traduz por mudanças psicológicas positivas ao nível da percepção de si próprio, das suas relações interpessoais e filosofia de vida. Assim, do confronto com a adversidade, é frequente os indivíduos extraírem um sentimento de maior força pessoal e, embora de forma aparentemente paradoxal, referirem, simultaneamente, um sentimento de maior vulnerabilidade pessoal em consequência da consciencialização da sua própria mortalidade e fragilidade perante a vida (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998). Ainda no âmbito das mudanças ao nível da percepção de si próprio, salientam também os autores, uma maior abertura a novas possibilidades e um maior investimento em novos interesses e atividades. Na esfera dos relacionamentos interpessoais, é frequente o fortalecimento das relações afetivas, que se tornam mais íntimas e próximas, caracterizadas por

maior abertura e expressividade emocional. Também frequentes são as manifestações de empatia e compaixão e os gestos altruístas e de dedicação aos outros, sobretudo àqueles que atravessam situações semelhantes. Por último, relativamente à perceção de uma nova filosofia de vida, as mudanças sentidas expressam-se numa maior apreciação da vida em geral, numa nova hierarquização de prioridades e redefinição daquilo que é verdadeiramente importante, num fortalecimento e/ou desenvolvimento em termos espirituais e existenciais e numa maior sabedoria acerca do significado e sentido da vida, para além da aquisição de novos conhecimentos e competências (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Estas transformações irão refletir-se em mudanças significativas nas respostas às interrogações 'Quem sou eu?' e 'Qual é a história da minha vida?' (Tedeschi et al., 1998).

Apesar de conceptualmente, e também de uma forma empírica, a experiência de desenvolvimento pessoal e relacional se relacionar com aspetos de bem-estar ou de adaptação psicossocial (Carver & Antoni, 2004; Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998; Frazier, Conlon, & Glaser, 2001; Katz, Flasher, Cacciapaglia, & Nelson, 2001; Tedeschi & Calhoun, 2004; Tomich & Helgeson, 2002; Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005), alguns estudos, sobretudo de natureza transversal, não têm encontrado qualquer associação entre o DPT e a adaptação psicológica (Antoni et al., 2001; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; McMillen, Smith, & Fisher, 1997; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003; Tomich & Helgeson, 2004; Widows, Jacobsen, Booth-Jones, & Fields, 2005). Muito embora a controvérsia quanto ao seu potencial adaptativo, a possibilidade de desenvolvimento face a uma situação adversa começa a ser amplamente reconhecida, sendo fundamental tê-la em consideração para uma melhor compreensão da diversidade de trajetórias individuais (Tedeschi & Calhoun, 2004).

No que se refere especificamente à avaliação da perceção de DPT, têm sido desenvolvidos diversos instrumentos (Linley & Joseph, 2004). Desses, o mais utilizado em contextos de investigação e que melhores propriedades psicométricas tem revelado nos vários estudos de adaptação e validação internacional, tem sido o Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), desenvolvido por Tedeschi e Calhoun (1996). Este inventário de autorresposta avalia a perceção subjetiva de mudanças psicológicas positivas em indivíduos que experienciaram acontecimentos vividos como traumáticos. É constituído por 21 itens de resposta numa escala tipo Likert de seis pontos, que varia desde "Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento negativo" a "Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento negativo". Originalmente, organiza-se em cinco fatores que correspondem às seguintes dimensões do DPT: "Força Pessoal"; "Novas Possibilidades"; "Relação com os Outros"; "Apreciação da Vida" e "Mudança Espiritual". A pontuação final ao Inventário oscila entre 0 e 105, sendo que resultados mais elevados traduzem níveis superiores de DPT.

No âmbito do estudo de validação do Inventário, os autores construíram 34 itens, a partir de uma extensa revisão da literatura, que foram posteriormente testados numa amostra de 604 estudantes universitários, que viveram um acontecimento significativamente negativo nos cinco anos antecedentes. Neste estudo, onde foram selecionados os 21 itens finais, bem como delineada a sua estrutura fatorial, o Inventário apresentou muito boa consistência interna (Alpha de Cronbach = .90) e estabilidade temporal aceitável ($r = .71$). Também ao nível da validade de

constructo (que foi testada recorrendo à comparação dos níveis de DPT, entre um grupo de sujeitos que no ano anterior tinha experienciado uma situação significativamente adversa e um grupo que não revelou a ocorrência de acontecimentos de stress major) e da validade concorrente (obtida através da medida da associação entre as dimensões do Inventário e a avaliação subjetiva do impacto do acontecimento como positivo ou negativo) foram obtidos bons índices de validade (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma proliferação de estudos de validação do Posttraumatic Growth Inventory em diversas populações. Destes estudos têm resultado diferentes soluções fatoriais, que de alguma forma são demonstrativas das especificidades culturais do instrumento. Assim, por exemplo, na versão Bósnia (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003), realizada com indivíduos refugiados e desalojados de Sarajevo (N = 201), foi encontrada uma estrutura fatorial constituída por três fatores; o mesmo acontece na versão espanhola (Weiss & Berger, 2006) (realizada com 100 emigrantes latinos), embora estes fatores não coincidam com os encontrados na versão Bósnia. Já nas versões Chinesa (Ho, Chan, & Ho, 2004), com 188 sobreviventes de cancro, e Japonesa (Taku et al., 2007), com 312 estudantes universitários, foram encontradas estruturas fatoriais constituídas por quatro fatores, embora diferentes entre si. Já num estudo de validação com amostras de doentes coronários de nacionalidade Americana e Inglesa (N = 124), Sheikh e Marotta (2005) encontraram apenas dois fatores de DPT. Apenas as versões Holandesa (Jaarsma, Pool, Sanderman, & Ranchor, 2006), realizada com 294 sobreviventes de cancro, e Australiana (Morris, Shakespeare-Finch, Rieck, & Newbery, 2005), com 219 estudantes universitários, mantiveram uma estrutura semelhante à original, constituída por cinco fatores. Através de análise fatorial confirmatória, num estudo recente de comparação entre as estruturas fatoriais do Inventário encontradas em cinco modelos diferentes, e com recurso a uma amostra de 926 sujeitos que experienciaram uma grande variedade de situações traumáticas, Taku, Cann, Calhoun e Tedeschi (2008), verificaram que o melhor modelo explicativo reflete, efetivamente, cinco dimensões de DPT.

O presente trabalho pretende apresentar os estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT), numa amostra de mulheres portuguesas com história pessoal de cancro da mama. Num primeiro ponto serão expostos os resultados relativos à análise da estrutura fatorial do IDPT, sendo que posteriormente serão apresentados os dados dos estudos de fidelidade e dados adicionais relativos aos estudos da validade de constructo. No âmbito destes estudos, e de acordo com os procedimentos referidos pelos autores (Tedeschi & Calhoun, 1996), será testado se o constructo medido pelo IDPT se reporta, de facto, a mudanças psicológicas positivas experimentadas como consequência de um acontecimento significativamente negativo ou, contrariamente, a uma perceção de melhoria progressiva, subjacente ao processo natural de desenvolvimento humano (Cordova et al., 2001). Ainda de forma a imprimir um maior rigor à análise da validade do IDPT, serão examinadas as relações existentes entre o conceito de DPT e um conjunto de características relacionadas com a perceção de bem-estar subjetivo (Carver & Antoni, 2004; Davis et al., 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004; Zoellner & Maercker, 2006) que, teórica e conceptualmente, deverão associar-se às dimensões avaliadas pelo IDPT. Desta forma, é esperado que as mulheres que experienciem mudanças positivas na perceção de si mesma e dos seus recursos e competências, revelem

também uma melhor autoestima e um impacto positivo do cancro da mama na sua perceção de força pessoal. Da mesma forma, a experiência de uma maior valorização e reapreciação da vida, com novas possibilidades, interesses e desafios, deverá associar-se a um maior gosto pela vida, menor frequência de sentimentos negativos, maior grau de participação em atividades de recreio e/ou lazer e a uma avaliação positiva do impacto do diagnóstico de cancro da mama, ao nível da sua apreciação da vida e do surgimento de novas oportunidades. Já a perceção de relações interpessoais fortalecidas, deverá associar-se a uma maior satisfação com as relações sociais, a uma melhor perceção de apoio social e a uma avaliação positiva do impacto do cancro da mama ao nível da relação com os outros. Por último, o fortalecimento a nível espiritual, deverá corresponder a uma melhor qualidade de vida em termos espirituais/existenciais, bem como a uma perceção de impacto positivo ao nível da esfera espiritual e das crenças pessoais. Já quando a experiência de cancro da mama se repercute num impacto negativo nas diversas áreas da vida da mulher, são previsíveis níveis inferiores de DPT.

Método

Amostra

A amostra foi constituída por 202 mulheres diagnosticadas com cancro da mama que foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: a) diagnóstico estabelecido de cancro da mama b) idade igual ou superior a 18 anos; e c) capacidade de compreensão que permitisse o preenchimento autónomo do protocolo. No que respeita ao recrutamento da amostra, este decorreu durante o período em que as participantes se encontravam internadas na Unidade C do Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) para realização de cirurgia de reconstrução da mama e, também, durante a realização de tratamento de quimioterapia ou radioterapia, no Hospital de Dia do Serviço de Ginecologia e no Serviço de Radioterapia dos HUC. Para além disso, foram também recrutadas utentes e voluntárias da sede do Movimento Vencer e Viver do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro (MVV da LPCC), uma associação de voluntariado constituída por mulheres que tiveram cancro da mama e que presta apoio a outras mulheres e famílias a viver a doença.

Exclusivamente para efeito comparativo na medida de DPT, relativamente à amostra de mulheres com cancro da mama, foi recrutado um grupo de referência, constituído por 136 mulheres da população geral, que responderam ao IDPT de acordo com a vivência pessoal de um acontecimento significativamente negativo no último ano e meio.

No Quadro 1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra.

Quadro 1 | Caracterização sociodemográfica da amostra

	Cancro da mama N = 202		População geral N = 136		t/ χ^2
	n	%	n	%	
Idade					
20-39 anos	12	6.2	42	31.3	
40-59 anos	136	69.7	64	47.8	37.375***
≥ 60 anos	47	24.1	28	20.9	
	M = 53.1 (DP = 9.1)		M = 48.0 (DP = 16.7)		3.237***
Estado civil					
Solteira	13	6.5	19	14.0	
Casada / União de facto	155	76.7	97	71.3	
Separada / Divorciada	13	6.4	2	1.5	10.500*
Viúva	20	9.9	18	13.2	
Habilitações literárias					
1º Ciclo do Ensino Básico	69	34.7	39	29.5	
2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	42	21.1	34	25.8	
Ensino Secundário	35	17.6	23	17.4	1.401
Ensino Universitário e Pós-graduado	53	26.6	36	27.3	
Situação Profissional					
Empregada	81	41.5	84	62.2	
Desempregada/Doméstica/Baixa médica	43	22.1	34	25.2	24.132***
Reformada	71	36.4	17	12.6	

Nota. Em ambos os grupos algumas variáveis apresentam informação em falta.
* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Como se pode verificar no Quadro 1, a amostra foi constituída sobretudo por mulheres na faixa etária dos 40 aos 59 anos de idade, que se encontravam casadas ou a viver em união de facto, cujas habilitações literárias correspondiam ao ensino básico (1º, 2º ou 3º ciclos) e que profissionalmente se encontravam empregadas. Embora este padrão de resultados se verifique também no grupo de mulheres da população geral, apenas no que respeita às habilitações literárias os grupos mostraram ter uma distribuição homogénea.

No que respeita à caracterização clínica do grupo de mulheres diagnosticadas com cancro da mama, no momento de participação no estudo 104 mulheres (51.5%) encontravam-se a realizar tratamento para o cancro da mama (quimioterapia ou radioterapia) e 98 mulheres (48.5%) encontravam-se numa situação clínica indicadora de remissão total da doença, não estando a realizar qualquer tratamento adjuvante de quimioterapia ou radioterapia, há pelo menos cinco meses. É importante realçar que, destas, 37 mulheres encontravam-se a realizar cirurgia de reconstrução da mama. A grande maioria das mulheres foi diagnosticada com Carcinoma Ductal Invasivo (75.4%), foi submetida a mastectomia (64.3%) e não realizou esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (57.8%). O protocolo de tratamento adjuvante a que foram sujeitas em 38.6% dos casos, incluiu apenas quimioterapia; em 18.1%, apenas radioterapia; e em 31.3% das situações, quimioterapia em combinação com radioterapia, sendo que apenas uma minoria não realizou qualquer tratamento adjuvante (9.6%). Nesta amostra, constata-se que 20.1% das mulheres tinha já vivido uma recorrência da doença. Quanto ao tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro da mama, a grande maioria das mulheres teve conhecimento da doença no

último ano (46.4%), ainda que um número significativo de mulheres tenha sido diagnosticada entre os 12 e 60 meses antecedentes (22.1%) ou há mais de 60 meses (31.5%).

Já no que respeita ao grupo de mulheres da população geral, 33.8% referiram ter experienciado um acontecimento significativamente adverso no último ano e meio, correspondendo, na sua maioria, a situações de perda ou morte de um elemento significativo (50%); problema de saúde/doença (21.7%); desemprego/instabilidade profissional (13.0%); acidente (8.7%); e outros tipos de situações não especificadas (6.5%).

Instrumentos

O protocolo de avaliação foi constituído pelos seguintes instrumentos:

Questionário de informação sociodemográfica e clínica

Questionário construído pelos investigadores de forma a obter informação relativa às características sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional atual) e também informação clínica (dados relacionados com a doença e os tratamentos).

Escala de avaliação subjetiva do impacto da situação adversa

Conjunto de cinco questões desenvolvidas pelos investigadores no âmbito desta investigação. Estas questões avaliam cinco áreas do funcionamento psicológico, que correspondem aos cinco domínios apresentados na versão original do Inventário. Assim, é questionado aos sujeitos “Que tipo de impacto tem tido o diagnóstico de cancro da mama em diferentes áreas da sua vida, nomeadamente ao nível (1) do seu relacionamento com os outros; (2) da sua espiritualidade ou crenças pessoais; (3) da sua apreciação da vida; (4) do surgimento de novas oportunidades (ex. profissionais, atividades de lazer, novos interesses, etc.) e (5) da sua perceção de força pessoal?”. Os sujeitos respondem ao tipo de impacto percebido numa escala tipo Likert de cinco pontos, que oscila entre “muito negativo” e “muito positivo”.

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT, The Posttraumatic Growth Inventory)

O IDPT é constituído por 21 itens, que expressam mudanças psicológicas positivas ocorridas após um acontecimento adverso. Na versão original (Tedeschi & Calhoun, 1996), estes itens organizam-se em cinco domínios de DPT: Apreciação da Vida; Novas Possibilidades; Força Pessoal; Relacionamento com os Outros; e Mudança Espiritual.

No presente estudo, e com a devida autorização dos autores, foi utilizada a tradução portuguesa realizada por M. G. Pereira e R. Teixeira no âmbito de uma investigação a decorrer na Universidade do Minho. No entanto, devido ao facto da amostra deste estudo ter sido constituída por um grupo específico de mulheres com cancro da mama, a instrução foi reformulada para a seguinte: “Determinados acontecimentos críticos de vida, como por exemplo, o diagnóstico e

tratamento de uma doença, a perda de um filho, um aborto não desejado, um acidente, entre outros, implicam um conjunto de mudanças significativas. De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida desde que tomou conhecimento da sua doença. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma, deverá assinalar a resposta que melhor traduza o grau em que experienciou essa mesma mudança.

Já no grupo de mulheres da população geral, sendo desconhecido à partida a ocorrência de um acontecimento adverso, foi introduzida uma questão antecedente de resposta fechada Sim/Não: “No último ano e meio, considera ter ocorrido na sua vida um acontecimento significativamente negativo ao ponto de influenciar marcadamente a sua vida? (Por exemplo: doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, assalto, entre outros)”. Esta questão inicial foi seguida pela seguinte instrução: “De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida na sequência do acontecimento negativo que indicou. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Em cada uma deverá assinalar a resposta que melhor traduza o grau em que experienciou essa mesma mudança. No caso de considerar que neste período de tempo não ocorreu nenhum acontecimento significativamente negativo, deverá, na mesma, para cada afirmação, indicar o grau em que a cada mudança se tem (ou não) refletido na sua vida no último ano e meio”.

Todas as participantes responderam ao Inventário de acordo com uma escala que oscila entre 0 “Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento (da minha doença)” e 5 “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento (da minha doença)”.

De forma a testar a compreensibilidade e adequação dos itens e das respetivas instruções em ambos os grupos, cada uma das versões do Inventário foi previamente administrada a um pequeno grupo de mulheres com cancro da mama e de mulheres da população geral.

Versão breve do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref, World Health Organization Quality of Life)

Este instrumento (The WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra et al., 2006) é constituído por 26 questões que permitem uma avaliação genérica, multidimensional e multicultural da perceção subjetiva de qualidade de vida. O WHOQOL-Bref comporta uma faceta geral de avaliação de qualidade de vida e de perceção geral de saúde, e 24 facetas específicas. Estas avaliam aspetos particulares de qualidade de vida e organizam-se em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

No presente trabalho, e para efeitos de estudo da validade convergente do IDPT, foram apenas tomadas em consideração as seguintes facetas: “sentimentos positivos” (“Até que ponto gosta da vida?”); “sentimentos negativos” (“Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”); “autoestima” (“Até que ponto está satisfeito consigo próprio?”); “espiritualidade / religião / crenças pessoais” (“Em que medida sente que a sua vida tem sentido?”) - domínio Psicológico - “relações pessoais” (“Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?”); “suporte social” (“Até que ponto está satisfeito com o apoio que

recebe dos seus amigos?”) - domínio Relações Sociais e, por último, a faceta “participação em/ oportunidade de recreio/lazer” (“Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?”) - domínio Ambiente.

Procedimento

As participantes foram pessoalmente contactadas pelos investigadores, de forma a se proceder à apresentação e esclarecimento dos objetivos do estudo. Às mulheres que voluntariamente aceitaram participar, foi-lhes entregue um envelope que incluía o protocolo de avaliação e o consentimento informado, no qual eram explicitados os objetivos do estudo e o papel das participantes, bem como garantida a confidencialidade das respostas. Depois de preenchido o protocolo, este era entregue pessoalmente aos investigadores ou, em caso de impossibilidade, via correio.

Análises Estatísticas

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico SPSS, versão 15.0. Para a descrição dos dados de caracterização da amostra, foram calculadas as estatísticas descritivas, nomeadamente médias e desvios-padrão, para as variáveis contínuas, e cálculo das frequências simples e relativas, para as variáveis categoriais. Para a análise das diferenças entre as características sociodemográficas dos grupos, foram utilizados o teste do Qui-quadrado e o teste t-student. Com intuito de estudar a estrutura fatorial do IDPT numa amostra de mulheres com cancro da mama, foi realizada uma análise fatorial exploratória com recurso ao método Componentes Principais, com rotação ortogonal tipo Varimax, tendo sido retidos os fatores cujo valor próprio (eigenvalue) fosse igual ou superior a 1 (critério de Kaiser, ver Field, 2005) e os itens com saturação, em pelo menos um fator, igual ou superior a 0.4 (Stevens, 1992). Para a análise da consistência interna, foram calculados os coeficientes alpha de Cronbach e de bipartição Split-half. Além disso, foram também calculados os coeficientes de correlação item-total, item-total corrigido e alpha de Cronbach excluindo o item. No âmbito dos estudos da validade de constructo, recorreu-se ainda aos coeficientes de correlações de Pearson e à análise de variância multivariada (MANOVA), utilizando-se o teste Post-hoc de Bonferroni, de forma a analisar as diferenças de médias nas várias dimensões do IDPT, entre diferentes grupos. Para testar as correlações entre as várias subescalas do IDPT e os níveis de impacto da experiência de cancro da mama (variável categorial) foram criados duas variáveis dummy para cada uma das cinco áreas do funcionamento psicológico (impacto positivo vs impacto negativo).

Resultados

Em seguida, são apresentados os resultados relativos ao estudo da estrutura fatorial do IDPT, da fiabilidade (particularmente da consistência interna dos itens) e por último, da validade de constructo.

Análise Fatorial Exploratória

De forma a conhecer as dimensões subjacentes às 21 questões que constituem o IDPT, foi realizada uma análise fatorial exploratória com utilização do método Componentes Principais, seguida de rotação ortogonal tipo Varimax, não se determinando previamente o número de fatores a reter. Os resultados obtidos através de análises preliminares realizadas, nomeadamente o índice Keiser-Meyer-Olkin (KMO = .911) (Kaiser, 1974) e o teste de esfericidade de Bartlett (Bartlett(210) = 2588.410; $p = .000$), confirmam a adequação da análise fatorial na amostra considerada (Field, 2005).

No Quadro 2, são apresentados os resultados obtidos na análise fatorial em componentes principais, nomeadamente os valores próprios (eigenvalues), a percentagem de variância explicada e as saturações de cada item nos respetivos fatores.

Quadro 2 | Análise em componentes principais com rotação Varimax - Extração de 4 fatores

	F1	F2	F3	F4	Estudo original - Fator
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.	.852				3
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.	.739				3
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.	.730				2
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.	.605				3
13. Consigo apreciar melhor cada dia.	.566				5
16. Dedico-me mais às minhas relações.	.437		.367		1
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.		.789			5
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.		.764			5
3. Desenvolvi novos interesses.		.722			2
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.		.676			2
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.		.567	.409		2
4. Sinto que posso contar mais comigo próprio.	.506	.507			3
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade			.775		1
21. Aceito melhor necessitar dos outros.			.683		1
8. Sinto-me mais próximo das outras pessoas			.665		1
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.	.490		.563		1
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.	.454	.459	.464		1
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.		.423	.460		2
18. Tenho uma maior fé religiosa.				.852	4
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.				.773	4
15. Tenho mais compaixão para com os outros.				.651	1
Valor próprio (<i>eigenvalue</i>)	9.481	1.753	1.412	1.102	
%Variância explicada	45.1	8.3	6.7	5.2	
% Total de variância explicada		65.5			

Nota. A disposição dos itens respeita a carga fatorial e não a ordem com que cada item surge no IDPT.

F1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

1 - Relacionamento com os Outros; 2 - Novas Possibilidades; 3 - Força Pessoal; 4 - Mudança Espiritual; 5 - Apreciação da Vida.

Os resultados indicam uma solução constituída por 4 fatores, com valor próprio (eigenvalue) superior a 1 (critério de Kaiser). Esta estrutura é corroborada pela representação gráfica scree plot, que apresenta uma distribuição dos itens em 4 fatores diferenciáveis acima do ponto de inflexão (Field, 2005). Na sua totalidade, a solução obtida é explicativa de 65.5% da variância total do instrumento, sendo o Fator 1 explicativo de 45.1% da variância e os restantes 3 fatores, de 8.3% (Fator 2), 6.7% (Fator 3) e 5.2% (Fator 4). Para além de todos os itens apresentarem uma saturação igual ou superior a .4 em pelo menos um fator, é relevante verificar que a grande maioria satura acima de .6, o que é abonatório da validade da solução fatorial encontrada (Guadagnoli & Velicer, 1988, cit in Field, 2005).

Considerando como critério de retenção de itens, saturações superiores a .40 (Stevens, 1992), constata-se que a grande maioria dos itens satura apenas num fator, à exceção dos itens 14, 4, 20, 9 e 17, que apresentam pesos superiores a .40 em dois ou mais fatores. Assim sendo, o critério de inclusão de um item num determinado fator, para além de ter sido baseado num critério estatístico, mais concretamente no valor mais elevado de saturação, teve também em conta o seu significado conceptual e teórico (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Desta forma, optou-se pela manutenção dos itens nos fatores cuja carga fatorial fosse superior, excetuando os itens 16, 4, e 17 que, embora com saturações superiores nos fatores 1, 2 e 3, respetivamente, foi considerado que representariam melhor as dimensões avaliadas no fator 3, no caso do item 16; no fator 1, no caso do item 4; e no fator 2, no caso do item 17. Embora a saturação do item 16 no fator 3 seja menor do que .40 (.367), a alteração deste item mostrou contribuir para um aumento da consistência interna neste novo fator (facto que também se verificou relativamente aos restantes dois itens). Este facto permitiu-nos, portanto, optar com maior segurança pela não manutenção no fator com maior peso fatorial.

Assim sendo, o primeiro fator do IDPT é constituído pelos itens 4, 10, 11, 12, 13 e 19 e foi denominado Perceção de Recursos e Competências Pessoais (F1). Como se pode verificar, engloba os itens que segundo a versão original se distribuem pelos fatores Força Pessoal (item 4, 10, 12 e 19), Novas Possibilidades (item 11) e Apreciação da Vida (item 13). O segundo fator, constituído pelos itens 1, 2, 3, 7, 14 e 17, foi apelidado Novas Possibilidades e Valorização da Vida (F2) e engloba itens que na versão de Tedeschi e Calhoun (1996), constituem os fatores Apreciação da Vida (itens 1 e 2) e Novas Possibilidades (itens 3, 7, 14 e 17). Já o fator 3, compreende os itens 6, 8, 9, 16, 20 e 21 e foi designado Fortalecimento das Relações Interpessoais (F3). Contrariamente aos anteriores fatores, esta dimensão mostrou-se bastante consistente com a subescala Relacionamento com os Outros da versão original, englobando os mesmos itens, à exceção do item 15. Por último, o fator Desenvolvimento Espiritual (F4), que inclui os itens 5, 15 e 18. Este fator mantém-se também muito próximo da subescala Mudança Espiritual da versão original, contando no entanto, com a inclusão do item 15 “Tenho mais compaixão para com os outros”.

Estudo da Fidelidade

Para avaliar a fidelidade do IDPT, foi analisada a sua consistência interna através da determinação do alpha de Cronbach e dos coeficientes de bipartição Split-half, para o total do Inventário e para cada uma das suas subescalas (Quadro 3).

Quadro 3 | Consistência interna do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático – Total e subescalas

Fatores do IDPT	Nº itens	Média (Desvio-padrão)	Alpha de Cronbach	Coefficiente de bipartição (Split-half)
F1	6	19.90 (6.58)	.874	.885
F2	6	16.77 (7.26)	.858	.786
F3	6	19.82 (6.44)	.857	.824
F4	3	9.61 (4.15)	.810	.808
Total	21	66.10 (20.82)	.937	.898

Nota. F1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

Como se observa, o coeficiente alpha de Cronbach encontrado para o resultado Total na amostra em estudo é de .937, o que é um indicador de um grau muito bom de consistência interna (Hill & Hill, 2005). Também no que respeita a cada uma das subescalas, os índices de fidelidade obtidos situam-se entre .8 e .9, o que revela a boa consistência do IDPT. Os valores do coeficiente split-half atestam no mesmo sentido.

No que respeita ao grupo da população geral, foi encontrado um coeficiente alpha de Cronbach = .963 para o resultado Total de DPT e $\alpha = .924$ para a subescala Perceção de Recursos e Competências Pessoais; $\alpha = .885$ para a subescala Novas Possibilidades e Valorização da Vida; $\alpha = .910$; para a subescala Fortalecimentos das Relações Interpessoais; e por último, $\alpha = .781$ para a subescala Desenvolvimento Espiritual.

De forma a aprofundar o estudo dos itens do IDPT, foi também calculado o coeficiente de correlação entre cada item e o total de cada subescala a que pertence, o coeficiente de correlação item-total corrigido e ainda o alpha de Cronbach excluindo o item (Quadro 4).

Da leitura do Quadro 4, pode verificar-se que todos os itens mantêm correlações bastante elevadas e estatisticamente significativas com o total de cada subescala a que pertencem, situando-se entre .616 e .903, o que corresponde a uma associação bastante forte (Hill & Hill, 2005). Refira-se que, apesar de não se apresentarem os resultados, esta associação mostrou ser também mais forte para a subescala a que pertencem, do que para qualquer outra subescala. Paralelamente, as correlações item-total corrigido situam-se na sua quase totalidade acima de .50, o que indica uma boa homogeneidade dos itens e que estes são capazes de isoladamente, representar de forma adequada o constructo que cada subescala pretende medir (Field, 2005). À exceção dos itens 6 e 19, o valor de alpha de Cronbach de cada subescala excluindo o item é sempre inferior ao respetivo alpha global, indicando que todos os itens contribuem positivamente para a consistência interna de cada uma das dimensões do IDPT

Quadro 4 | Estudo dos itens do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

Fatores do IDPT	Itens	Média (Desvio-padrão)	Correlação Item-Total	Correlação Item-Total Corrigida	Alpha de Cronbach excluindo o item
Perceção de Recursos e Competências Pessoais	4	2.98 (1.53)	.748***	.614	.864
	10	3.41 (1.37)	.830***	.744	.840
	11	2.86 (1.50)	.838***	.746	.839
	12	3.15 (1.39)	.860***	.785	.833
	13	3.48 (1.43)	.789***	.682	.851
	19	4.02 (1.17)	.623***	.494	.879
Novas Possibilidades e Valorização da Vida	1	2.96 (1.63)	.728***	.591	.845
	2	3.70 (1.46)	.742***	.628	.838
	3	2.56 (1.62)	.807***	.704	.824
	7	2.56 (1.64)	.843***	.754	.814
	14	2.06 (1.61)	.752***	.627	.838
	17	2.94 (1.52)	.716***	.587	.845
Fortalecimentos das Relações Interpessoais	6	3.73 (1.22)	.616***	.477	.860
	8	3.11 (1.40)	.827***	.735	.816
	9	3.00 (1.56)	.790***	.666	.829
	16	3.06 (1.49)	.760***	.631	.836
	20	3.56 (1.33)	.758***	.646	.833
	21	3.35 (1.42)	.818***	.721	.818
Desenvolvimento Espiritual	5	3.07 (1.64)	.845***	.645	.754
	15	3.32 (1.53)	.803***	.590	.807
	18	3.22 (1.71)	.903***	.752	.637

*** $p \leq .001$.

Estudo da Validade

Para o estabelecimento da validade de constructo, para além da análise fatorial, foi calculada a matriz de correlações entre as subescalas, e entre cada uma das subescalas e o resultado Total do IDPT (Quadro 5). Os resultados mostram que todas as subescalas do IDPT apresentam entre si correlações moderadas e estatisticamente significativas, situando-se entre .49 e .70. Para além disso, correlações igualmente significativas mas manifestamente mais elevadas, foram encontradas na associação entre cada subescala e o resultado Total de DPT, o que mostra que todos os fatores contribuem para a avaliação de um mesmo constructo, nomeadamente a experiência de mudanças psicológicas positivas.

Quadro 5 | Correlações entre as subescalas e o resultado Total do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

	Novas Possibilidade e Valorização da Vida (F2)	Fortalecimento das Relações Interpessoais (F3)	Desenvolvimento Espiritual (F4)	Total
F1	.664***	.700***	.551***	.874**
F2		.677**	.487***	.865***
F3			.617***	.890***
F4				.734***

Nota. F1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.
** $p < .01$. *** $p < .001$.

Por outro lado, à semelhança do procedimento utilizado pelos autores da versão original para testar a validade de constructo, e simultaneamente, a capacidade do IDPT para diferenciar grupos

de indivíduos com características distintas (validade discriminante), foram testadas as diferenças nas respostas ao Inventário, entre as mulheres da amostra em estudo e dois grupos de mulheres da população geral: um grupo que referiu ter vivido um acontecimento potencialmente traumático no último ano e meio, e um grupo de mulheres que referiu não ter experienciado qualquer tipo de acontecimento desta natureza (Quadro 6).

Quadro 6 | Comparações de médias entre o grupo de mulheres com cancro da mama e dois grupos de mulheres da população geral “com e sem vivência de um acontecimento traumático” nas subescalas e no resultado Total do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

IDPT	População geral			F ^a	Post-hoc Bonferroni
	Cancro da mama (1) n = 200	Com acontec. Traumático (2) n = 46	Sem acontec. traumático (3) n = 90		
F1	19.9 (6.6)	17.0 (8.4)	13.5 (8.2)	24.417***	1>2,3 2>3
F2	16.8 (7.3)	15.4 (7.6)	11.3 (8.0)	16.907***	1>3 2>3
F3	19.8 (6.4)	16.7 (7.7)	12.6 (7.8)	33.727***	1>2,3 2>3
F4	9.6 (4.2)	8.9 (4.2)	6.5 (4.1)	17.590***	1>3 2>3
Total	66.1 (20.8)	58.0 (25.3)	43.8 (25.7)	29.745***	1>3 2>3

Nota. ^aMANOVA (Pillais' Trace = .182, F(2, 335) = 8.312, p ≤ .001, η² = .091).

(1) grupo de mulheres com cancro da mama. (2) grupo de mulheres da população geral com vivência de um acontecimento traumático. (3) grupo de mulheres da população geral sem vivência de um acontecimento traumático.

F1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

***p ≤ .001.

A comparação de médias entre os grupos resultou em diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, e igualmente no resultado Total de DPT, entre o grupo de mulheres com cancro da mama e o grupo que não experienciou um acontecimento traumático, assim como entre este último e o grupo de mulheres da população geral que viveu uma situação adversa. Estes resultados sugerem que o instrumento mede, efetivamente, o constructo teórico subjacente, que se prende com a perceção de mudanças psicológicas positivas ocorridas no seguimento de vivências traumáticas, e não a experiência de melhoria pessoal e relacional decorrente do processo natural de desenvolvimento humano.

Paralelamente, diferenças encontradas ao nível dos fatores Perceção de Recursos e Competências Pessoais e Fortalecimentos das Relações Interpessoais, favoráveis para o grupo de mulheres com cancro da mama, relativamente ao grupo de mulheres que viveu outro tipo de acontecimento, são também reveladores da capacidade do IDPT para discriminar grupos de sujeitos que, em virtude de terem vivido diferentes ocorrências traumáticas, supõe-se que apresentem resultados distintos num determinado momento.

Ainda no âmbito dos estudos de validade, e de forma a averiguar se o DPT se associa a outras variáveis que a literatura tem evidenciado como estando conceptualmente associadas (validade convergente), foram calculados os coeficientes de correlação entre as subescalas do IDPT e

algumas facetas da qualidade de vida. No quadro 7 são apresentadas as correlações com as facetas do domínio Psicológico, “sentimentos positivos”, “sentimentos negativos”, “autoestima” e “espiritualidade / religião / crenças pessoais”; as facetas do domínio Relações Sociais, “relações pessoais” e “suporte social” e a faceta do domínio Ambiente, “participação em/e oportunidade de recreio/lazer”.

Quadro 7 | Correlações entre as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático e as facetas da qualidade de vida

Qualidade de Vida	Desenvolvimento pós-traumático				
	F1	F2	F3	F4	Total
D. Psicológico					
Sentimentos positivos	.364 ***	.282***	.312 ***	.108	.332 ***
Sentimentos negativos	.184 **	.042	.105	-.088	.088
Autoestima	.328 ***	.160*	.253 ***	.042	.247 ***
Espiritualidade / crenças pessoais	.403 ***	.262***	.345 ***	.095	.346 ***
D. Relações Sociais					
Relações pessoais	.285***	.169*	.290 ***	.087	.257 ***
Suporte Social	.140 *	.085	.223 **	.017	.147 *
D. Ambiente					
Participação em / e oportunidade de recreio/lazer	.258 ***	.162*	.215 **	-.044	.196 **

Nota. F1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.
* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.*** $p \leq .001$.

Os resultados mostram que a subescala Perceção de Recursos e Competências Pessoais, mantém associações positivas significativas com a faceta “autoestima”. Além disso, associa-se significativamente com as restantes facetas consideradas. Da mesma forma, a subescala Novas Possibilidades e Valorização da Vida associa-se positivamente com as facetas “sentimentos positivos” e “participação em/e oportunidade de atividades de recreio e/ou lazer”. Simultaneamente, correlaciona-se positivamente com as facetas “autoestima”, “espiritualidade / religião / crenças pessoais” e “relações pessoais”. Já a dimensão Fortalecimento das Relações Interpessoais, revelou correlacionar-se a um nível estatisticamente significativo com as facetas “relações pessoais” e “suporte social”. Para além disso, associou-se também às restantes facetas, com exceção da relativa a “sentimentos negativos”. No que respeita à dimensão Desenvolvimento Espiritual, e contrariando a nossa hipótese, esta não se associou a um nível significativo com qualquer faceta da qualidade de vida. Finalmente, o resultado Total de DPT revelou associações positivas com todas as facetas consideradas mas a associação com a faceta “sentimentos negativos” não é mais uma vez significativa. É interessante notar que esta faceta apenas mostrou correlacionar-se significativa e positivamente com o fator Perceção de Recursos e Competências Pessoais.

De forma a testar a validade convergente do IDPT, para além destas associações, foram ainda testadas as correlações com os níveis de impacto da experiência de cancro da mama nas cinco áreas do funcionamento psicológico, avaliados pela Escala de avaliação subjetiva do impacto da situação adversa (Quadro 8).

Quadro 8 | Correlações entre as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático e os índices de impacto do acontecimento adverso em cinco áreas do funcionamento psicológico

Impacto do acontecimento adverso	Desenvolvimento pós-traumático				
	F1	F2	F3	F4	Total
Relação com os outros – imp.+ ^a	.266 ***	.193 *	.298 ***	.163 *	.280 ***
Relação com os outros – imp.- ^b	-.137	-.080	-.136	-.064	-.128
Espiritualidade – imp.+ ^a	.300 ***	.194 *	.249 ***	.501 ***	.341 ***
Espiritualidade – imp.- ^b	-.186 *	.000	-.114	-.179 *	-.130
Apreciação da vida – imp.+ ^a	.386 ***	.217 **	.280 ***	.145	.314 ***
Apreciação da vida – imp.- ^b	-.205 **	-.039	-.054	-.028	-.100
Novas oportunidades – imp.+ ^a	.245 **	.244 **	.199 *	.236 **	.272 ***
Novas oportunidades – imp.- ^b	-.178 *	-.113	-.188 *	-.047	-.164 *
Força pessoal – imp.+ ^a	.437 ***	.118	.301 ***	.179 *	.319 ***
Força pessoal – imp.- ^b	-.187 *	.015	-.112	-.041	-.097

Nota. F1 - Perceção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

^aPara o impacto positivo: 0 - impacto nulo, 1 - impacto positivo; ^b Para o impacto negativo: 0 - impacto nulo, 1 - impacto negativo.

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

No Quadro 8, verifica-se que quando a experiência de cancro da mama é avaliada como tendo tido um impacto positivo, ao nível das várias áreas do funcionamento psicológico consideradas, tal associa-se com níveis mais elevados de DPT. Assim, a subescala do IDPT, Perceção de Recursos e Competências Pessoais, apresenta associações positivas com o item perceção de impacto positivo ao nível da Força Pessoal; a subescala Novas possibilidades e Valorização da Vida, com os itens perceção de impacto positivo ao nível da Apreciação da Vida e surgimento de Novas Oportunidades; a subescala Fortalecimento das Relações Interpessoais, com o item perceção de impacto positivo ao nível das Relação com os Outros; e por último, a subescala Desenvolvimento Espiritual associa-se positivamente a uma perceção de impacto positivo do cancro da mama ao nível da Espiritualidade e Crenças Pessoais.

Já quando a experiência de cancro da mama é percecionada como tendo tido um impacto negativo, as associações com as várias subescalas do IDPT são negativas na sua quase totalidade e maioritariamente não significativas.

Discussão

O presente trabalho teve como objetivo o estudo das características psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory numa amostra de mulheres da população portuguesa com história pessoal de cancro da mama. Embora os resultados obtidos não repliquem a estrutura fatorial original (Tedeschi & Calhoun, 1996), parecem permitir-nos concluir pela existência de boas características psicométricas, legitimando a sua utilização em contexto clínico e de investigação.

Efetivamente, a solução fatorial encontrada é constituída por quatro fatores que na sua totalidade são responsáveis por 65.5% da variabilidade das respostas ao Inventário, e que englobam os itens das cinco subescalas propostas no estudo original, responsáveis por uma percentagem de variabilidade idêntica à por nós encontrada (62%).

Recorrendo a um critério estatístico, mas tendo igualmente em conta o significado conceptual e teórico de cada item, foi considerado que o primeiro fator do IDPT, constituído por seis itens, reflete um conjunto de mudanças positivas na perceção de si mesmo e dos seus recursos e competências. Assim, este fator que alude a uma maior autoperceção de competência na condução da vida, de maior força pessoal e resistência face à adversidade e de maior capacidade de aceitação de resultados negativos, foi denominado Perceção de Recursos e Competências Pessoais.

Já o segundo fator, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, é igualmente constituído por seis itens que espelham mudanças que se manifestam numa nova conceptualização da vida, fortemente mais valorizada e apreciada, numa nova hierarquização de prioridades e numa maior abertura à mudança, bem como a novos interesses e possibilidades de vida.

O terceiro fator, designado Fortalecimento das Relações Interpessoais, é demonstrativo de mudanças que se traduzem numa revalorização e reaproximação em relação aos outros significativos, numa maior consciencialização da necessidade de apoio e de ser apoiado e numa maior disponibilidade para a partilha de afetos e emoções.

Por último, o fator Desenvolvimento Espiritual, constituído por três questões indiciadoras do incremento de uma atitude mais empática, altruísta e solidária para com os outros.

À semelhança dos dados do presente estudo, também noutros estudos internacionais de validação do IDPT, foram encontradas estruturas fatoriais diferentes da original (Powell et al., 2003; Weiss & Berger, 2006). A título ilustrativo, num estudo de validação Chinesa (Ho et al., 2004), realizado com 188 sobreviventes de cancro, através de uma análise fatorial confirmatória, foi encontrada e corroborada uma estrutura constituída por quatro fatores que, segundo os autores, refletem as dimensões pessoal, interpessoal, existencial e espiritual. Embora a organização dos itens pelos respetivos fatores seja relativamente diferente da aqui apresentada, as dimensões subjacentes à validação Chinesa mostram-se semelhantes às dimensões encontradas no presente estudo.

Os resultados relativos ao estudo da fidelidade do IDPT são bastante bons. Efetivamente, os valores de consistência interna obtidos, tanto para o resultado Total de DPT como para as respetivas quatro dimensões, são suficientemente elevados, indicando, o conjunto dos resultados, a boa robustez do Inventário. Do mesmo modo, as análises levados a cabo a propósito dos estudos de validade, nomeadamente no que se refere às elevadas associações entre as várias dimensões e o Total do IDPT, bem como à comparação dos níveis de desenvolvimento pessoal e relacional, entre a amostra em estudo e um grupo de mulheres que não referiu ter experienciado no último ano e meio um acontecimento significativamente negativo ao ponto de influenciar marcadamente a sua vida, permitem-nos reiterar que todos os itens incluídos no IDPT convergem na avaliação de um mesmo constructo, que se refere a mudanças psicológicas positivas experimentadas como consequência de um acontecimento significativamente negativo. Desta forma, pode então afirmar-se que esta experiência não corresponde a uma perceção de maturação psicológica subjacente ao processo normativo de desenvolvimento humano (Cordova et al., 2001; Tedeschi & Calhoun, 1995), um dos aspetos mais controversos na compreensão do

fenómeno de DPT (Andrykowski, Brady, & Hunt, 1993; Cordova et al., 2001; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Os resultados dos estudos realizados no âmbito da validade discriminante do IDPT, mais concretamente, as diferenças significativas observadas entre as mulheres diagnosticadas com cancro da mama, relativamente às mulheres da população geral com outros tipos de acontecimentos adversos (nas subescalas Percepção de Recursos e Competências Pessoais e Fortalecimentos das Relações Interpessoais) e de ambos os grupos, relativamente às mulheres que não referiram ter vivido um acontecimento traumático (em todas as dimensões do IDPT), confirmam o potencial do IDPT para refletir diferenças entre indivíduos, ou populações de indivíduos, que se supõe serem diferentes num determinado momento, em virtude de terem (ou não) vivido diferentes ocorrências traumáticas (Osoba, 1991). Na medida em que só os acontecimentos que desafiam, contradizem ou, até mesmo, anulam o sistemas de crenças dos indivíduos obrigam a um processamento cognitivo precursor da experiência de mudanças positivas (Janoff-Bulman, 2006), consideramos que estes resultados se constituem como contributos adicionais para o estudo da validade de constructo, ao mostrarem que quanto mais ameaçador é o acontecimento para a vida e suposições básicas dos indivíduos, maior é a experiência de DPT (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Ainda no âmbito dos estudos de validade, o teste das associações entre as várias dimensões do IDPT e outras variáveis conceptualmente associadas à experiência de mudanças psicológicas positivas, permitiu demonstrar a validade convergente do IDPT, evidenciando, simultaneamente, o significado adaptativo da experiência de desenvolvimento pessoal e relacional, pelo menos em algumas áreas da qualidade de vida (Tomich & Helgeson, 2002). No que respeita à dimensão Desenvolvimento Espiritual, contrariamente ao que seria de esperar, esta não revelou correlacionar-se com nenhuma das facetas em estudo, nomeadamente com a faceta “espiritualidade / religião / crenças pessoais”. Este resultado poderá relacionar-se com eventuais diferenças entre esta dimensão espiritual do IDPT, e a faceta Espiritualidade do WHOQOL-Bref, que avalia uma dimensão mais existencial da experiência humana. Por outro lado, a faceta da qualidade de vida “sentimentos negativos” mostrou associações positivas com a subescala Percepção de Recursos e Competências Pessoais, o que, embora à partida possa parecer paradoxal, corrobora a literatura científica, que tem chamado a atenção para a possibilidade do DPT poder coexistir com alguns sinais de mal-estar psicológico, cuja manutenção se constitui como um pré-requisito para a experiência de DPT (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tomich & Helgeson, 2004).

Também as correlações significativas encontradas entre as várias dimensões do Inventário, com os itens da escala de avaliação subjetiva do impacto do acontecimento adverso (que correspondem aos cinco domínios de DPT propostos por Tedeschi e Calhoun (1996)), parecem-nos permitir certificar a validade convergente. Assim, quando a experiência de cancro da mama é avaliada como tendo tido um impacto positivo ao nível das várias áreas do funcionamento psicológico consideradas, são encontrados níveis mais elevados de DPT, sendo que a um impacto negativo do cancro da mama se associa uma menor experiência de DPT.

Por tudo isto, consideramos que o IDPT constitui-se como um instrumento de grande utilidade permitindo avaliar, com precisão e rapidez, a perceção de mudanças psicológicas positivas após a vivência de um acontecimento adverso ou potencialmente traumático. Para além disso, tem a vantagem de ser flexível ao ponto de poder ser administrado em contextos clínicos e de investigação, tanto em amostras selecionadas a partir de situações específicas e previamente identificadas como traumáticas, como em amostras da população geral, sem o investigador ter à partida conhecimento da ocorrência de algum acontecimento vivido como traumático.

Ainda que também se possa constituir como uma medida útil de alguns aspetos da adaptação psicológica, no contexto da resposta a situações traumáticas, o IDPT não deve ser utilizado de forma isolada na despistagem de necessidades de intervenção. Pode, contudo, ser um recurso importante na identificação de indivíduos que corram riscos de perturbações de adaptação crónicas e no estabelecimento dos objetivos específicos de intervenção, dirigidos às necessidades singulares de cada indivíduo.

Embora este estudo se revista de carácter inovador, ao focar a avaliação da possibilidade de ocorrência de mudanças positivas após uma situação vivida como traumática, reveste-se de algumas limitações, nomeadamente, a não inclusão de uma amostra do sexo masculino e a sua natureza transversal, não contemplando a avaliação da estabilidade / mudança da experiência de DPT. Para além disso, neste estudo não foram testadas possíveis diferenças ao nível da intensidade do DPT, consoante a fase da doença em que a mulher se encontra (tratamentos vs sobrevivência), sendo importante que estudos futuros tenham em linha de conta as particularidades das diferentes etapas da trajetória da doença. Paralelamente, será importante relacionar as respostas ao IDPT com outras medidas psicológicas, nomeadamente de personalidade, psicopatologia, recursos de coping e, especialmente, com medidas qualitativas. Por outro lado, dever-se-ão desenvolver estudos noutras amostras de sujeitos que experienciaram outros tipos de situações adversas, sobretudo de desenho longitudinal, de forma a compreender continuidades e mudanças no que se refere à perceção de mudanças positivas, no simples decorrer do tempo, por um lado, e à medida que outros acontecimentos adversos possam ocorrer na vida dos sujeitos, por outro.

Conclusão

Nos últimos anos, um grande número de investigações tem mostrado que apenas uma pequena percentagem de pessoas expostas à adversidade desenvolve uma constelação de sintomas significativa, ao ponto de se constituir como perturbação com significado clínico. Tem sido evidenciado, todavia, que esta adversidade é frequentemente potenciadora da experiência de desenvolvimento pessoal e relacional, que se reflete na descoberta de novas forças e capacidades, na revitalização de relações interpessoais, na (re)organização de novos significados de vida e num fortalecimento a nível espiritual.

Em proeminente expansão em contexto clínico e de investigação, sobretudo a nível internacional, a conceptualização de um acontecimento negativo como uma oportunidade de mudança para trajetórias mais adaptativas, parece ser indispensável para uma melhor compreensão da

diversidade humana, pelo que nos parece urgente estimular o desenvolvimento de estudos e propostas de intervenção que a contemplem.

Agradecimento

Os autores agradecem ao Professor Doutor Mário Rodrigues Simões (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra) as sugestões dadas no âmbito dos estudos de validação do IDPT.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261-276.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (1999). *Facilitating posttraumatic growth*. Mahwah N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventing psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Cordova, M. J., & Andrykowski, M. A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 286-296.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.
- Finkel, N. J. (1974). Stress and traumas: An attempt at categorization. *American Journal of Community Psychology*, 2, 265-273.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1048-1055.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ho, S. M., Chan, C. L., & Ho, R. T. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 377-389.

- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105-133
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(10), 911-920.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 561-571.
- Kierkegaard, S. (1983). *Fear and trembling*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Linley, P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- McMillen, J. C., Smith, E., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 575-585.
- Nietzsche, F. (1955). *Beyond good and evil*. Chicago, IL: Henry Regnery.
- Osoba, D. (1991). *Effect of cancer on quality of life*. Florida: CRC Press.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71-83.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.
- Sheikh, A. I., & Marotta, S. A. (2005). A cross-validation study of the Posttraumatic Growth Inventory. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 38(2), 66-77.
- Stevens, J. P. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 353-367.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 158-164.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R., Park, C., & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.

Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23.

Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Weiss, T., & Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 191-199.

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266-273.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.



Estudo I

Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência ao cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping.

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2009). Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência ao cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental*, *XI*(5), 28-42.

Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência para o cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping

Sónia Silva, Helena Moreira & Maria Cristina Canavarro

Resumo

Objetivo: Embora o cancro da mama possa contribuir para a experiência de distress emocional, especialmente após o diagnóstico, as estratégias de coping têm mostrado desempenhar um papel fundamental na adaptação emocional da mulher. Este trabalho pretende explorar diferenças nos índices de ansiedade e depressão e também no recurso às estratégias de coping, em duas fases distintas da trajetória clínica do cancro da mama, nomeadamente, após o diagnóstico e durante o período de sobrevivência livre de doença. Simultaneamente, pretende averiguar o impacto do coping na adaptação emocional em cada uma das fases da doença.

Método: A amostra é constituída por 82 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, 75 mulheres sobreviventes e 83 mulheres da população geral, que responderam ao Hospital Anxiety and Depression Scale e ao Brief COPE.

Resultados: As mulheres recentemente diagnosticadas estão significativamente mais ansiosas que as sobreviventes. No entanto, o recurso a estratégias como o humor e a aceitação promove a adaptação emocional ao diagnóstico, assim como a reinterpretação positiva, durante a fase da sobrevivência. O recurso à negação, bem como à expressão de sentimentos, associa-se a índices mais elevados de ansiedade e depressão.

Conclusões: Ao reforçar o contributo das estratégias de coping na regulação das emoções disruptivas da mulher, este estudo contribui para enriquecer o conhecimento acerca do processo de adaptação emocional ao cancro da mama.

Palavras-chave: Cancro da mama, coping, ansiedade, depressão

Anxiety and depression following the diagnosis and survival for breast cancer: A cross-sectional study on the role of coping strategies

Abstract

Aim: Although breast cancer may contribute to the experience of emotional distress especially following diagnosis, coping strategies have proven to play a crucial role on women's emotional adjustment. This study intends to explore differences in anxiety and depression levels, and also on coping strategies, in two different phases of the clinical trajectory of breast cancer, namely after diagnosis and during disease-free survival. Simultaneously, it aims at studying the impact of coping strategies on emotional adjustment in each of the phases of the disease.

Method: The sample is comprised of 82 women recently diagnosed with breast cancer, 75 survivors and 83 women from general population, who were assessed with The Hospital Anxiety and Depression Scale and also The Brief COPE.

Results: Newly-diagnosed women are significantly more anxious than survivors. However, using humour and acceptance after breast cancer diagnosis and having a positive reframing approach to deal with survival demands have showed to promote better emotional adjustment. Denial and venting of emotions were found to lead to poor outcomes.

Conclusions: These findings highlight the value of coping strategies in the regulation of women's stressful emotions, contributing for the enrichment of the knowledge on the process of emotional adjustment to breast cancer.

Keywords: Breast cancer, coping, anxiety, depression

Introdução

O diagnóstico de um problema de saúde e, particularmente, de uma doença oncológica como o cancro da mama (CM), assume-se como um importante acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático [1]. Sendo a forma de cancro mais prevalente e incidente entre as mulheres nos países Europeus e também em Portugal, o CM é ainda uma importante causa de mortalidade [2]. Para além disso, e em virtude, de um diagnóstico ameaçador para a vida, o futuro e os objetivos da mulher, de tratamentos geralmente dolorosos, agressivos e prolongados, bem como de um prognóstico muitas vezes incerto [3], o CM pode implicar negativamente o funcionamento psicossocial da mulher e comprometer a sua qualidade de vida [3-5], contribuindo para a experiência de distress emocional [para uma revisão consultar 5], enquanto “experiência emocional desagradável e multifatorial de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou espiritual que pode interferir com a capacidade do sujeito para lidar eficazmente com o cancro, com os seus sintomas físicos e com os tratamentos” [6].

A trajetória do CM é constituída por diversas fases, cada uma caracterizada por diferentes preocupações psicossociais e por tarefas de adaptação específicas, nomeadamente nas esferas pessoal, familiar, conjugal, social e espiritual da mulher [5, 7-9]. A investigação que se tem focado no estudo da adaptação emocional ao CM ao longo do seu percurso tem, na sua generalidade, evidenciado um padrão de adaptação resiliente [10] uma vez que a grande parte das mulheres apresenta indicadores de adaptação positiva, mesmo perante a notícia de um diagnóstico ameaçador ou a realização de tratamentos bastante rigorosos. Ainda assim, estima-se que um terço a metade das mulheres experienciem níveis de distress emocional significativos, particularmente nas fases iniciais da experiência de cancro [11], que poderão refletir alguma inaptidão física e/ou problemas sociais e familiares, que se repercutirão no funcionamento psicossocial, qualidade de vida e capacidade para aderir ao tratamento [5, 12]. Contudo, a literatura tem igualmente mostrado que mesmo estas reações mais disruptivas não culminam numa perturbação suscetível de diagnóstico clínico, sendo que estas são, na sua maioria, transitórias e fazem parte do processo normal de ajustamento à doença [5, 13-15].

A literatura no âmbito da adaptação emocional ao CM tem-se debruçado sobretudo no estudo da ansiedade e da depressão enquanto indicadores de distress/adaptação. Na verdade, de acordo com Derogatis [16], estes correspondem aos sintomas centrais de aproximadamente 85% das perturbações psiquiátricas associadas à doença oncológica. Mais especificamente na área do CM, alguns estudos têm apontado para prevalências de ansiedade e depressão em 20% a 30% das mulheres durante o primeiro ano da doença, particularmente nas fases iniciais do diagnóstico e tratamento [11, 12, 17-21]. A este propósito, num estudo de Burgess et al. [22] em que as mulheres com CM foram avaliadas através de uma entrevista psiquiátrica estruturada, aproximadamente 33% pontuaram para depressão, ansiedade ou ambos no primeiro ano após o diagnóstico, 15% após o primeiro ano, 25% no segundo, terceiro e quarto anos e 15% no quinto ano. Da mesma forma mas num estudo longitudinal em que a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi administrada a mulheres com CM e cancro ginecológico, em quatro momentos distintos, Schwarza et al. [23] puderam verificar que a ansiedade e a depressão atingiam os seus níveis mais elevados no início do tratamento, decrescendo posteriormente ao longo do tempo.

Assim, após um ano, os níveis de depressão eram semelhantes aos da população geral, muito embora os de ansiedade se mantivessem elevados.

Também os estudos desenvolvidos com sobreviventes de CM, por comparação a mulheres da população geral, sem história pessoal de cancro, têm mostrado prevalências semelhantes de ansiedade e depressão, bem como a quase total inexistência de morbilidade psicológica entre as mulheres sobreviventes [24], confirmando, deste modo, o padrão de adaptação resiliente nesta fase específica da trajetória da doença [25].

Muito embora o CM se possa revestir de importantes implicações ao nível do bem-estar psicossocial da mulher, pelas exigências que coloca em cada fase [5], a literatura tem sido consensual na afirmação de que a resposta psicológica ao CM depende, não apenas das repercussões físicas e psicológicas da doença e dos tratamentos, mas também dos recursos psicossociais da mulher, nomeadamente as estratégias de coping implementadas [26, 27], isto é, dos “esforços cognitivos e comportamentais implementados para lidar com as exigências internas ou externas específicas que são percebidas como excedendo os recursos do indivíduo” [28, p. 141].

Uma vez que os doentes com cancro ao longo do percurso da doença enfrentam uma grande diversidade de circunstâncias indutoras de stress [8], múltiplas estratégias de coping podem ser necessárias de forma a lidar eficazmente com as exigências específicas de cada fase da doença [29, 30]. Assim, lidar com os medos associados ao diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida e bem-estar da mulher, será diferente de adaptar-se aos efeitos secundários dos tratamentos, muitas vezes dolorosos e com repercussões negativas ao nível da aparência física, e por outro lado, de enfrentar a incerteza relativa ao futuro e ao prognóstico, tão frequentes durante a fase de sobrevivência [8, 9]. Assim sendo, e dado envolverem uma avaliação contínua das exigências e significados particulares de cada situação, de acordo com Folkman e Lazarus [31], as estratégias de coping não podem ser consideradas à partida como inerentemente adaptativas ou maldaptativas. Efetivamente, e tal como tem vindo a ser salientado, o fundamental será “compreender para quem e sobre que circunstâncias uma estratégia particular de coping se mostra adaptativa” [32, p. 506-507]. É, por exemplo, o caso da estratégia negação que, muito embora possa proporcionar um sentimento de alívio transitório (ao impedir os indivíduos de tomar as decisões e iniciar as ações necessárias para a resolução da situação ameaçadora, como por exemplo, coibir a mulher de enfrentar os tratamentos) esta forma de lidar com a doença poderá ser perigosa e contraproducente para a adaptação [32]. Por outro lado, pode revelar-se uma forma efetiva de lidar com uma situação inalterável, como por exemplo, a fase terminal de uma doença crónica [33, 34].

Muito embora a eficácia do coping seja sobretudo situacionalmente determinada, dependendo, entre outros fatores, da fase em que o doente se encontra [7], a investigação tem, na sua generalidade, apontado para o facto de que as estratégias voltadas para o confronto e resolução da situação ameaçadora, bem como para a gestão de emoções disruptivas, contribuem para uma melhor adaptação psicossocial, em detrimento de estratégias focadas no evitamento e desinvestimento da situação [30]. A este propósito, num estudo de Carver et al. [35], com recurso ao Brief COPE, estratégias como a aceitação e o uso de humor mostraram-se preditores

significativos de uma melhor adaptação emocional, contrariamente a estratégias como a negação e o desinvestimento. Também num estudo com 603 doentes oncológicos [36], formas de lidar com a doença mais focadas no evitamento, quer cognitivo quer comportamental, mostraram associar-se a uma pior adaptação emocional. Já o recurso ao suporte social, focar-se no positivo e o distanciamento, mostraram associar-se positivamente a níveis reduzidos de distress emocional. Ainda num outro estudo, Stanton, Danoff-Burg e Huggins [37] corroboraram, prospectivamente, a importância, no momento de diagnóstico, de estratégias como a aceitação, no bem-estar psicológico um ano mais tarde.

Embora extensivamente discutido na literatura científica como um “conceito chave para a teoria e investigação sobre adaptação psicológica e saúde” [33], o grande número de conceptualizações existentes e taxonomias de respostas de coping (e.g. focadas na emoção vs. focadas no problema; aproximação vs. evitamento; investimento vs. desinvestimento, entre outras), bem como a multiplicidade de associações com a adaptação psicológica, tornam a literatura sobre o coping imprecisa, dificultando a articulação entre a investigação e a prática clínica [26]. Mais particularmente ao que ao cancro diz respeito, os modelos existentes sobre a natureza e estrutura do coping na doença oncológica estão pouco ajustados às exigências específicas de cada fase [7] e a grande maioria dos estudos têm-se focado apenas no coping durante o diagnóstico e tratamento, não prestando atenção a outras fases igualmente preocupantes, como a fase da sobrevivência, durante a qual os doentes podem ainda enfrentar dificuldades psicológicas persistentes que poderão requerer cuidado [38]. Para além disso, outra limitação que vem sendo apontada à literatura referente ao coping com o CM, prende-se com a escassez de estudos que contemplem um grupo de controlo, de forma a tornar mais claro se existe um padrão específico de estratégias de coping utilizadas pelas mulheres com CM ou se estas estratégias são comuns a outros grupos de mulheres [29].

Uma vez que ainda pouco se conhece acerca de como as mulheres em diferentes fases da trajetória do CM se adaptam emocionalmente e lidam com cada fase em particular, nomeadamente na fase de sobrevivência livre de doença, por comparação à fase de diagnóstico e tendo como referência um grupo de mulheres da população geral sem história pessoal de CM, o presente estudo tem três principais objetivos. Num primeiro objetivo, pretende-se estudar a adaptação emocional, avaliada pelos índices de ansiedade e depressão em mulheres recentemente diagnosticadas e mulheres sobreviventes de CM, por comparação a um grupo de mulheres da população geral. Da investigação anterior, hipotetizamos que as mulheres recentemente diagnosticadas apresentem níveis mais elevados de ansiedade e de depressão do que as mulheres sobreviventes e as do grupo de controlo e, simultaneamente, que não sejam encontradas diferenças entre estas últimas. Num segundo objetivo, pretende-se descrever a utilização das diversas estratégias de coping em cada uma das fases da doença por comparação às mulheres do grupo de controlo, sendo de esperar que as mulheres recentemente diagnosticadas façam maior recurso às estratégias de coping de forma a reduzir o mal-estar associado a um diagnóstico recente de CM e ao aproximar do início do período de tratamento. Finalmente, o terceiro objetivo consiste em determinar o impacto das estratégias de coping na adaptação emocional num momento recente do diagnóstico de CM e durante a sobrevivência. É hipotetizado que em cada fase da doença, a negação se associe a níveis mais elevados de ansiedade e de

depressão e que, contrariamente, as mulheres que façam maior recurso a estratégias mais focadas na resolução de problemas e na gestão emocional apresentem uma melhor adaptação.

Método

O presente estudo transversal representa um pequeno recorte de um projeto mais extenso e de desenho longitudinal e prospetivo intitulado “Adaptação ao Cancro da mama e aos seus tratamentos: Fatores individuais e psicossociais envolvidos”¹. Este projeto obteve a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra e da Direção do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Amostra e procedimentos

Neste estudo participaram 240 mulheres, distribuídas em três grupos: dois grupos de mulheres que foram diagnosticadas com CM, nomeadamente 82 mulheres com diagnóstico recente de CM (G1) e 75 mulheres sobreviventes de CM (G2) – grupo clínico – e um grupo de 83 mulheres da população geral (G3) – grupo de controlo.

O grupo clínico (G1 e G2) foi recrutado na Unidade C do Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra por duas investigadoras que contactaram pessoalmente com as participantes no primeiro dia de Internamento para cirurgia da mama. Foram também recrutadas 35 mulheres sobreviventes de CM no Movimento Vencer e Viver (MVV) do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro, uma associação de voluntariado constituída por mulheres que já viveram a experiência de CM e que apoiam emocional e instrumentalmente outras mulheres a viver a mesma experiência. Paralelamente, foi recrutado um grupo constituído por 83 mulheres da população geral, selecionadas tendo em conta as características sociodemográficas do grupo clínico.

O recrutamento e seleção da amostra teve em conta os seguintes critérios de inclusão: para o G1, era exigido que as mulheres tivessem recebido o diagnóstico de CM nos 3 meses anteriores (limite máximo), período durante o qual não poderiam ter realizado qualquer tipo de tratamento, e que estivessem a iniciar tratamento cirúrgico (mulheres a iniciar quimioterapia neo-adjuvante foram excluídas); para o G2, era exigido que as mulheres tivessem sido diagnosticadas com CM, se encontrassem em fase de remissão total ou parcial da doença (livres de qualquer indício de doença), e que não estivessem a realizar tratamento de quimioterapia ou radioterapia há pelo menos um ano; para o G3, as mulheres deveriam encontrar-se na faixa etária correspondente à do grupo clínico e não poderiam apresentar história pessoal de doença oncológica. Foram apenas consideradas as mulheres maiores de idade, que não apresentassem qualquer tipo de condição física ou mental que invalidasse a participação no estudo e que soubessem ler e escrever português.

A todas as participantes foram apresentados os objetivos do estudo, tendo sido igualmente assegurada a confidencialidade das respostas. Assim, foi-lhes entregue um envelope que continha os protocolos bem como o respetivo consentimento informado que, após o

preenchimento, no caso das mulheres avaliadas em contexto hospitalar, era devidamente devolvido ainda durante o período de Internamento. No caso das sobreviventes voluntárias do MVV, esta devolução era realizada via correio.

Das 300 mulheres contactadas, 240 (80%) aceitaram participar no presente estudo. Os principais motivos para a não participação prenderam-se com a falta de motivação para participação no estudo ou com a dificuldade em responder ao protocolo num curto período de tempo.

As características sociodemográficas da amostra são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 | Caracterização sociodemográfica da amostra

	G1 n = 82		G2 n = 75		G3 n = 83		F/ χ^2
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Idade							
Intervalo (min.-máx.)	30 - 70		36 - 81		29 - 89		
Média (desvio padrão)	53.0 (8.2)		53.2 (9.2)		50.6 (13.0)		1.495 n.s.
Companheiro							
Sim	68	84.0	59	79.8	73	88.0	1.972 n.s.
Não	13	16.0	15	20.3	10	12.0	
Educação							
≤9 anos	42	51.9	40	54.8	44	55.0	.199 n.s.
≥ 10 anos	39	48.1	33	45.2	36	45.0	
Situação profissional							
Empregada	51	63.0	25	36.2	56	67.5	16.985 ***
Desempregada, reformada ou doméstica	30	37.0	44	63.8	27	32.5	

Devido a alguns dados em falta, é apresentada a % válida. n.s. = diferença não estatisticamente significativa.

*** $p \leq .001$.

Como se pode verificar pela leitura do quadro, os grupos são maioritariamente constituídos por mulheres com idade média de 50 a 53 anos, casadas ou a viver maritalmente e com habilitações literárias correspondentes ao ensino básico ou inferior. Em relação à situação profissional, é visível que o grupo de mulheres sobreviventes difere dos restantes grupos, o que poderá justificar-se pelo elevado número de mulheres que, em virtude da situação de doença oncológica, já se encontravam reformadas.

No que respeita à caracterização clínica dos grupos de mulheres diagnosticadas com CM, ambos os G1 e G2 foram predominantemente diagnosticadas com Carcinoma Invasor (G1, 84%; G2, 78.6%), nomeadamente na localização Ductal. Quanto à duração da doença, no G1 a maioria das mulheres receberam o diagnóstico no mês anterior (69.5%) (M = 1 mês; intervalo 0 - 3 meses); já no G2, 56.7% foram diagnosticadas nos 5 anos antecedentes ou num período ainda mais largo (M = 92 meses; intervalo 15 - 384 meses). No que respeita aos tratamentos efetuados pelo grupo de sobreviventes, a grande maioria foi submetida a mastectomia (91.4%; vs. cirurgia conservadora, 8.6%); não realizou esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (57.7%); 77.9% realizaram quimioterapia; 51.5% realizaram radioterapia e 5.9% não realizaram qualquer tipo de tratamento adjuvante. 45.3% das sobreviventes tinha realizado, ou pelos menos iniciado, o processo de reconstrução da mama e 12.3% tinha tido uma recidiva da doença, muito embora, no momento da avaliação a totalidade das sobreviventes se encontrasse livre de doença.

Instrumentos

Informação sociodemográfica e clínica

Todas as participantes preencheram um questionário de informação sociodemográfica no qual era obtida informação relativa à idade, situação marital, nível educacional e situação profissional atual. No que respeita à informação clínica (dados relacionados com a doença e/ou tratamentos), sempre que possível esta foi obtida através de consulta aos processos médicos das doentes. Em caso de impossibilidade, foi obtida através de entrevista às participantes no estudo.

Adaptação emocional

A adaptação emocional foi avaliada através do Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS [39] (versão Portuguesa [40]). Este instrumento é constituído por 14 questões que numa escala de resposta de 4 pontos (0 – ausência de sintomas a 3 – máxima sintomatologia) avaliam separadamente ansiedade e depressão em 2 subescalas independentes. Assim para cada subescala as pontuações podem variar de 0 a 21 pontos, podendo cada estado de humor ser classificado em 4 categorias: normal (0 a 7), ligeiro (8 a 10), moderado (11 a 14) e grave (15 a 21). De acordo com Snaith [41] uma pontuação de 11 ou superior é indiciadora da possível presença de um distúrbio de humor, sendo que uma pontuação entre 8 e 10 poderá ser sugestiva desse mesmo distúrbio.

A versão Portuguesa da HADS [40] mostrou boas características psicométricas, sendo os alphas de Cronbach's para a depressão de .81 e para a ansiedade de .76. Na nossa amostra, a HADS mostrou igualmente boa consistência interna em cada um dos três grupos: no G1, .80 (depressão) e .90 (ansiedade); no G2, .74 (depressão) e .87 (ansiedade) e por último no G3, .77 (depressão) e .81 (ansiedade).

Estratégias de coping

As estratégias de coping foram avaliadas através do Brief COPE [42] (versão Portuguesa [43]). Este instrumento de autorresposta é constituído por 28 itens que descrevem uma grande variedade de pensamentos e comportamentos a que habitualmente os indivíduos recorrem de forma a lidar com circunstâncias indutoras de stress. Estes 28 itens organizam-se em 14 subescalas conceptualmente distintas, nomeadamente: Coping Ativo, Planear, Reinterpretação positiva, Aceitação, Humor, Religião, Utilização de suporte emocional, Utilização de suporte instrumental, Autodistração, Negação, Expressão de sentimentos, Uso de substâncias, Desinvestimento comportamental e Autoculpabilização. A instrução utilizada no presente estudo foi diferente para o grupo clínico e de controlo. Assim no G1 e G2 era pedido que as mulheres avaliassem a forma como, no momento atual, têm lidado com o mal-estar associado ao CM; já no grupo de controlo, as mulheres foram questionadas relativamente à sua forma mais habitual de lidar com um problema de saúde. As respostas variam numa escala de 4 pontos, entre 0 “nunca faço isto” a 3 “faço sempre isto”.

A consistência interna para as diferentes subescalas na versão original do Brief COPE varia entre .50 na subescala Expressão de sentimentos e .90 na subescala Uso de substâncias [42]. Na versão Portuguesa os valores alpha de Cronbach variaram entre .55 na subescala Aceitação e .84 na subescala Expressão de sentimentos [43]. Para os objetivos do presente estudo e de acordo com a metodologia de Schroevers e Teo [44], foram apenas consideradas as subescalas com coeficiente $\alpha \geq .60$ em todos os grupos, nomeadamente as subescalas negação, expressão de sentimentos, reinterpretação positiva, humor, aceitação e religião. Em cada subescala o valor de alpha de Cronbach variou entre .602 na subescala aceitação, no G2 e .920 na subescala religião, no G3. Para a escala total foi encontrado um alpha de Cronbach = .701 no G1, .855 no G2 e .743 no G3.

Análises estatísticas

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS), versão 15.0. Para a caracterização da amostra recorreu-se às estatísticas descritivas, nomeadamente médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e cálculo das frequências simples e relativas para as variáveis categoriais. De forma a testar diferenças entre os grupos clínico e de controlo, no que respeita às características sociodemográficas e índices de depressão e ansiedade, foram realizados testes de Qui-Quadrado e a análise de variância univariada (ANOVA). Para determinar as diferenças de médias entre os três grupos nas médias de sintomatologia depressiva e ansiosa e também ao nível das estratégias de coping, recorreu-se à análise de variância multivariada (MANOVA). Sempre que observada a significância multivariada (Pillai's Trace), foram seguidamente realizados testes univariados. De forma a detetar diferenças entre pares de grupos foram realizadas comparações múltiplas à posteriori, tendo em conta a correção de Bonferroni ($p \leq .016$). O valor de Eta quadrado parcial (η_p^2) foi utilizado como medida do tamanho do efeito, e de acordo com Cohen [45], efeitos superiores a .10 foram considerados baixos; superiores a .25, moderados e por último, superiores a .40, foram considerados elevados.

Com o objetivo de testar o impacto do coping nos dois indicadores de adaptação emocional, foram efetuadas análises de regressão linear múltipla para cada grupo clínico. De forma a selecionar as estratégias de coping a introduzir, bem como as variáveis sociodemográficas e clínicas a controlar na equação de regressão, foram previamente calculadas correlações de Pearson. Assim, para ambos os grupos clínicos foram exploradas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade (número de anos), educação (0 = até ensino básico; 1 = ensino secundário ou superior), situação profissional (0 = desempregada e reformada; 1 = empregada, baixa médica) e estado civil (0 = solteira, divorciada ou viúva; 1 = casada ou unida de facto). Exploraram-se também as seguintes variáveis clínicas: o tempo decorrido desde o diagnóstico (em meses) e o tipo de cancro (0 = não invasor; 1 = invasor). Para o grupo de sobreviventes foram ainda controladas as seguintes variáveis: realização de voluntariado (0 = não; 1 = sim), tipo de cirurgia realizada (0 = conservadora; 1 = mastectomia), realização de esvaziamento linfático axilar (0 = não; 1 = sim), recorrência prévia da doença (0 = não; 1 = sim), realização de quimioterapia (0 = não; 1 = sim), realização de radioterapia (0 = não; 1 = sim) e iniciação do

processo de reconstrução mamária (0 = não; 1 = sim). Apenas as variáveis correlacionadas a um nível moderado ($r = .30$) ou elevado ($r = .50$) [45] foram introduzidas nas análises de regressão efetuadas (método enter).

Resultados

Ansiedade e depressão

Foram analisadas as diferenças entre os três grupos nas pontuações médias da Ansiedade e Depressão (Quadro 2). A MANOVA efetuada revelou um efeito multivariado significativo do tipo de grupo nas variáveis dependentes (Pillai's Trace = .094, $F(2,225) = 5.551$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .047$). Testes univariados posteriores revelaram diferenças entre os grupos na subescala Ansiedade ($F(2,225) = 8.557$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .071$), embora a medida deste efeito seja bastante baixa. Os testes post-hoc indicaram que as mulheres recentemente diagnosticadas com CM apresentam níveis de Ansiedade estatisticamente superiores às mulheres sobreviventes ($p = .000$). Muito embora este grupo não difira ao nível de significância considerado ($p \leq .016$) das mulheres da população geral, se tivermos em conta o nível de significância de $p \leq .05$, verificamos que as mulheres do G1 estão mais ansiosas do que as mulheres da população geral ($p = .032$).

No que diz respeito à Depressão, os testes univariados realizados não permitiram encontrar diferenças significativas entre os grupos ($F(2,225) = .848$, $p = .430$, $\eta_p^2 = .007$).

Os testes de Qui-quadrado realizados para averiguar possíveis diferenças nas prevalências de Ansiedade e Depressão entre os três grupos mostraram-se significativos para a Ansiedade (Quadro 2).

Assim, pode verificar-se que aproximadamente 48.6% das mulheres recentemente diagnosticadas com CM estavam ansiosas a um nível moderado a grave, o que poderá indiciar a possível presença de uma perturbação de Ansiedade.

A maioria das sobreviventes de CM (80.5%) apresentou níveis normais a ligeiros de Ansiedade, assim como as mulheres da população geral (72%). No entanto, a proporção de mulheres do G3 que apresentou ansiedade moderada a grave, isto é, acima do ponto de corte indiciador de perturbação de humor (28.1%), foi superior ao do G2 (19.4%). No que toca à Depressão, os três grupos apresentaram resultados similares, na sua grande maioria índices normais a ligeiros. Níveis acima do ponto corte (moderados a graves) foram encontrados em 12.2% do G1, 2.8% do G2 e 7.3% do G3.

Quadro 2 | Comparação dos níveis de ansiedade e depressão nos três grupos

Adaptação emocional	Grupos			F / χ^2
	G1	G2	G3	
	(n = 74) M (DP) / n (%)	(n = 72) M (DP) / n (%)	(n = 82) M (DP) / n (%)	
Ansiedade	10.15 (5.05)	7.10 (4.47)	8.29 (3.97)	8.557***
Normal	21 (28.4)	43 (59.7)	39 (47.6)	
Ligeira	17 (23.0)	15 (20.8)	20 (24.4)	
Moderada	22 (29.7)	9 (12.5)	18 (22.0)	20.722**
Grave	14 (18.9)	5 (6.9)	5 (6.1)	
Depressão	5.39 (4.05)	4.65 (3.56)	5.27 (3.43)	.848 n.s.
Normal	51 (68.9)	56 (77.8)	59 (72.0)	
Ligeira	14 (18.9)	14 (19.4)	17 (20.7)	
Moderada	7 (9.5)	1 (1.4)	6 (7.3)	6.799 n.s.
Grave	2 (2.7)	1 (1.4)	0 (.0)	

n.s. = diferença não estatisticamente significativa
 ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Estratégias de Coping

No que respeita às estratégias de coping, o quadro 3 mostra que a aceitação é a estratégia mais prevalente nos três grupos em estudo, seguida, nos grupos clínicos, pela reinterpretação positiva, religião, humor, expressão de sentimentos e, por último, pela negação. No grupo de controlo, os resultados foram semelhantes, à exceção do facto de que a segunda estratégia mais frequente foi a religião. Nos três grupos a estratégia de coping menos frequentemente utilizada correspondeu à negação.

A MANOVA efetuada para testar as diferenças entre os três grupos no que respeita às estratégias de coping utilizadas, permitiu verificar um efeito multivariado do tipo de grupo nas variáveis dependentes (Pillai's Trace = .180; $F(2,200) = 3.236$; $p = .000$; $\eta_p^2 = .090$). Os testes univariados posteriores revelaram diferenças estatisticamente significativas em quatro das seis estratégias consideradas, excetuando as subescalas religião e negação. Embora as diferenças estatisticamente significativas, as medidas do tamanho dos efeitos foram claramente baixos (Eta quadrado parcial variou entre .011 e .091). Testes post-hoc realizados indicam maior recurso às estratégias de coping entre grupos clínicos, embora não se encontrem diferenças entre G1 e G2. Para além disso, e comparativamente ao grupo de controlo, as mulheres recentemente diagnosticadas reportaram maior recurso à reinterpretação positiva e à aceitação, e as sobreviventes, ao humor e, igualmente, à aceitação.

Quadro 3 | Análise univariada da variância para estratégias de coping nos três grupos em estudo

Estratégias de Coping	Grupos			F	Partial η^2	Post-hoc ^a
	G1	G2	G3			
	(n = 76) M (DP)	(n = 68) M (DP)	(n = 59) M (DP)			
Negação	2.20 (1.84)	1.54 (1.51)	1.75 (1.49)	3.017	.029	n.s
Expressão emocional	2.84 (1.67)	2.51 (1.63)	3.27 (1.53)	3.477*	.034	n.s
Reinterpretação positiva	4.41 (1.47)	4.16 (1.64)	3.53 (1.50)	5.639**	.053	G1>G3
Humor	3.07 (1.89)	3.43 (1.90)	2.34 (1.63)	5.789**	.055	G2>G3
Aceitação	4.64 (1.31)	4.87 (1.36)	3.85 (1.35)	9.997***	.091	G1>G3 G2>G3
Religião	4.26 (1.93)	4.04 (1.90)	3.78 (1.83)	1.085	.011	n.s

^a Ajustamento para comparações múltiplas: Bonferroni ($p \leq .016$). n.s. = diferença não estatisticamente significativa
* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Impacto das estratégias de coping com o diagnóstico e com a sobrevivência para o cancro da mama na adaptação emocional da mulher

De forma preliminar às análises de regressão linear múltipla, foram calculadas, separadamente para cada um dos grupos clínicos, as correlações de Pearson entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, estratégias de coping e a Ansiedade e a Depressão. Dado o número de comparações a serem efetuadas, foram apenas selecionadas as variáveis correlacionadas a um nível moderado ou elevado.

Entre as mulheres do G1, a Ansiedade correlacionou-se de forma moderada e negativa com o humor ($r = -.423$, $p = .000$) e a aceitação ($r = -.417$, $p = .000$). No que respeita à Depressão, foram igualmente encontradas correlações moderadas e negativas com as estratégias de coping reinterpretação positiva ($r = -.340$, $p = .005$), humor ($r = -.462$, $p = .000$) e aceitação ($r = -.371$, $p = .002$). Não foram encontradas associações significativas com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

No G2, a Ansiedade correlacionou-se de forma positiva e elevada com a negação ($r = .583$, $p = .000$) e com a expressão de sentimentos ($r = .459$, $p = .000$). Ainda no mesmo grupo, a Depressão mostrou correlacionar-se positiva e moderadamente com a negação ($r = .383$, $p = .002$) e negativamente com a reinterpretação positiva ($r = -.382$, $p = .002$). Também no G2 não foram encontradas associações significativas com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Seguidamente, foram realizadas seis análises de regressão linear múltipla de forma a compreender o impacto das estratégias de coping na adaptação emocional. Dado não terem sido encontradas correlações significativas entre a adaptação emocional e as variáveis sociodemográficas e clínicas estas não foram introduzidas nos modelos de regressão testados (Quadro 4).

Quadro 4 | Análise de regressão linear múltipla a prever a ansiedade e depressão a partir das estratégias de coping em ambos os grupos de mulheres com cancro da mama

Modelo	Preditores	β	F	R ² Ajustado
<i>Diagnóstico</i>				
Ansiedade	Humor	-.318 ***	11.647***	.241
	Aceitação	-.309 **		
Depressão	Reint. positiva	-.009	7.706***	.231
	Humor	-.377 **		
	Aceitação	-.237		
<i>Sobrevivência</i>				
Ansiedade	Negação	.482 ***	22.189***	.398
	Expressão sent.	.296 **		
Depressão	Negação	.409 ***	14.075***	.290
	Reint. positiva	-.407 **		

p ≤ .01; *p ≤ .001

Entre as mulheres recentemente diagnosticadas, o modelo testado permitiu explicar 24.1% da variância total da Ansiedade e 17.4%, da Depressão. O recurso à estratégia de coping humor associou-se significativamente a uma melhor adaptação emocional, tanto no que respeita à Ansiedade como à Depressão. Também a aceitação, associou-se a níveis reduzidos de Ansiedade.

Entre as mulheres sobreviventes de CM, cerca de 39.8% da variância total da Ansiedade e 24.2% da Depressão, é explicada pelo modelo testado. A negação e a expressão de sentimentos associaram-se a níveis mais elevados de Ansiedade. No que respeita à Depressão, o maior recurso à negação associou-se a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e, pelo contrário, o recurso à reinterpretação positiva, associou-se a menor sintomatologia.

Discussão

O diagnóstico de uma doença como o CM, ao representar uma ameaça à vida e aos objetivos da mulher, requer adaptações em todas as áreas da vida, bem como recursos para lidar efetivamente com os seus desafios. De forma a obter uma melhor compreensão do processo de adaptação ao CM em diferentes fases da doença, no presente estudo, foram avaliadas mulheres num momento recente após o diagnóstico da doença e mulheres a viver o período de sobrevivência para o CM. De um modo geral, e de acordo com a literatura e com as hipóteses formuladas, os resultados deste estudo sugerem que o diagnóstico de CM constitui-se como um acontecimento particularmente exigente para a mulher, requerendo estratégias de coping efetivas, promotoras da adaptação emocional.

Consistindo o primeiro objetivo deste estudo na avaliação da adaptação emocional ao CM, foram comparadas mulheres recentemente diagnosticadas, sobreviventes de CM e mulheres da população geral, relativamente aos índices de ansiedade e depressão. Os resultados revelam que numa fase recente do diagnóstico de CM as mulheres encontram-se significativamente mais ansiosas do que as sobreviventes e as mulheres saudáveis. Para além disso, indicam uma

prevalência de ansiedade moderada a grave em aproximadamente metade das mulheres do G1, o que poderá indiciar a presença de uma Perturbação de Ansiedade. Durante a fase da sobrevivência, os níveis de ansiedade são muito semelhantes aos da população geral, variando entre índices normais a ligeiros. Contudo, a proporção de mulheres sobreviventes que se apresenta ansiosa a um nível moderado a grave, embora significativamente menor do que a proporção de mulheres saudáveis, rondou os 20%, o que poderá ser clinicamente relevante. No que respeita à depressão, apesar de 12.2% das mulheres recentemente diagnosticadas terem apresentado sintomas depressivos a um nível clinicamente significativo, os três grupos não diferiram entre si de forma estatisticamente significativa, reportando, na sua maioria, níveis normais a ligeiros de depressão.

Estes resultados corroboram as conclusões de outras investigações que, de um modo geral, têm apontado para prevalências mais elevadas de dificuldades emocionais durante a fase inicial da doença, particularmente logo após o diagnóstico e na fase inicial dos tratamentos [e.g. 23]. Este padrão de sintomatologia, mais exacerbada numa fase inicial da doença tende, à medida que a doente se adapta às exigências colocadas pela doença e com a aproximação do término dos tratamentos, a diminuir gradualmente para níveis encontrados na maioria da população [3, 12, 16, 30, 46]. Os índices de adaptação emocional relativos à fase de sobrevivência, muito semelhantes aos da população geral, apresentando apenas uma minoria de mulheres com sintomatologia ansiosa ou depressiva clinicamente significativa, permitem aferir uma boa adaptação, o que confirma o padrão resiliente da adaptação nesta fase [11, 25].

No entanto, os resultados encontrados para a fase de diagnóstico foram um pouco mais elevados do que os habitualmente reportados noutras investigações, especialmente no que à prevalência de ansiedade diz respeito. Por exemplo, num estudo com mulheres com CM num estadio mais avançado da doença, e recorrendo ao mesmo instrumento de avaliação, os autores verificaram que apenas 25% das mulheres pontuaram para níveis significativos de ansiedade, depressão ou ambas [17]. No nosso estudo, 48.6% e 12.2% das mulheres recentemente diagnosticadas com CM reportaram, respetivamente, pontuações de ansiedade e depressão superiores ao ponto de corte (11 pontos). Parece-nos importante, contudo, ressaltar que a fase específica da trajetória da doença em que a avaliação é realizada (muito divergente entre os vários estudos), bem como as características clínicas e pessoais da mulher, podem concorrer para a explicação das diferenças encontradas entre as prevalências de distress emocional nos diferentes estudos. Por outro lado, os nossos resultados podem também ser melhor compreendidos se tivermos em consideração que a participação das mulheres recentemente diagnosticadas ocorreu durante o período de internamento para realização do primeiro tratamento para o CM, tratamento este que correspondia a uma cirurgia de conservação ou de excisão total da mama. Assim, pode esperar-se que a sintomatologia ansiosa reportada pelas mulheres não seja apenas um reflexo do diagnóstico de uma doença ameaçadora e ainda socialmente conectada com sofrimento, invalidez e morte, mas espelhe também as preocupações e medos associados à realização de uma cirurgia e de todos os procedimentos clínicos a ela associados, desde o internamento hospitalar, até ao medo da anestesia e da recuperação pós-cirurgia. Não menos importante, esta ansiedade clinicamente significativa das mulheres do G1 poderá também estar associada à expectativa de realização de uma cirurgia, que ao implicar a mutilação total ou parcial da mama, poderá revestir-

se de repercussões negativas para a autoimagem da mulher e assim, comprometer a sua autoestima e autoconceito [47].

O processo de adaptação emocional ao CM é influenciado pela capacidade da mulher para lidar com as múltiplas e específicas exigências associadas a cada fase da doença [7, 26]. De forma a contribuir para uma melhor compreensão da importância das estratégias de coping ao longo do trajeto da doença, ambos os grupos foram comparados no que respeita às várias subescalas do Brief COPE. Deste estudo, tornou-se evidente que os grupos clínicos recorrem mais a estratégias como a reinterpretação positiva, o humor e a aceitação, do que o grupo de controlo. Este dado suporta parcialmente a hipótese anteriormente formulada de que seriam as mulheres com CM (dado esta ser uma doença cujo diagnóstico se pode constituir como um acontecimento traumático e cuja fase de sobrevivência é habitualmente vivida com incerteza quanto ao futuro) a fazerem maior uso das estratégias de coping [29, 48], ou por outro lado, a estarem mais atentas aos mecanismos que elas próprias utilizam para lidar, quer com as ameaças do diagnóstico, quer com os desafios da sobrevivência.

As mulheres recentemente diagnosticadas não diferiram das sobreviventes nem das saudáveis no que diz respeito à frequente utilização da religião como forma de lidar com a doença. Para além disso, também não diferiram no recurso à negação, o que indica que tanto perante o confronto com um problema de saúde significativo, como o diagnóstico de CM, ou perante o período de sobrevivência, as mulheres infrequentemente tentam negar a realidade da situação de forma a minimizar o mal-estar que a ela poderá estar subjacente. Já no que concerne à aceitação, a estratégia mais utilizada entre as mulheres do G1 e do G2, esta parece ser significativamente mais frequente nas mulheres com CM, comparativamente às mulheres da população geral. Assim, a síntese destes resultados permite-nos pensar que, as mulheres percecionam as ameaças associadas ao CM como exigindo uma acomodação mental e psicológica nos esquemas cognitivos pré-existentes. Neste sentido, tenderão a rejeitar envolver-se em estratégias de evitamento e/ou negação da doença, privilegiando o envolvimento em formas mais ativas e de confronto emocional e cognitivo com a doença [33, 34].

Por outro lado, a inesperada semelhança encontrada no recurso às estratégias de coping entre o G1 e o G2 poderá indicar que as mulheres lidam com ambas as fases da doença de uma forma semelhante, independentemente destas colocarem desafios específicos ou, por outro lado, poderá refletir limitações na forma como cada grupo foi instruído a responder ao Brief COPE. Assim sendo, mais estudos são necessários, sobretudo de natureza longitudinal, para uma melhor compreensão destas evidências.

Embora a aceitação seja a estratégia de coping mais frequente nas mulheres de ambos os grupos clínicos, replicando total ou parcialmente as prevalências encontradas noutros estudos [35, 48, 49], esta mostrou ter um impacto pouco significativo na adaptação emocional, contribuindo apenas para a redução da ansiedade entre o grupo de mulheres recentemente diagnosticadas. Por outro lado, o humor, que embora não se constitua como uma das estratégias mais prevalentes, mostrou ser o melhor preditor da adaptação emocional na fase do diagnóstico, contribuindo para a redução tanto da ansiedade como da depressão. Este resultado corrobora alguns dados da literatura que têm mostrado o papel positivo do humor na saúde física e no bem-

estar [50], e mais especificamente, vai de encontro aos resultados de Carver et al. [35] que encontraram uma associação positiva entre a utilização do humor e a redução do distress emocional em mulheres com CM.

No grupo de sobreviventes, a reinterpretação positiva (a segunda estratégia com maior prevalência) mostrou associar-se a uma redução significativa dos níveis de depressão. Na verdade, este dado reforça os resultados de outras investigações [51], e replica os fundamentos de Lazarus e Folkman [28], que consideravam a reinterpretação positiva como uma forma de coping importante na gestão das emoções disruptivas. Para além disso, podemos ainda conjecturar que esta estratégia poderá ser também importante para lidar com a situação indutora de stress per si, dado que o esforço em reestruturar e reconceptualizar a situação de forma positiva, poderá estimular o indivíduo para continuar ou reiniciar ações com vista à resolução da situação, ou seja, a implementar formas de coping ativo com a doença [34], contribuindo deste modo para uma melhor adaptação emocional.

Já no que respeita à religião, embora esta represente uma das formas de coping mais frequentes em ambos os grupos clínicos, os resultados mostram que o recurso à religião não se associa à adaptação emocional em nenhuma das fases da doença. Este resultado confirma as conclusões de Pargament [52], que verificou que embora os indivíduos tendam a atribuir à religião pontuações mais favoráveis comparativamente a outras formas de coping, não parece existir uma relação entre a religião e o impacto dos acontecimentos negativos.

No que respeita à estratégia de coping menos utilizada em todos os grupos, isto é, a negação, os nossos resultados sugerem que se associa a uma pior adaptação emocional no grupo de sobreviventes. De facto, lidar com a fase da sobrevivência fazendo recurso a cognições e comportamentos que afastem a mulher de acreditar que a situação de stress, de alguma forma ainda existe, ou tentar atuar como se nada tivesse existido [47], de modo a minimizar a ansiedade associada à recordação ou medo de um novo CM, parece, de facto, associar-se a uma adaptação mais pobre [35], aumentando a sintomatologia ansiosa e depressiva [27]. Da mesma forma, a expressão de sentimentos, raramente utilizada por ambos os grupos clínicos, mostrou-se associada a níveis de ansiedade mais elevados entre as mulheres sobreviventes. Provavelmente, durante esta fase da trajetória da doença, focar-se e expressar os sentimentos negativos acerca dos medos e incertezas quanto ao futuro, particularmente por longos períodos, poderá ativar pensamentos automáticos negativos e, desta forma, acentuar a ansiedade, distraindo a mulher de se envolver em formas mais ativas de coping [34].

Baseando-nos nos resultados deste estudo, parece-nos prudente afirmar que ao longo do processo da doença, sobretudo na fase que medeia a comunicação do diagnóstico e o início dos tratamentos, reveste-se de carácter fundamental a avaliação psicológica da mulher, de forma a despistar padrões normativos de reação emocional, de níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e depressiva. Isto para que as situações de risco de distress emocional persistente, comprometedor da adesão ao plano de tratamento e do subsequente bem-estar físico e psicossocial da mulher, possam ser reconhecidas pelos técnicos de saúde e assim serem sujeitas a intervenção numa fase precoce do seu surgimento [6]. Por outro lado, e tendo em conta que muitas mulheres ao sentirem-se “devastadas” por um diagnóstico de cancro nem sempre

percecionam as estratégias adequadas ou outra(s) forma(s) mais efetiva(s) para lidar com a doença, com este estudo pensamos estar em condições de propor que as intervenções psicossociais no âmbito do CM deverão promover a identificação de várias formas de coping com a doença, focando, igualmente, o ensino e o reforço de estratégias como o humor, a reinterpretação positiva e a aceitação. Particular destaque deve ser dado às mulheres que frequentemente recorrerem à negação como forma de coping; a estas devem ser ensinadas formas mais adaptativas de lidar com a doença [53].

Apesar desta investigação contribuir para uma melhor compreensão acerca do contributo das estratégias de coping para a adaptação emocional de mulheres em duas fases distintas da trajetória do CM, os resultados devem ser prudentemente interpretados tendo em conta o tamanho reduzido da amostra e, sobretudo, a sua natureza transversal, que nos impede de verificar a consistência da utilização das estratégias de coping ao longo da trajetória da doença. Outra limitação a apontar relaciona-se com o facto de terem sido excluídas deste estudo outras formas de coping igualmente importantes, tais como o coping ativo, o planeamento e a procura de suporte social, situação esta que se deveu à fraca consistência interna destas subescalas do Brief COPE. Por outro lado, será razoável esperar que as mulheres com CM, especialmente num momento recente do diagnóstico/início do processo de tratamentos, possam sentir necessidade de procurar informação sobre a doença, de modo a prepararem-se melhor para cada uma das suas etapas [48]. Esta outra forma de lidar, não contemplada no Brief COPE, não foi avaliada neste estudo. Consideramos, igualmente, que se revela necessária mais investigação prospetiva e longitudinal de forma a compreender o impacto do CM imediatamente antes, durante e após os tratamentos, assim como, identificar formas efetivas de coping em cada uma destas fases, promotoras de uma boa adaptação à doença. Para além disso, a investigação futura deverá ainda ter em linha de conta as variáveis cognitivas envolvidas no processo de avaliação que poderão fundamentar a implementação de determinada estratégia de coping. Não menos importante será reforçar o estudo sobre o impacto de outras variáveis psicossociais e relacionadas com a doença [5] que neste estudo não mostraram associar-se à adaptação da mulher. O conhecimento destas variáveis reveste-se como fundamental no aprofundar do conhecimento acerca da adaptação emocional no CM e desta forma, no planeamento de intervenções psicossociais cada vez mais efetivas, componente essencial na qualidade da prestação de cuidados à mulher com CM.

Em jeito de síntese, os resultados deste estudo sugerem que a trajetória do CM coloca diferentes exigências à mulher em termos da sua adaptação emocional, sendo que o diagnóstico se revela como a fase mais desafiante, associando-se a níveis elevados de ansiedade. Para além disso, evidenciam o contributo das estratégias de coping tais como a aceitação, o humor e a reinterpretação positiva na regulação das emoções disruptivas e na promoção do bem-estar emocional da mulher.

Referências bibliográficas

- [1] Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2007;14:308-19.
- [2] Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*. 2007;18(3):581-92.
- [3] Millar K, Purushotham AD, McLatchie E, George WD, Murray GD. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005;58:335-42.
- [4] Fallowfield LJ. Assessment of quality of life in breast cancer. *Ata Oncologica*. 1995;34:689-94.
- [5] Hewitt M, Herdman R, Holland J, eds. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington, D. C.: The National Academies Press 2004.
- [6] National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management version 1.2008. 2007.
- [7] Heim E, Valach L, Schaffner L. Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic medicine*. 1997;59:408-18.
- [8] Veach TA, Nicholas DR, Barton MA. Cancer and the family cycle: A practitioner's guide. New York: Brunner-Routledge 2002.
- [9] Ferrell BR, Grant M, Funk B, Garcia N, Otis-Green S, Schaffner ML. Quality of life in breast cancer. *Cancer Practice*. 1996 Nov-Dec;4(6):331-40.
- [10] Rowland JH, Baker F. Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*. 2005;104 (suppl):2543-8.
- [11] Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 2007 Feb;23(1):71-83.
- [12] Irvine D, Brown B, Crooks D, Roberts J, Browne G. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*. 1991;67:1097-117.
- [13] Moorey S, Greer S. Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer New York: Oxford University Press 2002.
- [14] Aapro M, Cukk A. Depression in breast cancer patients: The need for treatment. *Annals of Oncology*. 1999;10:627-36.
- [15] Andrykowski MA, Carpenter JS, Munn RK. Psychosocial sequelae of cancer diagnosis and treatment. In: Schein LA, Bernard HS, Spitz HI, Muskin PR, eds. Psychosocial treatment for medical conditions: Principles and techniques. New York: Brunner-Routledge 2003.
- [16] Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*. 1983;249(6).
- [17] Pinder KL, Ramírez AJ, Black ME, Richards MA, Gregory WM, Rubens RD. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: Prevalence and associated factors. *European Journal of Cancer*. 1993;29A(4):524-7.
- [18] Bleiker EMA, Pouwer F, van der Ploeg HM, Leer JW, Adèr HJ. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*. 2000;40:209-17.
- [19] Maguire G, Lee EG, Bevington DJ, Küchemann CS, Crabtree RJ, Cornell CE. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*. 1978;1:963-5.
- [20] Nezu A, Nezu C. Psychological Distress, Depression, and Anxiety. In: Feuerstein M, ed. Handbook of Cancer Survivorship. Bethesda: Springer 2007:323-37.

- [21] Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*. 2001;10:19-28.
- [22] Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*. 2005;330:702-7.
- [23] Schwarza R, Kraussa O, Höckelb M, Meyerb A, Zengerc M, Hinzc A. The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care*. 2008;3(6):417-22.
- [24] Ellman R, Thomas BA. Is psychological wellbeing impaired in long-term survivors of breast cancer? *J Med Screen*. 1995;2(1):5-9.
- [25] Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*. 2004;59(1):20-8.
- [26] Brennan J. Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psycho-Oncology*. 2001;10:1-18.
- [27] Livneh H. Psychosocial Adaptation to Cancer: The Role of Coping Strategies. *The Journal of Rehabilitation*. 2000;66.
- [28] Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer 1984.
- [29] Anagnostopoulos F, Vaslamatzis G, Markidis M. Coping strategies of women with breast cancer: A comparison of patients with healthy and benign controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004;73(1):43-52.
- [30] Maes S, Leventhal H, de Ridder D. Coping with chronic diseases. In: Zeidner M, Endler N, eds. *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons 1996:221-45.
- [31] Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988;54:466-75.
- [32] Zeidner M, Saklofske D. Adaptive and maladaptive coping. In: Zeidner M, Endler N, eds. *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons 1996.
- [33] Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic medicine*. 1993;55:234-47.
- [34] Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;56(2):267-83.
- [35] Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993;65(2):375-90.
- [36] Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*. 1992;11(2):79-87.
- [37] Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*. 2002;11:93-102.
- [38] Towsley GL, Beck SL, Watkins JF. "Learning to live with it": Coping with the transition to cancer survivorship in older adults. *Journal of Aging Studies*. 2007;21:93-106.
- [39] Zigmond AP, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67:361-70.
- [40] Pais Ribeiro JL, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*. 2006;1(13).
- [41] Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Health and quality of life outcomes. 2003;1(29).
- [42] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioural Medicine* 1997;4(1):92-100.
- [43] Pais Ribeiro JL, Rodrigues AP. Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004;5(1):3-15.

- [44] Schroevers MJ, Teo I. The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*. 2008;17:1239–46.
- [45] Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112(1):155-9.
- [46] Stanton AL, Snider PR. Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*. 1993;12(1):16-23.
- [47] Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA, Noreiga V, Harris SD, Derhagopian RP, et al. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic medicine*. 1998;60:168-74.
- [48] Hartcourt D, Rumsey N, Ambler N. Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*. 1999;4(1):57-71.
- [49] Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):875-82.
- [50] Boyle GJ, Joss-Reid JM. Relationship of humour to health: A psychometric investigation. *British Journal of Health Psychology*. 2004;9:51-66.
- [51] Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 2003 Sep;22(5):487-97.
- [52] Pargament KI. *The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*. New York: Guilford Press 1997.
- [53] Henderson PD, Fogel J, Edwards QT. Coping strategies among African American women with breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*. 2003;4(3):1-18.



Estudo II

Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção.

Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.

Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção

Sónia Silva, Danielle Bettencourt, Helena Moreira & Maria Cristina Canavarro

Resumo

INTRODUÇÃO: Embora o cancro da mama possa comprometer significativamente a qualidade de vida (QdV) da mulher, sobretudo nas fases iniciais da doença, variáveis de ordem psicossocial podem intervir como fatores de risco ou de proteção. Este estudo pretende analisar e comparar a QdV de mulheres com cancro da mama em diferentes fases da trajetória da doença e identificar o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na QdV. **MATERIAL E MÉTODOS:** A amostra é constituída por 55 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, 63 a receber quimioterapia, 85 sobreviventes e 160 mulheres da população geral, que responderam ao WHOQOL-Bref e ao Brief COPE. **RESULTADOS:** Durante a fase de tratamento o cancro da mama compromete significativamente a QdV global e física da mulher. Um nível de escolaridade mais elevado, assim como o recurso a estratégias de coping Cognitivas Ativas associam-se a uma melhor QdV global e Psicológica, após o diagnóstico e durante o tratamento. O recurso a um coping de Evitamento associa-se a uma pior QdV em todas as fases da doença. **CONCLUSÕES:** Os resultados deste estudo ao contribuírem para um melhor conhecimento das implicações do cancro da mama na QdV em diferentes fases da trajetória da doença, bem como das variáveis que poderão intervir como fatores de risco/proteção, revelam-se importantes para o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais eficazes e ajustadas às necessidades da mulher.

Palavras-chave: Cancro da mama, Qualidade de vida, Coping, Diagnóstico, Tratamento, Sobrevivência

Quality of life of women with breast cancer at different phases of the disease: the role of sociodemographic, clinical variables and coping strategies as factors of risk/protection

Abstract

INTRODUCTION: Although breast cancer may significantly compromise women's quality of life (QoL), especially during the initial phases of the disease, some psychosocial variables may act as factors of risk or protection. This study aims to analyse and compare the QoL of women in different phases of breast cancer and to identify the role of sociodemographic and clinical variables as well as coping strategies on QoL. **METHOD:** The sample is composed of 55 women newly diagnosed with breast cancer, 63 women undergoing chemotherapy, 85 breast cancer survivors and 160 women from the general population. They all answered the WHOQOL-Bref and the Brief COPE. **RESULTS:** The results show that global and physical QoL is significantly impaired during treatment. Higher education and Active Cognitive Coping strategies are significantly associated with improved global and Psychological QoL, after diagnosis and during treatment. Avoidant coping relates to worse QoL in all phases of the disease. **CONCLUSIONS:** The results of this study contribute to a better knowledge of the impact of breast cancer on QoL, in different phases of the disease trajectory, as well as give important information about the factors of risk/protection. Thus, they are helpful in developing more effective psychological interventions, tailored to the particular needs of women.

Keywords: Breast cancer, Quality of life, Coping, Diagnosis, Treatment, Survival

Introdução

O cancro da mama é o tipo de tumor maligno mais frequente na mulher¹. Em Portugal são anualmente detetados cerca de 4500 novos casos e aproximadamente 1500 mulheres morrem com esta doença. Nas últimas décadas, os progressos registados tanto ao nível do diagnóstico precoce do cancro da mama, como da eficácia dos meios de tratamento, têm contribuído para um aumento significativo da esperança média de vida e, desta forma, do número de sobreviventes, isto é, mulheres que receberam um diagnóstico de cancro da mama e que já terminaram a fase ativa de tratamento².

Muito embora a probabilidade de cura tenha aumentado significativamente nos últimos anos, o diagnóstico de cancro da mama mantém-se como um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático³. Frequentemente resulta em níveis significativos de ansiedade e depressão⁴⁻⁶, perturbação de stress pós-traumático^{3,7}, e alterações na qualidade de vida^{8,9,4}.

A trajetória do cancro da mama é constituída por diversas fases, cada uma caracterizada por diferentes desafios e por tarefas de adaptação específicas, nomeadamente nas esferas pessoal, familiar, conjugal, social e espiritual da mulher¹⁰⁻¹². A fase de diagnóstico, ao obrigar a mulher a confrontar-se com uma doença ameaçadora da vida, ainda encarada como uma sentença de morte e, conseqüentemente, a tomar consciência da sua vulnerabilidade pessoal, surge frequentemente associada a um sentimento de descrença, negação e revolta¹³. Por seu lado, a fase de tratamento exige que a mulher se submeta a um conjunto de procedimentos médicos, habitualmente agressivos e prolongados, que causam sequelas físicas e na imagem corporal muitas vezes irreversíveis. Não obstante o término dos tratamentos e a possível remissão clínica da doença, o período de sobrevivência caracteriza-se, frequentemente, por sentimentos de incerteza e preocupação constante quanto ao futuro e à possibilidade de uma recidiva ou diagnóstico de um novo cancro^{14,15}.

A literatura tem-se debruçado extensivamente no estudo da qualidade de vida (QdV) das mulheres com cancro da mama, enquanto “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto do sistema de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁶.

De uma forma geral, a investigação tem sugerido que, apesar de se encontrarem em maior risco de disfunção psicossocial e QdV diminuída, muitas mulheres revelam um padrão de funcionamento normal, indiciador de resiliência^{17,18}. Não obstante este padrão, no período inicial da doença, logo após o diagnóstico e/ou durante a fase de tratamento, a investigação tem apontado para um impacto negativo do cancro da mama na QdV^{19,4,20,21}. Por exemplo, aquando da realização de quimioterapia, para além dos efeitos secundários esperados como alopecia, perda de apetite, prisão de ventre e fadiga, que podem limitar o normal funcionamento físico da mulher, é também frequente uma maior insatisfação com a imagem corporal, bem como dificuldades a nível cognitivo, emocional e social^{22,19,23}.

Contudo, estas reações são na sua maioria transitórias. Estudos transversais realizados em diferentes fases da trajetória da doença²⁴, e em particular, estudos longitudinais^{25,15,26,21,27} mostram que, à medida que o tempo vai passando e a mulher vai recuperando dos efeitos secundários dos

tratamentos, sobretudo durante o período de sobrevivência da doença, a QdV tende a melhorar significativamente, equiparando-se à de mulheres saudáveis²⁸⁻³³ ou com outros problemas de saúde^{34,15}.

Ainda assim, na fase de sobrevivência algumas mulheres manifestam sequelas físicas resultantes dos tratamentos; níveis elevados de fadiga; capacidade de trabalho reduzida; dificuldades em lidar com a imagem corporal; e desinteresse/insatisfação no relacionamento sexual do casal^{29,15,31,12,26,27}. Estas sequelas, se não forem devidamente detetadas e tratadas atempadamente, podem tornam-se obstáculos na vida diária da mulher, podendo comprometer a QdV¹⁰.

Com vista a uma melhor identificação das mulheres em maior risco de disfunção psicossocial, é fundamental conhecer as variáveis que podem favorecer ou, pelo contrário, comprometer a QdV nas várias fases da doença.

Numa revisão realizada por Mols et al.³⁵, os autores verificaram que um nível socioeconómico elevado, a não realização de quimioterapia, a inexistência concomitante de outros problemas de saúde, bem como níveis elevados de suporte emocional por parte da família, protegem a mulher das implicações negativas do cancro da mama na QdV. Além disso, a existência de um relacionamento íntimo e um grau de instrução elevado^{26,32}, bem como idade mais avançada aquando do diagnóstico^{36,29,26,37}, podem também funcionar como fatores protetores de um impacto negativo da doença na QdV da mulher, aumentando a capacidade de resiliência e/ou de recuperação.

Tendo em consideração os diferentes tipos de cirurgia, a maioria dos estudos não aponta para a existência de diferenças entre mulheres que realizam cirurgia conservadora (tumorectomia) ou remoção total da mama (mastectomia)^{38-40,33}. Contudo, Moyer⁴¹, recorrendo a uma meta-análise verificou que a realização de uma tumorectomia, comparativamente à mastectomia, conduzia a uma maior satisfação com a imagem corporal, melhor funcionamento psicológico, social, e sexual e, inclusivamente, a menor ansiedade quanto à possibilidade de uma recidiva, resultados estes corroborados em estudos mais recentes^{26,21}. Já em relação ao tipo de tratamento adjuvante, alguns estudos têm mostrado que a realização de quimioterapia conduz a um maior risco de QdV diminuída, particularmente a nível físico e sexual²³ e também no que respeita ao desempenho de papéis²¹.

No processo de adaptação ao cancro da mama, a forma como as mulheres lidam com os desafios particulares de cada fase da doença poderá também ser um importante fator de risco ou de proteção para a QdV. De acordo com Maes et al.⁴², a literatura tem apontado para resultados relativamente consistentes no que respeita à associação entre coping e adaptação numa situação de doença crónica. Assim, a implementação de um coping de evitamento, traduzido na tendência para ignorar, negar ou minimizar o significado da doença; o recurso a álcool ou drogas; a recusa em procurar/aceitar o suporte disponibilizado pela rede social, bem como o desinvestimento cognitivo e comportamental de ações que possam atenuar o problema, conduzem, habitualmente, a dificuldades no processo de adaptação à doença, quer do ponto de vista psicológico, quer físico^{43,11,42,44,45}. Pelo contrário, estratégias baseadas em ações que visem resolver, alterar ou lidar com a origem do problema, como por exemplo, a procura de informação e de suporte (Coping

Comportamental Ativo, segundo a terminologia de Fawzy e Fawzy⁴³), assim como estratégias baseadas em pensamentos e mecanismos mentais, nomeadamente, a aceitação da gravidade da doença, a procura de meios para lidar com a mesma, a focalização em aspetos positivos, e/ou tentar encarar a situação como uma oportunidade de desenvolvimento psicológico (Coping Cognitivo Ativo, segundo Fawzy e Fawzy⁴³), promovem o bem-estar dos doentes oncológicos, portanto, são formas adaptativas de coping⁴³⁻⁴⁵.

Todavia, a literatura tem igualmente referido que o coping unicamente focado na resolução das dificuldades emocionais ou no evitamento, pode também revelar-se eficaz, sobretudo em circunstâncias incontroláveis, as quais o indivíduo não pode alterar os seus resultados, ou para as quais não lhe é possível obter ajuda^{46,42}. Neste sentido, este tipo de coping pode revelar-se útil numa fase aguda da doença, como por exemplo após o diagnóstico, numa altura em que as estratégias ativas podem ser demasiado confrontativas para a mulher, e assim mais prejudiciais para a sua adaptação do que as estratégias de evitamento⁴⁷.

Assim sendo, e dado o facto de o coping envolver necessariamente uma avaliação contínua das exigências e significados de cada situação particular, o debate acerca da sua eficácia, mais do que focalizar-se no seu valor inerentemente adaptativo ou inadaptativo, deve ter em consideração as idiosincrasias de cada mulher, e as exigências de cada situação. Só deste modo poderá ser possível compreender o valor e a eficácia das estratégias de coping⁴⁸.

Embora em proeminente expansão, a grande maioria das investigações nesta área foca apenas uma fase específica da doença, sendo ainda escassos os estudos, quer longitudinais, quer transversais, que avaliem a QdV da mulher nas diversas fases da trajetória do cancro da mama¹¹. Por outro lado, os estudos que o fazem, apesar de serem na sua maioria longitudinais, avaliam a mulher numa grande diversidade de meses após o diagnóstico, não mencionando, muitas vezes, a fase em que esta se encontra. Esta limitação parece-nos relevante uma vez que, por exemplo, seis meses após o diagnóstico a mulher poderá estar a realizar quimioterapia, já numa fase de sobrevivência ou até a viver uma recidiva. Não obstante, a maioria dos estudos têm sido conduzidos com sobreviventes, sendo raras as investigações com mulheres nas fases mais iniciais da doença, nomeadamente no momento do diagnóstico e durante o tratamento. Paralelamente, pouco se conhece ainda sobre as variáveis que podem atuar como fatores de risco/proteção para a QdV nas diversas fases da trajetória da doença, nomeadamente, o papel das características sociodemográficas da mulher, da sua situação clínica, bem como das respetivas estratégias de coping. Assim sendo, são necessários estudos que, ao invés de focarem critérios meramente temporais, avaliem a mulher nas diversas fases do cancro da mama, de acordo com critérios clínicos¹¹. Para além disso, é fundamental mais investigação sobre os fatores que colocam em risco/protegem a QdV^{25,9,12}.

Tentando dar resposta às limitações da literatura, o presente estudo tem dois objetivos principais. Em primeiro lugar, pretende analisar e comparar a QdV das mulheres nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência para o cancro da mama, tendo como referência um grupo de mulheres da população geral sem história pessoal de doença oncológica. O segundo objetivo consiste em identificar o papel de variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como das estratégias de coping na QdV da mulher, em cada uma das fases da doença. Tendo em consideração a teoria e a

investigação anterior, colocamos por hipótese que as mulheres recentemente diagnosticadas e a realizar tratamento apresentem uma pior QdV do que as sobreviventes e as mulheres da população geral. Em relação às mulheres sobreviventes, esperamos que estas apresentem uma QdV semelhante às mulheres do grupo de controlo, podendo apresentar, contudo, um pior funcionamento do ponto de vista físico. Hipotetizamos ainda que mulheres mais jovens, com menor instrução, sem companheiro, submetidas a tratamentos mais agressivos, como a realização de uma mastectomia, esvaziamento axilar e/ou quimioterapia, e cujo coping se baseie sobretudo em estratégias de evitamento, apresentem uma pior QdV em todas as fases da doença. Por outro lado, espera-se que o recurso a um coping comportamental ativo ou coping cognitivo ativo se associe a uma melhor QdV. No entanto, e de acordo com a revisão da literatura, é também de esperar que as mulheres que na fase de diagnóstico utilizem estratégias de evitamento apresentem, igualmente, uma boa QdV.

Método

O presente estudo transversal representa um recorte de um projeto mais extenso e de desenho longitudinal e prospetivo, intitulado “Adaptação ao Cancro da mama e aos seus tratamentos: Fatores individuais e psicossociais envolvidos”. Este projeto obteve a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e da Direção da Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Centro (LPCC-NRC).

Amostra e procedimentos

A amostra é constituída por um total de 363 mulheres, distribuídas por quatro grupos distintos: três grupos de mulheres diagnosticadas com cancro da mama a viver diferentes fases da trajetória da doença, designadamente, mulheres recentemente diagnosticadas ($n = 55$), mulheres a receber tratamento de quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante ($n = 63$) e mulheres na fase de sobrevivência para o cancro da mama ($n = 85$) – grupo clínico; e por último, um grupo de controlo, constituído por mulheres da população geral, sem história pessoal de doença oncológica ($n = 160$) – grupo de controlo.

Os procedimentos de recrutamento e de recolha da amostra obedeceram às particularidades do local onde estes decorreram. Assim, as participantes recentemente diagnosticadas com cancro da mama foram recrutadas na Unidade de Internamento C do Serviço de Ginecologia dos HUC, por duas investigadoras que contactaram pessoalmente as participantes no primeiro dia de internamento para realização de cirurgia da mama (tumorectomia ou mastectomia). As mulheres a receber quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante foram recrutadas no Hospital de Dia de Ginecologia dos HUC, tendo sido o contacto realizado pelas investigadoras durante o tratamento. Já as mulheres sobreviventes foram convidadas a participar no estudo no primeiro dia de internamento para cirurgia de reconstrução da mama, na Unidade de Internamento C do Serviço de Ginecologia dos HUC. Além disso, foram também recrutadas utentes e voluntárias do Vencer e Viver, um movimento de entre-ajuda da LPCC-NRC, constituído por mulheres que tiveram cancro da mama e que prestam apoio voluntário a outras mulheres e familiares a viver a doença.

A inclusão das participantes no estudo teve em linha de conta os seguintes critérios: para integrar o grupo de diagnóstico era exigido que as mulheres tivessem recebido o diagnóstico de cancro da mama não metastático, no limite máximo de 4 meses (período durante o qual não poderiam ter realizado qualquer tipo de tratamento) e que estivessem a iniciar o tratamento pelo método cirúrgico (mulheres a iniciar quimioterapia neo-adjuvante foram excluídas deste grupo). Já para o grupo de tratamento, as mulheres deveriam estar a receber quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante na sequência de um primeiro diagnóstico de cancro da mama (mulheres a realizar quimioterapia para uma recidiva ou doença metastática foram excluídas); para integrar o grupo de sobreviventes, era exigido que as mulheres se encontrassem em fase de remissão total ou parcial da doença (livres de qualquer indício de doença e sem história de uma recidiva), e que não estivessem a realizar quimioterapia ou radioterapia há pelo menos um ano. Finalmente, para inclusão no grupo de controlo, as mulheres não poderiam ter história pessoal de doença oncológica e as suas características sociodemográficas deveriam ser semelhantes às do grupo clínico. Em todos os grupos era exigido que as mulheres fossem maiores de idade, não apresentassem qualquer tipo de condição física ou mental que invalidasse a participação no estudo e que soubessem ler e escrever português.

Das 268 mulheres convidadas a integrar o grupo clínico, 203 (75.7%) aceitaram participar. Todas as participantes foram informadas acerca dos principais objetivos do estudo e foi-lhes entregue um envelope contendo uma carta de apresentação do estudo, o consentimento informado e os questionários de autorresposta. A confidencialidade foi assegurada através do anonimato das respostas. No caso das mulheres avaliadas durante o período de hospitalização ou durante a realização de tratamento, os protocolos foram devolvidos pessoalmente às investigadoras. No caso das utentes e voluntárias do movimento Vencer e Viver os protocolos foram devolvidos via correio pré-pago.

As características sociodemográficas e clínicas da amostra são apresentadas no Quadro 1.

Instrumentos de avaliação

Qualidade de vida

Versão Breve do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)^{16,49}. Questionário de autorresposta que permite avaliar a perceção subjetiva de QdV. É constituído por 26 questões organizadas numa Faceta Geral (avalia a perceção global de QdV e de saúde) e em 24 facetas específicas (avaliam aspetos como dor e desconforto, satisfação com as relações sociais, apoio social, entre outros). As 24 facetas distribuem-se por 4 domínios distintos de QdV: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Pontuações mais elevadas no WHOQOL-Bref indicam valores superiores de QdV. Na nossa amostra, o alfa de Cronbach oscilou entre .501 na Faceta Geral da QdV, no grupo de mulheres em diagnóstico, e .851 no domínio Físico, no grupo de mulheres sobreviventes.

Quadro 1 | Caracterização sociodemográfica da amostra

	Diag. <i>n</i> = 56	Trat. <i>n</i> = 62	Sobrev. <i>n</i> = 85	Controlo <i>n</i> = 160	<i>F</i> / χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Idade						
30 – 44 anos	6 (10.7)	16 (25.8)	12 (15.2)	41 (25.6)	8.748	<i>n.s.</i>
45 – 59 anos	34 (60.7)	34 (54.8)	45 (57.0)	83 (51.9)		
≥ 60 anos	16 (28.6)	12 (19.4)	22 (27.8)	36 (22.5)		
Intervalo (min. - máx.)	33 - 70	30 - 68	33 - 81	30 - 89		
Média (desvio padrão)	54.4 (8.3)	51.0 (9.2)	54.1 (9.6)	52.1 (12.5)	1.622	<i>n.s.</i>
Estado Civil						
Solteira	6 (10.7)	2 (3.2)	4 (4.7)	6 (3.8)	14.936	<i>n.s.</i>
Casada/União facto	42 (75.0)	48 (77.4)	62 (72.9)	126 (78.8)		
Divorciada/Separada	1 (1.8)	5 (8.1)	10 (11.8)	5 (3.1)		
Viúva	7 (12.5)	7 (11.3)	9 (10.6)	23 (14.4)		
Escolaridade						
1º ciclo do ensino básico	23 (42.6)	18 (29.0)	27 (32.5)	47 (30.3)	14.369	<i>n.s.</i>
2º e 3º ciclos do ensino básico	13 (24.1)	11 (17.7)	19 (22.9)	39 (25.2)		
Ensino secundário	8 (14.8)	17 (27.4)	9 (10.8)	36 (23.2)		
Ensino superior	10 (18.5)	16 (25.8)	28 (33.7)	33 (21.3)		
Tempo desde o diagnóstico						
< 5 anos	56 (100)	63 (100)	32 (46.4)	-	78.883	.000
≥ 5 anos	0 (0)	0 (0)	37 (53.6)	-		
Intervalo (min. - máx.)	0 - 4	2 - 10	15 - 384	-		
Média em meses (desvio padrão)	1.5 (.9)	6.1 (1.6)	88.5 (78.6)	-	67.240	.000
Tipo de Cancro						
Invasor	36 (66.7)	63 (100)	69 (83.1)	-	24.118	.000
Não invasor	18 (33.3)	0 (0)	14 (16.9)	-		
Tipo de cirurgia						
Nenhuma	56 (100)	9 (14.5)	0 (0)	-	205.037	.000
Tumorectomia	0 (0)	27 (43.5)	7 (8.6)	-		
Mastectomia	0 (0)	26 (41.9)	74 (91.4)	-		
Esvaziamento axilar						
Sim	-	33 (53.2)	33 (40.7)	-	2.203	<i>n.s.</i>
Não	-	29 (46.8)	48 (59.3)	-		
Tipo de tratamento						
Nenhum	56 (100)	0 (0)	12 (14.8)	-	219.005	.000
Quimioterapia	0 (0)	62 (100)	32 (39.5)	-		
Radioterapia	0 (0)	0 (0)	11 (13.6)	-		
Quimioterapia e Radioterapia	0 (0)	0 (0)	26 (32.1)	-		
Reconstrução						
Sim	-	-	36 (43.4)	-	-	-
Não	-	-	47 (56.6)	-	-	-

Nota. Diag = Diagnóstico; Trat. = Tratamentos; Sobrev. = Sobrevivência. Devido a alguns dados em falta, é apresentada a % válida. *n.s.* = diferença não estatisticamente significativa.

Estratégias de coping

O grupo clínico respondeu ao Brief COPE^{50,51}, questionário de autorresposta constituído por 28 itens que se organizam em 14 subescalas que descrevem uma grande variedade de pensamentos e comportamentos a que habitualmente os indivíduos recorrem de forma a lidar com circunstâncias indutoras de stress. Foi-lhes solicitado que respondessem de acordo com a forma como, no momento de resposta ao questionário, estavam a lidar com o stress induzido pela doença, numa escala de resposta entre 0 (“Nunca faço isto”) e 3 (“Faço sempre isto”).

De forma a organizar as várias subescalas em medidas mais compósitas de coping, reduzindo assim o número de subescalas a introduzir nas diversas análises estatísticas, foi realizada uma análise fatorial exploratória com as 14 subescalas do Brief COPE. Numa primeira análise, foram obtidos 4 fatores com valor próprio (eigenvalue) superior a 1 (critério de Kaiser), explicativos de 60.0% da variância. Optou-se por retirar a subescala Expressão de sentimentos, uma vez que saturou de forma elevada em 3 fatores e também por revelar limitações na forma como os itens

estão construídos^{52,6}. Assim repetiu-se a análise sem esta subescala, tendo-se mantido a estrutura de 4 fatores, agora explicativos de 61.9% da variância.

Nesta versão final, a solução obtida permitiu explicar 65.5% da variância total do instrumento, sendo o Fator 1 explicativo de 29.0% da variância, e os restantes 3 fatores de 16.2% (Fator 2), 8.7% (Fator 3) e 8.0% (Fator 4). Em virtude da semelhança encontrada entre as subescalas que constituem estes fatores e o modelo proposto por Fawzy e Fawzy⁴³, estes foram respetivamente designados por Coping Comportamental Ativo (Planear, Suporte emocional, Suporte instrumental, Coping ativo, Autodistração), Coping Cognitivo Ativo (Humor, Reinterpretação positiva, Aceitação), Evitamento (Negação, Desinvestimento Comportamental, Autoculpabilização e Uso de substâncias) e Religião (idêntico ao original). Os valores de consistência interna (alpha de Cronbach) para cada um dos fatores em cada grupo variou entre .619 no fator Coping Evitamento, no grupo de mulheres a receber tratamento, e .839 no fator Religião, no grupo de mulheres sobreviventes.

Informação demográfica e clínica

As participantes responderam a um questionário construído pelos investigadores através do qual foram recolhidos os dados sociodemográficos. No que respeita à informação clínica (dados relativos à doença e/ou tratamentos), esta foi obtida mediante consulta dos processos clínicos das doentes, sob autorização médica, e só em caso de impossibilidade, através de entrevista às participantes.

Análises estatísticas

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS), versão 17.0. Para a caracterização da amostra recorreu-se às estatísticas descritivas, nomeadamente frequências simples e relativas, médias e desvios-padrão. Testes de qui-quadrado e a análises de variância univariada (ANOVA) foram utilizadas de forma a comparar os grupos no que toca às características sociodemográficas e clínicas.

Para estudar a estrutura fatorial das subescalas do Brief COPE, foi realizada uma análise fatorial exploratória com recurso ao método Componentes Principais, com rotação ortogonal tipo Varimax, tendo sido retidos os fatores cujo valor próprio (eigenvalue) fosse igual ou superior a 1 (critério de Kaiser) e as subescalas com saturação, em pelo menos um fator, igual ou superior a 0.453.

Para determinar as diferenças de médias entre os três grupos na QdV, recorreu-se à análise de variância multivariada (MANOVA). Sempre que observada a significância multivariada (Pillai's Trace), procedeu-se à análise dos testes univariados e comparações múltiplas à posteriori, tendo em conta a correção de Bonferroni ajustada para o número de comparações a realizar. O valor de Eta quadrado parcial (η_p^2) é apresentado como medida do tamanho do efeito.

Com o objetivo de testar o impacto do coping na QdV foram efetuadas, separadamente para cada grupo clínico, análises de regressão hierárquica múltipla (método enter). De forma a selecionar as

variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como as estratégias de coping a introduzir nas várias equações de regressão, foram previamente calculadas correlações de Pearson entre estas variáveis e a QdV, de acordo com a informação disponível em cada grupo. Para o mesmo efeito, todas as variáveis com mais de duas categoriais foram transformadas em variáveis dicotómicas, nomeadamente: estado civil (solteira, divorciada ou viúva; vs casada ou unida de facto); nível de escolaridade (até ensino básico vs ensino secundário ou superior); tipo de cirurgia realizada (conservadora vs mastectomia); realização de quimioterapia (não vs sim); e realização de radioterapia (não vs sim). A variável idade foi introduzida enquanto variável contínua. Variáveis clínicas e sociodemográficas correlacionadas a um nível de significância estatística $\leq .05$ foram introduzidas nas análises de regressão num primeiro bloco. De forma a testar-se o contributo adicional das estratégias de coping na explicação da variabilidade de cada variável dependente, estas foram introduzidas num segundo bloco. Em caso de ausência de correlações significativas entre as variáveis dependentes e as variáveis clínicas e/ou sociodemográficas, as estratégias de coping eram introduzidas simultaneamente, num único bloco.

Resultados

Qualidade de vida nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência para o cancro da mama

Com o objetivo de avaliar a QdV, os três grupos de mulheres em diferentes fases do cancro da mama e o grupo de controlo foram comparados nos quatro domínios e Faceta Geral da QdV (Quadro 2). Foi encontrado um efeito multivariado significativo do tipo de grupo na QdV. Os resultados dos testes univariados revelaram diferenças significativas relativamente à Faceta Geral e ao domínio Físico da QdV. Assim, são as mulheres a receber tratamento para o cancro da mama que apresentam uma pior QdV geral, distinguindo-se significativamente dos restantes três grupos. Também no que respeita ao domínio Físico, são as mulheres a realizar tratamento que avaliam de uma forma mais desfavorável a sua QdV, especialmente quando comparadas com as mulheres do grupo de controlo.

Nos restantes domínios da QdV, e para um nível de significância $\leq .008$ (ajustado ao número de comparações), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Quadro 2 | Comparação entre os grupos nos vários domínios e Faceta Geral da qualidade de vida (N = 363)

Domínios da QdV	Diag. (1) Média (DP)	Trat. (2) Média (DP)	Sobrev. (3) Média (DP)	Controlo (4) Média (DP)	F	p	Parti al η^2	Post- hoc ^a
Faceta geral	58.7 (13.5)	51.2 (15.3)	63.8 (16.8)	64.2 (15.1)	12.151	.000	.092	2<1,3,4
D. Físico	64.2 (16.6)	57.8 (14.9)	64.5 (17.3)	68.7 (15.3)	7.214	.000	.057	2<4
D. Psicológico	69.5 (13.7)	65.2 (16.1)	70.5 (16.8)	68.9 (13.2)	1.692	.168	.014	-
D. Rel. Sociais	76.0 (15.2)	68.7 (16.7)	69.1 (15.6)	70.7 (14.7)	2.916	.034	.024	-
D. Ambiente	63.0 (12.7)	61.7 (13.9)	61.1 (15.5)	61.8 (11.9)	.224	.880	.002	-

Nota. Análise de variância multivariada (Pillai's Trace = .192, $F(3,362) = 4.883$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .064$). ^aTeste de Bonferroni.

Os grupos foram ainda comparados no que respeita às pontuações nas 24 facetas do WHOQOL-Bref, bem como nos dois itens que compõe a Faceta geral da QdV. No Quadro 3 são

apresentados os resultados relativos às facetas nas quais foram encontrados efeitos univariados significativos, considerando um nível de significância $\leq .008$.

Quadro 3 | Comparação entre os grupos nas várias facetas da qualidade de vida (N = 363)

Facetas da QdV	Diag. (1) Média (DP)	Trat. (2) Média (DP)	Sobrev. (3) Média (DP)	Controlo (4) Média (DP)	F	p	Partial η^2	Post- hoc ^a
Faceta Geral								
F. Saúde Geral	3.0 (.8)	2.7 (.8)	3.5 (.8)	3.5 (.9)	17.472	.000	.127	1<3,4 2<3,4
^b Pillai's Trace (itens da faceta geral) = .156, $F(3, 362) = 10.149$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .078$								
Domínio Físico								
F. Energia e fadiga	3.5 (.9)	3.0 (.6)	3.4 (.9)	3.5 (.7)	6.656	.000	.053	2<1,4
F. Atividades diárias	3.4 (1.0)	3.2 (.8)	3.5 (.9)	3.8 (.7)	8.735	.000	.068	4>1,2,3
F. Capacidade de trabalho	3.4 (1.1)	3.0 (.9)	3.5 (.9)	3.8 (.7)	14.488	.000	.108	4>1,2,3 2<1,3,4
^b Pillai's Trace (facetas D. Físico) = .168, $F(3, 362) = 3.005$; $p = .000$, $\eta_p^2 = .056$								
Domínio Psicológico								
F. Autoestima	3.7 (.8)	3.4 (1.0)	3.8 (1.0)	3.8 (.7)	4.241	.006	.034	2<3,4
^b Pillai's Trace (facetas D. Psicológico) = .113, $F(3, 362) = 2.331$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .038$								
Domínio Relações Sociais								
F. Atividade sexual	3.5 (.9)	3.0 (1.0)	3.3 (1.0)	3.7 (.9)	7.664	.000	.060	2<1,4 4>2,3
F. Suporte social	4.4 (.8)	4.3 (.7)	4.0 (.7)	3.9 (.7)	9.033	.000	.070	4<1,2 1>3
^b Pillai's Trace (facetas D. Relações Sociais) = .152, $F(3, 362) = 6.381$, $p = .000$; $\eta_p^2 = .051$								
Domínio Ambiente								
F. Cuidados de saúde e sociais: Disponibilidade e qualidade	3.5 (1.0)	3.9 (.8)	3.6 (1.0)	3.3 (1.0)	5.719	.001	.046	2>4
^b Pillai's Trace (facetas D. Ambiente) = .153, $F(3, 362) = 2.373$, $p = .000$; $\eta_p^2 = .051$								

Nota. ^aTeste de Bonferroni. ^bAnálise de variância multivariada para as várias facetas do WHOQOL-Bref.

Como se pode verificar, as mulheres recentemente diagnosticadas e a receber tratamento para o cancro da mama apresentam uma menor satisfação com o seu estado de Saúde geral do que as mulheres sobreviventes e as mulheres da população geral. Por outro lado, as mulheres a realizar tratamento apresentam menor Energia e mais fadiga do que as mulheres recentemente diagnosticadas e a população geral; Capacidade de trabalho mais reduzida do que os restantes grupos; Autoestima mais baixa comparativamente às sobreviventes e às mulheres da população geral; bem como resultados mais negativos na Faceta Atividade sexual do que as mulheres do grupo de controlo e em diagnóstico, o que também se verifica para o grupo de sobreviventes. No que respeita à realização de Atividades de vida diária e ainda à Capacidade de trabalho, todos os grupos clínicos revelam um pior funcionamento do que o grupo de controlo.

No entanto, as mulheres recentemente diagnosticadas e em tratamento percecionam ter maior Suporte social do que as mulheres da população geral, sendo que as primeiras se distinguem também das mulheres sobreviventes. Por último, as mulheres a realizar tratamento sentem-se mais satisfeitas com os Cuidados de saúde e sociais do que as mulheres da população geral.

O papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na QdV

Previamente à realização das análises de regressão linear múltipla hierárquica foram calculadas, separadamente para cada fase da doença, correlações de Pearson entre a QdV e as variáveis sociodemográficas, clínicas e as estratégias de coping. No Quadro 4 é apresentada a matriz de correlações entre as estratégias de coping e os domínios e Faceta Geral da QdV para os três grupos em estudo.

Quadro 4 | Matriz de correlações entre as estratégias de coping e a qualidade de vida nos três grupos clínicos

Fase da doença	Qualidade de Vida				
	F. Geral	D. Físico	D. Psicológico	D. Relações Sociais	D. Ambiente
Diagnóstico					
Coping Cog. Ativo	.354 *	.174	.363 *	.231	.303
Coping Comp. Ativo	-.059	.008	.258	.227	.200
Evitamento	-.254 *	-.054	-.350 *	-.288 *	-.306 *
Religião	-.222	-.087	-.151	.010	-.151
Tratamento					
Coping Cog. Ativo	.339 **	.276 *	.451 ***	.301 *	.372 **
Coping Comp. Ativo	-.118	-.052	.121	.075	.243
Evitamento	-.382 **	-.461 ***	-.496 ***	-.404 ***	-.457 ***
Religião	-.109	-.164	-.019	.113	-.139
Sobrevivência					
Coping Cog. Ativo	.055	-.006	.171	.113	.098
Coping Comp. Ativo	-.057	.060	.145	.168	.129
Evitamento	-.386 ***	-.370 ***	-.439 ***	-.245 *	-.336 **
Religião	.066	-.025	-.029	.066	-.040

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

No que respeita às associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a QdV, no grupo de diagnóstico foi encontrada uma correlação significativa entre o domínio Ambiente e o nível de escolaridade ($r = .320$, $p = .018$). As variáveis idade, situação conjugal, tempo decorrido desde o diagnóstico e tipo de tumor não se associaram significativamente com a QdV.

No grupo de mulheres a realizar tratamento foram encontradas associações significativas negativas entre a Faceta Geral da QdV e a idade ($r = -.264$, $p = .038$). O nível de escolaridade correlacionou-se positivamente com os domínios Físico ($r = .305$, $p = .016$), Psicológico ($r = .369$, $p = .003$), Relações Sociais ($r = .358$, $p = .004$) e Ambiente ($r = .477$, $p = .000$). Não foram encontradas correlações entre a QdV e as variáveis situação conjugal, tempo desde o diagnóstico, tipo de tumor, tipo de cirurgia e realização de esvaziamento axilar.

No grupo de mulheres sobreviventes foram encontradas correlações significativas entre o nível de escolaridade e os domínios Físico ($r = .348$, $p = .001$) e Ambiente ($r = .349$, $p = .001$). O domínio Relações Sociais associou-se positivamente com o tipo de tumor ($r = .240$, $p = .029$) e negativamente com o tipo de cirurgia ($r = -.368$, $p = .001$). Finalmente, o domínio Ambiente associou-se também ao tipo de cirurgia ($r = -.236$, $p = .034$). As variáveis idade, situação conjugal, bem como as variáveis clínicas tempo desde o diagnóstico, esvaziamento axilar, quimioterapia, radioterapia e decisão de reconstrução, não se correlacionaram significativamente com a QdV.

De seguida, e para cada um dos grupos, foram efetuadas análises de regressão múltipla hierárquica para os vários domínios e Faceta geral da QdV que previamente revelaram associações significativas com as variáveis em estudo (Quadro 5).

Quadro 5 | Análise de regressão linear hierárquica múltipla a testar o papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na qualidade de vida nas três fases da doença

Fases da doença	Modelo final	β	F	R ²	ΔR^2	
Diagnóstico	<i>Faceta Geral</i>					
	Cog. Ativo	.287*	5.612**	.203		
	Evitamento	-.287*				
	<i>Psicológico</i>					
	Cog. Ativo	.298*	5.720**	.206		
	Evitamento	-.280*				
	<i>Ambiente</i>					
	Escolaridade	.228	3.620*	.144		
	Evitamento	-.248				
Tratamento	<i>Faceta Geral</i>					
	Idade	-.208	5.551**	.232		
	Cog. Ativo	.186				
	Evitamento	-.282*				
	<i>Físico</i>					
	Escolaridade	.243*	7.167***	.281		
	Cog. Ativo	.075				
	Evitamento	-.393**				
	<i>Psicológico</i>					
	Escolaridade	.249*	11.645***	.388		
	Cog. Ativo	.261*				
	Evitamento	-.361**				
	<i>Relações Sociais</i>					
	Escolaridade	.298*	6.900***	.273		
	Cog. Ativo	.117				
Evitamento	-.313*					
<i>Ambiente</i>						
Escolaridade	.378***	11.773***	.391			
Cog. Ativo	.160					
Evitamento	-.337**					
Sobrevivência	<i>Ambiente</i>					
	Escolaridade	.278*	6.301***	.223		
	Cog. Ativo	-.123				
Evitamento	-.333**					

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

No grupo de mulheres recentemente diagnosticadas, o Coping Cognitivo Ativo mostrou associar-se a uma melhor QdV tanto a nível Psicológico como a um nível mais global. Já o recurso a estratégias de Evitamento associou-se a resultados mais negativos nestes dois domínios. Apesar das correlações negativas encontradas entre o Coping de Evitamento e o domínio Ambiente, após

controlar para o efeito da escolaridade, esta forma de coping não mostrou associações significativas com este domínio da QdV.

No grupo de mulheres em tratamentos, e controlando o efeito da idade e do nível de escolaridade, respetivamente, verificou-se que o Coping de Evitamento mostrou associar-se a uma pior perceção de QdV em todos os domínios e Faceta geral. Já o recurso a um Coping Cognitivo Ativo associou-se a uma melhor QdV Psicológica. À exceção da Faceta Geral da QdV, o nível de escolaridade associou-se positiva e significativamente com todos os domínios da QdV.

Já no grupo de mulheres sobreviventes, o nível de escolaridade associou-se a uma melhor QdV Ambiental. Já o Coping de Evitamento revelou associações negativas significativas.

Discussão

O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, do futuro e do bem-estar da mulher requer adaptações em todas as áreas da vida, assim como recursos para lidar o mais eficazmente com os seus desafios. Recorrendo a uma metodologia baseada em critérios clínicos, respondendo assim a uma importante limitação das investigações anteriores, na sua maioria sustentadas em critérios temporais, este estudo representa um contributo importante para um conhecimento mais aprofundado da QdV das mulheres diagnosticadas com cancro da mama, identificando características sociodemográficas e clínicas, bem como estratégias de coping, enquanto fatores de risco/proteção para a QdV.

Com o intuito de se obter uma melhor compreensão da QdV nas diversas fases da trajetória da doença, neste estudo foram avaliadas mulheres num período recente à receção do diagnóstico, durante a fase de tratamentos, bem como durante a fase de sobrevivência livre de doença, por comparação a uma amostra de mulheres sem história de cancro.

De uma forma global, os resultados confirmam que, apesar do cancro da mama ser um acontecimento adverso que coloca em risco a QdV, as mulheres tendem a revelar um padrão de funcionamento psicossocial normal, indiciador da capacidade de resiliência, pelo menos em algumas áreas de funcionamento^{17,18}. Por outro lado, os resultados da comparação entre as mulheres nas três fases da trajetória do cancro da mama, permitem-nos inferir que as repercussões negativas na QdV são sobretudo transitórias, não ficando a QdV permanentemente implicada²⁹. Muito pelo contrário, tende a registar progressos ao longo do percurso clínico da doença, melhorando significativamente na fase de sobrevivência²⁴.

Mais especificamente, os resultados obtidos revelam que na fase de tratamento o cancro da mama compromete significativamente a QdV global e física da mulher. Já nas fases de diagnóstico e de sobrevivência a QdV, nos seus vários domínios, revelou-se semelhante à das mulheres sem história de doença oncológica. Estes dados dão suporte às investigações anteriores que apontam como período mais crítico em termos de repercussões negativas do cancro da mama, as fases iniciais da doença^{19,4,20,21}. Paralelamente, confirmam os resultados de outros estudos que recorrendo a uma amostra de controlo de mulheres saudáveis verificaram, igualmente, diferenças significativas entre os grupos apenas nos períodos mais iniciais da doença, que correspondem à fase de tratamento^{21,27}. Corroboram também investigações

realizadas com sobreviventes, nas quais não foram encontradas diferenças na generalidade dos domínios da QdV, comparativamente a controlos da população geral²⁸.

Todavia, parece-nos importante referir que a inexistência de diferenças entre o grupo clínico e o grupo de controlo na fase de diagnóstico, o que contraria de certa forma a literatura²¹, poderá dever-se ao facto de termos optado, neste estudo, por avaliar as mulheres numa fase ainda recente da experiência de cancro, sem que ainda as mulheres tivessem iniciado o período de tratamento. Noutros estudos, esta avaliação é realizada num momento um pouco mais tardio, que em muitos casos coincide já com o período do tratamento, durante o qual são esperadas maiores implicações na QdV²⁷. Estudos futuros que avaliem a QdV da mulher numa fase precoce do conhecimento da doença deverão ter em conta estes aspetos.

Apesar disto, em cada fase da doença as mulheres apresentaram limitações em algumas facetas específicas da QdV. Os nossos resultados apontam para o facto de os períodos iniciais da doença (diagnóstico e tratamento) se caracterizarem por uma insatisfação relativamente ao estado de saúde geral. Nestes períodos as mulheres tendem a apresentar um pior funcionamento ao nível da realização de atividades diárias e uma capacidade de trabalho mais reduzida do que as mulheres da população geral, especialmente enquanto se encontram a realizar quimioterapia. Para além disso, nesta fase de tratamento, a mulher tende também a apresentar menor energia e maior fadiga do que as mulheres recentemente diagnosticadas ou o grupo de controlo, o que é coerente com a literatura²⁷. Ainda assim, os nossos resultados tornam-se mais compreensíveis se tivermos em linha de conta que as mulheres em tratamento estavam a receber quimioterapia após terem feito, em metade dos casos, mastectomia e esvaziamento axilar. Esta combinação de tratamentos pode revestir-se de efeitos negativos acrescidos ao nível das capacidades físicas da mulher.

Além disso, os dados obtidos sugerem também implicações importantes ao nível da satisfação com a sexualidade, significativamente inferior à população geral na fase de tratamentos mas também durante o período de sobrevivência^{54,29}. Mais uma vez, estas dificuldades podem ficar a dever-se aos tratamentos, particularmente à quimioterapia, que muitas vezes conduz a alterações hormonais, secura vaginal e menopausa precoce, habitualmente associados à perda/diminuição da libido^{15,23}. Não obstante, podem também resultar da dificuldade em lidar com as alterações da imagem corporal que, por sua vez, podem afetar as relações íntimas e a sexualidade⁵⁵. Assim sendo, é importante intervir o mais precocemente sobre estas dificuldades de forma a evitar que estas se repercutam em limitações futuras na QdV da mulher.

Muito embora não tenham sido encontradas diferenças entre os grupos no domínio Psicológico, o que não fora previsto inicialmente mas que corrobora os resultados encontrados noutras investigações²², verificamos que as mulheres a realizar tratamento exibem uma autoestima mais baixa, comparativamente às mulheres na fase da sobrevivência e da população geral. Efetivamente, esta diferença torna-se compreensível se mais uma vez atendermos ao facto de estas mulheres estarem a realizar quimioterapia, e na sua maioria, adjuvante ao tratamento cirúrgico. Assim, pode inferir-se que, em virtude das alterações na sua autoimagem e de eventuais limitações ao nível dos seus papéis sociais, estas mulheres sintam a sua autoestima mais diminuída⁵⁶.

Apesar destas implicações, as fases de diagnóstico e de tratamento não se associam unicamente a um pior funcionamento, mas também a uma percepção mais positiva de suporte social, superior à da população geral ou das sobreviventes. Tal evidência poderá dever-se a uma maior consciencialização relativamente à disponibilidade de suporte e de ajuda por parte da rede social da mulher, que em momentos de crise, como o período de hospitalização e de tratamento na sequência do diagnóstico de uma doença oncológica, tende a ser ativada²⁵. Paralelamente, as mulheres a realizar tratamento sentem-se também mais satisfeitas relativamente à disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais do que as mulheres saudáveis.

Em suma, estes dados permitem-nos afirmar que o cancro da mama compromete algumas áreas da QdV da mulher, especialmente a nível físico, sexual, autoestima e percepção de saúde em geral. Todavia este impacto tende apenas a manifestar-se nas fases iniciais da doença, diminuindo significativamente no período em que a mulher não apresenta sinais de doença.

No processo de adaptação ao cancro da mama, as características da mulher, a sua situação clínica, bem como a forma como esta lida com os desafios específicos de cada fase da doença, podem desempenhar um papel importante na QdV, enquanto fatores de risco/proteção.

No que diz respeito à influência dos variáveis individuais, os resultados mostram que, tal como era previsto, a QdV é influenciada pelo nível de escolaridade^{26,32,21}. Assim, nas fases de tratamento e de sobrevivência, as mulheres com escolaridade equivalente ao ensino secundário e/ou superior revelaram uma melhor QdV do que as mulheres com instrução inferior, sobretudo no domínio Ambiente da QdV. Durante a fase de tratamento, o nível de escolaridade associou-se a uma melhor QdV também nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais. Assim sendo, podemos pensar que um nível de escolaridade mais elevado poderá facilitar o acesso a informação relevante que se repercutirá numa melhor prestação de cuidados a si própria²⁶. Por outro lado, poderá dotar a mulher de competências mais assertivas de procura de ajuda e suporte por parte da rede social, bem como aumentar a probabilidade de utilização de estratégias de coping mais ativas. Investigações futuras poderão tentar examinar possíveis relações entre o nível de escolaridade, coping e QdV.

O facto de o nível de escolaridade não ter revelado associações significativas com nenhum dos domínios da QdV na fase de diagnóstico poderá compreender-se tendo em conta que, numa fase ainda tão inicial da doença sem que ainda se tenham iniciado os tratamentos, a QdV ainda se encontre pouco implicada e daí que as reações das mulheres sejam pouco determinadas pelo nível de escolaridade. Ainda assim, os nossos dados sugerem que um nível de escolaridade elevado pode constituir-se como um fator de proteção para a QdV da mulher, sobretudo durante o período de tratamento para o cancro da mama, pelo que deverá ser tido em consideração no planeamento de intervenções dirigidas à promoção da QdV.

Surpreendentemente, a idade e a situação conjugal, bem como todas as variáveis clínicas, não mostraram ter relação significativa com a QdV. De um modo geral, estes resultados permitem-nos inferir que as variáveis relacionadas com o contexto sociodemográfico da mulher e, particularmente com a sua situação clínica, têm um contributo modesto para a compreensão da QdV das mulheres com cancro da mama, o que é coerente com os resultados encontrados em estudos anteriores³⁶. No entanto, é importante referir que o reduzido tamanho da amostra poderá

ter contribuído para a ausência de resultados significativos. Assim sendo, e para uma melhor compreensão do impacto das destas variáveis na QdV, são necessários mais estudos sobretudo com amostras mais extensas.

Não obstante, os resultados deste estudo permitem-nos, por outro lado, destacar a relevância do coping na explicação da variabilidade atribuída a cada domínio da QdV, particularmente na fase de tratamento. De uma forma geral, os nossos resultados confirmam a literatura que tem consistentemente apontado para o facto das pessoas que lidam com a doença oncológica recorrendo a estratégias de evitamento, estão mais vulneráveis à ocorrência de dificuldades psicossociais durante o processo de adaptação do que aquelas que se esforçam por adotar estratégias de coping mais confrontativas^{43,42}.

Assim, nas fases de diagnóstico e de tratamento, os nossos dados sugerem que estratégias Cognitivas Ativas, como o Humor, a Reinterpretação positiva e a Aceitação, protegem a mulher das repercussões do cancro da mama na QdV, tanto a nível global como Psicológico. Este tipo de estratégias, ao basear-se em esforços cognitivos para lidar com a doença, promove a aceitação do diagnóstico e o envolvimento em comportamentos mais adaptativos, promotores da QdV. Carver et al.⁴⁶ referem que estratégias cognitivas são particularmente importantes em “circunstâncias nas quais o indutor de stress é algo que deve ser integrado, por oposição a circunstâncias em que este pode ser facilmente alterado” (p. 270). Considerando o cancro da mama como um acontecimento de vida involuntário, incontrolável e irreversível, poderá compreender-se que estas estratégias se revistam de um impacto significativo na QdV, contrariamente às estratégias Comportamentais Ativas que, inesperadamente, não mostraram associações significativas com a QdV.

Por outro lado, os nossos dados sugerem que lidar com os desafios decorrentes do cancro da mama através de cognições e comportamentos que visem a negação do diagnóstico, ou tentar agir como se o mesmo não fosse real, isto de forma a diminuir a ansiedade causada pelo mesmo⁴⁶, constitui um importante fator de risco para a QdV nas diversas fases da doença. De facto, a literatura sugere que o Evitamento, apesar de temporariamente proporcionar algum alívio das emoções negativas, pode impedir os indivíduos de tomarem decisões importantes, o que poderá revelar-se nocivo perante uma doença que ameaça a própria vida^{57,48}.

Contribuindo para uma melhor compreensão acerca da QdV da mulher com cancro da mama, este estudo alerta para a necessidade de se atender à fase específica do curso da doença, às características sociodemográficas da mulher e, particularmente, às formas de lidar com a doença, que se assumem como fatores de risco/proteção para a QdV. Além disso, reforça a necessidade de se promoverem formas de coping mais adequadas às exigências de cada fase da doença, isto de modo a diminuir o risco de inadaptação.

Os resultados deste estudo sugerem algumas linhas orientadoras relevantes para o planeamento de intervenções psicológicas mais eficazes e ajustadas aos desafios e exigências particulares de cada fase da doença. Por um lado, reforçam a necessidade de se proceder ao despiste e intervenção precoce nas dificuldades apresentadas nas fases iniciais, sobretudo em áreas específicas do funcionamento da mulher como a sexualidade, a autoestima e as capacidades físicas, sob a pena destas poderem persistir, comprometendo a adaptação futura¹⁷.

Simultaneamente, alertam para a importância de uma reavaliação num longo período após o diagnóstico, de forma a identificar as mulheres que recuperaram os seus padrões habituais de funcionamento e aquelas que ainda não conseguiram fazê-lo. Apesar do impacto do cancro da mama na QdV ser transitório, poderá também ser importante desenhar intervenções específicas para as mulheres que numa fase de sobrevivência apresentam dificuldades persistentes em determinadas áreas da QdV.

É também importante referir que as intervenções psicossociais, especialmente dirigidas às mulheres recentemente diagnosticadas ou a receber tratamento, deverão promover a identificação das formas habituais de coping com a doença, focando, igualmente, o ensino e o reforço de estratégias Cognitivas Ativas, como sejam o Humor, a Reinterpretação positiva e a Aceitação. Não obstante, os técnicos de saúde deverão ter especial atenção às mulheres que recorrerem a um coping de Evitamento, fator de risco para a QdV. A estas mulheres devem ser ensinadas formas mais adaptativas de lidar com a doença. Também fundamental para o sucesso das intervenções psicossociais, é ter em consideração o nível de escolaridade da mulher.

Apesar destes contributos, a nossa investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra e sobretudo o seu caráter transversal, impedindo-nos de verificar as continuidades/mudanças nos padrões de QdV ao longo do tempo e das diversas fases da doença, bem como fatores preditores de (in)adaptação. Por outro lado, a amostra de mulheres a realizar tratamento incluiu apenas mulheres a receber quimioterapia, pelo que seria importante estudar as mulheres que realizam outros tipos de tratamentos como a radioterapia.

Assim sendo, são necessários mais estudos de natureza prospetiva e longitudinal de forma a compreender o impacto do cancro da mama imediatamente antes, durante e após os tratamentos. Estes estudos permitirão identificar formas de coping preditoras da QdV em fases posteriores do percurso da doença e, desta forma, a identificação das mulheres em maior risco de QdV diminuída. Além disso, a investigação futura deverá ainda tentar compreender a possível relação de causalidade entre nível de escolaridade, coping e QdV. Não menos importante será reforçar o estudo do impacto de outras variáveis psicossociais e relacionadas com a doença, que neste estudo não mostraram associar-se à QdV da mulher. O conhecimento destas variáveis reveste-se de grande importância no aprofundar do conhecimento sobre a QdV de mulheres com cancro da mama e desta forma, no planeamento de intervenções psicossociais mais efetivas, componente essencial na qualidade da prestação de cuidados ao doente oncológico. Sendo a trajetória do cancro da mama marcada por períodos de bom funcionamento psicossocial, em algumas áreas superior comparativamente às mulheres da população geral, investigações futuras deverão, igualmente, explorar o potencial desenvolvimento pessoal e relacional que poderá associar-se à experiência de cancro da mama³.

Em conclusão, os resultados deste estudo sugerem que o cancro da mama reveste-se de diferentes implicações na QdV consoante a fase da doença. Adicionalmente, evidenciam o importante contributo do nível de escolaridade e do recurso a estratégias de coping Cognitivas Ativas, enquanto fatores protetores da QdV, bem como o efeito negativo de estratégias de Evitamento que, contrariamente, colocam em risco a QdV da mulher. Deste modo, estes

resultados contribuem com pistas importantes para o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais eficazes e ajustadas às necessidades da mulher com cancro da mama.

Referências Bibliográficas

1. FERLAY, J. et al. - Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*. 18: 3 (2007) 581-592.
2. FEUERSTEIN, M. - Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*. 1: 1 (2007) 5-7.
3. CORDOVA, M. J. et al. - Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 14: 4 (2007) 308-319.
4. KISSANE, D. W. et al. - Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: A cross-sectional survey. *The Medical Journal of Australia*. 169: 4 (1998) 192-196.
5. SCHWARZA, R. et al. - The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care*. 3: 6 (2008) 417-422.
6. SILVA, S. et al. - Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência para o cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental*. XI: 5 (2009) 28-42.
7. MORRILL, E. F. et al. - The interaction of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*. 17: 9 (2008) 948-943.
8. BLOOM, J. R. et al. - Quality of life in long-term cancer survivors. In FEUERSTEIN, M. (Ed). *Handbook of cancer survivorship*. New York: Springer, 2007.
9. FALLOWFIELD, L. J. - Assessment of quality of life in breast cancer. *Ata Oncologica*. 34: 5 (1995) 689-694.
10. FERRELL, B. R. et al. - Quality of life in breast cancer. *Cancer Practice*. 4: 6 (1996) 331-340.
11. HEIM, E. et al. - Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*. 59: 4 (1997) 408-418.
12. HEWITT, M. et al. - Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington, D. C.: The National Academies Press, 2004.
13. PEREIRA, M. G.; LOPES, C. - O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
14. FERRELL, B. R. et al. - Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology*. 6: 1 (1997) 13-23.
15. GANZ, P. A. et al. - Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*. 38: 2 (1996) 183-199.
16. THE WHOQOL GROUP - Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 28: 3 (1998) 551-558.
17. KNOBF, M. T. - Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 23: 1 (2007) 71-83.
18. ROWLAND, J. H.; BAKER, F. - Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*. 104 (suppl): S11 (2005) 2543-2548.

19. BROWALL, M. et al. - Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*. 12: 3 (2008) 180-189.
20. LEE, T. S. et al. - Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer*. 16: 4 (2008) 399-405.
21. SCHOU, I. et al. - Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*. 14: 8 (2005) 1813-1823.
22. ANDRYKOWSKI, M. A. et al. - Psychosocial sequelae of cancer diagnosis and treatment. In SCHEIN, L. A., et al. (Eds). *Psychosocial treatment for medical conditions: Principles and techniques*. New York: Brunner-Routledge, 2003, 79-131
23. GANZ, P. A. et al. - Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results in Cancer Research*. 152: 1 (1998b) 396-411.
24. NEYT, M.; ALBRECHT, J. - The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors: A comparative study in Belgium. *Journal of Psychosocial Oncology*. 24: 3 (2006) 89-123.
25. BLOOM, J. R. et al. - Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 13: 3 (2004) 147-160.
26. KING, M. T. et al. - Quality of life three months and one year after treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*. 9: 7 (2000) 789-800.
27. SCHROEVERS, M. et al. - Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine*. 63: 3 (2006) 598-610.
28. BARDWELL, W. A. et al. - Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*. 13: 9 (2004) 595-604.
29. DORVAL, M. et al. - Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*. 16: 2 (1998b) 487-494.
30. GANZ, P. A. et al. - Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*. 16: 2 (1998a) 501-514.
31. HELGESON, V. S.; TOMICH, P. L. - Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*. 14: 4 (2005) 307-317.
32. PEUCKMANN, V. et al. - Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*. 104: 1 (2007) 39-46.
33. VAN DER STEEG, A. F. et al. - The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *European Journal of Surgical Oncology*. 34: 11 (2007) 1225-1230.
34. ANDRYKOWSKI, M. A. et al. - Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*. 49: 8 (1996) 827-834.
35. MOLS, F. et al. - Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*. 41: 17 (2005) 2613-2619.
36. AVIS, N. E. et al. - Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 23: 15 (2005) 3322-3330.
37. REBELO, V. et al. - Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 8: 1 (2007) 13-32.

38. DORVAL, M. et al. - Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*. 83: 10 (1998a) 2130-2138.
39. GANZ, P. A. et al. - Breast conservation versus mastectomy: Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*. 69: 7 (1992) 1729-1738.
40. POULSEN, B. et al. - A comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *European Journal of Surgical Oncology*. 23: 4 (1997) 327-334.
41. MOYER, A. - Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*. 16: 3 (1997) 284-298.
42. MAES, S. et al. - Coping with chronic diseases. In ZEIDNER, M. e ENDLER, N. (Eds). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons, 1996, 221-245.
43. FAWZY, F. I.; FAWZY, N. W. - A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*. 16: 3 (1994) 149-192.
44. RANSON, S. et al. - Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 30: 3 (2005) 243-254.
45. STANTON, A. L. et al. - The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*. 11: 2 (2002) 93-102.
46. CARVER, C. S. et al. - Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56: 2 (1989) 267-283.
47. HARRISON, J.; MAGUIRE, P. - Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *The British Journal of Psychiatry*. 165: 5 (1994) 593-598.
48. ZEIDNER, M.; SAKLOFSKE, D. - Adaptative and maladaptative coping. In ZEIDNER, M. e ENDLER, N. (Eds). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons, 1996.
49. VAZ SERRA, A. et al. - Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27: 1 (2006) 41-49.
50. CARVER, C. S. - You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioural Medicine* 4: 1 (1997) 92-100.
51. PAIS RIBEIRO, J. L.; RODRIGUES, A. P. - Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5: 1 (2004) 3-15.
52. AUSTENFELD, J. L.; STANTON, A. L. - Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*. 72: 6 (2004) 1335-1364.
53. STEVENS, J. P. - *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1992.
54. BUKOVIC, D. et al. - Sexual dysfunction in breast cancer survivors. *Onkologie*. 28: 1 (2005) 29-34.
55. GREENDALE, G. A. et al. - Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause*. 8: 2 (2001) 111-119.
56. CARVER, C. S. et al. - Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*. 60: 2 (1998) 168-174.
57. CARVER, C. S. et al. - How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65: 2 (1993) 375-390.



Estudo III

Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 16(4), 323-340. doi:10.1080/15325024.2011.572039

Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women

Sónia Silva, Helena Moreira & Maria Cristina Canavarro

Abstract

Stressful life events, such as breast cancer, offer possibilities for distress as well as for posttraumatic growth (PTG). This study examined PTG and psychosocial adjustment according to the occurrence of a highly stressful life event and the subjective perception of breast cancer as a traumatic experience. It also explored the possible moderation of these two variables in the relationship between PTG and adjustment. Participants were 71 breast cancer survivors and 89 healthy women who did not report the occurrence of a highly stressful life event. Findings suggest that PTG is not a result of the natural process of psychological maturity. For PTG to occur, a stressful event must be experienced, but it may not necessarily be perceived as traumatic. PTG has potential for adaptive consequences, especially for women who have survived breast cancer but who subjectively do not perceive it as a traumatic experience.

Keywords: posttraumatic growth; breast cancer; trauma; quality of life; psychological adjustment.

Introduction

In spite of advances in early detection and treatment, breast cancer (BC) remains a potential traumatic experience, one that is likely to elicit posttraumatic stress disorder (PTSD) (American Psychiatric Association, 1994). Past research has recognized the negative effects of the diagnosis and treatment for BC on women's psychosocial adjustment and quality of life, such as pain and suffering, nausea and vomiting, hair loss, bodily disfigurement and dysfunction, psychosocial concerns, and constant fear of recurrence and death (e.g., Ganz et al., 1996). However, a growing body of research has shown that only a minority develop long-standing psychiatric disorders or prolonged cancer-related distress (Ganz et al., 1996; Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002). Often, BC survivors exhibit similar adjustment compared with healthy controls (Bardwell et al., 2004; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Tomich & Helgeson, 2002) or other medical controls (Andrykowski et al., 1996; Ganz et al., 1996).

In recent years and corroborating clinical practice, research has also evidenced that in their efforts to cope and adapt to BC, women find not only negative consequences, but also cancer-related benefits such as a shift in life priorities and values, greater overall life appreciation, strengthened relationships, greater self-reliance and maturity, and a clearer sense of spirituality (Cordova et al., 2007; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003; Tomich & Helgeson, 2004). This growing evidence has prompted researchers to expand the focus of trauma research in order to encompass the positive outcomes arising from the struggle with highly challenging life circumstances, acknowledged as posttraumatic growth (PTG) (Tedeschi & Calhoun, 2004). Thus, it supports the

view of cancer as a “turning point” (McAdams, 1993, cited in Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 9) or a “psychosocial transition” (Andrykowski, Brady, & Hunt, 1993).

Although there have been great developments in this area of research, there are still some important aspects that have not been sufficiently addressed. Next, we discuss some of these questions that are more relevant to contextualize the present study.

One of the most controversial questions concerns the characteristics that may contribute to the genesis of PTG. According to Tedeschi and Calhoun (2004), the experience of a “seismic event” (i.e., an extremely negative and undesirable life situation that represents a significant challenge to the individual’s adaptive resources and can engender high levels of psychological distress) is required for the emergence of PTG. However, literature has also emphasized that PTG may not reflect an achievement resulting from the threat posed by the event (Tedeschi & Calhoun, 2004) but a tendency everyone has to view themselves as improving over time (Greenwald, 1980).

The few studies trying to address this question in the field of psycho-oncology have compared cancer survivors’ reports of PTG with patients with benign breast problems (Andrykowski et al., 1996) and healthy controls (Cordova et al., 2001; Tomich, Helgeson, & Vache, 2005). They have generally found greater levels of PTG among survivors. However, Andrykowski et al. (1993) showed that individuals not affected by cancer reported higher levels of PTG when compared with patients who received a bone marrow transplant. Thus, it is still not clear whether PTG occurs as a consequence of a stressful event (i.e., cancer) or as a result of the natural process of psychological maturation.

Except for the studies of Tomich et al. (2005) and Andrykowski et al. (1996), an important limitation of these studies is that they failed to control for the possible occurrence of a stressful life event among healthy women; that is, they were simply asked to rate their experience of PTG across a time frame, usually corresponding to the survivor’s time since diagnosis. Thus, healthy controls may have experienced PTG due to a stressful event they may have lived and not from maturation. To our knowledge, no studies have used a sample of healthy controls who report no highly stressful life events during a particular period. Therefore, more research is needed with a more restricted control sample in order to clarify whether cancer-related growth reflects an experience of positive life changes occurring as a result of a stressful event or a general tendency to perceive oneself as improving over time (McFarland & Alvaro, 2000).

Another important question is the role of the subjective perception of the event’s stressfulness. Theoretical models and empirical research have asserted that the more serious the perceived life threat posed by the stressor, the greater the opportunity for PTG (Tedeschi & Calhoun, 2004). However, the literature is not consensual. For example, studies comparing BC survivors with individuals facing other severely stressful events (Andrykowski et al., 1996; Tomich et al., 2005) have found higher reports of PTG in BC survivors. Others, using objective measures such as clinical indices of disease severity (tumor size, stage of the disease, extent of spread to the lymph nodes and metastasis), have varied between nonsignificant results and findings of higher PTG for women with more severe disease (for a revision, see Stanton, Bower, & Low, 2006). Yet, these studies failed to assess women’s subjective perception of the stressfulness of BC, assuming a priori its traumatic nature.

Other studies addressing this limitation have assessed survivors' perceived threat, but the findings were also inconclusive, with some studies showing positive associations between threat and growth (Cordova et al., 2001, 2007; Lechner et al., 2003; Sears et al., 2003), and others showing non-significant associations (Antoni et al., 2001; Manne et al., 2004; Weiss, 2004). However, the operationalization of the stressfulness of BC varied from asking participants about cancer-related intrusive thoughts and avoidance (e.g., Impact of Event Scale) (Antoni et al., 2001; Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004) to the likelihood of death from cancer (Lechner et al., 2003) and Likert-type ratings of cancer stressfulness (Park, Cohen, & Murch, 1996). Few studies have assessed cancer as a traumatic stressor, that is, whether women would meet Criterion A of the PTSD diagnosis (Cordova et al., 2001, 2007; Weiss, 2004). Thus, further research is needed.

Another aspect that remains unclear is the relationship between PTG and psychosocial adjustment to cancer, with studies finding positive (Carver & Antoni, 2004; Lelorain, Antignac, & Florin, 2010; Tomich & Helgeson 2002), negative (Tomich & Helgeson, 2004), as well as no reliable relationships (Andrykowski et al., 1993; Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003). A possible explanation for these inconsistent findings is that PTG may be beneficial under some circumstances but not others. In a meta-analytic review of the possible moderators of the relationship between growth and psychological and physical health, Helgeson, Reynolds, and Tomich (2006) found, for example, that PTG was linked to reduced global distress only in individuals facing health stressors, as opposed to personal stressors.

In spite of the growing number of studies on the relationship between PTG and adjustment, the hypothesis that the nature of the event may interact with these variables has only been scarcely tested. To our knowledge, research has not so far studied whether PTG may be beneficial only for those experiencing a highly stressful life event or for those who subjectively perceive the event as a traumatic experience. Thus, more research is needed in order to better understand under what circumstances PTG may be helpful for psychosocial adjustment.

In order to account for the limitations of previous research, the present study examined PTG and psychosocial adjustment (emotional distress and quality of life) in BC survivors - women who have received a diagnosis of BC and who have completed primary treatment (Feuerstein, 2007) - in comparison with a group of healthy women who did not report having experienced a highly stressful life event in a similar time frame to survivors. The aims of this study were twofold. First, we sought to study levels of PTG and psychosocial adjustment according to the occurrence of an objective highly stressful life event and also according to the perceived stressfulness of the event (BC as trauma). Based on the assumption that the more serious the life threat posed by the stressor, the greater the opportunity for growth, the group of BC survivors were expected to report more PTG than healthy women but similar psychosocial adjustment (H1), and those who perceived BC as a traumatic event were expected to report more PTG but worse adjustment than those who did not (H2). The second aim of this study was to explore the possible moderating role of the occurrence/stressfulness of the event in the relationship between PTG and psychosocial adjustment. Based on the same assumption and the fact that PTG may foster adjustment, it was hypothesized that women who reported more PTG would score high on psychosocial adjustment

measures, especially if they had survived a highly stressful event (H3) and perceived it as a traumatic experience (H4).

Method

Participants and Procedures

Participants were 71 Caucasian BC survivors drawn from a broader study on adjustment to BC conducted by psychologists in the Gynaecology Department of Coimbra University Hospitals (CUH) in Portugal. Study approval was obtained from the CUH Research Ethics Committee.

Breast cancer survivors were included in the study if they fulfilled the following eligibility criteria: (a) 24 months or less post-diagnosis with non-metastatic BC, (b) had had breast surgery (conservative or mastectomy), (c) 6 months or more post-treatment (surgery, chemotherapy, and radiotherapy), (d) no cancer recurrence, (e) no history of other major disabling medical or psychiatric conditions, (f) Portuguese speaker and writer, and (g) 18 years of age or older.

Women were asked to participate by telephone. Breast cancer survivors attending Reach to Recovery (a voluntary association from the central branch of the Portuguese Cancer League formed by BC survivors who help other women confronting the disease) were also recruited. All participants were informed about the objectives of the study and were assured of the confidentiality of the data. They all signed an informed consent form and completed the questionnaires, which were sent and returned in a postage-paid, preaddressed envelope. Of the 95 women contacted fulfilling the inclusion criteria, 71 (74.7%) consented to participate and gave complete data. Reasons for declining were related to lack of interest in taking part in the study ($n = 8$; 8.4%). Sixteen women (16.8%) agreed to participate but did not return the questionnaires. Participants and nonparticipants were similar regarding clinical and sociodemographic characteristics.

A group of 89 age- and education-matched women from the general population were used as healthy control (HC) group. Controls were selected so that there were no differences with BC survivors in age, education, and marital and socioeconomic status. They had no personal history of cancer or other major disabling medical or psychiatric diseases and did not report having experienced a stressful life event in a similar time frame to survivors' time since diagnosis (i.e., in the previous 2 years).

The mean age of BC survivors was 51.5 years old ($SD = 8.1$; range = 30–68), with a mean of 13.5 months post-BC diagnosis ($SD = 4.6$; range = 6–24). Fifty-eight women (81.7%) had been diagnosed with invasive carcinoma. All BC survivors had undergone a lumpectomy ($n = 36$; 50.7%) or a mastectomy ($n = 35$; 49.3%); 9 women (12.7%) had had reconstructive surgery. Fifty-seven women (80.3%) had received adjuvant treatment: chemotherapy ($n = 11$; 15.5%), radiotherapy ($n = 20$; 28.2%), or both ($n = 26$; 36.6%). The mean age of HC participants was 51.1 years ($SD = 12$; range = 28–89). Women were predominantly married or lived with a partner (BC survivors, $n = 60$, 84.5%; HC participants, $n = 75$, 84.3%); were considerably well educated, with 52.1% ($n = 37$) and 44.3% ($n = 39$) of BC survivors and HC participants, respectively, having completed at least high school; and were of middle socioeconomic status (BC survivors, $n = 47$,

66.2%; HC participants, $n = 62$, 69.7%). Chi-square comparisons revealed no significant differences with respect to age, marital status, education, or socioeconomic status.

Measures

Sociodemographic and clinical information

Sociodemographic data were collected via a self-report questionnaire designed for this study. Clinical data were obtained from the patients' medical records.

Posttraumatic Growth

The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996) was used to assess positive life changes following a stressful life event. The participants indicated the extent to which they experienced each positive change on a 6-point scale ranging from "I did not experience this change" to "I experienced this change to a very great degree." The original version of this 21-item scale provides a total PTG score and separate continuous scores on five domains of change. The Portuguese version (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009) yielded a four-factor structure: perception of personal resources and skills, new possibilities and life appreciation, strengthening of social relationships, and spiritual development.

For BC survivors, the instructions and the response options were modified to mention BC rather than crisis. HC participants completed a different version of the PTGI; they were asked an introductory yes/no question regarding an occurrence of a stressful life event in a similar time frame to the BC survivor group: "Do you consider, in the past two years, that you have experienced a significant, negative life event which markedly influenced your life?" HC participants who answered "no" were required to rate the extent to which they had experienced positive life changes in the previous 2 years. Those who answered "yes" were excluded from this study. Cronbach alphas for the PTGI total score ranged from .95 (BC survivors) to .97 (HC participants). For the subscales, Cronbach alphas ranged from .76 (spiritual development) to .93 (perception of personal resources and skills), both among HC participants.

Emotional distress

The Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983; Portuguese version: Pais-Ribeiro et al., 2007) was used to assess emotional distress. This 14-item scale is composed of two subscales - depression and anxiety - both with seven items. It employs a 4-point scale (0-3), with higher scores indicating more emotional distress. In our sample, Cronbach alphas ranged from .78 for depression (HC participants) to .88 for anxiety (BC survivors).

Quality of life

Quality of life (QoL) was assessed with the World Health Organization Quality of Life-BREF (World Health Organization Quality of Life Group, 1998; Portuguese version: Vaz Serra et al., 2006). This generic and multidimensional questionnaire consists of 26 items presented in a 5-point scale (1–5), with higher scores indicating higher QoL. It has an overall QoL facet and four QoL domains. For the purposes of this study, only the physical, psychological, and social relationships domains were considered (the overall facet and the environment domain were excluded). In our sample, Cronbach alphas ranged from .60 for social relationships (HC participants) to .91 for physical QoL (BC survivors).

Subjective perception of BC as a traumatic experience

BC survivors were asked to answer two yes/no questions corresponding to the DSM-IV criteria for traumatic stressors (American Psychiatric Association, 1994, pp. 427–428): (a) “At any moment of your disease, did you perceive your diagnosis of BC as a threat to your life or to your physical well-being?” and (b) “At any moment of your disease did your response involve intense fear, helplessness, or horror?” Endorsement of both questions suggested that BC was perceived as a traumatic experience (Cordova et al., 2001; Cordova et al. 2007; Weiss, 2004). The Cronbach alpha for this two-item measure was .69.

Data Analysis

SPSS (Version 17) was used in the analyses. Chi-square tests and student’s t tests were used to assess differences in categorical and continuous demographic variables, respectively. Univariate and multivariate analyses of variance (ANOVAs and MANOVAs) and the alternative Mann-Whitney non-parametric test were performed for measures of psychosocial adjustment and PTG. Pearson correlation coefficients measured the associations between sociodemographic, clinical, and outcome measures for the total sample and also for the BC survivor group alone.

According to the conceptual and statistical guidelines on interaction effects (e.g., Aiken & West, 1991), multiple hierarchical regression analyses were used to test for the moderating role of the occurrence of a life-threatening event, and also the stressfulness of BC, in the association between PTG and adjustment. For each psychosocial adjustment measure (outcomes), variables were added to the regression model in four separate steps: sociodemographic/clinical control variables (when correlated at $p < .05$ with any outcome measure), total PTGI (mean centered), the categorical moderator (occurrence of a stressful event; stressfulness of BC), and the interaction term. Interactions that resulted in a significant increase in explained variance had the slope of the predicted regression lines plotted using the mean as the medium value and one standard deviation above/below the mean as the high/low mean (Aiken & West, 1991). A post hoc simple slope analysis was conducted to determine the nature of the significant interaction among categorical variables found in the primary analysis, and the results are shown in the graphs. Regressions yielding no significant interactions or main effects are not presented. For all analyses, effect-size measures (η^2_p) are shown.

Results

PTG and Psychosocial Adjustment: Comparisons Between Groups

Means, standard deviations, and results for the comparisons on the measures of PTG, emotional distress, and QoL, considering the occurrence of a highly stressful life event (BC survivors vs. HC participants) and also the subjective perception of BC as a traumatic event (BC survivors who perceived BC as a trauma vs. those who did not), are displayed in Table 1.

The BC survivor group showed greater total PTG than the HC group. The results of the MANOVA for PTGI subscales revealed a significant group effect (Pillai's Trace = .21, $F_{(1, 159)} = 10.47$, $p < .001$, $\eta^2_p = .21$). Subsequent univariate analyses indicated that BC survivors had significantly higher scores on all PTGI subscales. Regarding psychosocial adjustment, results from the MANOVAs showed no significant multivariate effects of the occurrence of a highly stressful event on emotional distress (Pillai's Trace = .01, $F_{(1, 158)} = .66$, $p = .52$, $\eta^2_p = .01$), or QoL (Pillai's Trace = .03, $F_{(1, 159)} = 1.71$, $p = .17$, $\eta^2_p = .03$). However, subsequent univariate tests revealed a significant difference between the groups in the physical domain, with BC survivors reporting worse physical QoL than HC participants.

Based on the DSM-IV criteria for a PTSD stressor, BC was perceived as a traumatic event for 50.7% of BC survivors; 60.6% perceived BC as a threat to life or physical integrity, and 60.6% felt fear, helplessness, or horror.

Table 1 | Group means, standard deviations and univariate analyses of variance for all measures

	All sample				BCS			
	BCS <i>n</i> = 71	HC <i>n</i> = 89	<i>F/p</i>	η^2_p	BC as a trauma <i>n</i> = 36	BC as not a trauma <i>n</i> = 35	<i>F/p</i>	η^2_p
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
<i>Posttraumatic growth</i>								
Total PTGI	63.93 (21.91)	40.63 (26.56)	35.41***	.18	60.56 (23.51)	67.40 (19.87)	1.75	.03
Perception of personal resources and skills	19.39 (6.94)	12.54 (8.38)	30.72***	.16	17.86 (7.18)	20.97 (6.39)	3.71 [†]	.05
New possibilities and life appreciation	15.99 (7.46)	9.81 (7.75)	25.91***	.14	15.61 (7.18)	16.37 (7.83)	.18	.00
Strengthening of social relationships	19.28 (6.29)	11.81 (7.98)	41.57***	.21	18.69 (6.97)	19.89 (5.55)	.63	.01
Spiritual development	9.27 (3.98)	6.47 (4.29)	17.85***	.10	8.39 (4.23)	10.17 (3.54)	3.69 [†]	.05
<i>Emotional distress</i>								
Anxiety	6.73 (4.36)	7.47 (4.15)	1.20	.01	8.00 (3.40)	5.46 (4.88)	6.41*	.09
Depression	4.63 (4.00)	5.24 (3.71)	.98	.01	5.06 (3.13)	4.20 (4.73)	.80	.01
<i>Quality of life</i>								
Physical	63.98 (21.78)	70.26 (16.93)	4.21*	.03	61.21 (19.99)	66.84 (23.43)	1.19	.02
Psychological	68.49 (18.72)	71.58 (13.00)	1.52	.01	66.32 (14.24)	70.71 (22.43)	.98	.01
Social Relationships	70.66 (16.72)	71.35 (13.82)	.08	.00	70.60 (15.87)	70.71 (17.78)	.00	.00

[†] $p < .06$. * $p < .05$. *** $p < .001$.

Comparisons within BC survivors according to the perception of BC as a traumatic event revealed no differences in total PTG (Pillai's Trace = .12, $F_{(1, 70)} = 2.24$, $p = .07$, $\eta^2_p = .12$). However, in

subsequent ANOVAs for the four subscales, marginal differences were found in perception of personal resources and skills and spiritual development. BC survivors who did not perceive BC as a trauma showed greater PTG. MANOVAs for emotional distress showed a significant multivariate effect (Pillai's Trace = .13, $F_{(1, 69)} = 4.77$, $p = .01$, $\eta^2_p = .13$), with BC survivors who perceived BC as a trauma exhibiting greater anxiety. No significant multivariate effect was found for QoL (Pillai's Trace = .03, $F_{(1, 60)} = .73$, $p = .54$, $\eta^2_p = .03$).

Similar comparisons were performed considering perception of life threat and fear responses (results not shown). Women who perceived BC as a threat ($M = 7.38$, $SD = 3.67$) were significantly more anxious than women who did not ($M = 5.75$, $SD = 5.15$) ($U = 416.00$, $p = .04$). No other differences were found according to perception of threat for QoL or PTG. Comparing women who reported fear responses with women who did not, several differences were found, with the first group scoring significantly lower on physical QoL ($U = 407.00$, $p = .02$; $M = 59.30$, $SD = 21.49$; $M = 71.17$, $SD = 20.57$) and psychological QoL ($U = 402.50$, $p = .02$; $M = 63.95$, $SD = 20.12$; $M = 75.45$, $SD = 14.00$). Women who responded to BC with fear, helplessness, or horror reported more anxiety ($U = 300.00$, $p = .001$; $M = 8.24$, $SD = 4.38$; $M = 4.46$, $SD = 3.26$) and depression ($U = 307$, $p = .001$; $M = 5.83$, $SD = 4.20$; $M = 2.82$, $SD = 2.93$). Additionally, they showed lower PTG in perception of personal resources and skills ($U = 392.00$, $p = .01$; $M = 17.72$, $SD = 7.25$; $M = 21.96$, $SD = 5.63$) and spiritual development ($U = 365.00$, $p = .005$; $M = 8.23$, $SD = 4.10$; $M = 10.86$, $SD = 3.26$).

Moderating Role of the Stressful Event

Correlations among demographic characteristics and the measures of psychosocial adjustment and PTG for the total sample were calculated. Education was significantly correlated with all of the outcome measures: physical ($r = .21$, $p = .01$), psychological ($r = .25$, $p = .001$) and social QoL ($r = .16$, $p = .05$), as well as anxiety ($r = -.20$, $p = .01$) and depression ($r = -.24$, $p = .003$). Significant associations were found for age and physical ($r = -.28$, $p = .001$), psychological ($r = -.18$, $p = .02$) and social QoL ($r = -.19$, $p = .02$). Marital status was associated with social QoL ($r = .23$, $p = .004$). PTG was only correlated with depression ($r = -.16$, $p = .04$). When appropriate, these variables were controlled in the first step of the following regressions.

From the five regression analyses performed, only for the psychological QoL did the PTG x Stressful Event interaction, ($F(5, 156) = 4.82$, $p = .000$), account for an additional amount (4%) of incremental variance. Figure 1 shows the plot for this interaction. Post hoc analyses for the regression slopes revealed that PTG was related to greater psychological QoL but only for the BC survivor group. Among HC participants, this effect was weak or negligible.

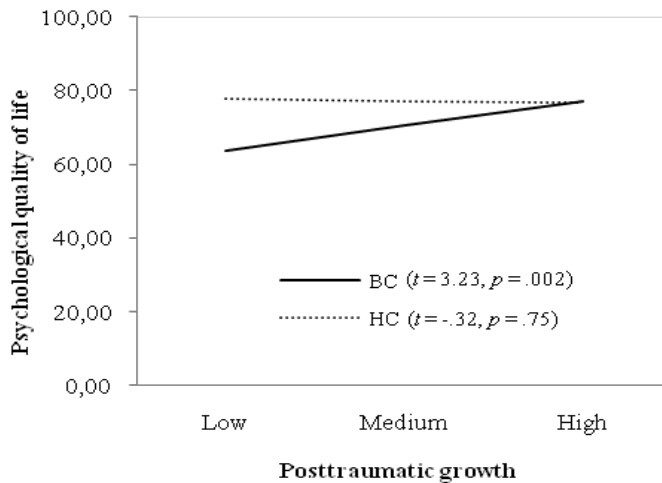


Figure 1 | The moderating role of a stressful life event in the association between posttraumatic growth and psychological quality of life.

Moderating Role of the Subjective Perception of BC as a Traumatic Event

To analyze the effect of the subjective perception of BC as a traumatic event in the relationship between PTG and psychosocial adjustment, five multiple hierarchical regressions were conducted. Due to the significant correlations found between psychological QoL and education ($r = .30, p = .01$) and radiotherapy ($r = .23, p = .05$), as well as between social QoL and education ($r = .29, p = .01$) and marital condition ($r = .30, p = .01$), these demographic variables were controlled in further regressions for these two outcome measures.

Results showed a significant effect for the PTG x Perception of Trauma interaction on psychological ($F(5, 70) = 4.73, p = .001$), and social relationship QoL ($F(5, 70) = 4.02, p = .003$) as well as on depression ($F(3, 69) = 2.48, p = .07$). They accounted for an additional 4.8%, 5.8% and 6.6% of incremental variance, respectively. Results also revealed main effects of PTG in these outcome measures ($t = 3.24, p = .002$; $t = 2.84, p = .01$; $t = -2.53, p = .01$).

Figure 2 shows the plots for the significant interactions found. Plots showed that PTG was linked with better psychological and social relationship QoL as well as with reduced depression. Post hoc analyses for the regression slopes revealed that, among BC survivors who did not perceive BC as a trauma, psychological and social relationship QoL increased as growth increased. Similarly, depressive symptoms lessened as growth increased. Among women who perceived BC as a traumatic experience, no significant effects were found for PTG.

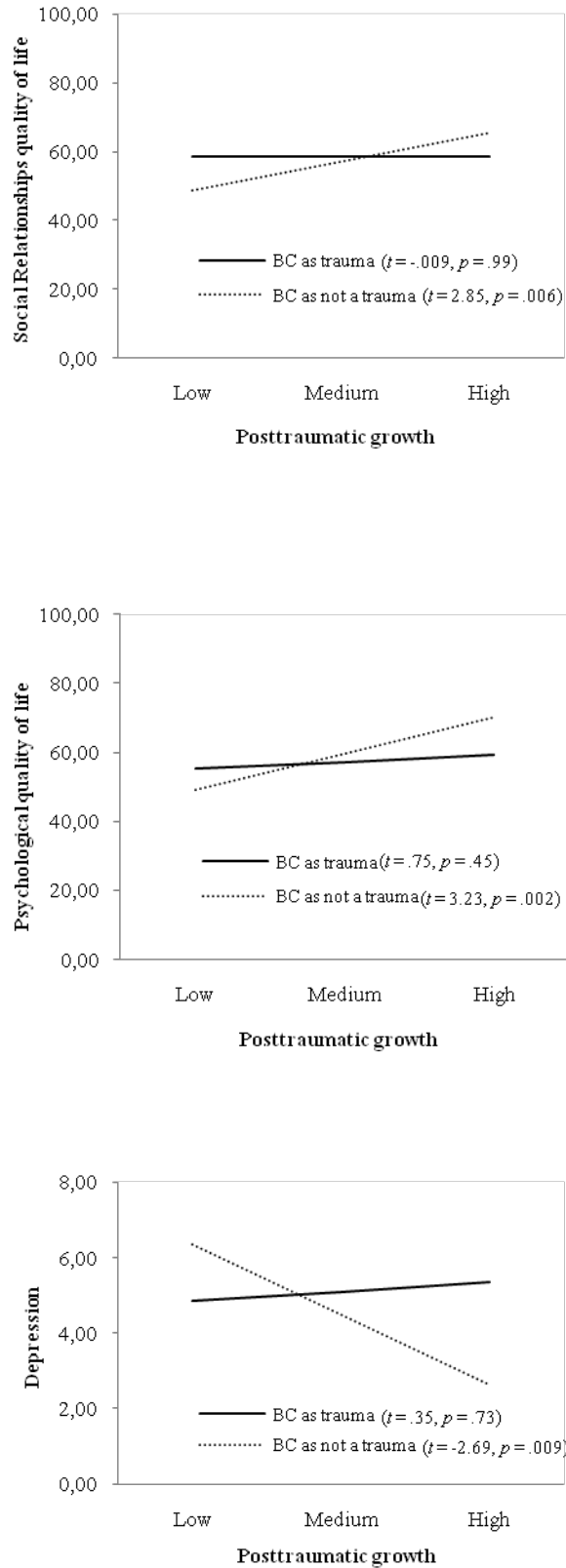


Figure 2 | The moderating role of the subjective perception of BC as a traumatic event in the association between posttraumatic growth and social relationship quality of life (top), depression (middle), and psychological quality of life (bottom).

Discussion

Considering BC as a “turning point” or a “psychosocial transition,” this study examined PTG and adjustment in a sample of survivors of BC, addressing some limitations of previous research. As predicted, except for reduced physical QoL, BC survivors exhibited similar levels of emotional distress and QoL compared with healthy women. This confirms previous research suggesting that women’s psychosocial adjustment does not seem to be permanently and globally impaired by BC (e.g., Stanton et al., 2002) and that cancer survivors exhibit levels of distress similar to controls with no cancer history (e.g., Bardwell et al., 2004). In addition, the results stress that survivors of a life-threatening illness often find cancer-related benefits, reporting significantly higher levels of PTG than women who did not experience a stressful life event in a similar time frame. These positive changes occur in a multidimensional fashion, that is, in the self, in interpersonal relationships, in spirituality or philosophy of life.

Globally, we consider these results to be in line with previous studies showing that, although a diagnosis of BC may shatter women’s assumptions about the self, the future, and the world (Janoff-Bulman, 1992), it frequently offers possibilities for a positive transformation in one’s life values, sense of meaning, and self-esteem. Therefore, this study corroborates the conceptualization of extreme life events as psychosocial transitions with the potential for disruptive as well as positive outcomes (Andrykowski et al., 1993; Cordova et al., 2001; Parkes, 1971).

The results of the comparison between BC survivors and HC participants with respect to PTG also reveal that positive changes are indeed fostered in individuals who have experienced a highly stressful life event such as BC (Andrykowski et al., 1993; Cordova et al., 2001; Tomich et al., 2005). According to this, we may assume that PTG is prompted following an adverse and undesirable life situation and does not seem to result from the natural process of psychological maturity or a tendency of people to view themselves as improving over time (Greenwald, 1980). PTG seem to be a real experience of self-development, a positive life transformation brought about by the struggle with a life-threatening situation. If this were not the case, HC participants would have reported similar levels of PTG. Nevertheless, even without identifying a stressful life event, HC participants also reported positive changes to have occurred to a small degree in the last 2 years. They may have had other stressful life experiences (e.g., caring for aged parents) that caused positive change, or they may have answered PTGI items according to social desirability. Another explanation for this may be that the experience of PTG may involve some overlap with the concept of psychological maturity.

Although we consider this finding to represent an important contribution to the controversial debate on the ontological nature of PTG, showing that the occurrence of a stressful life event is indeed linked to the experience of positive life changes, we cannot draw definite conclusions regarding the veracity of these cancer-related changes. We exclusively used patients’ self-reports, making it impossible to know if cancer-related growth corresponds to actual positive changes or if BC survivors are exaggerating their perception of PTG based on social desirability or as a way of coping with the remaining effects of BC. Information from significant others, as well as qualitative data, may provide further validation. Additionally, future research should also try to understand

how much variance would be explained by PTG as a consequence of a stressful event or as a general result of the naturally occurring processes of psychological maturity.

According to the literature, the greater the perceived life threat posed by the stressor, the greater the opportunity for PTG. Trying to test this assumption and addressing the limitations of previous studies, we examined whether women perceived BC as a traumatic event. Results showed that nearly 50% of women perceived BC as a trauma, which is similar to the results of Cordova et al. (2007) (52%) and slightly lower than in the studies of Weiss (2004) (63%) and Cordova et al. (2001) (61%).

Survivors who perceived BC as a trauma were expected to report more PTG, but worse adjustment, than women who did not. This hypothesis was partially confirmed as those women exhibited high levels of anxiety. Nevertheless, differences were not found for total PTG. On the contrary, women who perceived BC as a trauma showed lower improvement in perception of personal resources and skills and also in spiritual development. Further, differences in the mentioned subscales were also found when comparing women regarding the specific responses of fear, helplessness, or horror. These results contrast with previous literature (Cordova et al., 2001, Cordova et al., 2007; Lechner et al., 2003; Sears et al., 2003) as they show that greater levels of cancer-related stressfulness seem to prevent benefit finding, at least during the first 2 years after diagnosis.

Combining our findings, it seems that the objective occurrence of a negative event is more relevant for the experience of positive life changes than the subjective perception of the threat involved. Thus, the negative event may not necessarily be perceived as traumatic, only stressful enough to challenge basic beliefs and produce a reevaluation of one's goals.

We acknowledge that these results can be limited by the specific method of measurement: Women answered the question on the traumatic nature of BC at a time when they were no longer receiving treatment. They may have been underestimating the negative perceptions of cancer stressfulness, and this may justify the similar percentage of women perceiving BC as a trauma as well as the marginal negative associations with PTG. On the other hand, particularly for women who perceived BC as a traumatic event, it may be that not enough time has passed since their BC diagnosis for them to find benefits. In fact, the current study excluded women more than 2 years post-diagnosis, whereas other studies have included long-time survivors (e.g., Cordova et al., 2007). Another reason is related to the possibility of the need for a certain level of emotional well-being if PTG is to occur. More research is needed to clarify this issue, namely prospective studies assessing the perceived stressfulness of the event in an early phase in the process of BC as well as its impact on PTG after 2 years.

Tedeschi and Calhoun (2004) argued that PTG is an experience of psychological enhancement. Others studies have found significant associations with improved psychological adjustment (e.g., Carver & Antoni, 2004). The second aim of this study was to examine the links between PTG and psychosocial adjustment, exploring whether these would be moderated by the occurrence of a stressful life event and also by the subjective perception of the event as traumatic.

In line with previous studies (Helgeson et al., 2006), women who reported higher PTG also reported greater psychological QoL, especially those who had survived a life-threatening illness. A possible explanation is that women who faced BC may be more likely to reassess their lives and their future, which may have elicited coping responses that contributed to better psychological well-being (Tedeschi & Calhoun, 2004). Alternatively, the experience of BC and the subsequent changes in the way of conceptualizing life and priorities may have led to a shift in the criteria used to judge QoL (Sprangers & Schwartz, 1999).

Finally, our results also suggest that the relationship between PTG and psychosocial adjustment differs significantly according to the perceived stressfulness of the event. PTG seems to be associated with better psychological and social QoL and with decreased depression, but only for women whose experience of BC was not traumatic. Once more, it is important to stress that survivors who did not perceive BC as a trauma were less anxious, which may have provided them the opportunity to engage in more attempts to search for meaning in BC, thus finding more positive changes.

Although reports of PTG were associated with better psychosocial adjustment, the absence of significant interactions, particularly with respect to the objective nature of the event, suggests possible limits for this association. Furthermore, the cross-sectional design of this study does not allow us to infer a causal relationship. Combining quantitative and qualitative methodologies as well as prospective longitudinal designs would provide more definitive information regarding the role of PTG in psychosocial adjustment. Future research should also include measures of negative life changes after stressful events, which are less prone to response bias due to socially desirability. Although the participation rate in this study was adequate (nearly 75% of the women contacted), which may be indicative of BC survivors' willingness to help others and thereby make meaning of their cancer, future studies would benefit from larger samples.

Despite these limitations, this study makes a relevant contribution to the literature in the field of trauma and PTG. It contrasted a group of BC survivors with a group of women who did not report the occurrence of a significant negative event in a similar time frame to BC survivors, which represents an advance from earlier studies. In addition, the results from this study have important implications for clinical practice (Cordova, 2008). First, they highlight the need for a multidimensional assessment, which should include both emotional distress and PTG. Second, given that the subjective perception of BC as a trauma plays a central role in the experience of distress, psychosocial interventions should provide information about cancer, manage anxiety, and stimulate engagement with the cognitive-emotional processing of the traumatic aspects of the cancer experience (Cordova et al., 2007). This would allow a reduction in distress, enabling patients to reevaluate their judgment of cancer as a psychosocial transition and, therefore, reorder their life goals and priorities. Although therapists should avoid being prescriptive about PTG, they should help patients try to find meaning in the cancer experience (Janoff-Bulman, 1992). According to our findings, as long as traumatic reactions are treated, this may help promote adjustment.

In summary, the main findings of this study suggest that PTG is a self-perceived experience of psychological development that occurs in the aftermath of a highly stressful event and is not the

result of the natural process of psychological maturity. For PTG to occur, a negative event must be experienced, but it may not necessarily be perceived as traumatic, only stressful enough to challenge basic beliefs. Furthermore, PTG has potential for adaptive consequences, especially for women who have gone through BC but who do not perceive it as a traumatic experience.

References

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2(4), 261-276.
- Andrykowski, M. A., Curran, S. L., Studts, J. L., Cunningham, L., Carpenter, J. S., McGrath, P. C. et al. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(8), 827-834.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M. et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.
- Bardwell, W. A., Major, J. M., Rock, C. L., Newman, V. A., Thomson, C. A., Chilton, J. A. et al. (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13(9), 595-604.
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 185-205). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 1(1), 5-7.
- Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38(2), 183-199.
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35(7), 603-618.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12(5), 491-499.

- Lelorain, S., Antignac, A. B., & Florin, A. (2010). Long-term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14-22.
- 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(3), 442-454.
- McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343.
- Pais Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.
- Parkes, C. M. (1971). Psychosocial transitions: A field for study. *Social Science & Medicine*, 5(2), 101-115.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa [Breast cancer and relational and personal development: Study of the psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Portuguese women]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105-133.
- Sprangers, M. A., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science and Medicine*, 48(11), 1507-1515.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 138-175). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23.
- Tomich, P. L., Helgeson, V. S., & Vache, E. J. (2005). Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5-years later. *Psycho-Oncology*, 14, 1018-1029.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J. et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal [Psychometric studies of the instrument for assessing the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-Bref) to Portuguese from Portugal]. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 733-746.

Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.



Estudo IV

Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth.

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, 21(4), 409-418. doi: 10.1002/pon.1913

Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth

Sónia Silva, Helena Moreira & Maria Cristina Canavarro

Abstract

Objectives: Finding positive changes in the aftermath of breast cancer (BC) may protect women against impaired adjustment. This study examines posttraumatic growth (PTG) in a sample of women receiving treatment for BC and explores the buffering role of PTG on the links between perceived impact of BC and emotional distress and quality of life (QoL).

Methods: Seventy-eight women receiving chemotherapy ($n = 57$) or radiotherapy ($n = 21$) completed the Portuguese versions of the Posttraumatic Growth Inventory, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the World Health Organization for QoL-Bref and Consequences sub-scale of the Brief Illness Perception Questionnaire (assessing perceived impact of BC).

Results: PTG was frequently reported and coexisted with distress and dysfunction. A more negative perception of the impact of BC was significantly associated with higher emotional distress and impaired Physical and Psychological QoL, but was unrelated to PTG. Hierarchical regression analyses showed that PTG moderated these relationships, acting as a stress-buffering mechanism. Among women who perceived BC as having a more negative impact on their lives, higher levels of PTG buffered this negative perceived impact on Psychological and Social QoL ($p < 0.01$) and also on Depression ($p < 0.06$). This effect was not found for Physical QoL and Anxiety.

Conclusions: Results provide support for the stress-buffering role of PTG. Finding positive changes in cancer experience seems to protect women from the effects of a negative perception of the impact of BC on adjustment. Psychosocial intervention programs should facilitate PTG in order to promote women's adjustment.

Key-words: posttraumatic growth; breast cancer; oncology; quality of life; adjustment; buffer

Introduction

Breast cancer (BC) is the most commonly diagnosed form of cancer among women in European countries, including Portugal [1]. Despite the advances achieved, the effects of a negative diagnosis, painful and prolonged treatment, combined with constant fear and uncertainty about the future and the prognosis, make BC a dreadful and life-threatening illness that may seriously compromise women's adjustment and quality of life (QoL) [2].

Treatment of BC often involves the partial or total removal of the breast, followed by the administration of radiation and/or chemotherapy which may induce nausea and vomiting, hair loss, skin rashes, concerns with body image and sexual problems [3,4]. In a study with cancer patients receiving chemotherapy, 16.7% and 12.5% reported clinically significant levels of anxiety and depression, respectively [4]. Research has also demonstrated that a large percentage of women show resilience [5,6] or quickly return to their previous level of emotional functioning [7–10].

Several factors can account for these individual variations. According to the self-regulation model of Leventhal et al. [11], a patient's perception of the consequences of their illness influences the process of adjustment [12,13]. In previous studies, patients receiving treatment for cancer who believe their illness has a more serious impact on their lives were found to be more anxious and depressive [4] and to have poorer QoL [14].

However, in the process of the adjustment to BC, the ability to find positive changes, i.e. Posttraumatic growth (PTG), may help to protect women from the adverse effects of cancer and its treatment. Indeed, the research has demonstrated that BC may be conceptualized as a psychosocial transition [15,16] which requires women 'to restructure [their] ways of looking at the world and [their] plans for living in it' [[15], p. 102], causing traumatic reactions [2,17] but also the experience of positive transformation, such as a greater life appreciation, enhanced relationships, personal strength and spiritual reinforcement [for revision, see [18]].

The literature suggests that the prevalence of PTG is high, with 50% [19] to 83% [20] of women reporting at least one positive change in the aftermath of BC. Despite the growing number of studies, the research in Portugal in the field of PTG is in its initial stages. In a study of 200 women diagnosed with BC [21], the authors found moderate to high levels of PTG and also that women with BC scored significantly higher on PTG than women from the general population.

There are differences between authors who conceptualize PTG as an outcome of coping with a stressful life event, similar to well-being [6,22], or as a process of coping with adversity, which may lead to adjustment [23–25]. However, most models acknowledge that PTG is linked to a series of cognitive processes (e.g. positive reappraisal or meaning making) adopted in order to rebuild people's previous positive assumptions about the self and the world, shattered by the traumatic event [26,27]. Therefore, authors are now recognizing PTG as both a coping outcome and a coping mechanism [27,28].

Most research on the relationship between PTG and adjustment, mostly conducted with women after the end of treatment, has yielded inconsistent results [18,29]. Some studies have shown that PTG is related to better QoL [30] or lower distress [31–36], whereas other studies find no significant associations [16,37–40]. Even in longitudinal research, the adaptative value of PTG in

the follow-up adjustment remains unclear, with the studies documenting ambiguous results [20,41–44]. Schwarzer et al. [45], for example, have found that changes in benefit finding over time rather than at a certain point may predict the subsequent well-being of cancer survivors. Furthermore, other studies have found curvilinear relationships between PTG and psychological adjustment to BC [46].

A possible explanation for these inconsistencies may be the fact that PTG may influence well-being not only as a direct effect but also through a stress-buffering mechanism [47]. PTG may interact with other factors, protecting or buffering the effects of cancer-related stress on adjustment.

According to the stress-buffering mechanism, the valuable effects of PTG might only be relevant at higher levels of stress. Under these conditions, the efforts to find positive changes may cause patients to redefine the nature of the stressor, and it is no longer seen as exclusively traumatic but also as a transition to a new phase in an individual's life. Thus, PTG may work as a coping mechanism which alters the global meaning of the cancer experience [23,24]. Siegel and Schrimshaw [48] asserted, for example, that only those with severe illness (i.e. high stress) may benefit at a high level from PTG, but there is little effect for those with less severe illness (i.e. low stress). Based on this supposition, it is reasonable to expect that less distress and dysfunction is produced if the experience of cancer is perceived as part of a positive change even if it is life-impairing.

The potential stress-buffering role of PTG on the impact of BC on adjustment has rarely been examined and the few studies available have resulted in contradictory findings. In a study by Morrill et al. [17] with a sample of BC survivors, high levels of PTG were found to attenuate the impact of symptoms of posttraumatic stress on both Depression and QoL. In a longitudinal study, Tomich and Helgeson [42] detected that among women at a more severe stage of the disease, initial benefit finding predicted poorer mental health and higher distress 3 and 9 months later. In another longitudinal study, Carver and Antoni [41] failed to identify significant interactions between PTG and BC stage on subsequent psychological well-being. Research with other samples has yielded more consistent findings for the moderating role of PTG, including young-adult survivors of various types of cancer [49], women with HIV/AIDS [48], patients with multiple sclerosis [47] and individuals exposed to different types of disaster [50].

Although the reports of cancer-related growth have received increasing attention, previous studies have mostly enrolled women long after the cancer has been diagnosed, in general after the end of treatment, and little is known about the experience of PTG in the early stages of the disease. The contradictory findings concerning the role of PTG on the adjustment and, particularly, the stress-buffering hypothesis suggest the need for further research. Moreover, the operationalization of the stressfulness of BC strongly varies across studies. Some studies make use of clinical indices of disease severity [42], cancer-related intrusive thoughts, avoidance or other psychological or physical symptoms [17,38,49], as well as single-item rating scales asking about the stressfulness of the event [51]. Considering the value of a patient's beliefs [11], research has failed to ask women about their global perception of the impact of BC.

This study sought to extend the literature by assessing PTG in a sample of women receiving treatment for BC, examining the moderating role of PTG on the links between the perceived impact of BC and the emotional distress and QoL. Based on previous research and theory, several hypotheses were put forward. First, it was expected that PTG would be frequently reported, coexisting with symptoms of distress and dysfunction. Second, we hypothesized that a more negative perception of the impact of BC would be linked with higher emotional distress and impaired Physical and Psychological QoL. Further, considering PTG as a mechanism by which individuals construct meaning and positively reappraise the stressor [47,52,53], it was hypothesized that PTG would act as a buffer against the effects of a negative perception of the impact of BC on women's QoL, anxiety and depression. Although PTG may not reverse the negative effects of cancer, we assumed it may alter the global meaning of the cancer experience, providing a positive buffer. More specifically, we expected that in conditions where the impact of cancer is perceived as more negative (high stress condition), psychosocial adjustment would be more negatively affected. We predicted that high levels of PTG would weaken this relationship.

Method

Participants and procedures

The sample consisted of 78 Portuguese Caucasian women, all receiving treatment for BC in the Gynaecology Department of Coimbra University Hospitals (CUH). They were drawn from a broader study on the adjustment to BC that obtained approval from the CUH Research Ethics Committee.

Criteria for inclusion were having been diagnosed with non-metastatic BC; having had breast surgery (conservative or mastectomy); be receiving the first adjuvant treatment for BC at the most 1 year previously; having no other major disabling medical or psychiatric condition; being able to read and write Portuguese; and being at least 18 years old. Women receiving treatment for a cancer recurrence were excluded. Of the eligible 90 patients approached to participate in the study, 11 did not return the questionnaires and one patient gave incomplete data (response rate of 87%). Reasons provided for non-participation included time constraints and disinterest.

Eligible BC patients were identified by healthcare providers while they were receiving chemotherapy ($n = 57$) or radiotherapy ($n = 21$). Owing to differences in treatment plans, women receiving chemotherapy completed the survey at cycles 4 of 6 and women receiving 6–7 weeks of radiotherapy were assessed at week 3 of treatment. An envelope containing an explanatory letter and self-report measures was given to each participant who personally returned it to the researcher, approximately 3 weeks later, corresponding to the following chemotherapy session or final week of radiotherapy. All participants signed informed consent prior to the completion of questionnaires.

Measures

Sociodemographic and cancer-related information

Demographic data regarding age, marital status, education and psychiatric background were obtained via participants' self-report. We also collected data from participants' medical records about type of cancer, treatment, time since diagnosis, history of recurrence and reconstruction.

Perceived impact of BC

The perceived impact of BC, i.e., the cognitive representation/belief of the global consequences of BC on women's life, was examined using the Consequences sub-scale of the Portuguese version of the Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) [13]. This single-item sub-scale asked women about the degree to which BC was affecting their lives on a 5-point Likert scale (0–4), with a higher score reflecting a more negative perception of the impact of BC. This sub-scale showed adequate correlations with the same sub-scale of the revised IPQ, containing six items and thus, its use is strongly recommended for research instead of the longer one [13].

Posttraumatic growth

The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) [54] was used to assess perceived positive life changes as a result of BC. This is a 21-item questionnaire that employs a 6-point scale (0–5), with higher scores indicating greater PTG. In the Portuguese version [21], PTGI yielded a total score on PTG and four independent factors: Perception of Personal Resources and Skills, New Possibilities and Life Appreciation, Strengthening of Social Relationships and Spiritual Development. In the present sample, Cronbach's alphas ranged from 0.95 (total PTG) to 0.81 (Spiritual Development).

Emotional distress

The Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [55,56] was used. This is a 14-item scale divided in two sub-scales: Depression and Anxiety. The HADS employs a 4-point scale (0–3) and the total score for each sub-scale ranges from 0 to 21, with higher scores indicating more distress. A score of 11 or higher indicates possible clinical mood disorder [57]. In this sample, Cronbach's alphas were 0.84 for Depression and 0.80 for Anxiety.

Quality of life

The Portuguese version of the World Health Organization QoL-Bref (WHOQOL-Bref) [58,59] was used. This generic and multidimensional questionnaire consists of 26 questions organized in four domains: Physical, Psychological, Social Relationships and Environment and a facet on Overall QoL. It employs a 5-point scale (1–5), with higher scores indicating better QoL. For the purposes of this study, the Environment domain and the Overall facet were not considered. Cronbach's alphas ranged from 0.82 (Psychological QoL) to 0.71 (Social Relationships QoL).

Data analysis

The Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 17, was used. Descriptive statistics were obtained after ensuring all variables followed a normal distribution. Mann–Whitney and Chi-square tests explored differences between treatment sub-groups (chemotherapy and radiotherapy) and Pearson correlations coefficients measured the associations between the variables.

The examination of the moderating role of PTG was guided by the conceptual and statistical work on interaction effects (e.g. [60]). Five multiple hierarchical linear regression equations (method enter) were performed in four separate steps: the control variables previously correlated at a significant level ($p \leq 0.05$) with the outcome measures; the perceived impact of BC; the moderator, PTG (both mean centered) and the interaction term, PTG x Perceived Impact of BC. *Post hoc* power analysis showed that the sample size ($N = 78$) was adequate to detect the moderate effects ($f^2 = 0.20$, $p \leq 0.05$, $power = 0.79$) (G*Power, Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007).

Interaction terms resulting in significant increase in explained variance had the slope of the predicted regression lines plotted using the mean as the medium value, and one standard deviation above/ below the mean as the high/low mean, respectively [60]. *Post hoc* simple slope analyses were conducted to determine the nature of the significant interaction among continuous variables found in the primary analysis and they are shown in the graphs.

Results

Table 1 summarizes the characteristics of the sample and the descriptive statistics for all the measures in the study.

Sub-samples of women having chemotherapy and radiotherapy were comparable regarding all the sociodemographic characteristics: age ($U = 482.5$, $p = 0.191$); marital status ($\chi^2 (1, N = 78) = 0.117$, $p = 0.732$) and education ($\chi^2 (1, N = 77) = 0.956$, $p = 0.328$), and also regarding the type of cancer ($\chi^2 (1, N = 78) = 2.971$, $p = 0.085$). Nonetheless, sub-groups were significantly different in the type of surgery ($\chi^2 (1, N = 78) = 8.686$, $p = 0.003$) and axillary node dissection ($\chi^2 (1, N = 78) = 16.597$, $p < 0.001$). The group of women receiving chemotherapy presented a significantly higher mean time since diagnosis ($U = 206.5$, $p < 0.001$). Excepting for Depression, where scores were marginally higher for women receiving chemotherapy ($U = 417.5$, $p = 0.050$), no other differences were found for the remaining variables.

Table 1| Descriptive statistics of the sample and study variables

	<i>n</i> (valid %)	<i>Mean</i> (SD)	<i>Observed range</i> (<i>possible range</i>)
<i>Age</i>		52.08 (8.86)	30-68
<i>Marital condition</i>			
Married/living with a partner	65 (83.30)		
Divorced/single/widowed	13 (16.70)		
<i>Education^a</i>			
Less than high school	37 (48.10)		
High school or more	40 (51.90)		
<i>Time since diagnosis</i> (months)		6.05 (1.59)	4-12
<i>Type of cancer</i>			
Invasive	73 (93.60)		
Non-invasive	5 (6.40)		
<i>Type of surgery</i>			
Mastectomy	28 (35.90)		
Conservative	50 (64.10)		
<i>Axillary node dissection</i>			
Yes	33 (42.30)		
No	45 (57.70)		
<i>Type of treatment</i>			
Radiotherapy	21 (26.90)		
Chemotherapy	57 (73.10)		
<i>Recurrence</i>			
Yes	0 (0)		
No	78 (100)		
<i>Reconstruction</i>			
Yes	0 (0)		
No	78 (100)		
<i>Posttraumatic Growth</i>			
Total PTG		62.22 (21.90)	12-102 (0-105)
Perception of Personal Resources and Skills		18.77 (6.61)	4-30 (0-30)
New Possibilities and Life Appreciation		16.10 (6.74)	0-28 (0-30)
Strengthening of Social Relationships		18.80 (6.93)	4-30 (0-30)
Spiritual Development		8.55 (4.27)	0-15 (0-15)
<i>Perceived Impact of BC</i>		2.37 (1.03)	0-4 (0-4)
<i>Emotional Adjustment</i>			
Anxiety ^a		7.36 (3.70)	0-18 (0-21)
Depression ^a		5.06 (3.79)	0-16 (0-21)
<i>Quality of Life</i>			
Physical		59.39 (15.86)	28.57-96.43 (0-100)
Psychological		67.57 (15.43)	29.17-100 (0-100)
Social Relationships		69.98 (17.01)	25.00-100 (0-100)

Note. ^aVariable containing missing information: Education (1, 1.3%); Anxiety and Depression (1, 1.3%).

The mean PTGI score was 62.22 ($SD = 21.90$). Considering PTGI total scores ≥ 3 on the 0-5 scale [2, 44], on average 56.4% of the sample ($n = 44$) reported experiencing changes from a moderate to an extremely high degree. Three items were reported by more than 80% of the sample, including: "I discovered that I'm stronger than I thought I was" (89.7%), "I see more clearly that I can count on people in times of trouble" (85.9%), and "I have a greater appreciation for the value of my own life" (84.6%). Only one item was answered by less than 50% of the sample, namely "New opportunities are available which wouldn't have been otherwise" (35.9%).

The mean of the perceived impact of cancer was 2.37 ($SD = 1.03$). Anxiety and Depression mean scores were below the cut-off score of 11, indicative of clinically significant distress. However, 19.5% of women exceeded the clinically significant cut-off score for Anxiety and 9.1% for Depression. The WHOQOL-Bref mean scores ranged from 59.39 ($SD = 15.86$) in Physical domain to 69.98 ($SD = 17.01$) in Social Relationships.

Bivariate relationships between variables

Prior to evaluating the hypothetical moderating role of PTG, and in order to identify potential covariates, bivariate correlations were examined between the control and the outcome variables (Table 2). Given the observed correlations, when applicable, age, education, time since diagnosis and type of surgery, were included as covariates in the subsequent analysis.

Table 2 | Bivariate correlations among study variables

Control / Outcome variables	Anxiety	Depression	Physical QoL	Psychological QoL	Social QoL	PTG	Perc. Impact of BC
Age ^a	0.18	0.19	-0.10	-0.31**	-0.20	-0.01	-0.09
Marital condition ^b	-0.14	-0.08	-0.10	0.19	0.14	-0.08	0.06
Education ^c	-0.07	-0.23*	0.23*	0.28*	0.32**	0.06	0.01
Type of cancer ^d	-0.06	0.07	-0.07	-0.01	0.03	-0.03	0.10
Time since diagnosis ^e	0.39***	0.46***	-0.21	-0.31	-0.21	-0.07	0.27*
Mastectomy ^f	0.28*	0.15	-0.13	-0.11	-0.15	0.10	0.38***
Axillary node dissection ^g	0.09	0.15	-0.03	-0.08	-0.22	0.03	0.12
Chemotherapy ^h	0.18	0.22	-0.08	-0.13	-0.07	0.00	0.19
Perceived Impact of BC ⁱ	0.49***	0.43***	-0.42***	-0.23*	-0.18	0.11	-
PTG ^j	-0.04	-0.07	0.10	0.34**	0.29*	-	

Note. ^aAge, measured in years; ^bMarital condition: 0 = without a partner, 1 = with a partner. ^cEducation: 0 = less than high school, 1 = high school or more. ^dType of cancer: 0 = non invasive, 1 = invasive. ^eTime since diagnosis, measured in months. ^fMastectomy: 0 = no, 1 = yes. ^gAxillary node dissection: 0 = no, 1 = yes. ^hChemotherapy: 0 = no, 1 = yes. ⁱPTG = Total score on PTGI. ^j $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$.

Table 2 also lists Pearson correlations for the perceived impact of BC as well as for PTG with control and outcome variables. A more negative perception of the impact of BC was significantly associated with having had a mastectomy and longer time since BC diagnosis. It was also linked with higher emotional distress and impaired Physical and Psychological QoL, but was unrelated to PTG. PTG was positively associated with Psychological and Social QoL but uncorrelated with emotional distress and with neither of the control variables.

Links between the perceived impact of BC and psychosocial adjustment: PTG as a buffer

Table 3 summarizes the results of the hierarchical regression equations performed. As no interactions or even main PTG effects were found for Anxiety or Physical QoL, these are not presented.

Table 3 | Hierarchical regression analysis of posttraumatic growth x perceived impact of breast cancer interaction on Psychological and Social Relationships domains of quality of life and Depression.

Model	β	F	R ²	ΔR^2
<i>Psychological QoL</i>				
Age	-0.22*			
Education	0.17	6.494***	0.211	
Time since diagnosis	-0.18 [†]			
Perceived Impact of BC	-0.32***	5.999***	0.250	0.039 [†]
PTG	0.42***	8.903***	0.385	0.135***
PTG x Perceived Impact of BC	0.25**	9.212***	0.441	0.056**
<i>Social Relationships QoL</i>				
Education	0.26**	8.791**	0.105	
Perceived Impact of BC	-0.30**	5.931**	0.138	0.033
PTG	0.37***	7.444***	0.234	0.096**
PTG x Perceived Impact of BC	0.30**	8.230***	0.314	0.079**
<i>Depression</i>				
Education	-0.16	12.027***	0.248	
Time since diagnosis	0.35***			
Perceived Impact of BC	0.37***	12.296***	0.339	0.091**
PTG	-0.09	9.251***	0.343	0.004
PTG x Perceived Impact of BC	-0.19 [†]	8.401***	0.375	0.032 [†]

[†]p ≤ 0.06. *p ≤ 0.05. **p ≤ 0.01. ***p ≤ 0.001.

Results revealed significant interaction effects for Psychological and Social QoL which accounted for an additional 5.6% and 7.9% of incremental variance, respectively. Marginally significant interaction was also found for Depression (3.2% addition on the total variance). Results also revealed negative main effects of the perceived impact of BC and positive main effects of PTG in Psychological as well as in Social QoL.

QoL and Depression did not vary markedly as a function of the level of PTG for patients who reported low levels of the perceived impact of BC. However, for patients under the conditions of high negative perceived impact, the levels of PTG markedly influence psychosocial adjustment.

Figure 1 shows the plots for PTG x Perceived Impact of BC interactions.

Post hoc analysis of the regression slopes plotted for Psychological and Social QoL indicated that among women with high levels of PTG, the slopes did not differ from zero, but significant results were found for low and moderate PTG. This suggests that for these women QoL was found to decrease as the perceived impact of BC increased. The strength of this association was weaker among women reporting moderate levels of PTG than among those reporting low levels. However, for women with high levels of PTG, the perceived impact of BC was unrelated to QoL and was similar to the condition of low impact.

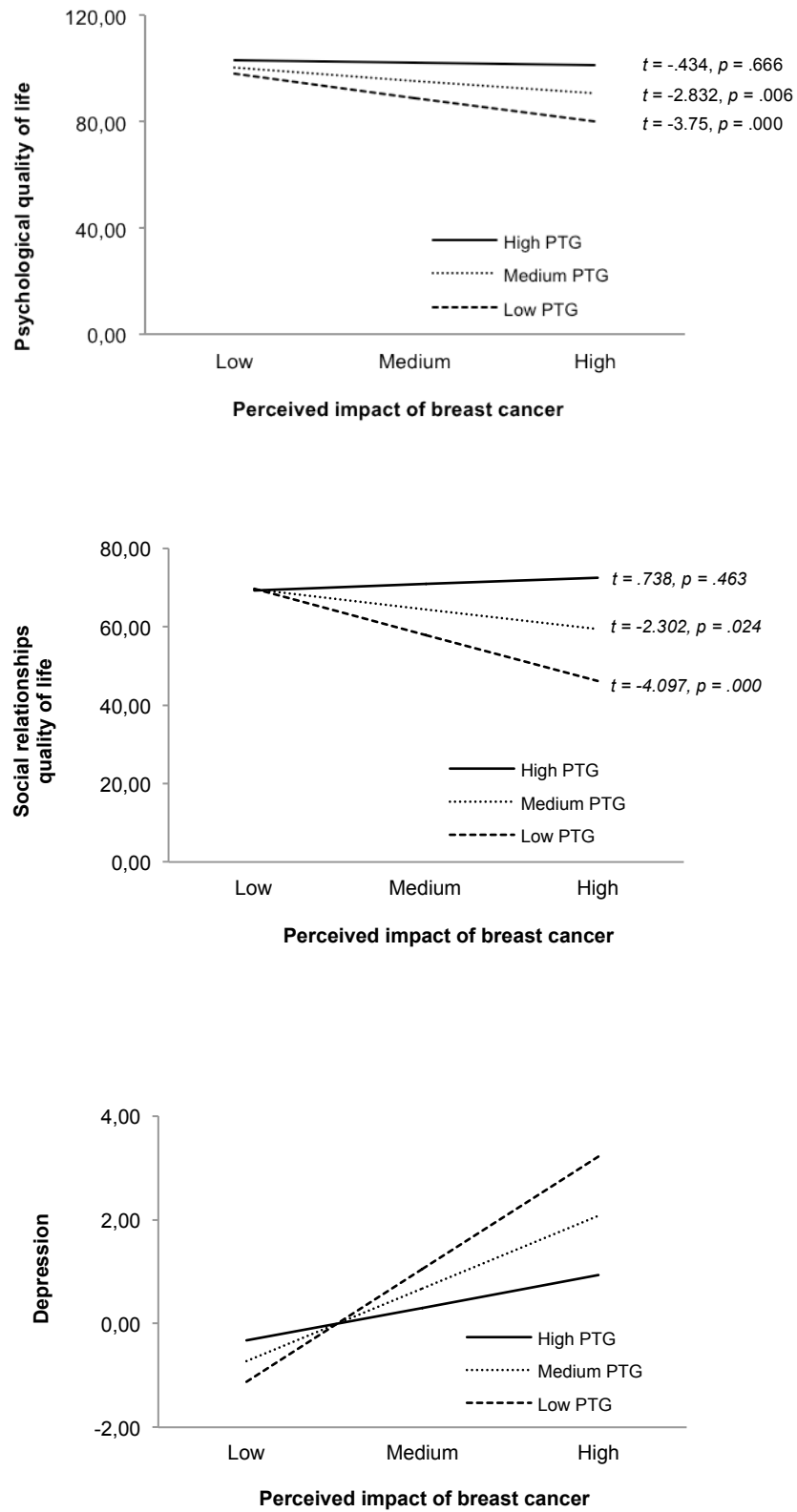


Figure 1 | The moderating role of PTG on the links between perceived impact of BC and Psychological and Social Relation- ships domains of QoL and Depression

Regarding Depression, the results were similar although the slope for high levels of PTG was marginally significant. Under the conditions of a more negative perceived impact of BC, Depression showed to be lower in women reporting higher PTG than in other conditions.

Discussion

The purpose of this study was to examine PTG in a sample of women receiving adjuvant treatment for BC, exploring the stress-buffering role of PTG on the links between the perceived impact of BC and psychosocial adjustment.

As predicted PTG was frequently reported with 56.4% of women experiencing moderate to extremely positive changes. The full-scale mean was in line with the previous studies of BC-related growth found by Cordova et al. [38], and even higher than in other studies [2,20,62,63]. However, higher scores of PTG were also found in earlier research [17,21,36].

As in other studies of women with BC [2,64] and also with bone marrow transplant patients [44], the most frequently scored PTGI items included a sense of enhanced appreciation of life, reinforced interpersonal relationships and personal strengthening, whereas finding new opportunities was the least identified item. Another study comparing BC patients and healthy controls has shown that patients experienced greater PTG, especially in the domains of life appreciation, interpersonal relationships and spiritual change [38]. We consider these findings to reinforce the previous literature showing that being diagnosed with a life-threatening disease may stimulate a greater awareness of the value of life and closeness with others as well as an increased sense of personal strength [18,54].

As also expected, women reported a significant global impact of BC on their lives, slightly higher than in another study of women with BC receiving treatment [12]. Despite the similarity on emotional distress to a Portuguese sample of healthy women [56], approximately 19.5% and 9.1% of patients exhibited clinically significant levels of anxiety and depression, respectively. Moreover, BC patients showed considerably lower QoL in Physical and Psychological domains compared with Portuguese healthy references [58]. These results are consistent with our hypotheses and prior research suggesting that symptoms of distress and dysfunction and the experience of cancer-related growth may cooccur [2,20,38,46,65]. Therefore, our findings support the theoretical models of adjustment to trauma proposed by Janoff-Bulman and Frantz [53] and also Tedeschi and Calhoun [22]. These models suggest that life-threatening events, although disrupting individual assumptions about personal safety and security causing psychosocial distress, may also trigger the reconstruction of the individual's beliefs and life priorities, leading to PTG. Thus, this study supports the conceptualization of cancer as a transition [15,16].

Our results confirm that a more negative perception of the impact of BC is closely tied to increased distress and impaired Physical and Psychological QoL [4,14]. Also as hypothesized, PTG was found to buffer the effect of the perceived impact of BC on Psychological and Social QoL and Depression. This means that PTG weakened detrimental relationships between the perceived impact of cancer and adjustment, confirming the stress-buffering hypothesis. In this sense, PTG seems to act as a psychosocial resource for adjustment [17,47,48]. Similar to social support

[66,67] PTG protects women against the effects of a high perceived impact of cancer on adjustment, but has little or no protective effect under the conditions of low perceived impact. The evidence that this stress-buffering role occurs only in the conditions of high PTG suggests that high levels of growth may be required to buffer the perceived impact of cancer. Other research which focused on the non-linear relationships between PTG and adjustment has also found that under circumstances of enduring trauma, high levels of PTG are needed in order to reduce distress (moderate PTG is associated with persistent distress) [46,68,69].

This stress-buffering mechanism allows us to consider that PTG may act as a coping mechanism through which women positively reappraise cancer experience [17,23,24,47,48,53]. Although PTG does not reverse the negative consequences of BC (it coexists with a high perception of BC's impact, distress and dysfunction), it seems to contribute to a revision of one's life values and motivations. It may elicit significant changes in the global meaning of cancer, which is no longer considered only as a threat, but also as an opportunity for psychological development. Thus, we agree with the authors' view that PTG may reflect a cognitive adaptation process in response to BC diagnosis [17,29]. These findings add significant information to the debate about the nature of PTG as an outcome or a coping process. However, further research is still needed.

As in the findings by Morrill et al. [17], PTG was found to buffer both QoL and Depression. However, PTG had no moderating or direct effects on Anxiety or Physical QoL, suggesting possible limits to this stress-buffering role. A possible explanation, according to Pakenham [47], is that PTG may provide a positive engagement with life, strengthening peoples' feelings of self-reliance and fostering social relationships, which may explain the results on Depression and Psychological and Social QoL. However, it may not alter global distress. It seems that the physical symptoms of the disease and treatments (women were all receiving radiotherapy or chemotherapy), such as pain and discomfort, fatigue, nausea, etc., as well as anxiety, are not easily changeable by the experience of PTG. This supports the literature, considering that PTG and distress are essentially separate dimensions and that growth experiences do not put an end to distress [28], particularly in the areas such as physical QoL and anxiety. On the other hand, it seems that these outcomes are more influenced by the circumstances women are currently coping with than by PTG. More research with women not receiving treatment may provide further clarification for the stress-buffering role of PTG.

In spite of making a relevant contribution to the knowledge of the role of PTG, some limitations of this study must be mentioned. First, the cross-sectional design limits the complete understanding of the dynamic process of adjustment and also the establishment of a causal relationship between PTG and adjustment. Second, the sample was composed of patients receiving treatments, which limits the generalization of these results to disease-free survivors and other populations. Thus, more prospective and longitudinal studies, including larger samples, across all the stages of the BC trajectory, are needed in order to better acknowledge the influence of PTG on adjustment. Third, women's perception of the impact of BC was assessed using a single-item measure. Although this is a reliable and valid measure, the interpretation of our results must take into account this limitation. Further studies should consider the use of alternative measures in order to

verify if these results can be replicated. Finally, the Portuguese version of the PTGI has a different factor structure from the original, making comparisons with other studies more difficult.

Despite these limitations, the conclusions reported in this study extend the growing body of knowledge on PTG as well as add important information on the stress-buffering mechanism by which PTG may be associated with adjustment.

We also consider that the results of this study may have important implications for clinical interventions aimed at promoting adjustment among women with BC. According to our findings, therapists should help women try to find meaning and benefits in the cancer experience as it seems to be an important psychological resource for the adjustment. Focusing the cognitive-emotional processing of the negative aspects of the cancer experience; encouraging the reappraisal of the situation to see it in a more positive light (positive reframing) [70]; as well as the emotional disclosure of inner feelings and fears [71,72], in either verbal/ written form, and/or with significant others, may be helpful approaches to PTG. In addition, the use of religious coping may also play an important role in the way life-threatening experiences are understood, managed and resolved. Thus, it may also be an important pathway to PTG [70,73]. According to our results, these strategies are particularly relevant for women who perceive their illness as having a greater impact on their lives.

Future research must examine the benefits of the interventions designed to facilitate PTG on subsequent psychological adjustment. Although the veracity of PTG may be irrelevant regarding their role on psychological adjustment, future studies should also include a measure of PTG with both positive and negative changes following cancer, such as that used by Park et al. [49], as well as data from the general population not exposed to a traumatic event. It may help to clarify if the reported changes are real or illusory driven by social desirability.

In conclusion, this study provides significant information about the positive role of PTG in protecting women against impaired adjustment to BC treatment. Thus, psychosocial interventions must facilitate PTG in order to promote women's adjustment.

References

1. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology* 2007;18(3):581-592, DOI: 10.1093/annonc/mdl498.
2. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2007;14(4):308-319, DOI: 10.1007/s10880-007-9083-6.
3. Browall M, Ahlberg K, Karlsson P, Danielson E, Persson L, Gaston-Johansson F. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing* 2008;12(3):180-189, DOI: 10.1016/j.ejon.2008.01.005.
4. Thuné-Boyle IC, Myers LB, Newman SP. The role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. *Behavioral Medicine* 2006;32(1):19-29.
5. Rowland JH, Baker F. Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer* 2005;104(suppl)(S11):2543-2548, DOI: 10.1002/cncr.21487.

6. Schaefer JA, Moos RH. The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In Tedeschi R, Park C, Calhoun L (eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Lawrence Erlbaum: Mahwah, NJ, 1998; 99-126.
7. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML et al. Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer* 2007;97(12):1625-1631, DOI: 10.1038/sj.bjc.6604091.
8. Deshields T, Tibbs T, Fan MY, Bayer L, Taylor M, Fisher E. Ending treatment: The course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer* 2005;13(12):1018-1026, DOI: 10.1007/s00520-005-0801-z.
9. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 2002;11(2):93-102, DOI: 10.1002/pon.574.
10. Danhauer SC, Crawford SL, Farmer DF, Avis NE. A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine* 2009;32:371-379, DOI: 10.1007/s10865-009-9211-x.
11. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. In Baum A, Taylor SE, Singer JE (eds.), *Handbook of psychology and health: Social psychology aspects of health*, vol. 4. Erlbaum, Hillsdale: New York, 1984; 219 –252.
12. Fernandes S. Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: O papel do estado emocional, das representações de doença, do otimismo e dos benefícios percebidos [Psychosocial predictors of the adjustment to breast cancer and its treatments: The role of the emotional state, illness perceptions, optimism and benefit finding]. Institute of Education and Psychology, Minho University. Braga, Portugal: Minho, 2009; 1-476.
13. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;60(6):631-637, DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
14. Rozema H, Voillink T, Lechner L. The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology* 2008, DOI: 10.1002/pon.1488.
15. Parkes CM. Psychosocial transitions: A field for study. *Social Science & Medicine* 1971;5(2):101-115, DOI: 10.1016/0037-7856(71)90091-6.
16. Andrykowski MA, Brady MJ, Hunt JW. Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology* 1993;2(4):261-276, DOI: 10.1002/pon.2960020406.
17. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC et al. The interaction of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology* 2008;17(9):948-953, DOI: 10.1002/pon.1313.
18. Stanton AL, Bower JE, Low CA. Posttraumatic growth after cancer. In Calhoun LG, Tedeschi RG (eds.), *Handbook of posttraumatic growth*, Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, New Jersey, 2006; 138-175.
19. Guner-Kucukkaya P. An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2009;14(2):166-173, DOI: 10.1016/j.ejon.2009.10.002.
20. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology* 2003;22(5):487-497, DOI: 1037/0278-6133.22.5.487.
21. Silva S, Moreira H, Pinto S, Canavarró MC. Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa [Breast cancer and relational and personal development: Study of the psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Portuguese women]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica* 2009;28(2):105-133.

22. Tedeschi R, Calhoun L. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA, 1995.
23. Davis C, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998;75(2):561-574.
24. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology* 1997;1(2):115-144, DOI: 10.1037/1089-2680.1.2.115.
25. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist* 1983;38:1161-1173.
26. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. The Free Press: New York, 1992.
27. Tedeschi R, Calhoun L. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004;15(1):1-18, DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01.
28. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review* 2006;26(5):626-653, DOI: 10.1016/j.cpr.2006.01.008.
29. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(5):797-816, DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.797.
30. Tomich PL, Helgeson VS. Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology* 2002;11(2):154-169, DOI: 10.1002/pon.570.
31. Ho SM, Chan CL, Ho RT. Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2004;13(6):377-389, DOI: 10.1002/pon.758.
32. Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, Nelson S. The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine* 2001;24(6):561-571, DOI: 10.1023/a:1012939310459.
33. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health* 2005;20(2):175-192, DOI: 10.1080/08870440512331317634.
34. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984;46(3):489-502, DOI: 10.1037/0022-3514.46.3.489.
35. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kyriakopoulos D, Malamos N, Damigos D. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast* 2008;17(4):382-386, DOI: 10.1016/j.breast.2008.01.006.
36. Schroevers M, Teo I. The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology* 2008;17(12):1239-1246, DOI: 10.1002/pon.1366.
37. Thornton AA, Perez MA. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology* 2006;15(4):285-296, DOI: 10.1002/pon.953.
38. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology* 2001;20(3):176-185, DOI: 10.1037/0278-6133.20.3.176.
39. Fromm K, Andrykowski MA, Hunt J. Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine* 1996;19(3):221-240, DOI: 10.1007/bf01857767.
40. Curbow B, Somerfield MR, Baker F, Wingard JR, Legro MW. Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine* 1993;16(5):423-443, DOI: 10.1007/bf00844815.

41. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology* 2004;23(6):595-598, DOI: 10.1037/0278-6133.23.6.595.
42. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology* 2004;23(1):16-23, DOI: 1037/0278-6133.23.1.16.
43. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA, Bernards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine* 2005;29(3):236-245, DOI: 10.1207/s15324796abm2903_10.
44. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology* 2005;24(3):266-273, DOI: 10.1037/0278-6133.24.3.266.
45. Schwarzer R, Luszczynska A, Boehmer S, Taubert S, Knoll N. Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medicine* 2006;63(6):1614-1624, DOI: 16/j.socscimed.2006.04.004.
46. Lechner SC, Carver CS, Antoni MH, Weaver KE, Phillips KM. Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(5):828-840, DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.828.
47. Pakenham KI. Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology* 2005;24(2):123-132, DOI: 10.1037/0278-6133.24.2.123.
48. Siegel K, Schrimshaw EW. The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior* 2007;11(3):421-433, DOI: 10.1007/s10461-006-9186-3.
49. Park CL, Chmielewski J, Blank TO. Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology* 2009, DOI: 10.1002/pon.1680
50. McMillen JC, Smith E, Fisher RH. Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(5):733-739, DOI: 10.1037/0022-006X.65.5.733.
51. Park CL, Cohen LH, Murch RL. Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality* 1996;64(1):71-105, DOI: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x.
52. McMillen JC. Better for it: How people benefit from adversity. *Social Work* 1999;44(5):455-468.
53. Janoff-Bulman R, Frantz CM. The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In Power M, Brewin CR (eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies*, Wiley: New York, 1997; 91-106.
54. Tedeschi R, Calhoun L. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9(3):455-471, DOI: 10.1007/bf02103658.
55. Zigmond AP, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67(6):361-370, DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
56. Pais Ribeiro JL, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* 2007;12(2):225-237, DOI: 10.1080/13548500500524088.
57. Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1(29), DOI: 10.1186/1477-7525-1-29.
58. Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões MR et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal [Psychometric studies of the instrument for assessing the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-Bref) to Portuguese from Portugal]. *Psiquiatria Clínica* 2006;27(1):41-49.
59. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine* 1998;28(3):551-558, DOI: 10.1017/S0033291798006667.

60. Aiken LS, West SG. *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage: Newbury Park, CA, 1991.
61. Faul F, Erdfelder E, Lang A, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007;39(2):175-191.
62. Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology* 2009;18(1):30-41, DOI: 10.1002/pon.1367.
63. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2004;23(5):733-746, DOI: 10.1521/jscp.23.5.733.50750.
64. Lelorain S, Antignac AB, Florin A. Long-term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2010;17(1):14-22, DOI: 10.1007/s10880-009-9183-6.
65. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology* 2003;12(5):491-499, DOI: 10.1002/pon.671.
66. Kornblith AB, Herndon JE, Zuckerman E et al. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer* 2001;91(2):443-454, DOI: 10.1002/1097-0142(20010115).
67. Ringdal GI, Ringdal K, Jordhoy MS, Kaasa S. Does social support from family and friends work as a buffer against reactions to stressful life events such as terminal cancer? *Palliative & Supportive Care* 2007;5(1):61-69, DOI: 10.1017/S1478951507070083.
68. Kleim B, Ehlers A. Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress* 2009;22(1):45-52, DOI: 10.1002/jts.20378.
69. Butler LD, Blasey CM, Garlan RW et al. Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology* 2005;11(4):247-267, DOI: 10.1177/153476560501100405.
70. Bussell VA, Naus MJ. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology* 2010;28(1):61-78, DOI: 10.1080/07347330903438958.
71. Pennebaker JW, Chung CK. Expressive writing, emotional upheavals, and health. In Friedman H, Silver R (eds.), *Handbook of health psychology*, Oxford University Press: New York, 2007; 263-284.
72. Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA et al. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 2002;20(20):4160-4168, DOI: 10.1200/JCO.2002.08.521
73. Pargament KI, Desai KM, McConnell KM. Spirituality: A pathway to posttraumatic growth or decline? In Calhoun LG, Tedeschi RG (eds.), *Handbook of posttraumatic growth*, Lawrence Erlbaum: Mahwa, NJ, 2006; 121-137.



Estudo V

Pathways for psychological adjustment in breast cancer:
A longitudinal study on coping strategies and
posttraumatic growth.

Silva, S., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health, 27*(11), 1323-1341. doi: 10.1080/08870446.2012.676644.

Pathways for Psychological Adjustment in Breast Cancer: A Longitudinal Study on Coping Strategies and Posttraumatic Growth

Sónia Silva, Carla Crespo & Maria Cristina Canavarro

Abstract

This longitudinal study examined the role of coping strategies and posttraumatic growth (PTG) on the psychological adjustment to breast cancer trajectory. The participants were 50 women assessed at the time of surgery (T1), during adjuvant treatment (T2) and six months after the end of treatment (T3). Women completed questionnaires assessing coping strategies, PTG and psychological adjustment (psychological quality of life, anxiety and depression). Results showed that the greatest impact of breast cancer on women's adjustment occurred at T1, when patients were significantly more anxious than in the other phases of the disease. The type of surgery and adjuvant treatment did not account for the course of PTG and adjustment. Coping through seeking social support and using cognitive strategies at T1 were linked to psychological quality of life and depression at T3 via PTG dimension of personal resources and skills at T2. Findings emphasise the value of promoting adaptive coping strategies and PTG in order to improve psychological adjustment in breast cancer patients.

Keywords: breast cancer; posttraumatic growth; coping; quality of life; anxiety; depression

Introduction

Breast cancer (BC) diagnosis and treatment is considered a stressful life experience that can present major challenges to women's basic values, beliefs and goals, threatening their sense of identity and psychological functioning (Cordova et al., 2007; Montazeri et al., 2008). The number of people diagnosed with cancer is increasing every year and BC is the most common form of cancer in women, remaining a life-threatening illness (Cordova et al., 2007; Ferlay et al., 2010).

The few longitudinal studies assessing women throughout the BC trajectory have generally found a resilient pattern of adjustment, as a high percentage of women maintain their levels of psychological adjustment over time (Knobf, 2007; Rowland & Baker, 2005). Nevertheless, the literature has suggested the existence of transitional periods characterised by increased distress, mainly after diagnosis, during the initial phase of treatment, and the period right after the end of treatment (Costanzo et al., 2007; Frost et al., 2000; Knobf, 2007; Montazeri et al., 2008; Schwarz et al., 2008).

Breast cancer has its most profound impact on women's adjustment immediately following diagnosis (Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermsstad, & Ruland, 2005; Schroevers, Ranchor, & Sanderman, 2006; Schwarz et al., 2008). Studies have found prevalence rates of anxiety, depression or both in 33% (Burgess et al., 2005; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, &

Piantadosi, 2001) to approximately 50% (Schwarz et al., 2008) of women with BC. Within the first 6 months after diagnosis, approximately 43% of women still report clinically significant levels of depression or anxiety (Gallagher, Parle, & Cairns, 2002). As women recover from the effects of treatment, usually during the first year after diagnosis, they are generally able to return to their previous level of emotional functioning (Costanzo et al., 2007; Danhauer, Crawford, Farmer, & Avis, 2009; King, Kenny, Shiell, Hall, & Boyages, 2000), showing levels of emotional adjustment comparable to that of women from the general population (Schou et al., 2005; Schwarz et al., 2008).

Breast cancer: An opportunity for growth?

Despite the dread, discomfort and dysfunction that may be associated with the diagnosis of BC, there has been a growing recognition that positive changes may arise as a result of coping with the disease (e.g. Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001) which has been acknowledged as 'posttraumatic growth' (PTG; Tedeschi & Calhoun, 2004). This experience of positive life changes or benefits is believed to occur in between 50% (Guner-Kucukkaya, 2009) to 83% of BC survivors (Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003). However, this may not necessarily mean the absence of distress as PTG may cooccur with negative feelings, such as an increased awareness of physical limitations, uncertainty about the future or symptoms of posttraumatic stress (Cordova et al., 2007).

Tedeschi and Calhoun (2004) proposed that PTG includes three main positive changes. First, it encompasses perceived changes in the self, such as a sense of feeling stronger and more self-assured and self-reliant, having a better self-concept and improved problem-solving skills. Second, PTG comprises a positive change in the relationships with others, which are perceived as closer and more intimate. Also, people feel an enhanced compassion for others and strengthened social links. Finally, PTG includes a change in life philosophy, i.e. an increased appreciation for life, changed life priorities and enhanced spirituality (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Within this emerging line of research, there are still important questions that have not been sufficiently addressed. First, most studies assessed women long after the cancer had been diagnosed. They did not consider the possibility of finding positive life changes at the onset of the BC trajectory (Bussell & Naus, 2010; Tomich & Helgeson, 2002). This approach has been preferred because PTG was only believed to occur after an extended period of trying to understand the personal significance of the event and cope with the changed reality (Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003). However, PTG was also found to occur four months after the diagnosis of BC (Manne et al., 2004). A second issue is the scarcity of data on the longitudinal course of PTG. Exceptions are the studies of Manne et al. (2004) and Scrignaro, Barni, and Magrin (2011), but evidence from these studies are mixed: the first reported significant increases in PTG from the period of surgery to nine and 18 months afterwards; the second found no changes in levels of PTG from the time women were receiving treatment to six months later. Cross-sectional studies indicated that greater PTG is associated with a longer time since diagnosis, suggesting that PTG increases over time (Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003). Moreover, the vast majority of the longitudinal research based their time point assessment on a temporal

criterion, not considering the phase of disease (e.g. at three months following diagnosis, women may be undergoing surgery, having adjuvant treatment or be a disease-free survivor). A more sophisticated understanding of the process of PTG and its role on the adjustment to BC may be achieved by selecting samples based on the phase of their disease.

Another aspect that has not been thoroughly examined in previous research refers to the impact of treatment options on the course of psychological adjustment and PTG. Cancer treatments are known to induce physical and psychological symptoms, including fatigue, hair loss, early menopause, lymphoedema, decreased libido and difficulties in sexual intercourse and body image acceptance (Montazeri et al., 2008). These symptoms may persist over time, triggering significant implications on subsequent adjustment. In a review of 40 studies, Moyer (1997) found that breast-conserving surgery predicted better outcomes than mastectomy on measures of body image, psychological and social adjustment, sexual functioning and fear of cancer recurrence but not on global adjustment. Mols, Vingerhoets, Coebergh, and van de Poll-Franse (2005), in a review of the literature on the quality of life among long-term BC survivors, found that chemotherapy emerged as a negative predictor for women's quality of life. Despite this, few studies have analysed the possible moderating role of the type of treatment in the course of the adjustment and PTG. King et al. (2000) assessing the quality of life of 291 women, three months and one year after surgery for early BC, found that chemotherapy interacted with time in predicting the evolution of symptoms such as nausea and vomiting. However, the improvements in quality of life over time did not differ according to the type of surgery (Ganz, Schag, Lee, Polinsky, & Tan, 1992; King et al., 2000).

Regarding PTG, studies have shown that receiving more aggressive treatments, such as chemotherapy, is associated with higher reports of positive life changes (Bower et al., 2005; Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010), whereas no significant results have been found for type of surgery (for a review, see Stanton, Bower, & Low, 2006). Nevertheless, as far as we know, no studies have used covariate analysis to determine whether the evolution of PTG is influenced by treatment characteristics. Thus, more studies are needed to further understand the role of these moderators on women's adjustment and PTG across the BC trajectory.

Links between coping, posttraumatic growth and adjustment

One aspect that is consistently mentioned as central to the adjustment of cancer patients is coping strategies, defined as the 'constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person' (Folkman & Lazarus, 1980).

In line with more general stress-coping theories (Schaefer & Moos, 1998), Tedeschi and Calhoun (2004) posited that some early success in coping is a precursor to later PTG. Thus, the individual differences in coping skills set some people on a maladaptive trajectory, whereas others proceed on an adaptive trajectory. According to the model proposed by these authors, for PTG to emerge, a persistent cognitive processing of the situation is needed in order to disengage, or give up, certain goals and basic assumptions and, at the same time, to build new schemas, goals and

meanings. Thus, the degree to which the person is cognitively involved in processing the information related to the event appears to be an essential element in the process of PTG.

Some coping strategies may be used in order to foster the cognitive processing and so facilitate PTG. Some of these efforts may be trying to cognitively accept and plan how to deal with the stressful experience (Tedeschi & Calhoun, 2004). In the process of cognitive restructuring, trying to reappraise the stressful situation to see it in a more positive light (positive reframing) may also be an important path to PTG. It allows women to make sense of the experience and to find a positive meaning or some benefit (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998; Manne et al., 2004). In previous research, this coping strategy was found to foster PTG (Bussell & Naus, 2010; Morris, Shakespeare-Finch, & Scott, 2007; Schroevers & Teo, 2008; Thornton & Perez, 2006; Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005) as well as emotional adjustment (Bussell & Naus, 2010; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992). Another factor associated with the cognitive and emotional processing of the adverse situation is relying on humour, which is known to predict reduced distress (Carver et al., 1993) and PTG (Scrignaro et al., 2011). Although it may be confounded with a form of denial, humour is a means by which emotional responses may be softened and individuals alter or reframe their perceptions of the situation which would otherwise be overwhelming (Lefcourt, 2005).

Another important way of promoting the development of PTG is self-disclosure in supportive social environments (Tedeschi & Calhoun, 2004). Supportive others may help to alter perceptions about the changes that have occurred by offering perspectives that can be integrated into schema change. Thus, it may be that the effort of getting the support of significant others to whom individuals may express their inner feelings and fears, and getting some help dealing with the modified life conditions, may facilitate the cognitive processing of emotional material in trauma survivors, essential to the emergence of PTG (Bussell & Naus, 2010; Morris et al., 2007; Thornton & Perez, 2006). It is also important for a reduction in emotional distress (e.g. Dunkel-Schetter et al., 1992).

While the link between coping and psychological adjustment is theoretical and empirically supported (Carver et al., 1993; Danhauer et al., 2009; Dunkel-Schetter et al., 1992), it is also important to identify factors mediating this association. Given the association between coping strategies and PTG, it is likely that this relationship may influence psychological adjustment. In fact, some studies have shown that initial PTG enhances later adjustment (Carver & Antoni, 2004) and that changes in PTG predict subsequent well-being (Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert, & Knoll, 2006). However, other studies have found that benefit finding at roughly four months post-diagnosis predicted greater distress after nine months among BC patients (Tomich & Helgeson, 2004). Other studies have found no significant association between early benefit finding and later adjustment (Bower et al., 2005; Sears et al., 2003) or non-linear (U-shaped) relationships, i.e. women with low or high PTG were better adjusted than those with moderate levels of PTG (Lechner, Carver, Antoni, Weaver, & Phillips, 2006).

In a meta-analytic review, Helgeson, Reynolds, and Tomich (2006) discussed the association between PTG and psychological adjustment and suggested three possible hypotheses: first, the changes underlying the experience of PTG are positive, and thus, they contribute to improved well-

being; second, the experience of making life changes is stressful and so may coexist with disruption or negative outcomes, especially if the life changes are still ongoing; and third, PTG may be a coping mechanism used to manage distress and it is the extent of its success that explains the links between PTG and positive adjustment. In the light of this assertion, if PTG predicts other psychological outcomes such as emotional well-being and quality of life in the earlier phases of the stressful situation, PTG may reflect a process that the individual goes through in the aftermath of the traumatic event that can facilitate positive adjustment (Helgeson et al., 2006).

To date, research has not yet tried to understand the relationship between coping, PTG and adjustment, especially whether finding positive benefits in cancer experience may account for (i.e. mediate) the effects of coping on psychological adjustment. Longitudinal research tracking change in cancer patients from the time of the beginning of the treatment to survival is needed to understand the links between the aforementioned variables. It would further clarify the conceptualisation of PTG as a process or an outcome.

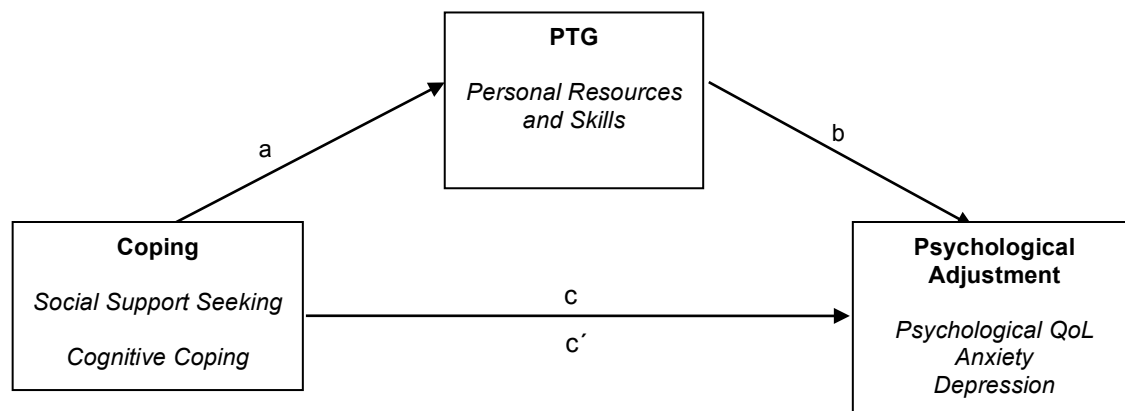
This study: Aims and hypotheses

In order to develop psychosocial interventions more suited to the patients' needs, it is essential to direct research efforts towards the examination of the psychological processes involved in the adjustment to BC. Addressing some limitations of previous research, this longitudinal study included women assessed throughout three phases of the BC trajectory (at the time of BC surgery – T1; during adjuvant treatment – T2 and during initial survival – T3).

The first aim of this study was to examine the longitudinal course of women's PTG and psychological adjustment, considering type of surgery and type of adjuvant treatment as moderators. The following hypotheses were formulated: while women were receiving treatment they would report PTG (Hypothesis 1); PTG would increase over time (i.e. from treatment to survival) (Hypothesis 2) and psychological adjustment would improve from the period of surgery to treatment and from treatment to survival (Hypothesis 3). As previous studies are scarce and have found inconsistent results regarding the impact of clinical variables on the course of adjustment and PTG, no specific hypotheses were formulated.

The second aim of the study was to test the longitudinal relationship between coping strategies (T1), PTG (T2) and psychological adjustment (T3). It was expected that women with a stronger social support seeking approach and who engage more in cognitive strategies either by planning their actions, accepting life-circumstances, attempting to reframe BC in order to see it in a more positive light or having an humorous approach, would show better psychological quality of life, lower levels of depression and anxiety, as well as higher levels of PTG (Hypothesis 4). Also, it was expected that PTG would be associated with reduced levels of psychological distress and enhanced quality of life (Hypothesis 5). Finally, it was predicted that the relationship between coping and adjustment would be mediated by PTG. More precisely, we predicted that coping either through social support seeking or using cognitive strategies, would induce a change in the way a woman perceives herself, her relationships and life in general (PTG), which would subsequently

lead to better psychological quality of life, and lower levels of depression and anxiety (Hypothesis 6). This mediation hypothesis is depicted in Figure 1.



Note. Path a : The effect of the independent variable (IV) on the proposed mediator (M); Path b: The effect of M on the dependent variable (DV) partialling out the effect of IV; Path c: The total effect of IV on DV; Path c': The direct effect of IV on DV after controlling for M; Path ab (not depicted): The indirect effect of IV on DV via M.

Figure 1 | Model depicting the hypothesised mediating role of PTG on the links between coping and psychological adjustment.

Method

Participants and Procedures

The sample consisted of 50 women diagnosed with BC recruited at the Gynaecology Department of Coimbra University Hospitals (CUH), Portugal. Eligibility criteria for inclusion in the study were: (1) having been newly diagnosed with non-metastatic BC; (2) being indicated for BC surgery (mastectomy or lumpectomy) as the primary treatment (women indicated for or receiving neo-adjuvant treatment were excluded); (3) having no other major disabling medical or psychiatric condition; (4) being able to read and write Portuguese and (5) being at least 18 years old. The study was approved and carried out in compliance with ethical standards from the CUH Research Ethics Committee and all participants signed an informed consent prior to the completion of the questionnaires.

Women were invited to participate during their hospitalisation, one day before breast surgery – Time 1 (T1). This time was on average 1.36 months ($SD = 0.63$) after the diagnosis. After being briefed about the main objectives of the study and assured about confidentiality, participants took part in a 30min structured interview and completed several pencil and paper self-report measures, including those used in this study. Psychological measures were completed again during the time of the adjuvant treatment, approximately six months after diagnosis or five months after T1 – Time 2 (T2). Due to differences in treatment protocols, women undergoing chemotherapy (60%) completed the survey at cycle 4 of 6 and women receiving six to seven weeks of radiotherapy (40%) were assessed during the third week of treatment. About six months later (approximately one year after the diagnosis, when medical follow-up visits usually take place, $M = 12.8$ months;

$SD = 2.6$) women were again contacted by phone and invited to participate – Time 3 (T3). The questionnaires were sent and returned in a postage-paid, preaddressed envelope.

Initially, 87 women participated in the study but 26 dropped out (some women reported lack of time and loss of interest, but most provided no reason for discontinuing) and then 11 additional cases were excluded because they had not received any adjuvant treatment, apart from surgery. No patients developed metastasis, a disease recurrence or died during the study. There were no differences with regard to sociodemographic and clinical data among the women who completed the entire study and the women who dropped out.

The mean age of the sample was 52.1 years old ($SD = 8.3$; range = 30–68). Women were predominately married or lived with a partner ($n = 44$, 88%); more than half reported having at least high school education ($n = 28$, 56%); and 69.4% ($n = 34$) were from middle socioeconomic status. A total of 46 women (92%) were diagnosed with invasive carcinoma. All women had undergone a lumpectomy ($n = 35$, 70%) or a mastectomy ($n = 15$, 30%); and 14 women (28%) had axillary lymph nodes removed. Women received adjuvant treatment including: chemotherapy ($n = 6$, 12%), radiotherapy ($n = 20$, 40%) or both ($n = 24$, 48%). At T3, 14 women (28%) were free of treatment and 36 (72%) were undergoing hormonotherapy.

Measures

Sociodemographic and disease-related information

Data regarding age, marital status, education and psychiatric history were obtained via participants' self-report. Additionally, we collected data from patients' medical records about time since diagnosis, type of treatment and treatment status at T3.

Coping Strategies

Coping strategies were assessed at study entry using the Portuguese version of the Brief COPE (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). It consists of 28 items tapping the way people deal with the stress in a response ranging from 0 ('I have not been doing this at all') to 3 ('I have been doing this a lot'). It is generally analysed using 14 individual subscale scores (e.g. acceptance, denial, active coping, etc.). The guidelines for using the Brief Cope (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), also allow the use of aggregate scale scores, either based on content or statistical methodologies (Farley, Galves, Dickinson, & Perez, 2005; Sears, Woodward, & Twillman, 2007; Stanton et al., 2000). Following the procedures used in those studies, we selected seven subscales that closely matched Tedeschi and Calhoun's model (2004) of the mechanisms that predict PTG and which are very similar to the content of the subscales created by Farley et al. (2005). Initially, we grouped the items into the following three aggregate scales: Cognitive Coping, Social Support and Emotional Expression. To refine and confirm the content-based groupings, a second-order principal components analysis with Varimax rotation was conducted, with eigenvalues set to be greater than 1.0. Examination of the eigenvalues and associated scree plot confirmed that three factors were distinct, consisting on the following grouped scales: Cognitive

Coping (Acceptance, Humour, Planning and Positive reframing), Social Support Seeking (Seeking Emotional and Instrumental Support subscales) and Emotional Expression (Venting subscale). Cronbach's alphas testing internal consistency were 0.69 for Seeking Social Support and 0.80 for Cognitive Coping. Emotional Expression had low-alpha reliability (0.43) and therefore was not included in further analysis.

Posttraumatic Growth

The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996) was selected to assess women's perceived positive life changes after BC at T2 and at T3. This is a 21-item questionnaire, rated on a six-point Likert scale, ranging from 0 (no change) to 5 (extreme change). The Portuguese version of PTGI (Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009), used in this study, was also performed with women with BC and the items were keyed to the experience of having cancer as in previous studies (Cordova et al., 2007; Sears et al., 2003). It yields a total score on PTG and four independent dimensions: personal resources and skills (six items), new possibilities and life appreciation (six items), strengthening of social relationships (six items) and spiritual development (three items). In the Portuguese version, the internal consistency was adequate, with Cronbach's alphas ranging from 0.81 (Spiritual development) to 0.87 (Personal resources and skills). In the current sample, Cronbach's alphas ranged from 0.77 (Spiritual development – T3) to 0.90 (Personal resources and skills – T2).

Psychological Adjustment

Psychological quality of life

The psychological domain of the Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life-Bref (The WHOQOL Group, 1998; Vaz Serra et al., 2006) was used. It consists of six items assessing, for example, positive feelings (How much do you enjoy life?), self-esteem (How satisfied are you with yourself ?) or spirituality/religion/ personal beliefs (To what extent do you feel your life to be meaningful?). It employs a five-point Likert scale, with higher scores indicating better quality of life. In this study, Cronbach's alphas ranged from 0.75 (T1) to 0.81 (T2 and T3).

Anxiety and depression

The Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Pais Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983) was administered. It consists of 14 items, divided into two subscales: anxiety and depression. It employs a four-point scale, with higher scores indicating higher emotional distress. A score of 11 or higher is indicative of possible clinical mood disorder (Snaith, 2003). Cronbach's alphas were 0.93 (T1), 0.77 (T2) and 0.83 (T3) for anxiety and 0.82 (T1), 0.83 (T2) and 0.85 (T3) for depression.

Results

Table 1 presents mean scores and standard deviations for coping, PTG and psychological adjustment at the three measurement occasions. It also shows the prevalence of clinical anxiety and depression. Considering PTG total scores ≥ 3 on the 0-5 scale (Cordova et al., 2007) on average 56% ($n = 28$) of the sample at T2 and 60% ($n = 30$) at T3 reported experiencing positive life changes from a moderate (score 3) to an extremely high degree (score 5).

Table 1 | Descriptive statistics for all the variables at surgery, treatment and initial survival.

	Time 1		Time 2		Time 3		Measures Possible range
	Surgery		Treatment		Survival		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Coping							
Social support seeking	8.0	2.5					0-12
Cognitive coping	16.6	4.3					0-24
Posttraumatic Growth							
Personal resources and skills			18.5	7.1	19.2	6.7	0-30
New possibilities and life appreciation			16.0	7.0	15.8	7.0	0-28
Strengthening of social relationships			19.0	7.0	19.2	6.4	0-30
Spiritual development			8.7	4.3	9.1	4.0	0-15
Total PTG			62.1	22.4	63.3	21.2	0-105
Psychological Adjustment							
Psychological QoL	69.7	14.1	69.2	15.1	70.2	14.7	0-100
Anxiety	9.9 ^a	5.6	7.5	3.4	6.7	3.8	0-21
Depression	5.2 ^a	4.1	5.2	3.7	4.5	3.9	0-21
% clinical Anxiety		48.9 ^a		20.0		14.0	-
% clinical Depression		13.3 ^a		10.0		6.0	-

Note. ^a These variables contain missing information

Posttraumatic Growth and Psychological Adjustment: Change/Stability over Time

To investigate whether scores for PTG and adjustment changed or remained stable over time (Hypothesis 2 and 3), and whether these scores differed according to the type of surgery (breast conservation vs mastectomy) or type of treatment (radiotherapy vs chemotherapy; between-subjects factors), a series of repeated-measures MANOVAs and ANOVAs were conducted. The repeated-measures ANOVAs for the dimensions and total score of the PTGI and for the psychological quality of life revealed no significant multivariate effects for the within-subjects factor time, nor for the between-subjects factors. No interaction effects were found.

An overall multivariate time effect was found for the HADS on the repeated-measures MANOVA (Pillai's Trace = 0.33, $F(4, 38) = 4.69$, $p = .004$, $\eta_p^2 = .33$). Univariate tests with Greenhouse-Geisser correction showed that the effect of time was only significant for anxiety, $F(1.43, 58.70) = 12.36$, $p = .000$, $\eta_p^2 = .23$. Bonferroni tests showed that levels of anxiety at T1 were significantly higher than T2 and T3. No interaction effects were found between time and type of surgery or treatments.

Direct and Indirect links between Coping and Psychological Adjustment: The Role of the PTG dimension Personal resources and skills

To investigate Hypothesis 4 and 5, correlation analyses were conducted (Table 2). Results showed that cognitive coping at T1, but not social support seeking, was associated with better adjustment (lower levels of depression and anxiety and better psychological quality of life). In terms of the links between coping and PTG, cognitive coping at T1 was positively associated with only one dimension of PTG: Personal resources and skills. Social support seeking was linked to three dimensions: Personal resources and skills; New possibilities and life appreciation and Strengthening of social relationships. PTG dimension of Personal resources and skills was also significantly linked to the three variables of psychological adjustment.

Table 2 | Correlations between Coping (T1), Posttraumatic Growth dimensions (T2) and Psychological Adjustment (T3) variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Coping (T1)									
1. Cognitive coping	-	.34*	-.03	.10	-.05	.34*	-.47***	-.35*	.43**
2. Social support seeking			.29*	.32*	.22	.33*	.02	.07	.11
Posttraumatic Growth (T2)									
3. New possibilities and life appreciation				.69***	.55***	.69***	.01	.03	.22
4. Strengthening of social relationships					.70***	.83***	-.11	-.17	.37**
5. Spiritual development						.66***	.01	-.02	.13
6. Personal resources and skills							.31*	-.37**	.73***
Psychological Adjustment (T3)									
7. Anxiety								.72***	-.64***
8. Depression									-.76***
9. Psychol. QoL									-

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Hypothesis 6 was investigated using the bootstrap simple mediation procedure (Preacher & Hayes, 2008), according to which indirect effects are assessed based on a point estimate and bootstrapped 95% confidence interval (Bias Corrected and accelerated 95% CI; 5000 bootstrap iterations); an indirect effect is considered significant if the confidence interval does not include 0.

According to the correlations of the measures of adjustment and the proposed intervening variable PTG (composed of four dimensions), we opted to examine the indirect role of the PTG dimension of Personal resources and skills as it has shown significant correlations with all the adjustment variables. Therefore, we ran six simple mediation analyses to assess if Personal resources and skills mediated the links between coping strategies (Social support seeking and Cognitive coping) and psychological adjustment (Psychological quality of life, Anxiety and Depression). Results showed that Personal resources and skills significantly mediated four of the six links examined (see Table 3): a) the link between social support and psychological quality of life (point estimate = 4.36, CI = .50/9.43); b) the link between social support and depression (point estimate = -.92, CI = -2.54/-.10); c) the link between cognitive coping and psychological quality of life (point estimate =

4.00, CI = .58/9.67); and d) the link between cognitive coping and depression (point estimate = -.68, CI = -2.49/-.01) at a marginal level of significance.

Table 3 | Regression results for the links between coping, PTG dimension of personal resources and skills and the adjustment measures of psychological quality of life and depression: unstandardized direct, indirect and total effects.

Independent Variable (IV)	Mediator (M)	Dependent Variable (DV)	Effect of IV on M (a path)	Effect of M on DV (b path)	Direct effect (c path)	Indirect effect (ab path)	Total effect (c' path)
Social support seeking (T1)	Personal resources and skills (T2)	Psychol. QoL (T3)	.63*	6.93**	-1.68	4.36*	2.68
		Depression (T3)	.63*	-1.46**	1.40	-.92*	.48
Cognitive coping (T1)	Personal resources and skills (T2)	Psychol. QoL (T3)	.73*	5.48**	7.53*	4.00*	11.52*
		Depression (T3)	.73*	-.93*	-1.84~	-.68~	-2.51*

Note. Table shows unstandardized regression coefficients.
* $p \leq .05$. ** $p < .01$. ~ $\leq .11$

Discussion

This study examined the course of PTG and psychological adjustment throughout BC's trajectory, the effect of treatment options, and the longitudinal relationship between coping strategies (T1), PTG (T2) and psychological adjustment (T3), especially the indirect role of PTG on the association between coping and adjustment. Although the findings were generally modest, some of our hypotheses were supported.

Posttraumatic Growth

In this study, we explored the emergence of PTG early in the onset of the BC trajectory. Supporting Hypothesis 1, the results showed that approximately six months after diagnosis, at the time of adjuvant treatment, a high percentage of women (56%) reported positive life changes to have occurred in the self and their relationship with others, spiritual values and life appreciation in a moderate to a high degree. The magnitude of total PTG was in line with total scores found in the studies of Cordova et al. (2001) and Weiss (2002) with BC survivors two years ($M = 64.1$) and three years post-treatment ($M = 60.2$), respectively. The findings were even higher than in the studies of Manne et al. (2004) with women assessed 4.5 months after diagnosis and nine and 18 months later ($M = 49.0, 52.8$ and 55.7) and Sears et al. (2003) with BC survivors evaluated approximately two years after diagnosis ($M = 58.4$). Overall, these findings support the claim that people are capable of transforming traumatic experiences and adversities into positive life experiences (Tedeschi & Calhoun, 2004).

We consider that this finding is particularly important as it suggests that PTG can occur shortly after the stressful event takes place (Manne et al., 2004), challenging the counter-argument that

PTG only occurs at the end of an extended period after cancer has been diagnosed (Cordova et al., 2001; Helgeson et al., 2006; Sears et al., 2003). Our findings suggest that soon after the beginning of the process of coping with a life-threatening illness, women start trying to make sense of the cancer experience. During this time, some women realised that they became stronger and skilled to deal with life difficulties. They also perceived that their relationships with others had become deeper and were strengthened in the face of adversity. Women are also provided with information about self-reliance, affecting self-evaluations of competence in difficult situations, which increase the likelihood of addressing problems and future traumas in a more assertive fashion (Tedeschi & Calhoun, 1996).

In regard to the longitudinal course of PTG, it remained stable from the period of treatment to initial survival. According to our findings, during the treatment phase, when women are required to directly confront the illness and its secondary effects, they may be compelled to think more about themselves, to reshape their self-concept and, thus, to experience high levels of PTG which remain stable, even after they return to other areas of life, during the initial survival period. Although this finding did not support Hypothesis 2, it is in line with a recent study where no differences in PTG mean scores were found between time of treatment and 6 months later (Scrignaro et al., 2011). It is likely that the time between T2 and T3 was too short to allow increases in the PTG experience, and thus future studies should examine the longitudinal experience of PTG over a longer period of time. An alternative explanation may be that the levels of PTG at T2 were already high and no further increase should be expected in a short time period at T3.

Psychological Adjustment

The results on the course of the adjustment only partially supported Hypothesis 3. In general, women were well adjusted across the BC trajectory. The negative impact of BC on psychological functioning was greatest in the initial period (T1), but only for anxiety. During this period, when women were waiting for breast surgery, 48.9% were clinically anxious, which is in general consistent with previous evidence (Gallagher et al., 2002). For example, Schwarz et al. (2008) also found that more than half of the women show significant anxiety during their stay in the hospital to begin the treatment. As in past research, the proportion of women with clinical levels of depression, 13.3%, was significantly smaller than of anxiety (Schwarz et al., 2008; Silva, Moreira, & Canavarro, 2009).

In the subsequent months following diagnosis, survivors' levels of anxiety decreased significantly and the percentage of women with a probable clinical anxiety fell from 48.9% to 20% at T2, and to 14% at T3. These results reinforce previous research showing that moderate to high levels of distress in cancer patients are particularly evident in the following weeks after diagnosis, especially anxiety (Knobf, 2007; Schwarz et al., 2008), but this pattern tends to be followed by a significant decrease. It is noteworthy that the fact that women were assessed during their hospitalisation may also have contributed to the increased levels of anxiety, as they may have been concerned about issues related to the hospital stay, surgical procedures, and uncertainty about the surgery's impact on their physical functioning and body appearance. Thus, this result must be interpreted carefully.

The levels of depression and psychological quality of life remained stable over time, not supporting Hypothesis 3 and previous studies that found significant decreases in depression (Schwarz et al., 2008) and improvements in quality of life over time (Schou et al., 2005). We consider that the lack of significant results may have been occurred as the levels of depression and psychological quality of life were, respectively, lower and greater than what was expected. Those levels were, indeed, comparable to that of women of similar age in the general population, which were previously published by one of us (Silva, Moreira, & Canavarro, 2011). Thus, we believe these findings strengthen the resilient pattern of adjustment proposed in previous literature (Knobf, 2007; Rowland & Baker, 2005).

Overall, our findings are in line with other studies suggesting that women with BC may show positive adjustment even in times of enduring treatment. However, also show that transitional periods in the BC trajectory, such as the time before the beginning of treatment, is indeed a particular time of increased anxiety (Knobf, 2007).

The results of this study did not reveal a significant impact of the type of breast surgery and type of adjuvant treatment on women's PTG and psychological adjustment throughout the BC trajectory. Several factors may help to explain the absence of significant results. First, the reduced size of the sample might have prevented finding significant effects. Second, other factors than disease-related ones may have a greater impact on psychological adjustment and PTG over time, such as age, education and marital status (King et al., 2000), as well as other cognitive and emotional strategies involved in the process of cognitive restructuring of the trauma narrative, which goes beyond the objectives of this study (Manne et al., 2004).

Coping, Posttraumatic Growth, and Adjustment: Links over Time

PTG does not occur as a direct result of adversity. The individual's attempts to cope with the changed reality are decisive in the emergence of PTG (Tedeschi & Calhoun, 2004). Our findings indicate that differences in coping played an important role in the experience of BC patients, both in terms of their psychological adjustment and PTG.

Partially supporting Hypothesis 4, correlation analyses showed that in the process of coping with BC, women who engaged more in cognitive strategies either by planning their actions, accepting life-circumstances, attempting to reframe BC in a more positive light or having an humorous approach, revealed higher PTG during the treatment phase in terms of finding positive changes in their personal resources and skills to deal with the stress. Almost one year after diagnosis, they also revealed lower levels of depression and anxiety and better psychological quality of life.

Efforts to seek social support before surgery for BC were not associated with psychological adjustment in initial survival (which was not expected according to Hypothesis 4). However, efforts to seek social support were significantly associated with higher levels of PTG during the period of adjuvant treatments, supporting Tedeschi and Calhoun's (2004) proposal of social support as an important precursor of PTG.

How might these factors (cognitive coping and social support seeking) facilitate PTG? First, individuals who seek more social support will tend to talk more about the traumatic experience,

expressing their negative emotions and thoughts. Through the stimulation of emotional expression, this self-disclosure induces women to cognitively process the cancer experience, i.e. to attempt to understand the potential meaning of BC, making sense of the cancer experience (Manne et al., 2004). It is also possible that the expression of negative emotions may contribute to desensitising oneself of the negative feelings, which may allow a greater focus on positive feelings and benefits (Foa, Steketee, & Rothbaum, as cited in Manne et al., 2004). Second, supportive others may offer new perspectives, encouraging women to find (positive) meaning in the cancer experience (Tedeschi & Calhoun, 2004). The empathetic response of others to that self-disclosure, giving feedback about one's personal strength, may prompt the recognition of ways in which cancer has changed women's self-concept (i.e. 'You are such a brave person!' enhances personal strength and self-assurance; Manne et al., 2004, p. 451).

In addition, the results of this study corroborate Hypothesis 5 and earlier literature suggesting that finding positive changes in BC experience, mainly in the dimension of personal resources and skills may be associated with reduced levels of psychological distress and enhanced quality of life some time later (Carver & Antoni, 2004). In this sense, we may consider that PTG refers to a process that the individual goes through in the aftermath of trauma, i.e. a mechanism by which women try to alter the global significance of the cancer experience in order to construct meaning (Janoff-Bulman & Frantz, 1997; McMillen, 1999), and this may promote adjustment and psychological quality of life. Thus, out of Helgeson et al.'s (2006) three possible explanations for the relationship between PTG and psychological adjustment, our findings support the option stating that PTG may function as a coping strategy, which, if successful, may be an important pathway for psychological adjustment.

Finally, partially supporting Hypothesis 6, our results showed that the use of coping strategies before surgery, such as social support seeking and cognitive coping, indirectly influenced levels of depression and psychological quality of life at the survival phase via PTG. It is reasonable to consider that the use of adaptive coping strategies facilitates the development of more positive perceptions of self-efficacy and self-confidence in personal resources and skills, which alleviate feelings of depression and psychological suffering. More precisely, social support seeking and cognitive coping may increase women's psychological quality of life and reduce levels of depression by promoting change in women's thoughts about their capabilities to exercise control over adversity and to successfully manage new challenges and life demanding situations. It is likely that success with these coping efforts promotes a sense of self-efficacy as well as the feeling of growing stronger, which seem to be an important pathway for later psychological adjustment. However, this association is not significant in the reduction of anxiety. It should be further investigated in future research.

Limitations and Strengths

First, our findings must be carefully considered due to the reduced size of our sample, which may have limited our ability to find significant effects. Second, results of the mediation analysis should be interpreted carefully as longitudinal studies were not adjusted for psychological adjustment at study entry due to the small sample size that reduced the power and the ability to include further

variables in the indirect effects assessment calculations. Thus, future studies with larger samples could provide additional validation for this model. Third, the fact that the first assessment occurred in the context of women's hospitalisation, on the day before breast surgery, makes it difficult to draw conclusions about the level of anxiety. Fourth, in this study, we have only focused on social support seeking and cognitive coping. It would be relevant to have a measure of social support satisfaction as well as measures tapping other cognitive processes such as rumination, as posited by Tedeschi and Calhoun (2004). Fifth, in this study coping strategies were assessed only during T1. As the adaptive significance of coping processes may vary across the cancer trajectory, it would be relevant, in future studies, to examine if the coping styles reported before breast surgery, remain stable throughout treatment and survivorship. Finally, although PTG was assessed at an early phase of the BC trajectory, the fact that we opted to start the assessment of PTG only at treatment phase (T2) limited our understanding of the process of PTG. Future investigation should consider an earlier evaluation of PTG.

Despite these limitations, we believe our findings are innovative and will add data to the previous literature in the field of adjustment and PTG, over time and across the BC trajectory. This study is one of the few longitudinal studies designed according to both temporal and clinical criteria. The coverage of a one-year period of managing BC diagnosis and surgery, adjuvant treatment and initial survival, allowed us to examine the longitudinal links between coping strategies, PTG and adjustment, advancing previous research that has focused on these variables separately or in pairs. The evidence that positive life changes may help to explain the association between coping and adjustment is a very relevant contribution to the literature.

Implications and conclusions

The findings of this study are relevant to mental health professionals working with BC patients. First, it shows that the initial phase of the BC trajectory, mainly the time right before the beginning of treatment (surgery), is the most debilitating. In order to prevent long-term adjustment problems, this phase should be especially targeted for intervention. Second, such efforts must include the promotion of adaptive coping strategies such as cognitive coping and social support seeking which are important pathways for psychological adjustment through the development of more positive perceptions of self-efficacy and self-confidence, which alleviate suffering and distress. Although mental health professionals should be particularly careful not to force the occurrence of PTG, they should reinforce the patient's own specific PTG experiences whenever they occur, encouraging the use of this growth perspective in the patient's daily life.

References

- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine, 29*(3), 236-245.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British Medical Journal, 330*, 702-707.

- Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61-78.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioural Medicine* 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., et al. (2007). Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97(12), 1625-1631.
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farmer, D. F., & Avis, N. E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 371-379.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Farley, T., Galves, A., Dickinson, I. M., & Perez, M. J. (2005). Stress, coping, and health: A Comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and Non-Hispanic whites. *Journal of Immigrant Health*, 7(3), 213-220.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Available from <http://globocan.iarc.fr>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Frost, M. H., Suman, V. J., Rummans, T. A., Dose, A. M., Taylor, M., Novotny, P., et al. (2000). Physical, psychological and social wellbeing of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9(3), 221-231.
- Gallagher, J., Parle, M., & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7(3), 365-376.
- Ganz, P. A., Schag, A. C., Lee, J. J., Polinsky, M. L., & Tan, S.-J. (1992). Breast conservation versus mastectomy: Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*, 69(7), 1729-1738.
- Guner-Kucukkaya, P. (2009). An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 166-173.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies* (pp. 91-106). New York: Wiley.

- King, M., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research, 9*(7), 789-800.
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing, 23*(1), 71-83.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 828-840.
- Lefcourt, H. M. (2005). Humor. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 619-631). New York: Oxford University Press.
- Leloirain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(1), 14-22.
- 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*(3), 442-454.
- McMillen, J. C. (1999). Better for it: How people benefit from adversity. *Social Work, 44*(5), 455-468.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer, 41*(17), 2613-2619.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: An eighteen months follow-up study. *BMC Cancer, 8*(330), 1-6.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, S. J., & Scott, J. L. (2007). Coping processes and dimensions of posttraumatic growth. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1*, 1-12.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology, 16*(3), 284-298.
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(1), 3-15.
- Pais Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225-237.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behaviour Research Methods, 40*(3), 879-891.
- Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer, 104*(suppl)(S11), 2543-2548.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. Tedeschi, C. Park & L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjermsstad, M. J., & Ruland, C. M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research, 14*(8), 1813-1823.
- Schroevens, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine, 63*(3), 598-610.
- Schroevens, M., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology, 17*(12), 1239-1246.
- Schwarz, R., Kraussa, O., Höckelb, M., Meyerb, A., Zengerc, M., & Hinz, A. (2008). The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care, 3*(6), 417-422.

- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S., & Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1614-1624.
- Scrignaro, M., Barni, S., & Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: A longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20(8), 823-831.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.
- Sears, S. R., Woodward, J., & Twillman, R. (2007). What do I have to lose? Effects of a psycho-educational intervention on cancer patient preference for resuscitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 533-544.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2009). Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência para o cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental*, XI(5), 28-42.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 16, 323-340.
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105-133.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29).
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 138-175). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology*, 15(4), 285-296.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.

Silva, S., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health, 27*(11), 1323-1341.

Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10*(1), 19-28.

Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.



Parte III

Discussão e conclusão

Capítulo VI.

Síntese, discussão e contributos da investigação

1. Considerações teóricas e metodológicas

Na presente investigação propusemo-nos a desenvolver um estudo compreensivo do processo de adaptação da mulher com cancro da mama ao longo das diversas fases do curso da doença, tendo subjacente a possibilidade deste diagnóstico originar múltiplos resultados de adaptação psicológica, quer de natureza psicopatológica, quer de desenvolvimento. Por outro lado, foi também objetivo deste trabalho o estudo da influência dos contextos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, enquanto fatores de vulnerabilidade ou de proteção para a adaptação psicológica e experiência de DPT.

Estes objetivos foram delineados tendo em conta a sua relevância e crescente interesse no domínio do estudo das reações traumáticas, por um lado, e da psico-oncologia, por outro, e simultaneamente, a escassez de investigações em Portugal que se centrem na temática do DPT em mulheres com cancro da mama. Além disso, a investigação existente apresenta ainda algumas lacunas, sobretudo no que respeita ao conhecimento das condições de ocorrência do DPT e sua associação aos indicadores de adaptação psicológica. Na tentativa de contribuir para o desenvolvimento de uma área ainda pouco estudada e que carece de maior investigação, o presente trabalho foi desenvolvido com base nos principais modelos de compreensão, bem como nas linhas de investigação mais atuais no domínio da adaptação psicológica e do DPT em mulheres com cancro da mama.

Tal como foi referido, a Psicopatologia do Desenvolvimento, enquanto macroparadigma integrador (Achenbach, 1990; Cicchetti, 2006), orientou teórica e metodologicamente a condução deste trabalho. De acordo com a Psicopatologia do Desenvolvimento, ao mesmo acontecimento podem associar-se múltiplas trajetórias de adaptação, caracterizadas por resultados negativos, indicadores de psicopatologia, e por resultados positivos, que remetem para a experiência de desenvolvimento. Tendo por base este pressuposto, nesta investigação o cancro da mama surge conceptualizado como um acontecimento negativo e potencialmente traumático, fator de risco para o desenvolvimento de trajetórias inadaptativas, mas, igualmente, como um potencial catalisador da experiência de mudanças psicológicas positivas ao nível da identidade pessoal, filosofia de vida, relações interpessoais e espiritualidade (DPT).

Ainda segundo este macroparadigma, a adaptação não corresponde um resultado singular (e.g., a ausência de psicopatologia), pelo contrário, é um processo complexo e multidimensional que afeta diversas áreas do funcionamento. Assim, em todos os estudos realizados foi premissa constante a avaliação de diferentes indicadores de adaptação, desde a ansiedade e depressão, passando pelo estudo da qualidade de vida (considerado um indicador positivo de adaptação) e pelo DPT. Além disso, esta investigação obedeceu ainda a uma abordagem ecológica (Bronfenbrenner, 1979), pela exploração de uma grande diversidade de contextos nos quais a mulher se insere,

nomeadamente os contextos sociodemográficos, clínicos e psicossociais. Este tipo de abordagem permitiu-nos identificar fatores de vulnerabilidade e de proteção, particularmente no que respeita às estratégias cognitivas e comportamentais a que a mulher recorre para lidar com a doença (Carver et al., 1989), o que se reveste de grande utilidade no planeamento de intervenções psicoterapêuticas mais eficazes (Moorey & Greer, 2002).

Por outro lado, foi também tida em consideração a possibilidade do conhecimento do processo de desenvolvimento normativo informar sobre o desenvolvimento disfuncional ou não normativo e o inverso (Cicchetti, 2006). Desta forma, recorreremos a uma amostra de mulheres sem história pessoal de cancro da mama, com a qual o grupo de mulheres com cancro da mama foi comparado relativamente aos diversos indicadores de adaptação. Este estudo permitiu um conhecimento mais sólido sobre o processo de adaptação nas diversas fases da doença, e simultaneamente, uma avaliação mais rigorosa do processo de DPT.

A realização de estudos apoiados em desenhos longitudinais é a opção metodológica mais adequada de forma a compreender os processos de mudança e estabilidade relativamente aos padrões de adaptação psicológica ao longo de um determinado percurso desenvolvimental. Sendo este um dos objetivos desta investigação, foi realizado um estudo longitudinal no qual a amostra de mulheres com cancro da mama foi avaliada em três fases distintas, nomeadamente num momento recente do diagnóstico ou na fase da pré-cirurgia, durante o tratamento adjuvante e na fase da recuperação. Além desta análise da (des)continuidade das trajetórias de adaptação, este estudo permitiu ainda conhecer os principais preditores dos resultados de adaptação psicológica e DPT, aferindo o seu impacto enquanto fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção.

Apesar da utilização isolada de metodologias transversais não permitir o estabelecimento de relações de causalidade e, desta forma, a identificação dos preditores da adaptação, consideramos que estas metodologias possibilitam a compreensão do funcionamento de alguns processos psicológicos em momentos muito específicos da trajetória do indivíduo, com a vantagem de facilitarem a recolha de amostras mais extensas. Assim sendo, esta investigação contemplou a realização de cinco estudos transversais (um deles com um caráter mais introdutório, designado estudo 0), que permitiram uma caracterização da adaptação da mulher nas diversas fases da doença (devidamente complementada com os resultados do estudo longitudinal), por comparação a uma amostra da população geral, sem história de doença oncológica. Além disso, contribuíram para um melhor conhecimento sobre a associação entre variáveis, ainda que não seja possível a atribuição de causalidade a estas relações.

Os seis estudos desenvolvidos (cf. Capítulo V) procuraram responder a questões específicas. De forma a possibilitar uma compreensão global da presente investigação, neste capítulo iremos apresentar, de uma forma coerente e articulada, uma síntese e discussão dos principais resultados obtidos, as implicações e contributos mais relevantes para a investigação e prática clínica, referindo, necessariamente, as principais limitações e pistas para a investigação futura.

2. Síntese e articulação dos principais resultados da investigação

De forma a facilitar a organização deste capítulo, optámos por dividir esta síntese em quatro temáticas principais, que espelham os resultados mais relevantes da presente investigação. Assim, num primeiro ponto iremos reportar-nos aos resultados da adaptação psicológica ao longo das diversas fases da doença; num segundo ponto apresentaremos os principais fatores de vulnerabilidade e de proteção encontrados nesta investigação; seguidamente iremos discutir as principais condições de ocorrência do DPT; e por fim, debruçar-nos-emos sobre a relação entre DPT e adaptação psicológica.

2.1. Adaptação psicológica ao longo do curso da doença: Psicopatologia e/ou desenvolvimento?

O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, do futuro e dos objetivos da mulher, como o cancro da mama, requer adaptações em todas as áreas da vida, bem como recursos para lidar eficazmente com os seus desafios. De forma a obter uma melhor compreensão do processo de adaptação ao cancro da mama em diferentes fases da doença, e recorrendo a uma metodologia baseada em critérios clínicos e não temporais, isto é, tendo em conta a fase do curso da doença que a mulher se encontra a vivenciar e não necessariamente o tempo decorrido após o diagnóstico, nesta investigação a amostra foi avaliada num momento recente do diagnóstico de cancro da mama, durante o período de realização do tratamento adjuvante e durante a fase de recuperação e sobrevivência.

Em todos os estudos efetuados foi realizada uma análise dos indicadores de adaptação psicológica, nomeadamente no que respeita à ansiedade, depressão e qualidade de vida. Dois estudos transversais realizados (estudos I e II) foram, respetivamente, direcionados à avaliação destes indicadores nas três fases da doença e por comparação a uma amostra da população geral. No entanto, o estudo V, de natureza longitudinal, permitiu-nos uma análise mais rigorosa da evolução destes indicadores ao longo do curso da doença, bem como do DPT, pelo que, sempre que possível, tentaremos reportar-nos a estes dados.

O estudo do DPT incluiu uma medida de avaliação específica, o *Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático*, um instrumento central no nosso estudo. De modo a facilitar a compreensão dos resultados subsequentes, começaremos por fazer uma breve descrição dos resultados obtidos no estudo de validação numa amostra de mulheres com cancro da mama.

O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

Tal como já foi referido, o recurso a diferentes indicadores de adaptação, sugestivos quer de psicopatologia, quer de resiliência ou da experiência de desenvolvimento, é fundamental para a compreensão da diversidade de trajetórias de adaptação associadas à vivência de um cancro da mama. De forma a implementar esta avaliação, considerámos que o estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT), aplicado a uma amostra

de mulheres com cancro da mama, deveria constituir o primeiro passo no desenvolvimento desta investigação (estudo 0).

O IDPT avalia a perceção subjetiva de mudanças psicológicas positivas resultantes dos esforços empreendidos para lidar com os acontecimentos de vida adversos. O estudo de validação realizado mostra que o impacto do cancro da mama não se resume à manifestação de repercussões negativas, ocorrendo, igualmente, mudanças psicológicas positivas em diversas áreas da vida da mulher. Assim, após a vivência da doença, embora a mulher possa avaliar o mundo como perigoso e imprevisível, perante o qual se sente impotente e vulnerável, paralelamente, pode construir uma nova e mais valorizada perceção de si própria e dos seus recursos, das suas relações interpessoais e da vida em geral (Calhoun & Tedeschi, 2006), transformações passíveis se serem avaliadas através do IDPT.

Apesar dos estudos de validação terem permitido concluir pela existência de boas características psicométricas, legitimando a utilização deste instrumento em contexto clínico e de investigação, os resultados obtidos não permitiram replicar a estrutura fatorial original (Tedeschi & Calhoun, 1996). Assim, apontaram para uma estrutura constituída por quatro dimensões, que foram por nós designadas Perceção de Recursos e Competências Pessoais, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, Fortalecimento das Relações Interpessoais e Desenvolvimento Espiritual. Apesar desta diferença, consideramos que esta estrutura fatorial está ainda mais próxima do modelo de Tedeschi e Calhoun (2004) que, tal como foi apresentado no capítulo III, pressupõe três dimensões principais de DPT, focadas na visão de si próprio, dos outros e do mundo em geral. Em nossa opinião, a estrutura multidimensional deste instrumento é uma das características que lhe confere maior utilidade uma vez que as mudanças psicológicas positivas subjacentes ao DPT podem passar por uma ou mais áreas da vida da mulher. Desta forma, é possível avaliar as mulheres que percecionem mudanças, por exemplo, na apreciação da vida e não na dimensão de relacionamento com os outros, não limitando a avaliação à presença ou ausência de DPT.

Outro aspeto a destacar neste estudo preliminar relaciona-se com o facto de os resultados encontrados sugerirem que o DPT coexiste com alguns sinais de mal-estar psicológico, o que indica que esta experiência, apesar de positiva, não anula o mal-estar emocional associado ao diagnóstico de cancro da mama. A literatura chama a atenção para este aspeto, prevendo, no entanto, que a manutenção do mal-estar emocional possa funcionar como um ingrediente importante para a experiência de DPT, na medida em mantém ativo o processo de procura de significado para o acontecimento e, assim, o processamento cognitivo e emocional essencial ao DPT (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tomich & Helgeson, 2004).

Adaptação nas diversas fases da doença

Na tentativa de caracterizar a adaptação psicológica nas diversas fases da doença e, simultaneamente, obter uma perspetiva global sobre a evolução da mesma ao longo do tempo em que decorreu a investigação, são de salientar os seguintes resultados principias, que mais à frente detalharemos:

- **A fase de diagnóstico recente ou de pré-cirurgia**, caracteriza-se por níveis elevados de ansiedade, superiores aos evidenciados na população geral e nas restantes fases da doença. Por outro lado, durante este período registam-se decréscimos na qualidade de vida, nomeadamente no que respeita à perceção da mulher sobre o seu estado de saúde e sobre aspetos específicos do seu funcionamento físico. Todavia, num momento recente do diagnóstico de cancro da mama as mulheres percecionam uma maior satisfação com o apoio social.
- **A fase de tratamento** é caracterizada pela melhoria da sintomatologia ansiosa, porém, pela diminuição significativa da qualidade de vida global e física. Ainda que o cancro da mama seja percecionado pela mulher com tendo um impacto moderadamente negativo, mais de metade das mulheres evidencia índices elevados de DPT.
- **A fase de recuperação e da sobrevivência** caracteriza-se por uma redução significativa da sintomatologia ansiosa comparativamente à fase de diagnóstico recente, e pela manutenção de índices de depressão e qualidade de vida idênticos aos da população geral, à exceção de alguns aspetos do funcionamento físico e sexual, mais deteriorados nas mulheres sobreviventes de cancro da mama. Por outro lado, apesar de 51% das mulheres considerarem, retrospectivamente, a experiência de cancro da mama como traumática, 60% da amostra revela índices elevados de DPT, ainda que semelhantes à fase de tratamento.

Os resultados relativos à **fase do diagnóstico recente** permitem-nos verificar que este é o momento do curso da doença mais invalidante do ponto de vista emocional, uma vez que cerca de metade das mulheres apresenta índices moderados a graves de ansiedade. Os resultados, quer do estudo I (transversal), quer do estudo V (longitudinal), são reveladores deste facto, dado que 48.6% e 48.9% da amostra, respetivamente, evidenciou índices de ansiedade clinicamente significativos, sugestivos da presença de um quadro de Perturbação de Ansiedade. Por outro lado, nesta fase as médias da ansiedade tenderam a ser significativamente mais elevadas do que nas restantes duas fases analisadas (tratamento e recuperação/sobrevivência), além de superiores às da população geral.

Assim sendo, estes dados permitem-nos afirmar que a fase de diagnóstico recente é marcada por reações emocionais negativas, sobretudo no que respeita a sintomatologia ansiosa. De uma forma geral, são coerentes com os dados encontrados noutros estudos (Burgess et al., 2005; Gallagher et al., 2002; Schwarz et al., 2008), que têm apontado para uma maior prevalência de dificuldades emocionais durante a fase inicial da doença, logo após o diagnóstico ou início dos tratamentos. Weisman e Worden (1976) justificam a maior invalidação emocional nesta fase pelo facto de as primeiras semanas após o diagnóstico de uma doença oncológica corresponderem, habitualmente, a um período de crise existencial, durante o qual as doentes se debatem com a necessidade de lidar com o diagnóstico e o medo dos tratamentos, com preocupações com a família e com aspetos espirituais e existenciais, como a morte e a procura de um significado para a existência. Assim sendo, consideramos que os resultados da nossa investigação vão ao

encontro deste pressuposto, ao mostrarem que o período após o diagnóstico é, de facto, marcado por dificuldades emocionais, sobretudo caracterizadas por ansiedade.

Consideramos que outra possível explicação para os índices elevados de ansiedade poderá dever-se ao facto de o primeiro momento de avaliação ter coincidido com o período de hospitalização, tal como foi discutido nos estudos I e V. Neste sentido, os índices de ansiedade encontrados poderão não só resultar do impacto da consciencialização de um diagnóstico de uma doença ameaçadora mas, igualmente, da dificuldade de adaptação ao contexto hospitalar e a todos os procedimentos preparatórios para a cirurgia. Por outro lado, a expectativa de realização de uma cirurgia de amputação total ou parcial da mama, que na maioria dos casos iria decorrer no dia seguinte, associado ao medo das repercussões físicas e emocionais da mesma, poderão também contribuir para a explicação dos índices elevados de ansiedade. Num estudo com características muito semelhantes, realizado com uma amostra de mulheres com cancro da mama e cancro ginecológico avaliadas durante o período de permanência no hospital para a realização de cirurgia, cerca de 50% da amostra apresentou, igualmente, ansiedade clinicamente significativa (Schwarz et al., 2008).

No que respeita à depressão, em nenhum dos estudos efetuados foram encontradas diferenças significativas relativamente a outras fases da doença e/ou em relação à população geral. Efetivamente, em ambos os estudos, os índices de depressão clinicamente significativa mantiveram-se baixos, variando entre 12.2% e 13.3% nos estudos I e V, respetivamente, o que também vai ao encontro das conclusões retiradas noutros estudos que, de um forma geral, têm encontrado prevalências de depressão inferiores, comparativamente à ansiedade (e.g. Schwarz et al., 2008).

Relativamente ao indicador mais positivo de adaptação psicológica, a qualidade de vida, e no momento recente do conhecimento do diagnóstico, as mulheres apresentaram pior perceção global sobre o estado de saúde, comparativamente à fase da sobrevivência e às mulheres da população geral, tal como foi discutido no estudo II. Além disso, nesta fase as mulheres percecionaram uma capacidade de trabalho e para o desempenho das atividades diárias (domínio físico da qualidade de vida) mais reduzida do que as mulheres sem história de cancro da mama. No entanto, consideramos que estes resultados não nos permitem afirmar um impacto significativo do diagnóstico de cancro da mama na qualidade de vida, uma vez que este indicador não surge globalmente afetado nesta fase, sofrendo implicações mais expressivas na fase de tratamento, como veremos mais à frente. Também no estudo longitudinal (estudo V) foi possível verificar que a qualidade de vida psicológica, na fase de diagnóstico recente, mantém-se semelhante às restantes fases da doença, o que reforça as conclusões retiradas no estudo II.

Os resultados obtidos relativamente ao domínio relações sociais reforçam os dados anteriores, ao indicarem que as mulheres na fase da pré-cirurgia tendem a apresentar maior satisfação com o suporte social do que as mulheres na fase da sobrevivência ou a população geral (estudo II). Este resultado poderá sugerir que num período bastante exigente para a mulher e marcado pelo choque do diagnóstico e por sintomatologia ansiosa, muito provavelmente terá existido uma maior ativação das redes de suporte social que, conhecendo a situação de diagnóstico recente de uma doença inesperada e ameaçadora da vida, terão encetado manifestações de solidariedade e de

apoio mais efetivas (Bloom et al., 2004), manifestas, por exemplo, através de visitas hospitalares, telefonemas, disponibilização de apoio nas tarefas domésticas, para além da escuta ativa e apoio emocional. Por seu lado, estas expressões de apoio poderão ter influenciado a avaliação que a mulher faz do apoio recebido, compreendendo-se assim os resultados encontrados. Consideramos que estes resultados remetem-nos para o padrão de resiliência sugerido na globalidade dos resultados desta investigação e particularmente nesta fase.

No que diz respeito à **fase de tratamento**, esta foi detalhadamente explorada nos estudos II, IV e V. Os resultados relativos aos índices de adaptação emocional, apresentados nos estudos IV (transversal) e V (longitudinal), permitem-nos verificar que durante esta fase a maioria das mulheres encontra-se bem adaptada, exibindo índices de ansiedade e de depressão dentro dos padrões considerados normativos. No entanto, 19.5% e 9.1% das mulheres manifestaram índices significativos de ansiedade e de depressão, respetivamente. Estes dados foram muito semelhantes aos encontrados no estudo longitudinal, no qual, durante o período de tratamento, a percentagem de mulheres ansiosas baixou aproximadamente 30% (de 49% na fase de diagnóstico recente, para 20% no momento do tratamento).

Esta diminuição poderá ficar a dever-se a uma grande multiplicidade de fatores. Por um lado, é importante referir que a avaliação ocorreu sensivelmente a meio do período de tratamento e, em alguns casos, num momento temporal próximo do final dos mesmos, sendo por isso expectável que a mulher se encontrasse mais familiarizada com todo o contexto e procedimentos hospitalares, soubesse lidar mais eficazmente com os efeitos secundários dos tratamento e, como tal, não manifestasse índices tão elevados de ansiedade. Por outro lado, o aproximar do final dos tratamento, associado a uma eventual expectativa de prognóstico favorável (recorde-se que ao longo do nosso estudo nenhuma mulher apresentou recidiva, metástase ou faleceu), poderão ter contribuído para uma maior sensação de controlo percebido, o que por sua vez, poderá ter contribuído para a diminuição da ansiedade. Embora estes dados não tenham sido analisados em nenhum dos estudos apresentados, resolvemos testar esta hipótese e, efetivamente, verificámos que as mulheres que no momento de tratamento manifestavam maior perceção de controlo da doença (avaliada através da respetiva subescala do Brief-IPQ), encontravam-se menos ansiosas e menos deprimidas na fase de recuperação ($r = .352$; $p = .012$; $r = .289$; $p = .042$, respetivamente).

No entanto, consideramos que as percentagens obtidas de perturbação emocional não devem ser desvalorizadas. Em estudos semelhantes, realizados com amostras na mesma fase da doença mas incluindo os casos de perturbação emocional ligeira (casos *borderline*), foram encontradas prevalências de ansiedade na ordem dos 31% (Nosarti et al., 2002) e 21% (So et al., 2010), inferiores à que encontraríamos no nosso estudo IV se considerássemos estes casos (49.4%). Assim sendo, embora esta fase se caracterize pela redução da sintomatologia ansiosa e pela diminuição, ainda que não significativa, dos índices de depressão, é importante ter em conta as prevalências de psicossintomatologia, fazendo uma correta avaliação e intervenção nestes casos.

Uma vez que os tratamentos para o cancro da mama são, na sua generalidade, bastante agressivos e debilitantes, é expectável que os mesmos se reflitam numa deterioração da qualidade de vida. Efetivamente, os resultados na fase de tratamento indicam-nos que este

indicador de adaptação encontra-se significativamente mais reduzido do que nas restantes fases da doença, sobretudo no que diz respeito à perceção global de qualidade de vida e ao domínio físico. Assim, os dados obtidos no estudo II permitem-nos verificar que as mulheres a receber tratamento para o cancro da mama apresentam uma menor satisfação com o seu estado de saúde em geral do que as sobreviventes e as mulheres da população geral. Por outro lado, exibem menor energia e mais fadiga, capacidade de trabalho mais reduzida e maior dificuldade na execução das atividades diárias, comparativamente à população geral. A nível psicológico, apresentam menor autoestima do que as sobreviventes e as mulheres da população geral; e a nível social, menor satisfação com a componente sexual do que as mulheres na fase do diagnóstico e o grupo de controlo. Estes resultados vão ao encontro da literatura que sugere que as alterações físicas e de imagem corporal subjacentes aos diversos tratamentos, como por exemplo a alopecia e a amenorreia nas mulheres a realizar quimioterapia, e/ou a ablação da mama nas mulheres mastectomizadas, poderão implicar uma redução significativa da libido e do prazer sexual (Ganz, Rowland, Desmond, et al., 1998). Quando estas se encontram associadas a dificuldades no cumprimento dos papéis sociais, poderão resultar ainda numa diminuição significativa da autoestima (Carver et al., 1998; Ganz et al., 1996; Ganz, Rowland, Desmond, et al., 1998).

Ainda no âmbito da qualidade de vida, durante a fase de tratamento as mulheres sentem-se mais satisfeitas com o apoio recebido por parte da rede social do que as mulheres da população geral e, igualmente, mais satisfeitas com os cuidados de saúde e sociais. Consideramos que estes dados são reveladores da multiplicidade de resultados de adaptação também nesta fase, que se caracteriza por aspetos de deterioração mas também por indicadores positivos em algumas áreas do funcionamento (Knobf, 2007).

Apesar dos dados relativos à qualidade de vida nos parecerem compreensíveis e corroborarem a literatura existente, devemos chamar a atenção para o facto destes resultarem de um estudo transversal, não tendo sido testados no estudo longitudinal. Efetivamente, o estudo pormenorizado da qualidade de vida não se encontrava no âmbito dos objetivos propostos para o estudo V, tendo, por isso, sido analisado apenas o domínio psicológico. Neste estudo não foram, igualmente, encontradas diferenças significativas ao longo da trajetória da doença. Assim sendo, estas conclusões devem ser interpretadas com restrições.

Um dos objetivos deste trabalho prende-se com a avaliação da experiência de DPT ao longo da trajetória da doença. Tendo em vista o cumprimento deste objetivo, foi realizado o estudo da prevalência de DPT na fase de tratamento. Assim sendo, é bastante relevante referir que nesta fase, durante a qual 20% e 10% das mulheres obtiveram índices de ansiedade e de depressão clinicamente significativos, respetivamente, além de apresentarem implicações significativas na qualidade de vida física, 56% pontuaram de forma moderada a extrema no índice geral de DPT (estudo V). Também no estudo IV, igualmente realizado durante a fase de tratamento, foi possível obter resultados bastante semelhantes, com 56.4% das mulheres a apresentarem DPT moderado a extremo. Ainda neste estudo, mais de 80% das mulheres referiu mudanças desta magnitude nos itens: *“Descobri que sou mais forte do que pensava ser”*; *“Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade”* e *“Tenho uma apreciação maior pelo*

valor da minha própria vida". Apenas um item foi identificado por menos de 50% da amostra, nomeadamente "*Existem outras oportunidades que não teriam existido antes*".

Consideramos que estes resultados são efetivamente bastante relevantes e constituem um dos principais contributos deste trabalho, ao validarem a ocorrência de mudanças psicológicas positivas na sequência do diagnóstico de cancro da mama, em linha do que tem sido evidenciado noutras investigações (e.g. Bellizzi & Blank, 2006; Cordova et al., 2001; Lelorain et al., 2010). É também importante realçar que as médias de DPT encontradas em ambos os estudos que incidem na fase de tratamento são reveladores de índices bastante elevados de DPT, superiores, inclusivamente, aos apresentados num estudo idêntico desenvolvido com uma amostra de mulheres avaliadas durante o primeiro ano após o diagnóstico de cancro da mama (Manne et al., 2004). Por outro lado, o tipo de mudanças positivas mais frequentemente reportadas vai também ao encontro de outros estudos que, de igual forma, apontam as alterações nas dimensões Apreciação da vida e Relação com os outros como sendo as mais comuns e as mudanças ao nível da ocorrência de Novas oportunidade de vida, as menos frequentes (Cordova et al., 2001).

Além disso, os nossos dados são coerentes com os resultados apresentados noutros estudos que, da mesma forma, verificaram comorbilidade entre a experiência de mal-estar psicológico e o DPT (Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007; Lechner et al., 2006; Lechner et al., 2003; Morrill et al., 2008; Sears et al., 2003). Na nossa perspetiva, os dados obtidos nestes dois estudos, longitudinal e transversal, assim como os resultados já anteriormente referidos a propósito do estudo de validação do IDPT (estudo 0), ao evidenciarem que a experiência de DPT coexiste com indicadores de perturbação emocional, nomeadamente a perceção negativa do impacto do cancro da mama, sintomatologia ansiosa significativa e compromissos na qualidade de vida física e global, corroboram a conceptualização de Tedeschi e Calhoun (2004) do DPT enquanto indicador de adaptação psicológica independente de outras medidas de adaptação. Segundo os autores, a experiência de DPT não anula ou pressupõe a ausência de psicopatologia, uma vez que o mal-estar associado ao acontecimento adverso pode permanecer por um tempo indeterminado, apesar da ocorrência de mudanças positivas. Assim se compreende que o acontecimento, por mais que se associe à ocorrência de mudanças positivas, nunca deixe de ser percecionado como marcadamente negativo.

Portanto, consideramos que os nossos resultados suportam os modelos teóricos de adaptação ao trauma propostos por Janoff-Bulman e Frantz (1997), Tedeschi e Calhoun (2004) e também Brennan (2001). Estes modelos sugerem que a ocorrência de um acontecimento de vida significativamente adverso, que ameace o sistema de crenças nucleares e, deste modo, coloque em risco a adaptação do indivíduo, pode também impulsionar a reconstrução destas mesmas crenças, contribuindo para a ocorrência de mudanças de vida positivas, expressas sob a forma de DPT. Assim, a presente investigação suporta a conceptualização do cancro apresentada no terceiro capítulo desta dissertação, como um acontecimento de transição psicossocial (Andrykowski et al., 1993; Parkes, 1971), ao qual se podem associar resultados de adaptação negativos e positivos.

Por último, nas fases da **recuperação e sobrevivência**, analisadas nos estudos I, II, III, e V, os resultados indicam uma boa adaptação, que se infere pela ausência de diferenças relativamente ao grupo de controlo, bem como por decréscimos significativos nos índices de ansiedade. Tal como foi possível verificar no estudo V (longitudinal), 6 meses após o final do tratamento apenas 14% da amostra apresentou índices clinicamente significativos de ansiedade, o que representa uma diferença substancial comparativamente ao momento do diagnóstico recente (49%). Resultados semelhantes foram também encontrados no estudo I, embora a percentagem de mulheres ansiosas tenha sido ligeiramente mais elevada (19.4%). Ainda assim, em ambos os estudos os resultados obtidos foram semelhantes aos da população geral. Relativamente à depressão, os índices encontrados foram bastante baixos (6% no estudo V e 2.8% no estudo I) e também idênticos aos da população geral. Embora alguns estudos sugiram decréscimos nos índices de depressão ao longo do curso da doença (e.g. Schwarz et al., 2008), consideramos que a ausência de resultados significativos nesta investigação deve-se ao facto de os índices de depressão terem sido sempre muito reduzidos em todas as fases analisadas, quer nos estudos transversais, quer no estudo longitudinal.

Assim sendo e de uma forma geral, podemos concluir que as mulheres na fase da sobrevivência encontram-se na sua maioria bem adaptadas do ponto de vista emocional, o que vai ao encontro de outros estudos realizados durante esta fase da doença (Costanzo et al., 2007; Deshields et al., 2005; Ganz et al., 2004). Neste sentido, podemos admitir que as exigências emocionais associadas ao cancro da mama ocorrem sobretudo nas fases iniciais da doença e são na sua maioria transitórias, fazendo parte do processo de adaptação à doença (Knobf, 2007; Rowland & Baker, 2005).

Apesar deste padrão de adaptação emocional, no que respeita à qualidade de vida, as mulheres sobreviventes de cancro da mama, comparativamente às mulheres da população geral, apresentam maior invalidação física, tal como foi possível verificar no estudo III. Já no estudo II, embora não tenham sido registadas diferenças significativas nos diversos domínios da qualidade de vida, uma análise mais detalhada das respetivas facetas permitiu-nos observar que a fase da sobrevivência é marcada por dificuldades físicas persistentes no que respeita à energia e fadiga, capacidade de trabalho e execução de atividades diárias. Apesar destas dificuldades poderem constituir ainda efeitos secundários dos tratamentos efetuados, podem prolongar-se por toda a vida da mulher (Ferrell et al., 1997). Consideramos que a diferença de resultados encontrada nos estudos II e III relativamente ao domínio físico da qualidade de vida, poderá justificar-se pelo facto de o estudo III incluir apenas sobreviventes de cancro da mama diagnosticadas nos dois anos anteriores, enquanto que no estudo II, mais de metade da amostra havia recebido o diagnóstico há mais de cinco anos. Assim sendo, podemos colocar a hipótese de que as mulheres que receberam o diagnóstico há mais tempo poderão estar melhor adaptadas. Assim, compreende-se que estas apresentem resultados semelhantes à população geral, o que tem sido genericamente referido nas principais investigações nesta área (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, et al., 1998). No entanto, e tal como foi possível observar, se atendermos às facetas da qualidade de vida, torna-se perceptível a manutenção de algumas limitações físicas, que certamente iriam também surgir no grupo de mulheres com diagnóstico mais recente, caso tivessem sido por nós exploradas no estudo III, opção excluída por ultrapassar os objetivos propostos para esse estudo.

Por outro lado, durante esta fase são também comuns dificuldades sexuais, o que poderá justificar-se pelas sequelas orgânicas causadas pelo tratamento de quimioterapia e/ou pela hormonoterapia, nomeadamente a eventual menopausa e respetiva diminuição da libido (Ganz et al., 1996; Ganz, Rowland, Meyerowitz, et al., 1998). Por outro lado, as dificuldades sexuais poderão também ter origem em fatores psicológicos, nomeadamente a maior inibição de ambos os elementos do casal em procurar o contacto íntimo e sexual, conseqüente às alterações induzidas pelos tratamentos na imagem corporal da mulher (Greendale, Petersen, Zibecchi, & Ganz, 2001; Moreira, 2011).

Apesar destas dificuldades, é importante referir a ausência de diferenças comparativamente à população geral, nos domínios psicológico, social, ambiente e faceta geral da qualidade de vida. Consideramos que estes resultados, associados aos dados obtidos no que respeita à adaptação emocional, permitem-nos inferir a capacidade de resiliência ao longo do curso da doença. Assim, podemos concluir que a maioria das reações psicológicas nesta fase são normativas, à exceção de alguns aspetos de funcionamento físico e sexual (Knobf, 2007; Neyt & Albrecht, 2006; Rowland & Baker, 2005; Schou et al., 2005).

Não obstante estes resultados indiciadores de uma boa adaptação, é de salientar que na fase da sobrevivência, e de uma forma retrospectiva, aproximadamente 51% das mulheres refere perceber o cancro da mama como uma experiência traumática (estudo III). Este resultado aproxima-se bastante dos dados encontrados por Cordova et al. (2007) (52%), embora seja ligeiramente mais baixo comparativamente aos estudos de Weiss (2004) (63%) e Cordova et al. (2001) (61%). Compreensivelmente, estas mulheres manifestaram índices de ansiedade significativamente mais elevados do que as mulheres que não percebem o cancro como uma experiência traumática.

Ainda na fase de sobrevivência, durante a qual cerca de 14% das mulheres encontram-se clinicamente ansiosas e 6% deprimidas, 60% revelaram índices de DPT moderados a extremos. Globalmente, consideramos que estes resultados estão em consonância com os dados apresentados em estudos anteriores, que mostram que, embora um diagnóstico de cancro da mama possa fragilizar a adaptação psicológica, oferece simultaneamente a possibilidade de transformações positivas ao nível da autoestima, valores individuais, relações interpessoais, entre outros aspetos (Cordova et al., 2007). Assim, e tal como foi discutido no ponto anterior relativamente à fase de tratamento, os nossos dados validam a conceptualização do cancro enquanto transição psicossocial ou ponto de viragem para trajetórias desenvolvimentais mais adaptativas (Andrykowski et al., 1993; Parkes, 1971).

De uma forma global, os resultados obtidos nos diversos estudos efetuados permitem-nos concluir que o cancro da mama é um acontecimento adverso, avaliado como traumático por uma em cada duas mulheres. Este diagnóstico coloca em risco a adaptação psicológica, dado que se associa a um aumento significativo da ansiedade e compromete a qualidade de vida a nível físico, sexual, autoestima e percepção de saúde em geral. Apesar disso, a grande maioria das mulheres tende a mostrar-se resiliente, sendo as repercussões negativas do cancro da mama na adaptação emocional e qualidade de vida, globalmente transitórias. Efetivamente, este impacto tende a

manifestar-se sobretudo nas fases iniciais da doença, diminuindo significativamente à medida que se aproxima o final do tratamento. Na fase de sobrevivência, o padrão de funcionamento psicossocial tende a normalizar, pouco se distanciando do funcionamento das mulheres sem história pessoal de cancro da mama. Por outro lado, à medida em que vai encetando esforços para lidar com a doença e o tratamento, uma percentagem muito significativa das mulheres inicia um processo de procura de significado para a nova realidade que, frequentemente, resulta na descoberta de mudanças psicológicas positivas em diversas áreas da vida. Consideramos que a experiência de DPT, que tem início ainda durante a fase de tratamento e que coexiste com índices de perturbação emocional, é um indicador bastante relevante para a compreensão da diversidade de trajetórias de adaptação psicológica ao cancro da mama (Brennan, 2001).

2.2. Fatores de vulnerabilidade e/ou de proteção

No processo de adaptação ao cancro da mama, as características sociodemográficas da mulher, a sua situação clínica, assim como outros fatores de ordem psicossocial, nomeadamente a forma como esta representa cognitivamente o grau de ameaça subjacente e o impacto associado à doença, ou as estratégias de coping com os desafios específicos de cada fase, podem influenciar o processo de adaptação psicológica e de DPT. Efetivamente, na presença de um diagnóstico de cancro, que se assume como uma situação de risco para a adaptação da mulher, a atuação de cada uma destas variáveis pode aumentar ou reduzir a probabilidade de ocorrência de um resultado de adaptação negativo, constituindo-se como um fator de vulnerabilidade ou de proteção.

Tendo em consideração que o conhecimento do papel destas variáveis é essencial, tanto do ponto de vista da compreensão do processo de adaptação ao cancro da mama nas diversas fases da doença, como da planificação de intervenções mais adequadas às necessidades específicas da mulher, nos estudos realizados procurámos testar a influência destes fatores na adaptação. Embora o estudo longitudinal incluía o tipo de metodologia mais adequado à determinação de fatores preditores, a dimensão reduzida da amostra não nos permitiu testar a influência de todos estes fatores. Já os estudos transversais, ao envolverem amostras mais extensas, possibilitaram-nos uma análise mais aprofundada da associação entre estes fatores e os indicadores de adaptação e de DPT. Apesar da impossibilidade de admitir relações de causalidade, estes dados oferecem um contributo importante no esclarecimento da associação entre as variáveis, pelo que serão também integrados nesta discussão.

Assim e de uma forma geral, são de destacar os seguintes resultados:

- Nos diversos estudos realizados, as **variáveis sociodemográficas** revelaram desempenhar um efeito modesto na adaptação emocional, qualidade de vida e DPT das mulheres com cancro da mama. No entanto, o nível de escolaridade pode constituir-se como um fator de proteção para a qualidade de vida, sobretudo durante a fase de tratamento (estudo II).

- No que respeita aos **fatores clínicos**, não foram encontradas associações significativas entre as variáveis e os indicadores de adaptação psicológica e DPT nos diversos estudos efetuados;
- Relativamente às **representações da doença**, a perceção mais negativa do impacto da doença durante a fase de tratamento associou-se a níveis mais elevados de depressão e ansiedade e a pior qualidade de vida física e psicológica (estudo IV). Por outro lado, as mulheres que avaliaram o cancro da mama como uma experiência traumática exibiram índices mais elevados de ansiedade (estudo III). A discussão dos resultados relativos às associações entre estas variáveis e o DPT será apresentada mais à frente, a propósito das condições de ocorrência do DPT.
- No que se refere ao **coping**, as mulheres que recorreram a estratégias de coping mais confrontativas, sobretudo de natureza cognitiva como a reinterpretação positiva, o humor e a aceitação, revelaram menor sintomatologia ansiosa e depressiva e melhor qualidade de vida global e psicológica, após o diagnóstico e durante o tratamento. Este tipo de estratégias quando utilizadas na fase de diagnóstico recente associam-se a uma melhor adaptação psicológica na fase de recuperação. O recurso a um coping de evitamento associou-se a índices mais elevados de ansiedade e depressão e pior qualidade de vida em todas as fases da doença. Na fase de diagnóstico recente, as estratégias de coping cognitivo assim como o recurso ao apoio social permitem prever índices mais elevados de DPT na fase de tratamento.

No que diz respeito à influência das **variáveis sociodemográficas**, os nossos resultados apontam para um efeito modesto deste tipo de variáveis, dado que apenas o *nível de escolaridade* revelou associações positivas aos indicadores de adaptação, nomeadamente a qualidade de vida. Assim, nas fases de tratamento e de sobrevivência as mulheres com escolaridade equivalente ao ensino secundário e/ou superior revelaram melhor qualidade de vida comparativamente às mulheres com instrução inferior, sobretudo no domínio Ambiente. Durante a fase de tratamento, o nível de escolaridade protege a mulher do impacto da doença na qualidade de vida também nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais. Estes dados corroboram os resultados de estudos anteriores (King et al., 2001; Peuckmann et al., 2007; Schou et al., 2005), permitindo-nos considerar, tal como foi discutido ao longo do estudo II, que um nível de escolaridade mais elevado poderá facilitar o acesso a informação útil que se repercutirá numa melhor prestação de cuidados a si própria. Por outro lado, poderá dotar a mulher de melhores competências de procura de apoio e de assertividade, assim como aumentar a probabilidade de utilização de estratégias de coping mais confrontativas, aspetos que deverão ser analisados em investigações futuras. Apesar da relevância destes resultados no planeamento de intervenções com vista à promoção da qualidade de vida da mulher com cancro da mama, chamamos a atenção para a necessidade destes serem interpretados de forma cautelosa dado que resultam de um estudo transversal, impossibilitando a determinação de uma relação de causalidade.

As variáveis *idade* e *situação conjugal* não se relacionaram de forma consistente com os indicadores de adaptação, o que também foi demonstrado em estudos anteriores (Avis et al.,

2005). No entanto, é importante referir que a dimensão reduzida da amostra poderá ter contribuído para a ausência de resultados significativos. Assim sendo, são necessários mais estudos, sobretudo com amostras mais extensas, para uma melhor compreensão do impacto destas variáveis na adaptação.

Da mesma forma, as **variáveis clínicas** relativas ao *tipo de cancro*, *tipo de cirurgia* e de *tratamento*, não evidenciaram relações significativas com os indicadores de adaptação em nenhum dos estudos efetuados, corroborando outras investigações (e.g. Janz et al., 2005). Ainda assim, foram encontrados associações de pequena magnitude que sugerem que as mulheres submetidas a mastectomia apresentam índices mais elevados de ansiedade durante o período de tratamento (estudo IV) e pior qualidade de vida social e ambiente na fase da sobrevivência (estudo II). Por outro lado, a quimioterapia (comparativamente à radioterapia) associa-se a pior qualidade de vida psicológica, igualmente na fase da sobrevivência (estudo III). Estes resultados, além de serem esperados tendo em conta o caráter mutilante da mastectomia e os sintomas secundários da quimioterapia, vão ao encontro de outros dados da investigação (Moyer, 1997; Schou et al., 2005; So et al., 2010). No entanto, devem ser interpretados de forma prudente uma que resultam de estudos correlacionais e sempre que sujeitos à associação com outros fatores nas análises de regressão efetuadas, perderam a significância estatística. Além disso, deve realçar-se que estes resultados não foram confirmados no estudo longitudinal, no qual se verificou uma ausência de impacto do tipo de cirurgia e de tratamento adjuvante na evolução da adaptação da mulher. Assim sendo, consideramos que a interpretação destes dados deve ter em conta estas limitações.

Tal como referido anteriormente, consideramos que a dimensão reduzida da amostra, ao impossibilitar a análise de modelos de regressão com diversos preditores, poderá ter contribuído para a ausência de resultados significativos. Atendendo ao facto de uma quantidade substancial de variância permanecer por explicar, quer em relação à adaptação psicológica, quer em relação ao DPT, consideramos, em estudo futuros, ser pertinente a análise de outras características sociodemográficas e clínicas, com vista a uma compreensão mais abrangente da variabilidade individual na adaptação ao cancro da mama.

Um fator de vulnerabilidade evidenciado neste estudo diz respeito às **cognições** da mulher relativamente à doença. Concretamente, as mulheres que apresentam uma representação mais negativa sobre o impacto da doença (e estas correspondem às mulheres que realizaram mastectomia e cuja doença apresenta uma duração mais longa) estão mais deprimidas e ansiosas e têm pior qualidade de vida física e psicológica na fase de tratamento (estudo IV). Por outro lado, as mulheres que percecionam o cancro da mama como uma experiência traumática, na fase de sobrevivência exibem índices mais elevados de ansiedade, o que sugere que as cognições mais negativas vulnerabilizam a mulher para o desenvolvimento de distúrbios emocionais e qualidade de vida diminuída (Edgar & Skinner, 2003; Gallagher et al., 2002; Rozema et al., 2009; Thuné-Boyle et al., 2006).

Embora não seja objetivo desta investigação compreender o mecanismo pelo qual as cognições da doença influenciam a adaptação psicológica, a literatura tem assumido que uma representação mais negativa do impacto do cancro pode interferir com a capacidade da mulher para processar

adequadamente a informação, encorajando a adoção de estratégias de coping de evitamento ou o desinvestimento comportamental, o que as torna mais vulneráveis a respostas psicológicas inadaptativas. Pelo contrário, representações mais positivas da doença podem conduzir a um aumento da perceção de autocontrolo e, como tal, à adoção de estratégias mais confrontativas, podendo ter um efeito favorável na adaptação (Evans & Norman, 2009; Hagger et al., 2005; Leventhal et al., 1997; Rutter & Rutter, 2002). Consideramos, deste modo, que futuras investigações deverão centrar-se no estudo da relação entre cognições de doença, coping e adaptação, de forma a aprofundar o conhecimento nesta área e assim contribuir para o desenvolvimento de protocolos de intervenção mais eficazes.

Um dos principais resultados desta investigação reside na clarificação do impacto do **coping** na adaptação, destacando a relevância deste fator na explicação da variabilidade individual atribuída a cada indicador de adaptação, comparativamente aos fatores sociodemográficos e de ordem clínica. Assim, nos diversos estudos em que a associação entre o coping e os indicadores de adaptação foi estudada, foi possível obter um padrão coerente de resultados que permite inferir o papel protetor das estratégias de coping mais confrontativas, sobretudo as estratégias de natureza cognitiva. Entre estas destacam-se a reinterpretação positiva, o humor e a aceitação, que segundo os resultados desta investigação protegem a mulher do desenvolvimento de perturbações ansiosas e depressivas (estudo I) e promovem a qualidade de vida psicológica nas três fases estudadas (estudo II).

Além disso, foi também possível verificar que estas estratégias quando utilizadas na fase de diagnóstico permitem prever uma melhor adaptação sensivelmente um ano mais tarde, na fase de recuperação, promovendo a diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva e a melhoria da qualidade de vida psicológica (estudo V). Já o recurso a um coping de evitamento, baseado em estratégias como a negação, o desinvestimento comportamental, o uso de substâncias e a autoculpabilização, constitui-se como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de índices mais elevados de ansiedade e depressão, sobretudo na fase de sobrevivência, e de qualidade de vida diminuída, na maioria dos seus domínios e ao longo das três fases (estudos I e II).

De uma forma geral, estes resultados estão em consonância com a literatura sobre coping e adaptação à doença oncológica, a qual tem consistentemente apontado para o facto de os indivíduos que se esforçam por adotar estratégias de coping mais confrontativas estarem menos vulneráveis à ocorrência de dificuldades psicossociais durante o processo de adaptação, comparativamente àqueles que recorrem a estratégias de evitamento (Avis et al., 2005; Carver et al., 1993; Carver et al., 1989; Fawzy & Fawzy, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Maes et al., 1996; Nezu, Nezu, Felgoise, & Zwick, 2003; Stanton et al., 2000). Podemos considerar que estas estratégias baseadas em esforços cognitivos para lidar com a doença promovem a aceitação do diagnóstico e o envolvimento em comportamentos promotores da adaptação.

Contrariamente às nossas expectativas iniciais, as estratégias de coping confrontativas de natureza comportamental, que incluem a procura de suporte emocional e instrumental, a autodistração, o planeamento e a implementação de ações com vista à resolução da situação de stress, não revelaram associações significativas com os indicadores de adaptação. Carver et al.

(1989) referem que em “circunstâncias nas quais o indutor de stress é algo que deve ser integrado, por oposição a circunstâncias em que este pode ser facilmente alterado” (p. 270), as estratégias cognitivas são particularmente importantes em detrimento das estratégias comportamentais. Considerando o cancro da mama como um acontecimento de vida involuntário, incontável e irreversível, compreende-se que as estratégias cognitivas desempenhem um papel mais decisivo na adaptação comparativamente a estratégias comportamentais, mais eficazes nas situações passíveis de alteração.

Um outro resultado bastante significativo diz respeito ao papel determinante do coping no processo de DPT. Efetivamente, as mulheres que no momento recente do diagnóstico de cancro da mama fazem maior recurso a estratégias que envolvem o planeamento de ações para lidar com o stress associado à doença, a aceitação do diagnóstico, a reinterpretção da doença de uma forma mais positiva, o humor, e a procura de apoio emocional e instrumental, tendem a apresentar maior DPT no momento de tratamento adjuvante, sobretudo no que respeita à perceção de recursos e competências pessoais. Estes dados vão ao encontro dos pressupostos defendidos por Tedeschi e Calhoun (2004), nomeadamente no que respeita ao papel dos processos cognitivos e das redes de apoio informais enquanto precursores fundamentais do DPT. Assim, é razoável considerar que o uso deste tipo de estratégias, ao possibilitar a procura de um significado positivo para a experiência de cancro da mama, desconstruindo crenças e medos iniciais num contexto caracterizado pelo apoio e pela partilha de afetos com elementos da rede social, facilitará o desenvolvimento de uma perceção mais positiva da autoeficácia e autoconfiança. Assim, a mulher sentir-se-á mais capaz e competente para lidar com a adversidade mesmo num momento tão exigente como é a fase de tratamento, compreendendo-se a maior experiência de DPT no que respeita à dimensão intrapessoal.

De uma forma geral, os nossos resultados apontam para o benefício da implementação de estratégias de coping cognitivo, enquanto fator protetor para a adaptação e DPT. Pelo contrário, as estratégias de evitamento/negação atuam como fatores de vulnerabilidade. Na terceira parte deste capítulo, serão discutidas as implicações destes e de outros resultados para a investigação e prática clínica.

2.3. Contributo para a compreensão das condições de ocorrência do DPT

O conhecimento da experiência de DPT no que respeita à sua efetividade ou prevalência na população de mulheres com cancro da mama, e respetiva associação com os contextos sociodemográficos, clínicos e psicossociais, enquanto fatores de vulnerabilidade ou de proteção, constituiu um dos objetivos centrais desta investigação, tal como já tivemos oportunidade de apresentar e discutir neste capítulo. Outro grande objetivo consistiu na compreensão da relação entre o DPT e os indicadores de adaptação psicológica, que discutiremos mais à frente. Não obstante, o estudo das condições de ocorrência do DPT, nomeadamente no que respeita às características do acontecimento adverso, constituiu, igualmente, um dos principais objetivos deste trabalho.

Efetivamente, um dos grandes debates no âmbito do DPT centra-se na sua natureza enquanto experiência real, resultante dos esforços implementados para lidar com uma situação de vida potencialmente traumática, ou enquanto percepção enviesada, resultante de um processo normativo de desenvolvimento humano, através do qual é expectável que o indivíduo incorra num processo contínuo de mudança, no sentido de uma maior maturidade e crescimento pessoal e relacional (Greenwald, 1980; McFarland & Alvaro, 2000). Na tentativa de contribuir para uma melhor compreensão sobre esta problemática, e dando continuidade às metodologias utilizadas nos escassos estudos desenvolvidos nesta área em particular (Andrykowski et al., 1993; Cordova et al., 2001; McFarland & Alvaro, 2000; Tomich et al., 2005), introduzindo, no entanto, alguns aspetos inovadores, nesta investigação as condições de ocorrência do DPT foram exploradas tendo em conta quatro aspetos principais, que passaremos a apresentar.

- **Ocorrência de um acontecimento ameaçador ou potencialmente traumático**

Com o intuito de verificar se o DPT corresponde a uma experiência normativa, resultante do processo de desenvolvimento humano ou, por outro lado, constitui uma experiência necessariamente associada à ocorrência de um acontecimento de vida indutor de stress significativo, foi realizado um estudo (estudo III) no qual o DPT foi explorado com recurso a uma amostra de mulheres sobreviventes de cancro da mama e uma amostra de controlo, constituída por mulheres da população geral sem história de doença oncológica. Contrariamente à maioria dos estudos anteriores, que não procederam à avaliação da eventual vivência de um acontecimento potencialmente traumático nos grupos de controlo utilizados (Andrykowski et al., 1993; Cordova et al., 2001), esta foi uma preocupação central na condução desta investigação. Assim sendo, a amostra de mulheres da população geral foi previamente questionada a este respeito, tendo sido selecionadas para o estudo apenas as mulheres que não revelaram terem vivido um acontecimento desta natureza, num período de tempo semelhante ao tempo de sobrevivência do grupo de mulheres com cancro da mama.

Os resultados da comparação entre os grupos estudados, ao revelarem que a experiência de DPT, e em todas as suas dimensões, é manifestamente superior nas sobreviventes de cancro da mama, sugerem que emergência do DPT depende da ocorrência de uma experiência indutora de níveis de stress significativos. Assim, contrariamente ao que tem sido proposto por alguns autores (Greenwald, 1980; McFarland & Alvaro, 2000), os nossos resultados remetem para a natureza real do DPT, que advém de um processo de adaptação a um acontecimento de vida indesejado e ameaçador. Não se trata, portanto, de uma experiência normativa, previsível ao longo do curso de desenvolvimento humano ou até mesmo um resultado da desejabilidade social. Se assim fosse, seria expectável que as mulheres da população geral tivessem apresentado resultados semelhantes de DPT, o que, efetivamente, não foi encontrado.

Neste sentido, consideramos estar em condições de afirmar que mais do que produto de uma percepção enviesada, o DPT é uma experiência de desenvolvimento pessoal e de transformação positiva com origem nos esforços para lidar com uma situação ameaçadora, tal como defendem Tedeschi e Calhoun (1995) e Janoff-Bulman (1992).

Apesar destes resultados, é importante referir que a recolha de dados através de medidas qualitativas, assim como de outros informadores, poderá oferecer um importante contributo na validação dos relatos de DPT, esclarecendo ainda mais sobre a eventual tendência para a deseabilidade social. Consideramos assim, serem ainda necessárias mais investigações de forma a aprofundar esta temática.

- **Perceção do acontecimento como traumático**

Tal como foi apresentado no terceiro capítulo desta dissertação, muitos estudos sugerem que quanto maior é a perceção de ameaça associada ao acontecimento adverso, maior é a oportunidade de DPT (Bellizzi & Blank, 2006; Bower et al., 2005; Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007). Com o intuito de compreender em que medida a experiência de DPT é, de facto, mais significativa nas mulheres que atribuem maior grau de ameaça ao cancro da mama, também no estudo III, os índices de DPT foram comparados tendo em conta a perceção do cancro da mama como uma experiência traumática.

Os resultados obtidos revelam, na sua maioria, índices de DPT semelhantes entre os grupos. No entanto, as mulheres que percecionam a doença como um trauma apresentaram menor DPT no que respeita às dimensões Perceção de recursos e competências pessoais e Espiritualidade. Este padrão de resultados mantém-se mesmo quando consideramos isoladamente a resposta de medo, um dos dois itens do critério A para a definição de acontecimento traumático, segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002).

Consideramos que a pertinência destes resultados reside no facto de sugerirem que a avaliação da experiência como traumática não é uma condição necessária para a ocorrência de DPT, contrariando algumas conceções anteriores (Cordova et al., 2001, Cordova et al., 2007; Lechner et al., 2003; Sears et al., 2003). Apesar disso, outros estudos têm também obtido resultados idênticos (Weiss, 2004).

No entanto, é importante salientar a natureza transversal e retrospectiva desta avaliação. Como discutimos anteriormente, a percentagem de mulheres que respondeu afirmativamente ao potencial traumático do cancro da mama foi ligeiramente inferior à encontrada noutros estudos (Cordova et al., 2001; Weiss, 2004). Estes resultados poderão ter sido influenciados pela natureza retrospectiva desta avaliação. Assim, poderá ter existido uma recordação enviesada da experiência anterior, com uma expectável desvalorização dos aspetos traumáticos. Consideramos, deste modo, serem necessários mais estudos para um melhor esclarecimento sobre o impacto da perceção do acontecimento na experiência de DPT.

- **Perceção sobre o impacto do acontecimento**

Tendo ainda por base os modelos que assumem que o DPT é tanto mais significativo quanto maior for o grau de ameaça associado ao acontecimento adverso (Bellizzi & Blank, 2006; Bower et al., 2005; Cordova et al., 2001; Lechner et al., 2003), foi desenvolvido um estudo no qual o grau de ameaça foi operacionalizado através da representação de impacto da doença na vida da mulher (estudo IV). Os resultados obtidos evidenciam uma ausência de associações significativas, o que remete para o facto de o DPT não depender do grau de ameaça percebido.

Consideramos que estes resultados, obtidos na fase de tratamento, são coerentes com os dados apresentados no ponto anterior, na fase da sobrevivência, estando também na linha do que tem sido apontado noutras investigações que, de forma semelhante, não encontraram associações entre estas variáveis (Manne et al., 2004; Weiss, 2004b). Todavia, o facto de termos optado por utilizar uma medida de avaliação pouco robusta, divergindo das medidas utilizadas anteriormente, como a Impact of Events Scale (Horowitz et al., 1979), pode ter influenciado a ausência de resultados significativos. Esta limitação será discutida na terceira parte deste capítulo.

- Tipo de tratamento efetuado

Assumindo o pressuposto que a realização de um tratamento mais agressivo poderá contribuir para uma perceção mais negativa e ameaçadora da doença, alguns estudos têm testado a associação entre o tipo de tratamento a que a mulher é submetida e o DPT. À exceção dos estudos de Lelorain et al. (2010) e Urcuyo et al. (2005), a maioria não encontrou relações significativas (e.g. Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003; Tomich & Helgeson, 2004), ou pelo contrário, relações no sentido inverso (e.g. McGegor et al., 2004; Bower et al., 2005). Em estudos desenvolvidos nos quais foi possível testar a associação entre o DPT e a realização de mastectomia ou de quimioterapia (os dois tratamentos que provocam sequelas mais negativas a nível físico e psicológico) (estudos IV e V), não foram encontrados resultados significativos. Assim, depreendemos que a experiência de DPT está efetivamente associada ao diagnóstico de cancro da mama, sendo, no entanto, independente das opções terapêuticas.

A integração dos resultados sumariados nestes quatro pontos permite-nos aferir que o DPT não é uma experiência normativa, resultante do processo de desenvolvimento humano. Pelo contrário, consideramos que os resultados da nossa investigação corroboram o pressuposto que a ocorrência de DPT está necessariamente associada à vivência de um acontecimento negativo e suficientemente ameaçador, à luz do que tem sido defendido Tedeschi e Calhoun (1995) e Janoff-Bulman (1992).

No entanto, e contrariamente ao que tem sido proposto na generalidade dos estudos, este acontecimento não tem de ser forçosamente percebido como traumático, ter um impacto marcadamente negativo na vida da mulher ou estar associado a consequências mais agressivas. No caso específico do cancro da mama, e quando a perceção de ameaça associada à doença é mais elevada, é possível que a mulher sinta mais dificuldade em se envolver no processamento cognitivo essencial à reestruturação esquemática subjacente ao DPT ou noutros mecanismos igualmente indispensáveis, como a ventilação emocional e a procura de um significado para a doença. Assim, em linha do que tem sido sugerido por alguns autores (e.g. Lelorian et al., 2010), em nosso entender, o grau de ameaça associado à doença deve ser percebido como moderado para despoletar o processamento cognitivo e emocional associado à experiência de DPT. Graus de ameaça muito elevados podem inibir o processamento emocional e cognitivo, e por outro lado, graus de ameaça muito reduzidos poderão não ser suficientes para que este processo ocorra. Dada a escassez de estudos que testem especificamente estes aspetos, consideramos que são necessárias mais investigações para uma compreensão mais adequada desta relação.

2.4. Relação entre Desenvolvimento Pós-Traumático e Adaptação Psicológica

Um último grande objetivo desta investigação consistiu em compreender a relação entre a experiência de DPT e os indicadores de adaptação psicológica na mulher com cancro da mama. Efetivamente, os resultados das investigações são contraditórios, dado que muitos estudos apontam para relações positivas entre estas variáveis, outros revelaram associações negativas e outros ainda, não encontraram relações significativas entre ambas.

Esta relação foi testada em três estudos, nomeadamente os estudos relativos às fases da sobrevivência (estudo III) e de tratamento (estudo IV) e também na amostra avaliada longitudinalmente, mais concretamente durante o período de tratamento e recuperação (estudo V).

De uma forma geral, os resultados obtidos no estudo III e IV apontam para uma relação positiva entre o DPT e a adaptação psicológica, nomeadamente no que respeita aos indicadores de qualidade de vida psicológica e social. Já no que respeita à adaptação emocional, verificamos relações negativas entre o DPT e a sintomatologia depressiva, o que sugere que o DPT é relevante na diminuição destes sintomas. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores (e.g. Helgeson et al., 2006), reforçando o valor adaptativo do DPT, tal como foi detalhadamente apresentado no terceiro capítulo desta dissertação.

No estudo III, foi nosso objetivo compreender se esta relação varia consoante a experiência vivida pela mulher e, sobretudo, de acordo com a perceção subjetiva que esta faz da mesma. Assim, foi possível verificar que a relação entre o DPT e a qualidade de vida psicológica é apenas significativa nos casos das mulheres que atravessaram uma situação de cancro da mama, e que o mesmo não ocorre de uma forma geral, nas mulheres que não identificaram a vivência de uma experiência indutora de stress significativo. Uma possível explicação para este facto prende-se com a possibilidade de as mulheres que enfrentaram uma situação de cancro da mama estarem mais propensas à realização de uma reavaliação das suas vidas, o que pode ter contribuído para a ativação de estratégias de coping mais ativas, sugestivas de maior processamento emocional e cognitivo, como, por exemplo, a procura de significado para a doença. Por sua vez, estas estratégias, poderão ter contribuído para uma melhoria da adaptação psicológica (Tedeschi & Calhoun, 2004). Alternativamente, a experiência de cancro da mama e as mudanças posteriores na forma de perspetivar a vida, podem ter conduzido a uma alteração nos critérios utilizados para avaliar o bem-estar subjetivo (Sprangers & Schwartz, 1999), justificando-se, deste modo, os resultados de adaptação mais positivos nestas mulheres.

Também de acordo com os resultados obtidos no estudo III, estas relações diferem consoante a perceção de ameaça subjacente. Assim, são apenas significativas nas mulheres com cancro da mama que não avaliam a experiência de doença como traumática. Neste grupo de mulheres, a experiência de DPT associa-se a uma qualidade de vida psicológica e social mais elevada e a níveis menores de depressão. Uma vez mais, é importante salientar que as sobreviventes que não avaliaram o cancro da mama como um trauma encontravam-se menos ansiosas, o que poderá ter facilitado o envolvimento em estratégias de procura de significado para a doença e, assim, a descoberta de mudanças psicológicas positivas.

Apesar das limitações inerentes a este estudo, pelo seu desenho transversal, consideramos que estes resultados são bastante relevantes uma vez que, de uma forma geral, permitem-nos validar a importância da experiência de mudanças psicológicas positivas na promoção da adaptação emocional e relacional da mulher com cancro da mama.

É ainda importante salientar que os resultados do estudo IV reforçam estas conclusões durante a fase de tratamento, na medida em que o DPT associou-se a uma melhor qualidade de vida psicológica e social e a uma redução da sintomatologia negativa. Além disso, os resultados deste estudo apontam para o **efeito “amortecedor”** (*buffer*) do DPT, cuja presença permite diminuir os efeitos de uma representação mais negativa do impacto do cancro da mama nestes indicadores da adaptação. Assim, nas mulheres que percebem o cancro da mama como tendo um impacto mais negativo nas suas vidas, a presença de índices mais elevados de DPT associa-se a um aumento da qualidade de vida psicológica e social e a uma redução significativa da depressão.

Estes resultados, para além de inovadores, são bastante relevantes para a compreensão da relação entre DPT e adaptação psicológica, uma vez que não se resumem a afirmar a existência de uma relação positiva, como permitem compreender o mecanismo pelo qual esta se materializa. No caso concreto dos resultados obtidos no estudo IV, foi possível verificar que a relação entre DPT e a adaptação psicológica ocorre através da alteração da representação de impacto, que, provavelmente, torna-se mais inócua ou, eventualmente, mais positiva.

Apesar destes resultados, é importante lembrar a natureza transversal destes dois estudos, o que nos impede de conjeturar a existência de relações de causalidade. Pelo contrário, estas relações podem ser bidirecionais, sendo possível que as mulheres com melhor qualidade de vida e índices menores de depressão, apresentem percepções mais positivas da doença, tanto no que respeita ao seu potencial traumático, como à representação de impacto, o que por sua vez poderá contribuir para a experiência de DPT.

Ainda no intuito de clarificar a direcionalidade desta relação, efetuámos um estudo longitudinal, estudo V, que nos permitiu verificar que o DPT pode funcionar como um importante preditor da adaptação. Neste estudo foi possível verificar que o DPT, avaliado na dimensão relativa à percepção de recursos e competências pessoais, durante a fase de tratamento, prediz uma melhor qualidade de vida psicológica, bem como uma redução da sintomatologia depressiva, na fase de recuperação. Assim, parece-nos legítimo afirmar que a percepção, por parte da mulher, de eficácia e confiança na sua capacidade para enfrentar os desafios, expresso neste domínio do DPT, contribui para o alívio do sofrimento psicológico, traduzido na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da depressão 6 meses após o final do tratamento adjuvante.

Além disso, este estudo evidenciou também que a influência do DPT na adaptação é significativa ao ponto de mediar o impacto de outras variáveis, nomeadamente as estratégias de coping, consensualmente aceites como importantes preditores da adaptação. De acordo com os resultados obtidos, o impacto dos esforços de coping na adaptação não é direto mas ocorre pela alteração das perspetivas que a mulher tem de si própria e dos seus recursos, sendo esta mudança positiva a principal responsável pela melhoria nos indicadores de adaptação psicológica na fase da sobrevivência.

Consideramos que estes dados oferecem um contributo bastante importante para a compreensão da relação entre o DPT e a adaptação psicológica, clarificando também sobre o impacto do coping na emergência do DPT e na adaptação. No entanto, são ainda dados preliminares e são necessárias mais investigações para melhor elucidar sobre estes aspetos.

Após uma reflexão integradora dos principais resultados desta investigação, é importante discutir os principais contributos e implicações da mesma para o desenvolvimento de investigações futuras e implementação de intervenções psicológicas mais eficazes.

3. Considerações finais: Contributos para a investigação e prática clínica

Consideramos que os resultados obtidos no presente trabalho, para além do contributo na compreensão teórica sobre o processo de adaptação ao cancro da mama e DPT, oferecem algumas linhas orientadoras para a investigação futura e, particularmente, para o aperfeiçoamento das intervenções psicológicas dirigidas às mulheres com cancro da mama, que passaremos a abordar.

Fazendo uma análise da globalidade do trabalho desenvolvido, consideramos que o principal contributo desta investigação prende-se com a introdução da temática do DPT na área específica da doença oncológica e, particularmente, do cancro da mama. Efetivamente, durante quase todo o século XX, o paradigma de investigação dominante na psicologia esteve sempre associado ao estudo das reações psicopatológicas, focando, unicamente, as implicações negativas e eventualmente traumáticas da exposição a acontecimentos adversos como o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida. Todavia, nos últimos 10-15 anos, a literatura tem evidenciado o potencial de desenvolvimento face à adversidade, uma área de estudo em forte expansão internacional mas ainda no seu início em Portugal. Especificamente com doentes oncológicos e sobretudo com mulheres com cancro da mama, são ainda muito escassas as investigações desenvolvidas no âmbito do DPT no nosso país. Deste modo, consideramos que a introdução do estudo desta temática nesta população específica contribui para colmatar uma importante lacuna na investigação desenvolvida até ao momento, o que confere a este trabalho um carácter inovador.

Paralelamente, os resultados deste trabalho permitem validar o pressuposto da diversidade de trajetórias aludido na literatura (Helgeson et al., 2004; Knobf, 2007), evidenciando que, além de indicadores de psicopatologia, as mulheres com cancro da mama podem também apresentar mudanças psicológicas positivas ou DPT. Este aspeto é bastante relevante para o desenvolvimento de investigações futuras na medida em que chama particular atenção para a relevância da avaliação do DPT com vista a uma compreensão mais holística da condição da mulher com cancro da mama.

Especificamente no domínio do DPT, consideramos que os resultados obtidos oferecem um contributo importante para o conhecimento desta temática. Assim, os estudos realizados permitiram uma melhor clarificação sobre as condições necessárias para a emergência do DPT, nomeadamente no que respeita à natureza do acontecimento adverso, um dos aspetos mais controversos na literatura, tal como foi mencionado anteriormente. Além disso, possibilitaram um melhor entendimento sobre a relação entre DPT e adaptação psicológica, outro aspeto bastante

discutido. Assim sendo, foi possível verificar o papel amortecedor (*buffer*) do DPT no impacto do cancro da mama na adaptação. Adicionalmente, o estudo longitudinal permitiu evidenciar a influência do coping enquanto preditor do DPT, assim como o papel preditor do DPT na adaptação psicológica, nomeadamente como mediador da influência de outros processos psicológicos tradicionalmente conceptualizados como importantes fatores de proteção, como as estratégias de coping. Este aspeto reveste-se de grande relevância do ponto de vista da investigação uma vez que esta relação não tem sido investigada em estudos anteriores, o que confere a este trabalho um carácter ainda mais inovador. Consideramos, assim, que ao responderem ainda que de forma preliminar a alguns aspetos até agora estudados de forma superficial e lacunar, estes dados enriquecem a literatura no âmbito do DPT.

A introdução desta temática possibilitou ainda o estudo psicométrico do PTGI na população específica de mulheres com cancro da mama, instrumento que será disponibilizado à comunidade científica com vista à realização de investigações futuras e também aos profissionais que no contexto da prática clínica pretendam avaliar e monitorizar a ocorrência de mudanças psicológicas positivas.

Um dos aspetos mais inovadores dos diversos estudos efetuados relaciona-se com o facto de terem incluído uma amostra de mulheres com cancro da mama recrutada de acordo com critérios clínicos e não meramente temporais. Efetivamente, o facto de terem sido constituídos três grandes tipos de amostras homogéneas de mulheres com cancro da mama, nas três principais fases da doença (diagnóstico recente ou pré-cirurgia; tratamento e recuperação/sobrevivência), selecionadas de acordo com a fase específica do curso da doença na qual se encontravam, possibilitou-nos a caracterização de cada uma destas fases do ponto de vista das principais desafios associados, o que nem sempre tem sido explorado em investigações anteriores. Tal como foi referido, os investigadores recorrem, na sua grande maioria, a critérios temporais para definir os momentos de avaliação, o que só por si limita o conhecimento das particularidades inerentes a cada fase, permitindo apenas um conhecimento da adaptação consoante a unidade de tempo decorrido.

Apesar destes contributos são de salientar algumas limitações comuns aos seis estudos desenvolvidos, cuja reflexão global e coerente torna-se relevante ao fornecer pistas importantes para a condução de investigações futuras.

Assim, reconhecemos como principal limitação desta investigação o *tamanho reduzido da amostra*, sobretudo no estudo longitudinal. Importa ter em consideração que muito embora a percentagem de *drop-outs* seja aparentemente significativa (42.5% do total de participantes recrutadas), incluem-se neste grupo as participantes que foram excluídas pelo motivo de não realização de tratamento adjuvante, ou seja, mulheres que mantiveram o interesse em prosseguir com a participação mas que foram excluídas pelo incumprimento dos critérios de inclusão para a continuidade no estudo longitudinal (29.7% do total de *drop-outs*). Já os restantes *drop-outs* correspondem a mulheres cujas características sociodemográficas e clínicas eram semelhantes às restantes participantes, assim como os índices de adaptação psicológica no primeiro momento de avaliação. Colocamos como hipótese que estas mulheres terão abandonado o estudo por falta de interesse ou, eventualmente, em virtude de uma maior invalidação física e emocional na fase

de tratamento, o que pode ter dificultado o preenchimento do protocolo de avaliação que, no segundo e terceiro momentos de avaliação, era preenchido sem o auxílio das investigadoras.

Na tentativa de ampliar a amostra, bem como aumentar a representatividade da mesma, optámos por recorrer a uma Instituição não governamental de forma a recrutar participantes que pudessem ter realizado o seu tratamento clínico noutra Instituição hospitalar. No entanto, optámos por recrutar um número reduzido de participantes uma vez que as utentes desta Instituição eram na sua maioria mulheres mastectomizadas, desequilibrado a amostra no que respeita ao tipo de cirurgia realizado.

Este constrangimento ao nível da dimensão da amostra inviabilizou a realização de um conjunto de procedimentos estatísticos necessários de modo a aprofundar o estudo das trajetórias de adaptação psicológica ao longo das diversas fases da doença, bem como a determinação dos respetivos preditores. Por exemplo, uma das limitações do estudo V, e que está devidamente detalhada na secção de discussão dos resultados, diz respeito à impossibilidade de controlo dos índices de adaptação iniciais nas análises de mediação realizadas. Este procedimento estatístico obrigaria ao aumento do número de preditores a incluir nos modelos de regressão, inviabilizando o cumprimento da norma que pressupõe a existência de um número mínimo de sujeitos por preditor.

Assim sendo, optámos pela realização de *estudos transversais* que, embora não nos autorizem o estabelecimento de relações de causalidade, nem tão pouco a determinação de padrões de estabilidade e/ou de mudanças relativamente aos indicadores de adaptação psicológica, permitem-nos um conhecimento mais aprofundado sobre alguns processos psicológicos sustentados em amostras mais representativas da população. Nestes estudos, e tal como foi confirmado através da análise de poder, foi reunido um número adequado de participantes com vista à deteção de efeitos de magnitude média a elevada (Cohen, 1988). Por outro lado, e tendo em conta os objetivos a que nos propusemos em cada um dos cinco estudos transversais realizados, sobretudo no domínio da compreensão de processos psicológicos em momentos específicos do curso da doença, consideramos que este desenho foi apropriado para cada um dos estudos. Todavia, não deixa de ser uma limitação o facto de a grande maioria dos contributos apresentados serem baseados em estudos de natureza transversal, o que em investigações futuras merecerá ser replicado com a utilização de metodologias longitudinais.

Por outro lado, constituía objetivo desta investigação a avaliação da mulher no momento do diagnóstico, de forma a obter uma compreensão mais fidedigna do seu funcionamento pré-mórbido, e assim do impacto do cancro, isto na impossibilidade de a *primeira avaliação* ocorrer numa fase ainda anterior à confirmação do diagnóstico. Apesar deste nosso intuito, apenas se tornou viável iniciar a avaliação no momento de internamento para realização da cirurgia da mama, o que implica que os resultados obtidos sofram a influência do impacto do diagnóstico mas também da ansiedade associada à realização de uma cirurgia. Tendo em conta este aspeto, optámos por designar o primeiro momento de avaliação como momento de diagnóstico recente ou pré-cirurgia e em todos os estudos em que este tenha sido objeto de análise, estas considerações foram mencionadas enquanto limitações. Não obstante, a fase da pré-cirurgia estava igualmente contemplada no projeto de investigação elaborado, como segundo momento de avaliação. Deste

modo, optámos por englobar ambas as fases num único momento, o que constituiu uma sobrecarga menor para a mulher.

Por tudo isto, consideramos que investigações futuras deverão apoiar-se em desenhos metodológicos de natureza longitudinal e prospetiva, de forma a compreender o impacto do cancro da mama imediatamente antes, durante e após o tratamento, abrangendo as diversas fases da doença. Idealmente, os estudos deverão integrar mulheres logo após o diagnóstico ou até mesmo, numa fase de pré-diagnóstico, aquando da realização dos exames complementares, como por exemplo, os estudos de Millar, Purushotham, McLatchie, George e Murray (2005). Em Portugal foi realizado um estudo com mulheres numa fase de pré-diagnóstico (Amaral, 2008), recrutadas na Unidade de Aferição da Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Centro, mas desconhece-se a continuidade da avaliação destas mulheres nos momentos seguintes do processo de tratamento. Por outro lado, investigações futuras deverão, igualmente, avaliar a mulher por um período de tempo mais extenso, de forma a identificar períodos críticos ao longo do curso da doença e, assim, adequar as intervenções psicossociais às necessidades psicológicas da mulher em cada fase específica da doença. Consideramos que esta avaliação prospetiva e longitudinal é essencial para um conhecimento mais detalhado sobre o impacto do cancro da mama na adaptação e experiência de DPT.

Outra limitação da presente investigação prende-se com a *caracterização da amostra* no que respeita aos dados clínicos, entre eles, o estadio da doença e o tipo de cirurgia. Relativamente ao primeiro aspeto, optámos por não incluir este tipo de caracterização uma vez que estes dados estavam inacessíveis na maioria dos processos clínicos consultados. Não obstante, consideramos que as informações disponibilizadas relativamente ao tipo de tumor e envolvimento dos gânglios linfáticos, são suficientes para o cumprimento dos objetivos delineados. No que diz respeito ao segundo aspeto, nos estudos efetuados com amostras de mulheres sobreviventes, sobretudo nos estudos I e II, foram incluídas maioritariamente mulheres mastectomizadas, o que limita a generalização dos resultados a outras mulheres submetidas a outro tipo de cirurgias. No entanto, julgamos ter obtido uma boa representatividade das amostras de sobreviventes relativamente ao tipo cirúrgico nos estudos III e V.

Outro aspeto a destacar, relaciona-se com o momento em que optámos por iniciar a *avaliação do DPT*, que ocorreu no momento de realização do tratamento. Esta opção não nos permitiu obter uma linha de base relativamente a este indicador, impossibilitando-nos de conhecer em que ponto do curso da doença tem início o processo de DPT. Neste sentido, em estudos futuros deverá avaliar-se o DPT num momento mais recente do diagnóstico de cancro, de forma a ser possível compreender em que momento tem início o processo de descoberta de mudanças psicológicas positivas ou DPT.

Relativamente aos *instrumentos de avaliação* utilizados, consideramos que o recurso a um item singular para avaliar a representação do impacto do cancro da mama (estudo IV), não permitiu uma avaliação consistente desta variável do ponto de vista psicométrico. No entanto, julgamos que esta escolha constituiu uma opção igualmente válida, simples e não tão exigente para a mulher. Por outro lado, acreditamos que a fiabilidade deste item não está comprometida, dado resultar de um rigoroso processo de seleção, realizado com vista à constituição de uma versão

mais breve do instrumento. No entanto, em investigações futuras poderá ponderar-se a utilização de outros instrumentos nomeadamente o *Impact of Events Scale* (Horowitz et al., 1979) ou o mais recente *Impact of Cancer Scale Tool* (Zebrack, Ganz, Bernaards, Petersen, & Abraham, 2006).

Por outro lado, consideramos que no âmbito do estudos das características traumáticas da experiência de cancro da mama, e com intuito de compreender as associações com o DPT, teria sido relevante avaliar a eventual presença de PTSD total ou parcial e não fazer depender este estudo apenas da avaliação da percepção subjetiva do acontecimento como traumático. Esta avaliação tem sido efetuada noutros estudos, o que se tem mostrado bastante relevante na compreensão da adaptação à doença e também do processo de DPT. Deste modo, as investigações futuras deverão ter em conta este aspeto.

É também de salientar as dificuldades sentidas na utilização do Brief COPE. Muito embora este instrumento seja amplamente utilizado em investigações com doentes oncológicos, encontrando-se validado em diversas línguas, nos estudos em que optámos por utilizá-lo, os valores de consistência interna de algumas das subescalas foram inferiores ao índice de .60 (Nunnally & Bernstein, 1995), o que nos obrigou à sua exclusão. Por outro lado, este instrumento é composto por 14 subescalas. Atendendo ao tamanho reduzido da amostra, não seria possível inclui-las na sua totalidade nos modelos de regressão linear efetuados. Deste modo, optámos por agrupar algumas subescalas de forma a incluir as estratégias de coping teoricamente mais relevantes para o cumprimento dos objetivos, sem excluir à partida estratégias que poderiam relevar-se úteis, à exceção das que apresentavam alfas de Cronbach inferiores a .60. Este método, utilizado nos estudos II e V, permitiu um estudo mais global do impacto do coping na adaptação psicológica e DPT. Uma vez que este agrupamento foi realizado através do recurso a procedimentos estatísticos, nomeadamente a *Análise Fatorial Exploratória*, foram obtidos diferentes fatores consoante a amostra em causa. Assim, nestes dois estudos obtivemos fatores divergentes, o que dificulta o processo de comparação entre estudos. No entanto, julgamos que este constrangimento não se reflete em resultados contraditórios, muito pelo contrário, estes são consistentes entre os vários estudos. Apesar disto, em futuras investigações, e tendo em conta estas limitações, deve ponderar-se a utilização de outro instrumento de avaliação das estratégias de coping, a menos que se pretenda a avaliação das estratégias especificamente contempladas no Brief COPE.

Além destes aspetos, são de salientar outras pistas importantes para o desenvolvimento de investigações futuras.

Assim, parece-nos bastante relevante abranger outros indicadores de adaptação psicológica, nomeadamente um instrumento de triagem de dificuldades a nível familiar, conjugal e social, contextos que não foram aprofundados nesta investigação. Não menos importante será reforçar o estudo do impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas, que muito embora não tenham mostrado associar-se aos indicadores de adaptação incluídos nesta investigação, são bastante aludidas na literatura, ainda que de uma forma não consensual, pelo que a sua análise carece de mais investigação. Também no que respeita aos fatores psicossociais, torna-se necessário investigar outras variáveis de influência na adaptação à doença, que poderão atuar como fatores de vulnerabilidade ou de proteção. Entre elas destacamos algumas dimensões da personalidade

como o otimismo, cuja relação com a adaptação psicológica e particularmente com o DPT tem sido evidenciada em diversos estudos internacionais (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009; Carver et al., 1994).

Por outro lado, o sucesso na gestão das dificuldades emocionais associadas à experiência prévia de outros acontecimentos de vida adversos, nomeadamente a experiência anterior de uma doença oncológica no contexto familiar, poderá também concorrer para a explicação dos índices de adaptação da mulher e para a experiência de DPT, pelo que deve ser explorada em estudos futuros. Também relevante será compreender o impacto dos processos cognitivos na adaptação à doença e particularmente na experiência de DPT. A este propósito, muito recentemente foi desenvolvido um instrumento de avaliação do sistemas de crenças do indivíduo de acordo com a conceptualização de Janoff-Bulman (2006) e que permite um exame subjetivo da alteração das crenças básicas na sequência de uma experiência de vida adversa (Cann, Calhoun, Tedeschi, Kilmer, et al., 2010). Estudos futuros deverão averiguar o impacto destes processos cognitivos na adaptação ao cancro da mama e na emergência de DPT. Consideramos que este estudo poderá também esclarecer a relação entre DPT e adaptação, testando a hipótese de, por exemplo, os indivíduos menos deprimidos poderem manifestar menor DPT em virtude de apresentarem menores alterações esquemáticas.

Ainda no âmbito dos determinantes da adaptação, é também premente estudar a interação entre variáveis, nomeadamente a relação entre os contextos sociodemográficos, clínicos e psicossociais e os indicadores de adaptação. O conhecimento destas relações é fundamental para aprofundar e consolidar o conhecimento teórico nesta área e, simultaneamente, para o planeamento de intervenções psicossociais mais efetivas.

Além disso, e relativamente ao DPT, investigações futuras deverão ainda tentar aprofundar a relação com os indicadores de adaptação, nomeadamente a eventual bidirecionalidade. Efetivamente, a grande maioria dos estudos efetuados nesta área tem analisado a influência do DPT na adaptação futura, sendo escassas as investigações que testem a influência da adaptação no DPT, nomeadamente a necessidade de algum grau de adaptação para a ocorrência de mudanças psicológicas positivas (Tedeschi & Calhoun, 2004). Assim sendo, investigações futuras deverão explorar esta hipótese, assim como aprofundar o estudo de variáveis mediadoras e moderadoras nesta relação.

De forma a aumentar a compreensão do processo de adaptação da mulher, dever-se-á também recolher informação com outros significativos, o que, em nossa opinião, constituiu uma lacuna da presente investigação. Efetivamente, a obtenção de relatos dos elementos mais próximos da mulher, nomeadamente o companheiro ou os filhos, relativamente ao processo de adaptação e à ocorrência de mudanças psicológicas positivas, pode revelar-se uma importante forma de validação dos autorrelatos, sobretudo no que respeita ao DPT. Este método poderá conduzir à obtenção de resultados úteis para a discussão do DPT como experiência ilusória ou real. Por último, e no mesmo sentido, a obtenção de dados qualitativos, poderá também contribuir para uma melhor compreensão sobre esta experiência, bem como do processo global de adaptação à doença.

Consideramos que os resultados obtidos constituem também importantes **contributos para a prática clínica.**

Em primeiro lugar, o facto desta investigação ter sido conduzida com base na definição de um critério clínico para a avaliação das diversas fases do cancro da mama, reveste-se de importante utilidade para a prática clínica. Assim, o conhecimento das exigências e dos desafios associados a cada fase particular favorece a realização de uma avaliação mais ajustada da mulher, assim como possibilita a adequação das estratégias de intervenção a aplicar. Além disso, permite adequar as expectativas da mulher e familiares relativamente às dificuldades a enfrentar em cada fase, permitindo que estes se preparem para lidar com as mesmas de forma mais adaptativa.

Embora os resultados sugiram, na sua globalidade, um padrão de adaptação resiliente, foram evidentes graus de inadaptação em momentos muito particulares da trajetória da doença, o que alerta para a necessidade de avaliação e intervenção sobre o impacto emocional do cancro da mama. Embora não constitua um objetivo deste trabalho a indicação de um protocolo terapêutico, consideramos importante refletir sobre algumas estratégias que poderão ser utilizadas com vista a uma intervenção ao nível das dificuldades encontradas.

Assim, num momento recente do diagnóstico da doença, parece-nos relevante o despiste das necessidades emocionais, sobretudo no que respeita a sintomatologia ansiosa, bem como a intervenção o mais precoce possível, de forma a impedir o agravamento destas dificuldades. Uma forma consistentemente referida na literatura de atenuar a ansiedade na fase inicial do processo de doença passa pela transmissão de informação e esclarecimento da mulher relativamente ao seu estado clínico, opções de tratamento disponíveis e seus efeitos secundários, entre outros aspetos. A participação ativa no processo de decisão terapêutica poderá ser também uma forma de reduzir a ansiedade, desde que previamente avaliado o interesse da mulher em estar envolvida neste processo (Moyer, 1997). Além disso, poderá ser tranquilizador perceber as respostas emocionais mais comuns em cada fase do cancro da mama e respetivo tratamento, bem como aprender a distinguir entre sintomas esperados e sintomas de psicopatologia. Neste processo, será também muito útil educar a mulher sobre possíveis formas de lidar com as consequências físicas, psicológicas e sociais do cancro, bem como incentivar o recurso a estratégias de coping mais adaptativas. Este tipo de intervenção, ao aumentar a perceção de controlo secundário sobre a doença, poderá revelar-se benéfica na redução da ansiedade, preparando a mulher para os desafios que se seguem com a aproximação da fase de tratamento.

Durante a fase de tratamento, os resultados desta investigação apontam para as implicações significativas do cancro da mama na qualidade de vida da mulher, sobretudo no domínio físico. Neste período, uma percentagem ainda elevada de mulheres mantém índices de ansiedade e depressão clinicamente significativos (20% e 10%, respetivamente). Estes aspetos chamam mais uma vez a atenção para a necessidade de avaliação e intervenção sobre estes sintomas, particularmente durante esta fase, sob a pena destas poderem interferir com a adesão ao tratamento e comprometer a adaptação futura. Por outro lado, remetem para a importância de promover estratégias de melhoria da qualidade de vida física, que poderão passar, por exemplo, pelo treino de relaxamento ou pela dessensibilização sistemática, no caso das mulheres que possam estar a desenvolver algum tipo de reação condicionada aos procedimentos inerentes à

administração do tratamento (Moorey & Greer, 2002). Por outro lado, a prescrição de uma dieta mais saudável ou um plano de exercício físico adequado à condição da mulher, poderão ser formas de reduzir o mal-estar associado ao tratamento.

Também relevante será a intervenção ao nível das dificuldades sexuais, uma outra faceta da qualidade de vida também comprometida nesta fase. A este nível, será benéfico que os profissionais de saúde sejam sensíveis a estas dificuldades, e que desde cedo incentivem as doentes para uma comunicação aberta acerca da sexualidade. Será relevante envolver os companheiros neste processo, no sentido de esclarecer eventuais dúvidas e mitos associados à sexualidade durante o tratamento e também fomentar competências de comunicação e de partilha de afetos entre os elementos do casal, aspetos fundamentais para à vivência de uma relação mais íntima e de uma sexualidade mais satisfatória (Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz, & Rowland, 1999). Uma vez que estas dificuldades tendem a permanecer durante a fase de sobrevivência, mais se confirma a necessidade desta intervenção ocorrer o mais precocemente possível, de forma a prevenir dificuldades futuras. Por outro lado ainda, e uma vez que estas dificuldades podem estar diretamente relacionadas com autoestima da mulher e com a insatisfação com as alterações na imagem corporal, conseqüentes do tratamento, consideramos ser relevante um aconselhamento de formas de valorização da aparência física, nomeadamente pelo recurso a próteses mamárias e capilares, ou pela informação acerca da possibilidade de realização de reconstrução mamária. No entanto, e tal como ressalva Moreira (2011), estas recomendações devem ter em conta a importância e o valor que a mulher atribui à sua aparência física.

Na fase de sobrevivência, embora as mulheres apresentem índices de adaptação psicológica semelhantes aos da população geral, e significativamente mais reduzidos do que nas fases iniciais da doença, são evidentes limitações físicas e no funcionamento sexual que, em nosso entender, não devem ser descuradas. Assim, parece-nos relevante a realização de uma reavaliação das dificuldades emocionais e da qualidade de vida algum tempo após o diagnóstico, de forma a identificar as mulheres que recuperaram os padrões habituais de funcionamento e aquelas que ainda não conseguiram fazê-lo. Apesar do impacto do cancro da mama na adaptação psicológica ser globalmente transitório, poderá também ser importante desenhar intervenções específicas para as mulheres que numa fase de sobrevivência apresentam dificuldades persistentes. Será benéfico, por exemplo, a transmissão de informação por parte dos profissionais de saúde sobre as diversas opções de reabilitação, sobretudo às mulheres que manifestam dificuldades como o linfedema, dor, etc. (Schmidt et al., 2012).

Um outro aspeto que destacamos desta investigação diz respeito à compreensão do impacto das estratégias de coping na adaptação, enquanto fatores de vulnerabilidade ou de proteção para a adaptação psicológica. Efetivamente, e corroborando a literatura existente, os resultados obtidos apontam para a necessidade de se promoverem formas de coping mais confrontativas, nomeadamente estratégias de natureza cognitiva, como o humor, a aceitação ou a reinterpretação positiva. Este tipo de estratégias desempenham um papel muito relevante na diminuição do risco de inadaptação, contrariamente à estratégias de evitamento, que vulnerabilizam a mulher à ocorrência de dificuldades psicossociais. Além disso, estas estratégias,

assim como as de natureza mais comportamental, como a procura de apoio emocional e prático, desempenham um papel determinante na ocorrência de DPT, pelo que devem ser promovidas em contexto psicoterapêutico.

Com efeito, julgamos que o sumário destas implicações a nível clínico aponta para a necessidade de implementação de uma triagem precoce do impacto da doença na adaptação emocional e na qualidade de vida. Esta triagem deve ser realizada logo após o diagnóstico, devendo ser sujeita a monitorizações durante as restantes fases do curso da doença, nomeadamente no período do tratamento e na fase de recuperação e sobrevivência. Às mulheres sinalizadas como estando em maior risco de desenvolver alguma perturbação emocional devem ser disponibilizadas intervenções psicossociais, ajustadas às exigências de cada fase da doença. De acordo com os resultados desta investigação, estas devem visar a minimização dos sintomas emocionais e promover a utilização de estratégias de coping confrontativas, bem como a procura de mudanças positivas para a experiência de cancro.

Apesar destes aspetos, consideramos que um dos mais importantes contributos desta investigação reside no facto de os nossos resultados remeterem para uma nova perspetiva de intervenção psicoterapêutica, ao chamarem a atenção para a possibilidade de descoberta de mudanças psicológicas positivas no confronto com o diagnóstico de cancro. Uma vez que o DPT coexiste com sintomas de perturbação emocional, que a maioria das mulheres recupera os níveis de adaptação anteriores, e dado o papel relevante do DPT na promoção da adaptação futura, mediando a influência do coping, pensamos estar em condições de propor que as intervenções psicológicas não devem ser exclusivamente centradas na diminuição da sintomatologia traumática ou dos índices de psicopatologia mas também na maximização do potencial de desenvolvimento pessoal e relacional da mulher com cancro da mama. Neste sentido, torna-se necessário um reconhecimento por parte dos profissionais de saúde mental que o sentimento de descrença associado a um diagnóstico de cancro, assim como o mal-estar causado pelos esforços cognitivos para o compreender, não devem ser entendidos, necessariamente, como respostas ou sintomas psicopatológicos, mas também como potenciais precursores do DPT, a partir dos quais se torna possível a reestruturação esquemática necessária à sua ocorrência (Zoellner & Maercker, 2006). No âmbito específico da promoção do DPT em doentes oncológicos, Cordova (2008) sugere algumas linhas orientadoras que incluem o incentivo à partilha emocional com os elementos da rede social mais próximos, a realização de uma retrospectiva de vida, a procura de um significado para a doença e a reflexão sobre eventuais mudanças psicológicas positivas. Neste processo psicoterapêutico, Tedeschi e Calhoun (2009) recomendam que o terapeuta deve assumir um papel de proximidade ao doente, como um companheiro experiente (*“expert companion”*) que, de forma gradual e empática, o estimula a repensar as suas crenças e objetivos, a refletir sobre a experiência traumática e a rever as suas narrativas de vida. Só desta forma empática, consciente das dificuldades do doente e da não universalidade do DPT, será possível o terapeuta desempenhar adequadamente este papel, potenciando a descoberta de mudanças positivas sem minimizar o sofrimento inerente.

Nos últimos anos têm sido conduzidas diversas investigações que têm permitido evidenciar que, subsequentemente ao diagnóstico de cancro da mama, muitas mulheres percebem desenvolver competências, revitalizar relações interpessoais e significados de vida. Embora esta experiência de DPT possa atenuar os efeitos negativos de um diagnóstico ameaçador, é importante salientar que, mesmo após vários anos, o cancro da mama continua a ser entendido pela mulher como um acontecimento negativo. O contacto próximo com as mulheres que participaram nesta investigação permitiu-nos confirmar esta premissa, o que, efetivamente, constituiu um contributo adicional para a compreensão dos resultados obtidos.

Neste sentido, ao permitir obter uma visão mais global sobre o cancro da mama, quer enquanto fator de risco para a adaptação, com inevitáveis repercussões negativas, quer enquanto oportunidade de desenvolvimento, consideramos que esta investigação possibilita uma compreensão mais holística do processo de adaptação ao cancro da mama.

Apesar deste contributo, reconhecemos que este trabalho constitui ainda uma primeira abordagem a uma temática tão controversa e complexa, como inovadora e apaixonante. Assim, acreditamos que representa um ponto de partida para um percurso que esperamos que dê lugar a muitas mais páginas.

*“Sweet are the uses of adversity,
Which, like the toad, ugly and venomous,
Wears yet a precious jewel in his head;
And this our life, exempt from public haunt,
Finds tongues in trees, books in the running brooks,
Sermons in stones, and good in every thing.”*

(Shakespeare's, As You Like It Act 2, scene 1, 12–17)



Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, M., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(3), 365-376.
- Achenbach, T. (1990). What is "developmental" about psychopathology? In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64(4), 899-922.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29-35.
- Ai, A. L., Cascio, T., Santangelo, L. K., & Evans-Campbell, T. (2005). Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, terrorist attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(5), 523-548.
- Al-Ghazal, S., Fallowfield, L., & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938-1943.
- Albrecht, T., McKee, M., Alexe, D., Coleman, M., & Martin-Moreno, J. (2008). Making progress against cancer in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 44(10), 1451-1456.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development*. New York: Guilford.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative approach (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Algoe, S. B., & Stanton, A. L. (2009). Is benefit finding good for individuals with chronic disease? In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni & A. L. Stanton (Eds.), *Medical Illness and Positive Life Change: Can crisis lead to personal transformation?* Washington: American Psychological Association.
- Allen, J., Savadatti, S., & Levy, A. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology*, 18(1), 71-78.
- Amaral, A. (2008). *Cancro da mama: Efeito de variáveis psicossociais na adaptação psicológica e na qualidade de vida em mulheres e nos seus cônjuges no pré e pós-diagnóstico*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- American Cancer Society. (2009). *Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010*. Atlanta: American Cancer Society, Inc.
- American Cancer Society. (2010). *Breast Cancer*. Atlanta: American Cancer Society, Inc.

- American Cancer Society. (2012). Cancer survivor. Acedido em February, 21, 2012, em <http://www.cancer.org/Cancer/CancerGlossary/index>
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed - rev.)*. Wahington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – texto revisto (4ª ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: A preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders, 16*(2), 195-206.
- Amorim, C. M. (2007). *Doença oncológica da mama: Vivências de mulheres mastectomizadas*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G., & Markidis, M. (2004). Coping strategies of women with breast cancer: A comparison of patients with healthy and benign controls. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73*(1), 43-52.
- Anderson, B. L., Anderson, B., & DeProse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer II: Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6), 692-697.
- Andreu, Y. (2001). Personalidad TIPO C. Historia y validez dei concepto. In E. Dura & M. Rosário (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 399-426). Lisboa: Climepsi.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology, 2*(4), 261-276.
- Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress, 11*(2), 189-203.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Kenady, D. E., McGrath, P. C., & Sloan, D. A. (2000). Stability and change in PTSD symptoms following breast cancer treatment: A one year follow-up. *Psycho-Oncology, 9*(1), 69-78.
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Studts, J. L., & Miller, T. W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist—Civilian Version (PLC-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 66*(3), 586-590.
- Andrykowski, M. A., Curran, S. L., Studts, J. L., Cunningham, L., Carpenter, J. S., McGrath, P. C., et al. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: A controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology, 49*(8), 827-834.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 20-32.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armeli, S., Gunthert, K. C., & Cohen, L. H. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(3), 366-395.
- Arndt, V., Merx, H., Sturmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2004). Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer, 40*(5), 673-680.
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: A population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 134*(12), 1311-1318.
- Arnold, E. M. (1999). The cessation of cancer treatment as a crisis. *Social Work Health Care, 29*(2), 21-38.
- Arora, N., Gustafson, D., Hawkins, R., McTavish, F., Cella, D., Pingree, S., et al. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: A prospective study. *Cancer, 92*(5), 1288-1298.
- Ashing-Giwa, K., Ganz, P. A., & Petersen, L. (1999). Quality of life of African-American and white long-term breast carcinoma survivors. *Cancer, 85*(2), 418-426.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 23*(15), 3322-3330.
- Back, M., Ahern, V., Delaney, G., Graham, P., Steigler, A., & Wratten, C. (2005). Absence of adverse early quality of life outcomes of radiation therapy in breast conservation therapy for early breast cancer. *Australas Radiology, 49*(1), 39-43.
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 413-419.
- Bardwell, W. A., Major, J. M., Rock, C. L., Newman, V. A., Thomson, C. A., Chilton, J. A., et al. (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology, 13*(9), 595-604.
- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal. *Acta Médica Portuguesa, 20*, 139-144.
- Baum, M., & Schipper, H. (2005). *Breast Cancer: Fast Facts (3rd ed.)*: Health Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development, 58*(4), 267-287.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47-56.
- Bernardes, A. (2011). Anatomia da mama feminina. In C. F. de Oliveira (Ed.), *Manual de Ginecologia* (Vol. II, pp. 167-174). Lisboa: Permanyer Portugal.

- Bertero, C. M. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and quality of life. *Psycho-Oncology*, 11(4), 356-364.
- Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S. J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: Health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17(9), 932-939.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
- Bleiker, E. M., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. W., & Adèr, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 209-217.
- Bleiker, E. M., & van der Ploeg, H. M. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: Review of a popular link. *Patient Education and Consulting*, 37(3), 201-214.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16(14), 1329-1338.
- Bloom, J. R. (1986). Social support and adjustment to breast cancer. In B. L. Andersen (Ed.), *Women with cancer: Psychological perspectives* (pp. 204-229). New York: Springer.
- Bloom, J. R. (1996). Social support of the cancer patient and the role of the family. In L. Baider, C. L. Cooper & A. K. de Nour (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 53-70). New York: John Wiley & Sons.
- Bloom, J. R., Cook, M., Flamer, D. P., Gates, C., Holland, J. C., Muenz, L. R., et al. (1987). Psychological response to mastectomy: A prospective comparison study. *Cancer*, 59(1), 189-196.
- Bloom, J. R., Kang, S. H., Petersen, D. M., & Stewart, S. L. (2007). Quality of life in long-term cancer survivors. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of cancer survivorship* (pp. 43-65). New York: Springer.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16(8), 691-706.
- Bloom, J. R., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science & Medicine*, 19(8), 831-837.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53(11), 1513-1524.
- Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 281-296.
- Botelho, T., & Leal, I. (2001). *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-753.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979-986.
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 236-245.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger* (Vol. II). New York: Basic Books.
- Bray, F. (2008). The burden of cancer in Europe. In M. Coleman, D. Alexe, T. Albrecht & M. McKee (Eds.), *Responding to the challenge of cancer in Europe* (pp. 7-40). Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10(1), 1-18.
- Brennan, J., & Moynihan, C. (2004). *Cancer in context: A practical guide to supportive care*. New York: Oxford University Press.
- Brenner, H., Francisci, S., De Angelis, R., Marcos-Gragera, R., Verdecchia, A., Gatta, G., et al. (2009). Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002. *European Journal of Cancer*, 45(6), 1028-1041.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
- Broadhead, W. E., & Kaplan, B. H. (1991). Social support and the cancer patient: Implications for future research and clinical care. *Cancer*, 67(3 (Suppl)), 794-799.
- Broeckel, J. A., Thors, C. L., Jacobsen, P. B., Small, M., & Cox, C. E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Reserach and Treatment*, 75(3), 241-248.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, M. A.: Harvard University Press.
- Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L., & Gaston-Johansson, F. (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 180-189.
- Buchi, S., Morgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Glaser, A., Fauchere, J. C., et al. (2009). Shared or discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: Effects on suffering and posttraumatic growth. *Psychosomatics*, 50(2), 123-130.
- Buick, D. L. (1997). Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British Medical Journal*, *330*, 702-707.
- Burwell, S. R., Case, L. D., Kaelin, C., & Avis, N. E. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(18), 2815-2821.
- Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X. A., et al. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*, *11*(4), 247-267.
- Butler, L. D., Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: Cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, *18*(6), 555-560.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, *73*(3), 279-287.
- Calhoun, L. (2004). The unification of psychology: A noble quest. [Comment]. *Journal of Clinical Psychology*, *60*(12), 1283-1289.
- Calhoun, L., Cann, A., Tedeschi, R., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(3), 521-527.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (1989-1990). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, *20*(4), 265-272.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice. *Journal of Social Issues*, *54*(2), 357-371.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (1999). *Facilitating posttraumatic growth*. Mahwah N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., et al. (2010). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, and Coping*, *23*(1), 19-34.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., et al. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, *23*(2), 127-137.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carlsson, M., & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, *17*(5), 418-428.
- Carpenter, J. S., Brockopp, D. Y., & Andrykowski, M. A. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(6), 1402-1411.
- Carver, C. S. (2005). Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, *104*(11 Suppl), 2602-2607.

- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23*(6), 595-598.
- Carver, C. S., Lechner, S. C., & Antoni, M. H. (2009). Challenges in studying positive change after adversity: Illustrations from research on breast cancer. In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Carver, C. S., Lehman, J. M., & Antoni, M. H. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 813-821.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(2), 375-390.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D., et al. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer, 73*(4), 1213-1220.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noreiga, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., et al. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 60*(2), 168-174.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.
- Casso, D., Buist, D. S., & Taplin, S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Quality of Life Outcomes, 2*, 25.
- Chaplin, J. P. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Cheng, C., Wong, W. M., & Tsang, K. W. (2006). Perception of benefits and costs during SARS outbreak: An 18-month prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 870-879.
- Chirikos, T. N., Russell-Jacobs, A., & Cantor, A. B. (2002). Indirect economic effects of long-term breast cancer survival. *Cancer Practice, 10*(5), 248-255.
- Cicchetti, D. (2006). Development and Psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. I: Theory and Method). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Cimprich, B., Ronis, D. L., & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice, 10*(2), 85-93.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology, 15*(6), 434-437.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, L. H., Hettler, T. R., & Payne, N. (1998). Assesment of posttraumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 23-42). Mahwah, N.J.: Erlbaum.

- Cohen, M., & Numa, M. (2011). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: A comparison of volunteers and non-volunteers. *Psycho-Oncology*, 20(1), 69-76.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8(3), 263-285.
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E., & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54(3), 195-203.
- Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Cabello, C., Santos-Sa, D., Costa-Paiva, L., & Martinez, E. Z. (2005). Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: Associated factors. *The Breast Journal*, 11(6), 425-432.
- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas. (2009). *Recomendações para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 185-205). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Cordova, M. J., Studts, J. L., Hann, D. M., Jacobsen, P. B., & Andrykowski, M. A. (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 301-319.
- Costa, J. M. (2010). *Qualidade de vida na mulher em quimioterapia por cancro da mama: Estudo de coorte prospectivo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Costa, P. T., & McCrae, R. (1991). The NEO Personality Inventory: Using the five-factor model in counselling. *Journal of Counselling & Development*, 69, 367-376.
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., et al. (2007). Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97(12), 1625-1631.
- Costar, H. M. (2005). *Factors contributing to the development of posttraumatic growth in spouses of breast cancer survivors*. Master dissertation, Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, College Park, USA.
- Cotlar, A., Dubose, J., & Ruose, M. (2003). History of surgery for breast cancer: Radical to the sublime. *Current Surgery*, 60(3), 329-337.

- Cruess, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Alferi, S. M., et al. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 304-308.
- Cui, Y., Shu, X. O., Gao, Y., Cai, H., Wen, W., Ruan, Z. X., et al. (2004). The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 87(2), 135-147.
- Culver, J. L., Arena, P. L., Winberly, S. R., Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2004). Coping among African-american, Hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology & Health*, 19(2), 157-166.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 423-443.
- Daiter, S., Larson, R. A., Weddington, W. W., & Ultmann, J. E. (1998). Psychosocial symptomatology, personal growth, and development among young adult patients following the diagnosis of leukemia or lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 6(4), 613-617.
- Dalton, S. O., Boesen, E. H., Ross, L., Schapiro, I. R., & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: Do psychological factors cause cancer? *European Journal of Cancer*, 38(10), 1313-1323.
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farmer, D. F., & Avis, N. E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 371-379.
- Danoff-Burg, S., & Revenson, T. A. (2005). Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(1), 91-103.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.
- de Jong, N., Candel, M. J., Schouten, H. C., Abu-Saad, H. H., & Courtens, A. M. (2006). Course of the fatigue dimension "activity level" and the interference of fatigue with daily living activities for patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Cancer Nursing*, 29(5), 1-13.
- de Oliveira, C. F., Rodrigues, V., Gervásio, H., Moura Pereira, J., Albano, J., & Amaral, N. (2004). Carcinoma in situ and early breast carcinoma survey of the Portuguese Senology Society on treatment in Portugal and its evolution between 1985 and 2000. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 25(4), 415-422.
- de Oliveira, C. F., & Silva, T. S. (2011). Carcinoma invasivo da mama: Do diagnóstico ao tratamento cirúrgico. In C. F. de Oliveira (Ed.), *Manual de Ginecologia* (Vol. II, pp. 247-288). Lisboa: Permanyer Portugal.
- de Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: A research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), 71-82.
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(4), 306-320.

- Dempster, M., McCorry, N. K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L. J., & Johnston, B. T. (2011). Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivors? *Journal of Health Psychology, 16*(3), 500-509.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association, 249*(6), 751-757.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M. Y., Bayer, L., Taylor, M., & Fisher, E. (2005). Ending treatment: The course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care in Cancer, 13*(12), 1018-1026.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M. Y., & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*(5), 398-406.
- Dias, C., & Paixão, E. (2010). *Definição e Epidemiologia das Doenças Crónicas*. Paper presented at the 2º Forum Internacional do Doente Crónico, Lisboa.
- Dias, M. R., & Durá, E. (2001). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 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* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi Editores.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos* (Vol. I: Prioridades). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2011). Portal da Saúde: Cancro da mama. Acedido em 24 de Julho de 2011, em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro+mama.htm>
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Dirksen, S. R. (1995). Search for meaning in long-term cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing, 21*(4), 628-633.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., & Brisson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long-term breast carcinoma survivors. *Cancer, 83*(10), 2130-2138.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology, 16*(2), 487-494.
- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 39*(3), 261-273.
- Dunigan, J. T., Carr, B. I., & Steel, J. L. (2007). Posttraumatic growth, immunity and survival in patients with hepatoma. *Digestive Diseases and Sciences, 52*(9), 2452-2459.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Results based on patient interviews and implications. *Journal of Social Issues, 49*(4), 77-98.

- Dunn, J., & Steginga, S. K. (2000). Young women's experience of breast cancer: Defining young and identifying concerns. *Psycho-Oncology*, 9(2), 137-146.
- Earle, C. (2007). Quality of care. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of cancer survivorship* (pp. 19-42). New York: Springer.
- Edgar, K. A., & Skinner, T. C. (2003). Illness representation and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(7), 485-493.
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z., & Fournier, M. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9(5), 428-438.
- Elklit, A., & Blum, A. (2011). Psychological adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: A prototype study of delayed post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 350-363.
- Ell, K., & Haywood, L. J. (1984). Social support and recovery from myocardial infarction: A panel study. *Journal of Social Service Research*, 7(4), 1-19.
- Ell, K., Nishimoto, R., Morvay, T., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1989). A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer*, 63(2), 406-413.
- Ell, K., Xie, B., Wells, A., Nedjat-Haiem, F., Lee, P. J., & Vourlekis, B. (2008). Economic stress among low-income women with cancer: Effects on quality of life. *Cancer*, 112(3), 616-625.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., et al. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.
- Evans, D., & Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease. *Psychology & Health*, 24(10), 1181-1196.
- Falagas, M. E., Zarkadoulis, E. A., Loannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, 9(4), R44.
- Farragher, B. (1998). Psychiatric morbidity following the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Irish Journal of Medical Science*, 167(3), 166-169.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16(3), 149-192.
- Feather, B. L., & Wainstock, J. M. (1989). Perception of postmastectomy patients. Part 1. The relationships between social support and network providers. *Cancer Nursing*, 12(5), 293-300.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Acedido em <http://globocan.iarc.fr>

- Fernandes, S. (2000). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica breve em mulheres com cancro da mama*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Fernandes, S. (2009). *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: O papel do estado emocional, das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Garcia, N., Otis-Green, S., & Schaffner, M. L. (1996). Quality of life in breast cancer. *Cancer Practice*, 4(6), 331-340.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer. Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, 20(6), 398-408.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer. Part II: Psychological and spiritual well-being. *Cancer Nursing*, 21(1), 1-9.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 1(1), 5-7.
- Fialho, A., & Silva, R. (1993). Mastectomia e suas repercussões. *Revista Brasileira Enfermagem*, 46(3/4), 266-270.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.
- Figueiredo, M., Soares, V., Mota Cardoso, R., Alves, M. J., & Dias, S. (2004). Artrite reumatóide: Um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(001), 13-25.
- Filipp, S. H. (1999). A three-stage model of coping with loss and trauma. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (pp. 43-78). Seattle, WA: Hogrefe and Huber.
- Finkel, N. J. (1974). Strens and traumas: An attempt at categorization. *American Journal of Community Psychology*, 2(3), 265-273.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. S., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Fisher, B., Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R. G., Deutsch, M., Fisher, E. R., et al. (2002). Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 347(16), 1233-1241.
- Fobair, P. (2007). Oncology social work for survivorship. In P. Ganz (Ed.), *Cancer survivorship: Today and tomorrow*. New York: Springer.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118.

- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(12), 1030-1039.
- Fougo, J. L., Silva, H., Sousa, A. J., Guimarães, J., Bastos, L., Leal, C., et al. (2011). Aplicação clínica do conceito de gânglio sentinela a doentes com cancro da mama. Ensaio clínico fase III. Acedido em 23 de Julho de 2011, em <http://lusomed.sapo.pt/Xn300/367165.html>.
- Fox, B. H. (1998). Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In J. C. Holland & col. (Eds.), *Psycho-Oncology* (Vol. 11, pp. 110-124). New York: Oxford University Press.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glase, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(6), 1048-1055.
- Frazier, P., & Kaler, M. (2006). Assessing the validity of self-reported stress-related growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 859-869.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, *20*(7), 912-919.
- Frith, H., Harcourt, D., & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *11*(5), 385-391.
- Fritz, G. K., & Williams, J. R. (1988). Issues of adolescent development for survivors of childhood cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 712-715.
- Fromm, K., Andrykowski, M. A., & Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, *19*(3), 221-240.
- Gallagher, J., Parle, M., & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, *7*(3), 365-376.
- Gandubert, C., Carriere, I., Escot, C., Soulier, M., Hermes, A., Boulet, P., et al. (2009). Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: A case-control study. *Psycho-Oncology*, *18*(10), 1029-1037.
- Gangstad, B., Norman, P., & Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology*, *54*(1), 69-75.
- Ganz, P. A. (2001). Menopause and breast cancer: Symptoms, late effects, and their management. *Seminars in Oncology*, *28*(3), 274-283.
- Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, *38*(2), 183-199.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Belin, T. R., Meyerowitz, B. E., & Rowland, J. H. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, *17*(8), 2371-2380.

- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of National Cancer Institute, 94*(1), 39-49.
- Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Kahn, B., & Bower, J. E. (2003). Breast cancer in younger women: Reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology, 21*(22), 4184-4193.
- Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., et al. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. *Journal of National Cancer Institute, 96*(5), 376-387.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology, 16*(2), 501-514.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Desmond, K. A. (1998). Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results in Cancer Research, 152*(1), 396-411.
- Ganz, P. A., Schag, A. C., Lee, J. J., Polinsky, M. L., & Tan, S. J. (1992). Breast conservation versus mastectomy: Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer, 69*(7), 1729-1738.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review, 24*(3), 315-338.
- Geinitz, H., Zimmermann, F. B., Thamm, R., Kellere, M., Busch, R., & Molls, M. (2004). Fatigue in patients with adjuvant radiation therapy for breast cancer: Long-term follow-up. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 130*(6), 327-333.
- Giedzinska, A. S., Meyerowitz, B. E., Ganz, P. A., & Rowland, J. H. (2004). Health-related quality of life in a multiethnic sample of breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine, 28*(1), 39-51.
- Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine, 14*(3), 204-212.
- Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology, 13*(3), 211-220.
- Golden-Kreutz, D. M., Thornton, L. M., Wells-Di Gregorio, S., Frierson, G. M., Jim, H. S., Carpenter, K. M., et al. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology, 24*(3), 288-296.
- Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., et al. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics, 39*(2), 102-111.
- Greendale, G. A., Petersen, L., Zibecchi, L., & Ganz, P. A. (2001). Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause, 8*(2), 111-119.
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist, 35*(7), 603-618.

- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21(1), 43-49.
- Gritz, E. R., Wellish, D. K., Siau, J., & Wang, H. J. (1990). Long-term effects of testicular cancer on marital relationships. *Psychosomatics*, 31(3), 301-312.
- Gurevich, M., Devins, G., & Rodin, G. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259-281.
- Hack, T. F., & Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N., Griffin, M., & Thatcher, J. (2005). Injury representations, coping, emotions, and functional outcomes in athletes with sport-related injuries: A test of self-regulation theory. *Applied Social Psychology*, 35(11), 2345-2374.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representatins. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Harms, L., & Talbot, M. (2007). The aftermath of road trauma: Survivors' perceptions of trauma and growth. *Health & Social Work*, 32(2), 129-137.
- Harrison, J., & Maguire, P. (1994). Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *The British Journal of Psychiatry*, 165(5), 593-598.
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., et al. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14(7), 1064-1071.
- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, D. E., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R., et al. (2006). Distress, psychiatric syndromes and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107(12), 2924-2931.
- Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: Importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(1), 39-51.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816.
- Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15.
- Helgeson, V. S., & Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4), 307-317.
- Henry, D. H., Viswanathan, H. N., Elkin, E. P., Traina, S., Wade, S., & Cella, D. (2008). Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: Results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Support Care in Cancer*, 16(7), 791-801.

- Hewitt, M., Herdman, R., & Holland, J. C. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Hilton, B. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(1), 39-54.
- Ho, S. M., Chan, C. L., & Ho, R. T. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 377-389.
- Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 345-366.
- Hobfoll, S. E., & Walfish, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 87-100.
- Holland, J. C. (1989). Clinical course of cancer. In J. C. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of Psycho-Oncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 75-100). New York: Oxford University Press.
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, J. C., & Goen-Piels, J. (2000). Principles of Psycho-Oncology. In R. Bast, D. Kufe, R. Pollock, R. Weichselbaum, F. Holland & E. Frei (Eds.), *Holland-Frei Cancer Medicine*, (5th ed., pp. 943-958). Hamilton, Ontario: BC Decker Inc.
- Holland, J. C., & Goen-Piels, J. (2003). Principles of Psycho-Oncology. In J. F. Holland & col. (Eds.), *Cancer Medicine* (6th ed.). Hamilton, Ontario: BC Decker Inc.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of Psycho-Oncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1991). Psychological reactions to breast cancer and its treatment. In J. R. Harris, S. Hellman, I. C. Henderson & D. W. Kinne (Eds.), *Breast disease* (2nd ed., pp. 849-866). Philadelphia: Lippincott.
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G., & Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *The Breast Journal*, 16(3), 241-251.
- Horowitz, M. J., Wilner, M., & Alvarez, W. (1979). Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Hoskins, C. N., Baker, S., Sherman, D., Bohlander, J., Bookbinder, M., Budin, W., et al. (1996). Social support and patterns of adjustment to breast cancer. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(2), 99-123.
- Hu, E. S., Pusic, A. L., Waljee, J. F., Kuhn, L. E., Wilkins, E. G., & Alderman, A. K. (2007). *Understanding the impact of breast reconstruction on quality of life during the breast cancer survivorship period*. Comunicação apresentada na Conferência Plastic Surgery 2007.
- International Agency for Research on Cancer. (2011). Glossary of terms: Incidence. Acedido em 31 de Julho de 2011, em <http://globocan.iarc.fr/>

- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J., & Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67(4), 1097-1117.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(10), 911-920.
- Jacobsen, P. B., Widows, M. R., Hann, D. M., Andrykowski, M. A., Kronish, L. E., & Fields, K. K. (1998). Posttraumatic Stress Disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 366-371.
- Jacobson, J. A., Danforth, D. N., Cowan, K. H., d'Angelo, T., Steinberg, S. M., Pierce, L., et al. (1995). Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 332(14), 907-911.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies* (pp. 91-106). New York: Wiley.
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1-17.
- Janz, N., Mujahid, M., Lantz, P., Fargelin, A., Salem, B., & Morrow, M. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, 14(6), 1467-1479.
- Johansen, C. (2010). Psychological factors. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology (2nd Ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Kamibeppu, K., Sato, I., Honda, M., Ozono, S., Sakamoto, N., Iwai, T., et al. (2010). Mental health among young adult survivors of childhood cancer and their siblings including posttraumatic growth. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 4(4), 303-312.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499-524.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 561-571.
- Kayser, K., & Scott, J. (2008). *Helping couples cope with women's cancers: An evidence-based approach for practitioners*. New York: Springer.
- Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (1997). Comorbid psychiatric disorders in PTSD. Implications for research. In R. Yehuda & A. C. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder* (pp. 24-34). New York: New York Academy of Sciences.
- Kierkegaard, S. (1983). *Fear and trembling*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., & Hantman, S. (2010). Postwar winners and losers in the long run: Determinants of war related stress symptoms and posttraumatic growth. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 10-19.
- King, M., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2001). Quality of life three months and one year after treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9(7), 789-800.
- Klauer, T. (1998). Still Stable after all This...?": Temporal comparison in coping with severe and chronic disease. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 339-355.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 45-52.
- Knobf, M. T. (2006). The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *Oncologist*, 11(2), 96-110.
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.
- Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., & et al. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 15(4), 277-287.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 101-111.
- Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., et al. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98(4), 679-689.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., et al. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91(2), 443-454.
- Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., et al. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16(10), 895-903.
- Kunst, M. J. (2010). Peritraumatic distress, posttraumatic stress disorder symptoms, and posttraumatic growth in victims of violence. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 514-518.
- Kurtz, M. E., Wyatt, G., & Kurtz, J. C. (1995). Psychological and sexual well-being, philosophical/spiritual views, and health habits of long-term cancer survivors. *Health Care for Women International*, 16(3), 253-262.
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(4), 429-447.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 828-840.
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology, 12*(5), 491-499.
- Lee, T. S., Kilbreath, S. L., Refshauge, K. M., Pendlebury, S. C., Beith, J. M., & Lee, M. J. (2008). Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Support Care in Cancer, 16*(4), 399-405.
- Lehman, D. R., Davis, C. G., DeLongis, A., Wortman, C. B., Bluck, S., Mandel, D. R., et al. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*(1), 90-112.
- Lehto, U. S., Ojanen, M., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology, 16*(5), 805-816.
- Leigh, S. (2007). Cancer survivorship: A nursing perspective. In P. Ganz (Ed.), *Cancer survivorship: Today and tomorrow* (pp. 8-13). New York: Springer.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long-term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(1), 14-22.
- Lepore, S. J., & Revenson. (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance and reconfiguration. In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and practice* (pp. 24-46). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lethborg, C., Kissane, D., Burns, W., & Snyder, R. (2000). 'Cast Adrift': The experience of completing treatment among women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 18*(4), 73-90.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick, M., et al. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health & Illness* (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Easterling, D. V., Coons, H. L., Luchterland, C. M., & Love, R. R. (1986). Adaptation to chemotherapy treatments. In B. L. Anderson (Ed.), *Women with cancer – Psychological Perspectives* (pp. 172-203). New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Social psychology aspects of health* (Vol. 4, pp. 219–252). New York: Erlbaum, Hillsdale.
- Levine, E., Eckhardt, J., & Targ, E. (2005). Change in post-traumatic stress symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 14*(8), 618-635.
- Levy, S., Haynes, L., Herberman, R., Lee, J., McFeeley, S., & Kirkwood, J. (1992). Mastectomy versus breast conservation surgery: Mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychology, 11*(6), 349-354.
- Lewis, J. (2005). *Your guide to breast cancer*. Oxon: Hodder Arnold.

- Lewis, J. A., Manne, S. L., DuHamel, K. N., Vickburg, S. M., Bovbjerg, D. H., Currie, V., et al. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine, 24*(3), 231-245.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2011). Ensaio Clínico: Informação ao doente. Acedido em 23 de Julho de 2011, em <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=262>
- Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress, 16*(6), 601-610.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21.
- Luecken, L. J., Dausch, B., Gulla, V., Hong, R., & Compass, B. E. (2004). Alterations in morning cortisol associated with PTSD in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(1), 13-15.
- Maercker, A., & Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious belief, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress, 16*(6), 579-587.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 41-48.
- Maes, S., Leventhal, H., & de Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 221-245). New York: John Wiley & Sons.
- Maia, A. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: Um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 207-225.
- Maia, A. C., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. In M. G. Pereira & J. M. Ferreira (Eds.), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- 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*(3), 442-454.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1467-1473.
- Massie, M., & Shakin, E. (1993). Management of depression and anxiety in cancer patients. In W. Breitbart & J. C. Holland (Eds.), *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Matsuoka, Y., Masatoshi, I., Sugawara, Y., Imoto, S., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2005). Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics, 46*(3), 203-211.
- McCaul, K. D., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology, 8*(3), 230-236.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*(4), 919-928.

- McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 327-343.
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 1-8.
- McMillen, J. C., & Cook, C. L. (2003). The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 77-85.
- McMillen, J. C., & Fisher, R. H. (1998). The perceived benefit scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research*, 22(3), 173-187.
- McMillen, J. C., Smith, E., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 733-739.
- McPherson, K., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). Breast cancer: Epidemiology, risk factors and genetics. *BMJ*, 321(7261), 624-628.
- Mehnert, A. (2004). Posttraumatic stress disorder: A valid diagnosis for breast cancer patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 581-673.
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G., & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1273-1280.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 16(3), 181-188.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-base sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 383-391.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 87(1), 108-131.
- Meyerowitz, B. E. (1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2(2), 117-132.
- Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Wyatt, G. E., & Ganz, P. A. (1999). Sexuality following breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(3), 237-250.
- Michael, Y. L., Berkman, L. F., Colditz, G. A., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 285-293.
- Milam, J. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 817-827.
- Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 335-342.

- Miller, S. L., Jones, L. E., & Carney, C. P. (2005). Psychiatric sequelae following breast cancer chemotherapy: A pilot study using claims data. *Psychosomatics, 46*(6), 517-522.
- Mollica, R. F., & et al. (1994). *The Harvard trauma questionnaire (HTQ): Manual for use with Cambodian, Lao, and Vietnamese versions* Boston: Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard School of Public Health.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer, 41*(17), 2613-2619.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health, 24*(5), 583-595.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: An eighteen months follow-up study. *BMC Cancer, 8*(330), 1-6.
- Moore, A. M., Gamblin, T. C., Geller, D. A., Youssef, M. N., Hoffman, C. E., Gemmell, L., et al. (2011). A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho-Oncology, 20*(5), 479-487.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for people with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1986). *Coping with life crisis: An integrated approach*. New York: Plenum Press.
- Moreira, H. (2011). *Imagem corporal, relação de casal e adaptação de mulheres com cancro da mama*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., et al. (2008). The interaction of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology, 17*(9), 948-953.
- Morris, T., Greer, H. S., & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: A two-year follow-up study. *Cancer, 40*(5), 2381-2387.
- Mosher, C. E., Danoff-Burg, S., & Brunker, B. (2006). Post-traumatic growth and psychosocial adjustment of daughters of breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 33*(3), 543-551.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology, 16*(3), 284-298.
- Moyer, A., & Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine, 18*(2), 110-125.
- Mundy, E. A., Blanchard, E. B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B., & Blanchard, C. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research & Therapy, 38*(10), 1015-1027.

- Murray, A. J. (2009). The genetics of breast cancer. *Surgery*, 28(3), 103-106.
- Muszbek, K. (Producer). (s.d.) Anxiety and adjustment disorders in cancer patients. *IPOS Online Curriculum: A program in Psycho-Oncology*.
- Naidich, J. B., & Motta, R. W. (2000). PTSD-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(1), 35-54.
- National Cancer Institute. (2011a). Breast Cancer. Acedido em 17 de Julho de 2011, em <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>
- National Cancer Institute. (2011b). Psychological Stress and Cancer: Questions and Answers. Acedido em 30 de Julho de 2011, em <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/stress>
- National Cancer Institute. (2012). Cancer survivor. Acedido em 21 de Fevereiro de 2012, em <http://cancer.gov/dictionary?expand=S>
- National Coalition for Cancer Survivorship. (2012). Cancer survivor. Acedido em 21 de Fevereiro de 2012, em <http://www.canceradvocacy.org/living-with-cancer/living-beyond-cancer/>
- Nerenz, D. R., Leventhal, H., Love, R. R., & Ringler, K. E. (1984). Psychological aspects of cancer chemotherapy. *International Review of Applied Psychology*, 33(4), 521-529.
- Neuling, S. J., & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends and surgeon. *Social Science and Medicine*, 27(4), 385-392.
- Neyt, M., & Albrecht, J. (2006). The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors: A comparative study in Belgium. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(3), 89-123.
- Nezu, A., & Nezu, C. (2007). Psychological distress, depression, and anxiety. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 323-337). New York: Springer.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., & Houts, P. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem solving approach*. Washington: American Psychological Association.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., & Zwick, M. L. (2003). Psychosocial oncology. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller & I. B. Weiner (Eds.), *Health Psychology* (pp. 267-292). New York: Wiley.
- Nicholas, D. R., & Veach, T. A. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 206-215.
- Nietzsche, F. (1955). *Beyond good and evil*. Chicago, IL: Henry Regnery.
- Nissen, M. J., Swenson, K. K., Ritz, L. J., Farrel, B., Sladek, M. L., & Lally, R. (2001). Quality of life after breast carcinoma surgery a comparison of three surgical procedures. *Cancer*, 91(7), 1238-1246.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 60-64.
- Northouse, L. L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 2(37), 91-95.

- Northouse, L. L., & Swain, M. A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 36(4), 221-225.
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1123-1130.
- Nunes, A. M. (2008). *Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. J. (1995). *Teoria psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- O'Leary, V. E., Alday, C. S., & Ickovics, J. R. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. In R. Tedeschi, C. Park & L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 127-151). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1(2), 121-142.
- O'Connor, A. P., Wicker, C. A., & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13(3), 167-175.
- Oh, S., Heflin, L., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2004). Quality of life of breast cancer survivors after a recurrence: A follow-up study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 87(1), 45-57.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: Prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35(6), 302-309.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Chronic disease. Acedido em 30 de Dezembro de 2011, em http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- Osório, C., & Maia, A. (2010). As consequências ao nível da saúde psicológica da participação na guerra do Afeganistão e Iraque. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 279-304.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem Oncológica* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Oudsten, B., Heck, G., Steeg, A., Roukema, J., & De Vries, J. (2009). Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1230-1237.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pais Ribeiro, J. L., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLQ-C30- V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pakenham, K. I. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*, 24(2), 123-132.

- Palmer, S. C., Kagee, A., Coyne, J. C., & DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 258-264.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Park, C. L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15(1), 69-76.
- Park, C. L. (2009). Overview of theoretical perspectives. In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* Washington DC: American Psychological Association.
- Park, C. L., Chmielewski, J., & Blank, T. O. (2010). Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1139-1147.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.
- Park, C. L., & Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 195-215.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Park, C. L., & Lechner, S. C. (2006). Measurement issues in assessing growth following stressful life experiences. In L. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth*. Mahaw, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Parker, P., Baile, W. F., Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2), 183-193.
- Parker, P., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E., et al. (2007). Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3078-3089.
- Parkes, C. M. (1971). Psychosocial transitions: A field for study. *Social Science & Medicine*, 5(2), 101-115.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004a). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004b). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 537-543.

- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Moller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., et al. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(1), 39-46.
- Pimentel, J. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pinto, C. A. (2007). *Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40(6), 789-797.
- Pitman, R. K., Lanes, D. M., Williston, S. K., Guillaume, J. L., Metzger, L. J., Gehr, G. M., et al. (2001). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 42(2), 133-140.
- Poulsen, B., Graversen, H., Beckmann, J., & Blichert-Toft, M. (1997). A comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *European Journal of Surgical Oncology*, 23(4), 327-334.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71-83.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., et al. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9, 9-14.
- Rabin, E. G., Heldt, E., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 53-57.
- Rajandram, R. K., Jenewein, J., McGrath, C. P., & Zwahlen, R. A. (2010). Posttraumatic growth: A novel concept in oral cavity cancer care? [Review]. *Oral oncology*, 46(11), 791-794.
- Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2006). The role of personality in cancer onset and survival. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of Personality and Health* (pp. 35-49). London: John Wiley & Sons.
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(3), 243-254.
- Ransom, S., Sheldon, K., & Jacobsen, P. (2008). Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 811-819.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- Regehr, C., Hemsworth, D., & Hill, J. (2001). Individual predictors of posttraumatic distress: A Structural Equation Model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(2), 156-161.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110(1), 9-17.

- Reiche, E. M., Nunes, S. O., & Morimoto, H. K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The Lancet Oncology*, 5(10), 617-625.
- Rieker, P. P., Fitzgerald, E. M., Kalish, L. A., Richie, J. P., Lederman, G. S., & Edbril, S. D. (1989). Psychosocial factors, curative therapies, and behavioural outcomes: A comparison of testis cancer survivors and a control group of healthy men. *Cancer*, 64(11), 2399-2407.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2004). Posttraumatic Disorders. In C. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of Applied Psychology* (pp. 83-90). Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Roche. (2011). Cancro da Mama HER2+. Acedido em 27 de Julho de 2011, em <http://www.roche.pt/sites-tematicos/her2/>
- Rodrigues, V. (2011). Epidemiologia do cancro da mama (parte I). In C. F. De Oliveira (Ed.), *Manual de Ginecologia* (Vol. II, pp. 175- 189). Lisboa: Permanyer Portugal.
- ROR-Sul. (2008). *Os 10 tumores mais frequentes na população portuguesa adulta na região sul de Portugal, no período 2000/01*. Lisboa: ROR-Sul.
- RORCentro. (2011). Sobrevivência no IPO de Coimbra. Acedido em http://www.rorcentro.com.pt/Data/RORCentro/238/Sobrevivencia_grupo1.pdf
- RORCentro. (2012). Registo Oncológico Regional - Região Centro 2010. Acedido em http://www.rorcentro.com.pt/Data/RORCentro/239/Publicacao_Regional_2010.pdf
- RORENO. (2009). *Análise da sobrevivência – Principais cancros da região Norte 2000/2001*. Porto: IPO Porto.
- Rose, J. H. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *American Journal of Community Psychology*, 18(3), 439-464.
- Rowland, J. H. (1990). Developmental stage and adaptation: Adult model. In J. C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psycho-Oncology* (pp. 25-43). New York: Oxford University Press.
- Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*, 104(Suppl 11), 2543–2548.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (1998). Breast Cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 380-401). New York: Oxford University Press.
- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(8), 849-857.
- Rutter, C. L., & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, 7(4), 377-391.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In P. T. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 213-235). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Sabel, M. S., Sondak, V. K., & Sussman, J. J. (2007). Principles of surgical therapy. In M. D. Larry Kaiser (Ed.), *Surgical Foundations: Essencials of surgical oncology*. (pp. 39-52). USA.

- Sainsbury, J. R., Anderson, T. J., & Morgan, D. A. (2000). ABC of breast diseases: Breast cancer. *BMJ*, *321*(7263), 745-750.
- Salmon, P., Manzi, F., & Valori, R. M. (1996). Measuring the meaning of life for patients with incurable cancer: The life evaluation questionnaire (LEQ). *European Journal of Cancer*, *32A*(5), 755-760.
- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, *18*(1), 30-41.
- Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(4), 335-340.
- Samsi, M. A., Naus, M. J., Bailey, D. L., & Ruby, G. B. (2005). *The mediating effects of coping on social support and distress in African American breast cancer survivors*, Poster apresentado na Conferência da Sociedade de Medicina Comportamental.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149-170). Westport, CT: Praeger.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. Tedeschi, C. Park & L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schain, W., D'Angelo, T., Dunn, M., Lichter, A., & Pierce, L. (1994). Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy: Psychosocial consequences. *Cancer*, *73*(4), 1221-1228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridge, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1257-1264.
- Schmidt, S., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, *17*(7), 1033-1040.
- Schnipper, H. H. (2001). Life after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *19*(15), 3581-3584.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, *13*(5), 309-320.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjermstad, M. J., & Ruland, C. M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, *14*(8), 1813-1823.
- Schover, L. R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal National Cancer Institute Monographs*, *16*, 177-182.
- Schover, L. R., Yetman, R. J., Tuason, L. J., Meisler, E., Esselstyn, C. B., Hermann, R. E., et al. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, *75*(1), 54-64.

- Schroevers, M., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 46-53.
- Schroevers, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine*, *63*(3), 598-610.
- Schroevers, M., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, *17*(12), 1239–1246.
- Schulz, U., & Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science & Medicine*, *59*(3), 653-662.
- Schwarz, R., Kraussa, O., Höckelb, M., Meyerb, A., Zengerc, M., & Hinzc, A. (2008). The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care*, *3*(6), 417-422.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S., & Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medicine*, *63*(6), 1614-1624.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *22*(5), 487-497.
- Seidman, H., Stellman, S. D., & Mushinski, M. H. (1982). A different perspective on breast cancer risk factors: Some implications of the nonattributable risk. *CA Cancer Journal for Clinicians*, *32*(5), 301-313.
- Seligman, M. (2005). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Sendas, S. (2009). *Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Shapiro, D. E., Boggs, S. R., Rodrigue, J. R., Urry, H. L., Algina, J. J., Hellman, R., et al. (1997). Stage II breast cancer: Differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, *43*(2), 143-157.
- Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *11*(4), 265-273.
- Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contributing to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(2), 165-172.
- Shimozuma, K., Ganz, P. A., Petersen, L., & Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, *56*(1), 45-57.

- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2007). The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior, 11*(3), 421-433.
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (*Posttraumatic Growth Inventory*) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica, 28*(2), 105-133.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Univesidade de Coimbra, Coimbra.
- Sledge, W. H., Boydston, J. A., & Rabe, A. J. (1980). Self-concept changes related to war captivity. *Archives of General Psychiatry, 37*(4), 430-443.
- Smith, M. Y., Redd, W., Peyser, P., & Vogl, J. (1999). Post-Traumatic Stress Disorder in cancer: A review. *Psycho-Oncology, 8*(6), 521-537.
- Smith, S. G., & Cook, S. L. (2004). Are reports of posttraumatic growth positively biased? *Journal of Traumatic Stress, 17*(4), 353-358.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*, 29.
- So, W., Marsh, G., Ling, W., Leung, F., Lo, J., Yeung, M., et al. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant treatment. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 17-22.
- Soares, I. (2000). Introdução à Psicopatologia do Desenvolvimento: Questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (In)Adaptativas ao longo do ciclo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Spencer, S. M., Carver, C. S., Price, A. A., & Kornblith, A. B. (1998). Psychological adaptation to cancer. In H. J. C. (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 211-254). London: Oxford University Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Schedule (SCID)*. New York: New York State Psychiatric Institute. Biometrics Research Department.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology, 9*(2), 251-269.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth* (pp. 138-175). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stanton, A. L., Collins, C., & Sworowski, L. A. (2001). Adjustment to chronic illness: Theory and research. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 387-403). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875-882.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*(2), 93-102.
- Stanton, A. L., Ganz, P. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Krupnick, J. L., & Sears, S. R. (2005). Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer*, *104* (Suppl. 11), 2608-2613.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, *58*(13), 565-592.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: A community survey. *American Journal of Psychiatry* *154*(8), 1114-1119.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, *29*(1), 24-33.
- Szabo, A. (2003). The acute effects of humor and exercise on mood and anxiety. *Journal of Leisure Research*, *35*(2), 152-162.
- Tait, R., & Silver, R. C. (1989). Coming to terms with major negative life events. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 357-381). New York: Guilford Press.
- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J., & Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychology & Health*, *25*(4), 433-449.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*(11), 1161-1173.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, *64*(4), 873-898.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, *116*(1), 21-27.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, *55*(1), 99-109.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(3), 489-502.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455-471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1-18.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2009). The clinician as expert companion. In C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni & A. L. Stanton (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 215-235). Washington, DC: American Psychological Association.

- Tedeschi, R., Park, C., & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tennen, H., & Affleck, G. (1999). Finding benefits in adversity. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping – The Psychology of what works* (pp. 279-304). New York: Oxford University Press.
- Tennen, H., & Affleck, G. (2002). Benefit-finding and benefit-reminding. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 584-597). London: Oxford University Press.
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine, 46*(12), 1569-1585.
- Thompson, S. B., & Eccleston, L. (2011). Post-traumatic stress disorder in cancer survivors: Recognising and acknowledging the symptoms. *WebmedCentral ONCOLOGY, 2*(8).
- Thornton, A., Owen, J. E., Kernstine, K., Koczywas, M., Grannis, F., Cristea, M., et al. (2011). Predictors of finding benefit after lung cancer diagnosis. *Psycho-Oncology, 21*(4), 365-373.
- Thornton, A., & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology, 15*(4), 285-296.
- Thuné-Boyle, I. C., Myers, L. B., & Newman, S. P. (2006). The role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. *Behavioral Medicine, 32*(1), 19-29.
- Tjemsland, L., Soreide, J. A., & Malt, U. F. (1998). Post-traumatic distress symptoms in operable breast cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Research and Treatment, 47*(2), 141-151.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology, 11*(2), 154-169.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*(1), 16-23.
- Tomich, P. L., Helgeson, V. S., & Vache, E. J. (2005). Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5-years later. *Psycho-Oncology, 14*(12), 1018-1029.
- Towsley, G. L., Beck, S. L., & Watkins, J. F. (2007). "Learning to live with it": Coping with the transition to cancer survivorship in older adults. *Journal of Aging Studies, 21*(2), 93-106.
- Trask, P., & Pearman, T. (2007). Depression. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 173-189). Bethesda: Springer.
- Updegraff, J. A., & Marshall, G. N. (2005). Predictors of perceived growth following direct exposure to community violence. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(4), 538-560.
- Updegraff, J. A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(3), 382-394.

- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health, 20*(2), 175-192.
- van der Steeg, A. F., De Vries, J., & Roukema, J. A. (2007). The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *European Journal of Surgical Oncology, 34*(11), 1225-1230.
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Veach, T. A., Nicholas, D. R., & Barton, M. A. (2002). *Cancer and the family cycle: A practitioner's guide*. New York: Brunner-Routledge.
- Vickberg, S. M., Bovbjerg, D. H., DuHamel, K. N., Currie, V., & Redd, W. H. (2000). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: Global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine, 25*(4), 152-160.
- Vinokur, A., Threatt, B., Vinokur-Kaplan, D., & Satariano, W. (1990). The process of recovery from breast cancer for younger and older patients: Changes during the first year. *Cancer, 65*(5), 1242-1254.
- Wasserman, A. L., Thompson, E. I., Wilimas, J. A., & Fairclough, D. L. (1987). The psychological status of childhood/adolescent Hodgkin's disease. *American Journal of Diseases in Children, 141*(6), 626-631.
- Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T., & Anderson, P. E. (1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology, 47*(2), 179-188.
- Watson, D., David, J. P., & Suls, J. (1999). Personality, affectivity, and coping. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 119-140). New York: University Press.
- Watson, M., & Greer, S. (1998). Personality and Coping. In J. C. Holland & col. (Eds.), *Psycho-Oncology* (Vol. 9, pp. 91-98). New York: Oxford University Press.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., et al. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine, 21*(1), 51-57.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine, 18*(1), 203-209.
- Weathers, F. W., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1991). *PCL-C for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division.
- Wei, L., Yong, C., Ying, Z., Kai, G., Hui, C., Qiong, L., et al. (2007). Impact of newly diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. *Breast Cancer Research and Treatment, 102*(2), 201-210.
- Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research, 42*(2), 113-116.

- Weismann, A. D., & Worden, J. W. (1976-1977). The existential plight in cancer significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1), 1-15.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.
- Weiss, T. (2004a). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(4), 260-268.
- Weiss, T. (2004b). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746.
- Wenzel, L., Fairclough, D., Brady, M., Cella, D., Garrett, K., & Kluhsman, B. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, 86(9), 1768-1774.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266-273.
- Williams, J. M., Watts, F. M., Macleod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). Chichester: Wiley.
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Ayers, T. S. (2008). Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *Omega*, 58(2), 107-128.
- Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., Macleamy, J. B., Sojourner-Nelson, A., & Koopman, C. (2009). Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. *Families, Systems, & Health*, 27(1), 53-63.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yurek, D., Farrar, W., & Anderson, B. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 697-709.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.
- Zebrack, B. J., Ganz, P. A., Bernaards, C. A., Petersen, L., & Abraham, L. (2006). Assessing the impact of cancer: Development of a new instrument for long-term survivors. *Psycho-Oncology*, 15(5), 407-421.
- Zebrack, B. J., Yi, J., Peterson, L., & Ganz, P. A. (2008). The impact of cancer and quality of life for long-term survivors. *Psycho-Oncology*, 17(9), 891-900.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons.
- Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as Predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology, 63*(3), 245-263.
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., & Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners: Effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psycho-Oncology, 19*(1), 12-20.

