

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DO PORTO

Rita Barroca Pereira da Rocha

**ESTUDO DAS VARIÁVEIS – ESPERANÇA,
AUTO-ACTUALIZAÇÃO E DEPRESSÃO – NA SATISFAÇÃO COM A
VIDA EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Leonor Lencastre e co-orientação da Professora Doutora Marina Prista Guerra.

Outubro, 2011

Resumo

Objectivo. O presente estudo tem como objectivo principal caracterizar as variáveis esperança, auto-actualização, depressão e satisfação com a vida em mulheres com cancro da mama e averiguar a relação existente entre elas. Procura ainda perceber a relação entre algumas destas variáveis psicológicas e as variáveis sociodemográficas e clínicas idade, viver com ou sem parceiro, número de anos de escolaridade, tempo de diagnóstico, tipo de cirurgia e percepção de mudanças de vida decorrentes da doença e tratamentos.

Método. A amostra do estudo é composta por 55 mulheres com cancro da mama, na fase pós-operatória, 26 submetidas a tumorectomia e 29 mastectomizadas, com média de idade de 54.33 anos ($DP = 11.03$), com o 4º ano de escolaridade (45.5%) e maioritariamente casadas (69.1%). Após autorização da comissão de ética do hospital oncológico e consentimento das mesmas, as participantes preencheram um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e as seguintes escalas: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [HADS] (Pais-Ribeiro et al., 2006), Escala sobre a Esperança (Barros, 2003), Escala de Auto-Actualização (Guerra, 1992) e Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 1993). Foram realizadas estatísticas descritivas, inferenciais e estudos correlacionais.

Resultados. Quanto à relação entre as variáveis principais verifica-se, tal como esperado, que a esperança e a depressão se encontram relacionadas, a primeira diretamente e a outra de forma inversa com a satisfação com a vida. De acordo com os estudos correlacionais, os resultados apontam para: a) uma correlação negativa entre a esperança e a depressão; b) não correlação entre a auto-actualização e satisfação com a vida; c) uma correlação positiva entre a auto-actualização e a esperança; d) uma correlação negativa entre a auto-actualização e a depressão; e) uma correlação significativa entre a idade das participantes e a esperança, no sentido de que doentes mais novas apresentam maiores níveis de esperança; f) não correlação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico e a depressão; g) uma correlação positiva entre o número de anos de escolaridade e a auto-actualização. Quanto à comparação entre mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas, os resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis depressão e satisfação com a vida. Também não se encontram diferenças entre a esperança e a depressão entre grupos de mulheres que vivem com ou sem parceiro. As mulheres que percebem mudanças de vida negativas decorrentes da doença e tratamentos apresentam níveis mais elevados de depressão e menores níveis de esperança e satisfação com a vida face àquelas que não percebem qualquer mudança.

Conclusões e implicações. Este estudo evidencia o papel da variável positiva esperança e do constructo negativo depressão na satisfação com a vida das mulheres com cancro da mama. A variável positiva auto-actualização, apesar de não relacionada com a satisfação com a vida, apresenta uma relação direta com a esperança e inversa com a depressão. Por sua vez, as mulheres mais jovens apresentam níveis mais elevados de esperança e as mulheres com mais escolaridade são as mais auto-actualizadas. As mulheres que referem mudanças negativas decorrentes da doença são as que apresentam níveis de esperança mais baixos, níveis de depressão mais elevados e menos satisfação com a vida. Concluimos assim que as mulheres que apresentam maior satisfação com a vida e, portanto, se encontram mais adaptadas à doença, apresentam níveis de esperança elevados e menor sintomatologia depressiva. Seria útil, na prática clínica, incidir sobre estratégias que permitam desenvolver os níveis de esperança nas doentes, de forma a diminuir os índices de morbilidade psicológica. Sente-se a necessidade de continuar a investigação sobre esta temática, de preferência com uma população mais alargada, e de modo a que passe a haver dois momentos de avaliação, em diferentes fases da doença e dos tratamentos, para perceber mais claramente a evolução das variáveis psicológicas abordadas neste estudo.

Palavras-Chave: Cancro da Mama, Esperança, Auto-Actualização, Depressão, Satisfação com a Vida, Psicologia Positiva.

Abstract

Objective. The present study aims to characterize the variables hope, self-actualization, depression and satisfaction with life in women with breast cancer and explore the relationship between them. It also seeks to understand the relationship between some of these psychological variables and socio-demographic and clinical variables such as age, having a conjugal relationship, number of years of education, time of diagnosis, type of surgery and perception of life changes resulting from the disease and treatments.

Method. The study sample was comprised by 55 women with breast cancer in post-surgical stage, out of which 26 had undergone lumpectomy and 29 mastectomy, with a mean age of 54.33 years ($SD = 11.03$), 4 years of completed education (45.5%) and mostly married (69.1%). After authorization by the oncological hospital's ethics committee and informed consent was granted, the participants completed a questionnaire on socio-demographic and clinical data and the following scales: Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] (Pais-Ribeiro et al., 2006), Scale on the Hope (Barros, 2003), Self-Actualization Scale (Guerra, 1992) and Satisfaction with Life Scale (Neto, 1993). Descriptive and correlation statistical analyses were performed.

Results. As expected, in what concerns the relationship between the main variables, hope and depression were associated with satisfaction with life, respectively in a direct and inverse manner. Concerning the correlation analysis, it was found: a) a negative correlation between hope and depression; b) no correlation between self-actualization and satisfaction with life; c) a positive correlation between self-actualization and hope; d) a negative correlation between self-actualization and depression; e) a significant correlation between age of participants and hope, in the sense that younger patients have higher levels of hope; f) no statistically significant correlation between time of diagnosis and depression; g) a positive correlation between number of years of education and self-actualization. The comparison between women submitted to mastectomy and those submitted to lumpectomy revealed no statistically significant differences regarding depression and life satisfaction. Also no significant differences were found regarding hope and depression when comparing women in or out of a conjugal relationship. In comparison with women who don't perceive any life changes resulting from the disease and treatments, those who perceive negative changes were found to have higher levels of depression and lower levels of hope and satisfaction with life.

Conclusions and implications. This study supports the role of hope as a positive variable and of depression as a negative variable regarding satisfaction with life of women with breast cancer. The variable positive self-actualization, although not related to satisfaction with life, has a direct relationship with hope and is reversely associated with depression. Moreover, younger women have higher levels of hope and women with more years of education are more self-actualized. Women who reported negative changes resulting from the disease are those with lower levels of hope, higher levels of depression and lower satisfaction with life. In clinical practice it would be useful to develop strategies in order to improve hope so that psychological morbidity will decrease. Moreover more research in this area is needed using larger samples and with higher level of education, where two moments of assessment should be implemented, in different phases of disease and treatment so that the evolution of the variables can be clearly understood.

Keywords: Breast Cancer, Hope, Self-Actualization, Depression, Satisfaction with Life, Positive Psychology.

Résumé

Objectif. Cette étude a l'objectif principal de caractériser les variables espérance, auto-actualisation, dépression et satisfaction avec la vie de femmes qui ont un cancer du sein, ainsi que déterminer la relation qui existent entre ces variables. On cherche aussi à comprendre la relation entre quelques-unes de ces variables psychologique et les variables sociodémographiques et cliniques âge, vivre avec ou sans compagnons, années de scolarités, temps de diagnostic et perception de changements de vie découlant de la maladie et des traitements.

Méthode. L'échantillon de cette étude est composé de 55 femmes avec un cancer du sein, en phase post-opératoire, 26 soumises à tumorectomie et 29 à une mastectomie, ayant une moyenne d'âge de 54.33 ans ($DP = 11.03$), avec le Cm1 complet (45.5%) et la plupart d'entre elles mariés (69.1%). Après l'autorisation de la commission éthique de l'hôpital oncologique et le consentement d'elles même, elles ont remplies un questionnaire de donnés sociodémographiques et cliniques et les suivante échelles: Échelle de l'Anxiété et la Dépression Hospitalière [HADS] (Pais-Ribeiro et al., 2006) , Échelle sur l'Espérance (Barros, 2003), Échelle de l'Auto-Actualisation (Guerra, 1992) et l'Échelle de la Satisfaction avec la Vie (Neto, 1993). On a réalisé des statistiques descriptives, inférentielle et des études corrélationnelles.

Résultats. Relativement à la relation entre les principales variables on a vérifié, que comme il était prévu, l'espérance et la dépression sont corrélées, la première directement et l'autre de forme inverse avec la satisfaction avec la vie. D'acord avec les études corrélationnels, les résultats montrent: a) une corrélation négative entre l'espérance et la dépression ; b) non corrélation entre la variable auto-actualisation et satisfaction avec la vie; c) une corrélation positive entre l'auto-actualisation et l'espérance; d) une corrélation négative entre l'auto-actualisation et la dépression; e) une corrélation significative entre l'âge des participantes et l'espérance, dans le sens ou les malades plus jeunes ont des niveaux plus élevé d'espérance; f) non corrélation statistiquement significative entre le temps de diagnostic et la dépression; g) une corrélation positive entre le nombre d'années de scolarité et l'auto-actualisation. En ce qui concerne la comparaison entre femmes ayant eu une mastectomie et femmes ayant une tumorectomie, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les variables dépression et satisfaction avec la vie. Ainsi il n'y as pas non plus de différences statistiquement significatives entre les groupes de femmes qui vivent avec

ou sans compagnons relativement à l'espérance et la dépression. Les femmes qui perçoivent des changements de vie négatifs découlant de la maladie et les traitements présentent des niveaux plus élevés de dépression et des niveaux moins élevés d'espérance et de satisfaction avec la vie face à celles qui ne perçoivent aucun changement.

Conclusions et implications. Cette étude évalue le rôle de la variable positive de l'espérance et le variable négatif de la dépression dans la satisfaction avec la vie des femmes ayant un cancer du sein. La variable positive de l'auto-actualisation, bien que n'étant pas liée à la satisfaction avec la vie, présente une relation directe avec l'espérance et inverse avec la dépression. D'autre part, les plus jeunes femmes présentent des niveaux plus élevés d'espérance et les femmes ayant plus de scolarités sont les plus auto-actualisées. Les femmes qui mentionnent des changements négatifs découlant de la maladie, sont celles qui présentent des niveaux d'espérance plus bas, des niveaux de dépression plus élevés et moins de satisfaction avec la vie. On a conclu que les femmes qui ont plus de satisfaction avec la vie et pourtant se trouvent mieux adaptées à la maladie, ont des niveaux d'espérance élevés et une symptomatologie dépressive moins élevée. Il serait utile, au niveau de la pratique clinique, de se concentrer sur des stratégies visant à développer les niveaux de l'espérance chez les patients, afin de diminuer les taux de morbidité psychologique. Il y a le besoin de continuer la recherche sur ce sujet, avec une plus grande population et de préférence, avec un niveau de scolarité supérieur, qui incorpore les deux moments d'évaluation, en de différentes phases de la maladie et des traitements, pour comprendre plus clairement l'évolution de chacune de ses variables.

Mots Clés: Cancer du Sein, Espérance, Auto-Actualisation, Dépression, Satisfaction avec la Vie, Psychologie Positive

Agradecimentos

A elaboração da presente Dissertação contou com a colaboração de pessoas que gostaria de salientar e agradecer:

Às participantes, sem as quais não teria sido possível transformar este projeto em realidade;

À Professora Doutora Marina Prista Guerra, co-orientadora desta Dissertação, pelos conhecimentos e comentários sábios;

À Professora Doutora Leonor Lencastre, orientadora deste projeto, por todo apoio prestado e posterior colaboração fundamental;

Ao Doutor Abreu de Sousa, Diretor da Clínica de Patologia da Mama do IPOFG, pela oportunidade de realização da presente investigação e respectiva colaboração;

À equipa de enfermagem dos pisos de internamento do IPOFG, pela disponibilidade e receptividade demonstrada ao estudo;

Ao Instituto Português de Oncologia do Porto – Francisco Gentil, EPE;

À minha colega de estágio, Solange Fonseca, pela ajuda preciosa na recolha, tempo disponibilizado para o debate e partilha das principais experiências e vivências ao longo do estudo;

À minha família e amigos pelo incentivo e apoio incondicional perante esta etapa tão importante da minha vida.

Abreviaturas

ACS – American Cancer Society

DE – Dimensão Existencial

ESV – Escala de Satisfação com a Vida

HADS – Hospital of Anxiety and Depression Scale

IPOPFG, E.P.E. – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

MRM – Mastectomia Radical Modificada

MT – Mastectomia

NCI – National Cancer Institute

NSE – Nível Socioeconómico

OI – Orientação Interior

QdV – Qualidade de Vida

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

SPSS – Statistical Package for the Social Science

SV – Sentido de Vida

TM – Tumorectomia

VC – Vida Criativa

Índice Geral

Resumos

Agradecimentos

Índices

I - INTRODUÇÃO

Introdução 1

II - RACIONAL TEÓRICO

Cancro da Mama 2

Psicologia Positiva 6

Esperança 7

Auto-Actualização 10

Depressão..... 13

Satisfação com a Vida 16

III – ESTUDO EMPÍRICO

1. Pertinência do estudo 17

2. Objectivos do estudo e hipóteses de investigação 17

3. Método 20

3.1. Participantes 20

3.2. Instrumentos..... 23

 Escala sobre a Esperança..... 23

 Escala de Auto-Actualização 24

 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar..... 25

 Escala de Satisfação com a Vida..... 26

3.3. Procedimentos..... 27

| | |
|--|-----------|
| 4. Resultados | 28 |
| Caracterização das Variáveis Principais | 28 |
| Relação entre as Variáveis | 29 |
| Diferenças entre Grupos | 30 |
| 5. Discussão | 32 |
| Caracterização das Variáveis Principais: Esperança, Auto-Atualização, Depressão e Satisfação com a Vida e sua Relação | 32 |
| Relação entre a Idade das Participantes e a Depressão e Satisfação com a Vida | 35 |
| Relação entre o Tempo de Diagnóstico e a Depressão | 36 |
| Relação entre o Número de Anos de Escolaridade e a Auto-actualização..... | 37 |
| Comparação entre Mulheres Submetidas a Mastectomia ou Tumorectomia no que se refere à Depressão e Satisfação com a Vida | 38 |
| Comparação entre Mulheres Com e Sem Parceiro relativamente à Depressão e Esperança | 39 |
| Comparação entre Mulheres Com e Sem Mudanças de Vida Negativas Decorrentes da Doença e Tratamentos em relação às Variáveis Principais..... | 41 |

IV – CONCLUSÃO

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Conclusões e implicações..... | 43 |
|--------------------------------------|-----------|

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

| | |
|--|-----------|
| Referências bibliográficas..... | 48 |
|--|-----------|

VI – ANEXOS

Índice de Quadros

Quadro 1: Caracterização Sociodemográfica da Amostra quanto às Variáveis Idade, Estado Civil, Anos de Escolaridade, Habilitações Literárias e Situação Profissional Atual (N = 55)

Quadro 2: Caracterização Clínica da Amostra quanto às Variáveis Tipo de Cirurgia, Tratamentos Complementares, Tempo de Diagnóstico (em meses), Percepção de Mudanças de Vida (N = 55)

Quadro 3: Medidas Descritivas das Variáveis Principais Esperança, Auto-Atualização, Depressão e Satisfação com a Vida (N = 55)

Quadro 4: Coeficientes de Correlação de Pearson entre a Esperança, Auto-Atualização, Depressão e Satisfação com a Vida

Quadro 5: Coeficientes de Correlação de Pearson entre a Auto-Atualização, Depressão e Satisfação com a Vida e as Variáveis Idade, Tempo de Diagnóstico (em meses) e Anos de Escolaridade

Quadro 6: Valores T de Student relativos à Depressão e Satisfação com a Vida em Mulheres Submetidas a Mastectomia ou Tumorectomia

Quadro 7: Valores T de Student relativos à Esperança e Depressão entre Mulheres Com e Sem Parceiro

Quadro 8: Valores T de Student relativos à Esperança, Auto-Atualização, Depressão e Satisfação com a Vida entre Mulheres Com ou Sem Mudanças de Vida Decorrentes da Doença e Tratamentos

Índice de Anexos

Anexo I – Declaração de Consentimento Informado

Anexo II – Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Anexo III – Escala sobre a Esperança

Anexo IV – Escala de Auto-Actualização

Anexo V – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Anexo VI – Escala de Satisfação com a Vida

I – INTRODUÇÃO

Introdução

Segundo a *American Cancer Society* [ACS] o cancro da mama é o segundo cancro mais comum nas mulheres, ultrapassado apenas pelo cancro no pulmão (ACS, 2009/2010). Apesar da sua elevada incidência e prevalência, verifica-se um decréscimo na taxa de mortalidade, devido aos progressos ao nível da prevenção, detecção e tratamento da doença.

As variáveis psicológicas positivas, como a esperança e a auto-actualização, podem desempenhar um importante papel na adaptação à doença. A satisfação com a vida é um conceito que possibilita inferir acerca desse mesmo processo de adaptação. Existem alguns estudos que relacionam certas variáveis positivas com a doença em geral e, especificamente, com o cancro da mama, mas o conceito de auto-actualização ainda foi pouco investigado neste domínio.

A depressão é uma variável negativa muitas vezes associada à doença oncológica. O impacto do diagnóstico de cancro pode potenciar várias reações emocionais, tais como a ansiedade, depressão, medo, revolta e desesperança. De referir que existem inúmeros estudos que incidem na qualidade de vida (QdV) em mulheres com cancro da mama (e.g., Wenzel et al., 1999; Lewis et al., 2001; Sammarco, 2001; Deshields et al., 2005; Slovacek, Slovackova, Slanska, Petera, & Priester, 2009), e focam a variável depressão, correlacionando-a com as variáveis idade, tempo de diagnóstico, apoio social, auto-estima, entre outras, avaliando a estabilidade ou alteração dos fatores de morbilidade psicológica.

O foco crescente nos fenómenos positivos abandona a psicologia tradicional e tende a englobar uma visão mais compreensiva do desenvolvimento e existência humanas. Assim surge a psicologia positiva, que pretende estudar como os seres humanos são optimistas face à adversidade e tem por objectivo identificar e melhorar as forças e virtudes humanas que fazem a vida valer a pena e permitir que os indivíduos e as comunidades se desenvolvam (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Todos estes conceitos serão explorados detalhadamente. Em primeiro lugar será abordado o cancro da mama, a sua prevalência e incidência, a etiologia, os tipos de cancro da mama, possíveis tratamentos e os sintomas físicos e psicológicos que lhe estão subjacentes. Posteriormente será introduzido o domínio da psicologia positiva, onde se ressaltarão os conceitos de esperança e auto-actualização. Em seguida apresenta-se a variável negativa depressão, constructo analisado e relacionado com o cancro da mama. Por fim, será abordada a satisfação com a vida, conceito capaz de avaliar o nível de adaptação das mulheres em estudo, tendo em conta o impacto de todas estas variáveis.

II – RACIONAL TEÓRICO

Cancro da Mama

O cancro pode ser definido como o crescimento incontrolável de células anormais que formam tumores que se designam neoplasias (Jane Ogden, 2004). Porém, nem todos os tumores são cancro: os tumores benignos não se espalham a outras partes do corpo, mas os tumores malignos conseguem apresentar metástases (processo de separação de células do tumor e deslocação para outro local) (Ribeiro, 1998). O cancro é, assim, uma designação que permite nomear o amplo conjunto de doenças que são tumores malignos (Joy Ogden, 2004).

Esta doença trata-se da segunda mais mortífera nos adultos dos países ocidentais (Ribeiro, 1998) e possui uma etiologia e cura desconhecidas, o que leva a um baixo poder de controlabilidade e elevado grau de incerteza por parte do doente (Simón, 1999).

Em Portugal, o cancro da mama constitui o tumor mais frequente nas mulheres, sendo a principal causa de morte por neoplasia no sexo feminino (Bastos, Barros & Lunet, 2007). No nosso país morrem, em cada ano, mais de 3500 mulheres com cancro da mama, e 1500 apresentam poucas probabilidades de sobreviver, pois o diagnóstico é realizado numa fase avançada da doença (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007).

Sabe-se que esta forma de neoplasia é a mais comum nas mulheres em todo o mundo (Roses, 2005). Em 2009, foram estimados cerca de 192 370 novos casos de cancro de mama invasivo diagnosticados entre as mulheres e era esperado que cerca de 40 170 mulheres morressem desta doença (só o cancro do pulmão ultrapassa este número, com mais mortes nas mulheres) (ACS, 2009/2010). De acordo com a mesma fonte, pode-se afirmar que as taxas de incidência do cancro da mama permaneceram relativamente estáveis desde 2003.

Segundo Allen, Savadatti e Levy (2009) a melhoria dos métodos de detecção precoce e tratamento do cancro da mama tem levado a que um número crescente de mulheres sobreviva e viva com a doença por longos períodos de tempo. De facto, de acordo com a ACS (2009/2010) as mulheres com história de cancro da mama constituem o maior grupo de estudo de sobreviventes de cancro, o que aponta para a diminuição da taxa de mortalidade da doença.

A etiologia do cancro da mama é desconhecida, podendo englobar várias dimensões: 1) genética/familiar, que incorpora a exposição prolongada a estrogénio, história familiar com cancro da mama, história prévia de cancro da mama e a existência de doença benigna da mama previamente diagnosticada; 2) reprodutiva/hormonal, como a precocidade da menarca, menopausa tardia, partos prematuros, primeira gravidez tardia, obesidade depois da menopausa, terapia hormonal e peso excessivo; 3) estilo de vida, onde se salienta a obesidade, falta de exercício físico, dieta rica em gordura, consumo de álcool e tabaco; 4) e factores

ambientais, como a exposição a contaminantes ambientais, pesticidas, terapia por radiação, trabalhos que envolvam solventes orgânicos e radiação iónica (Joy Ogden, 2004). Realça-se que a idade é o principal factor de risco, sendo as mulheres mais velhas as que têm maior probabilidade de desenvolver cancro (Joy Ogden, 2004).

Existem dois tipos principais de cancro da mama: não invasivos ou *in situ* e os invasivos. O carcinoma ductal *in situ* é não invasivo, o que significa que há células nos ductos lactíferos da mama que começaram a crescer e a dividir-se anormalmente e se tornaram células cancerosas, mas ainda não desenvolveram a capacidade de se espalharem pelo corpo (Joy Ogden, 2004). O carcinoma lobular *in situ* significa que há células anormais no revestimento da glândula mamária, não sendo ainda considerado cancro da mama, mas há maior risco de vir a contrair cancro no futuro (Joy Ogden, 2004). No que concerne os cancros invasivos, o tipo mais comum é o carcinoma ductal, que inicia o processo de multiplicação nos ductos lactíferos da mama, mas já desenvolveu a capacidade de se espalhar pelo corpo (Joy Ogden, 2004). Segundo a mesma autora, há ainda outros tipos de cancro invasivo: o carcinoma lobular, que começa nos lóbulos onde se produz o leite; o cancro inflamatório da mama, tipo raro, que surge quando as células cancerosas bloqueiam os canais linfáticos da mama e inflamam; e a doença de Paget, cancro invasivo, igualmente raro, que começa nos ductos lactíferos do mamilo.

De acordo com o *National Cancer Institute* [NCI], as formas de tratamento dependem principalmente do grau (i.e., velocidade provável de crescimento do tumor e tendência para se espalhar), do estadio da doença, que aponta para a forma de definir a sua progressão e do estado de saúde em geral (NCI, 2009). Segundo Joy Ogden (2004), os graus do cancro variam desde o grau 1, quando as células se desenvolvem lentamente, até ao grau 3, em que as células são mais anormais e de crescimento acelerado. Quanto aos estadios, estes são 5, cuja classificação depende do tamanho do tumor, se os gânglios linfáticos estão ou não afectados e se o cancro está espalhado ou não pelo resto do corpo (Joy Ogden, 2004).

As opções de tratamento são várias: tratamentos locais, como a cirurgia e radioterapia (RT); e tratamentos sistémicos, tais como a terapia hormonal, quimioterapia (QT) e imunoterapia (NCI, 2009). Quando a doença está localmente avançada o tratamento assenta, essencialmente, na cirurgia, RT e/ou QT. Pode-se proceder à QT de indução ou neoadjuvante, que consiste na administração de quimioterápicos antes da cirurgia ou radioterapia, a fim de diminuir o estado tumoral para melhorar os resultados da cirurgia.

Atualmente existem várias formas de tratamento cirúrgico da mama: cirurgia conservadora, que incorpora a tumorectomia (apenas o nódulo canceroso é removido) e a

quadrantectomia (remoção de um quarto da mama); mastectomia simples, onde se remove toda a mama, mas não os músculos, e mastectomia radical modificada (MRM), em que se extrai toda a mama e parte do músculo da parede do peito (Joy Ogden, 2004). Salienta-se que podem ser removidos alguns, ou até todos, os gânglios linfáticos da axila.

Após a cirurgia conservadora da mama é quase sempre administrada a RT, mas também pode ser após mastectomia (Joy Ogden, 2004). A RT consiste na utilização de radiação, a fim de diminuir o risco de recidiva local pela eliminação de quaisquer células do tumor que tenham permanecido no tecido mamário após a cirurgia (Roses, 2005), podendo ser administrada através de uma máquina externa ao corpo ou em implantes corporais (braquiterapia) (Joy Ogden, 2004). A perda de apetite, fadiga, reações da pele, febre, dores de cabeça ou tosse persistente estão associadas a este tratamento (Sjövall, Strömbeck, Löfgren, Bendahl & Gunnars, 2010).

Na terapia sistémica recorre-se à QT e terapias hormonais, nomeadamente o recurso ao Tamoxifeno (Joy Ogden, 2004). Há vários efeitos adversos associados à QT, dos quais se destacam náuseas e vômitos, alopecia, fadiga, maior risco de infecções, alterações de peso, distúrbios menstruais, inflamação e úlceras na boca e mal-estar geral (Joy Ogden, 2004).

Existe ainda outra forma de tratamento sistémico, denominada por imunoterapia, que consiste na utilização, direta ou indiretamente, do sistema imunitário, a fim de lutar contra o cancro ou minorar os efeitos secundários dos tratamentos (Joy Ogden, 2004). Por fim, existem também terapias complementares, como a acupunctura, aromaterapia, acupressão e electroacupunctura, terapias criativas como medicinas alternativas, homeopatia, hipnoterapia, relaxamento e a visualização, reflexologia, entre outras (Joy Ogden, 2004).

O diagnóstico de cancro da mama e o tratamento constituem acontecimentos capazes de afectar o bem-estar psicológico das doentes (Ribeiro, 1998). Alguns estudos apontam para a transitoriedade da perturbação emocional e para a recuperação das pacientes com o tempo (Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004; Deshields et al., 2005; Wong & Fielding, 2007). Porém, o tratamento pode prolongar-se por longos períodos e um número considerável de mulheres pode apresentar perturbação emocional alguns anos depois do diagnóstico (e.g., Baltar, Ribeiro & Torres, 2004). Assim, o cancro da mama exerce um forte impacto na vida de muitas mulheres que têm de aprender a ajustar-se às suas possíveis consequências.

Têm sido desenvolvidas várias pesquisas quanto às estratégias usadas pelas mulheres perante o diagnóstico de cancro da mama. Segundo Ribeiro (2005) as mulheres respondem à doença de três formas: primeiro, buscam um sentido, em que tentam compreender o porquê de terem cancro; segundo, tentam sentir algum domínio, acreditando que podem controlar a

doença e possíveis recaídas; por fim, iniciam um processo de valorização pessoal. Para Joy Ogden (2004) estas mulheres podem atravessar períodos de choque, angústia severa, procura de significado, procura de mestria e melhoria da auto-estima.

É notória a preocupação crescente em avaliar o impacto do cancro da mama em determinadas variáveis psicológicas que afectam, de uma maneira geral, a qualidade de vida (QdV) das doentes (e.g., Ganz et al., 2004; Michel, Greenfield, Absolom & Eiser, 2010). Entre as mais comuns consequências psicológicas do cancro citam-se a depressão, a ansiedade, a baixa auto-estima, problemas na imagem corporal e preocupações quanto ao futuro (Bloom et al., 2004).

Sabe-se que o tipo de tratamento cirúrgico (tumorectomia versus mastectomia) pode condicionar a natureza e extensão dos eventuais problemas (Rowland et al., 2000). Por exemplo, mulheres tratadas com cirurgia conservadora beneficiam de uma QdV superior e maiores níveis de satisfação, face às submetidas a mastectomia ou cirurgia reconstrutiva (Han, Grothuesmann, Neises, Hille & Hillemanns, 2010). Porém, será a natureza do diagnóstico de cancro, enquanto doença que ameaça a vida, e os efeitos colaterais da terapia adjuvante que mais se relacionam diretamente com as avaliações de QdV das pacientes (Shimozuma, Ganz, Peterson & Hirji, 1999). Independentemente do tipo de cirurgia mais ou menos conservadora, o cancro da mama provoca angústias, devido ao simbolismo de que é dotado o seio na sua associação com os conceitos de feminilidade, maternidade e sexualidade (Jerónimo, 2002 *cit in* Coelho, 2008).

De um modo geral, várias investigações apontam para altos níveis de depressão e ansiedade como consequência, tanto da mastectomia, como da QT, e para as náuseas e fadiga decorrentes da RT (Moorey & Greer, 2002). Segundo Ribeiro (1998), o cancro e os processos associados ao seu tratamento exercem um impacto psicossocial abrangente, em que as variáveis depressão, perturbações mentais de causa orgânica e efeitos da doença na família são afectadas. O diagnóstico e tratamento da doença oncológica implicam, assim, consequências psicológicas que se refletem na QdV do doente (Pimentel, 2006).

É crucial atender às variáveis psicológicas que influenciam o curso e/ou são consequência da doença, de modo a ultrapassar a visão dicotómica corpo-mente e incorporar as dimensões física, psíquica e social que são circundantes à doença oncológica.

Psicologia Positiva

A psicologia positiva tem por objectivo alargar o foco da psicologia clínica, de modo a identificar e desenvolver as forças e virtudes humanas que dão sentido à vida. Deste modo, trata-se do estudo científico e do desenvolvimento dos traços individuais e experiências positivas. O campo da psicologia não deve ser apenas o estudo da patologia, da fraqueza e alívio, mas também o estudo da força e da virtude. Como tal, a psicologia positiva tenta adaptar o método científico para os problemas específicos do comportamento humano, com vista à sua compreensão em toda a sua complexidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Trata-se de uma tentativa para encontrar processos que promovam ajustamentos positivos, sem stress e adversidades ou constrangimentos, uma revolução ao nível do pensamento, da explicação das coisas, não em termos de défices, mas antes, em termos de perspectivas positivas, de observar o bom e o positivo, sem ignorar o lado mau e negativo do comportamento humano (Barros, 2004).

A psicologia positiva sempre existiu, mas dentro de uma abordagem holística e integrada de um corpo de conhecimentos acabou por passar despercebida, sendo uma das suas principais conquistas consolidar, levantar e enaltecer o que se sabe sobre o que faz vida valer a pena, bem como delimitar cuidadosamente as áreas de maior realização (Linley, 2009).

Este movimento da psicologia tem, nos últimos anos, ganho terreno dentro das ciências sociais e do comportamento, abarcando variáveis psicológicas positivas que exercem um papel determinante na prevenção da doença mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Martin Seligman é habitualmente considerado como o fundador da psicologia positiva e enfatiza a importância de ensinar a esperança, resiliência, optimismo, entre outras variáveis positivas, para tornar o homem mais resistente à depressão e capaz de levar uma vida mais produtiva e feliz. Salientam-se vários psicólogos humanistas, como Abraham Maslow, Carl Rogers, e Erich Fromm, que tinham já desenvolvido teorias e práticas que envolviam a felicidade humana. Estas teorias têm, recentemente, encontrado suporte empírico através de investigações de psicólogos humanistas e positivistas (Froh, 2004).

Em suma, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) preconizam que a psicologia se deve debruçar nas forças, construir e solidificar o melhor que a vida oferece, e preocupar-se em promover na pessoa comum a forma mais proveitosa de viver a vida, em vez de se concentrar num processo de cura de pessoas perturbadas. A psicologia positiva procura, ainda, mudar a centralidade do tratamento para a prevenção, onde a sua atuação preventiva se deve focar nas forças humanas que atuam como amortecedores da patologia mental.

Esperança

A esperança pode ser entendida como uma atitude, um valor, uma emoção ou uma virtude, das mais positivas e necessárias para o ser humano, que ajuda a vencer a inércia e a superar as dificuldades (Barros, 2004).

De acordo com Barros (2004):

Esperança significa uma expectativa quanto ao futuro, mais ou menos justificada, atendendo um acontecimento agradável ou favorável. É uma atitude otimista, ao menos do ponto de vista subjetivo. Na verdade, o optimismo é o parente próximo da esperança, embora esta seja mais ampla e talvez com uma conotação mais afectivo-motivacional, enquanto no optimismo prevalece a dimensão cognitiva (p. 119).

A teoria de esperança de Snyder e Lopez (2003; 2005), apesar de, originalmente ter sido construída quase exclusivamente sobre cognições, evoluiu para a inclusão do papel das emoções. Dentro desta teoria, a esperança é definida como um processo de pensamento dirigido para objectivos, no qual as pessoas percebem que podem produzir meios para alcançar esses objectivos desejados (*pathways thinking*), acompanhados pela motivação necessária de continuar a agir nesse sentido (*agency thinking*). Assim, os objectivos formam a componente cognitiva da esperança, constituindo metas das sequências de ação mental e, por outro lado, o sentido diz respeito à componente motivacional, constituindo a capacidade percebida para utilizar os meios, de modo a alcançar os objectivos desejados (Snyder & Lopez, 2005). Estes autores salientam que os meios constituem a capacidade percebida para gerar caminhos possíveis para alcançar os objectivos e explicam que indivíduos com altos níveis de esperança têm a percepção de conseguirem encontrar caminhos alternativos com facilidade e de rapidamente os conseguirem alcançar.

Mais ainda, segundo Snyder e Lopez (2005) a esperança refere-se à percepção de que um indivíduo pode alcançar objectivos desejáveis e trata-se de um estado motivacional positivo, baseado num sentimento de sucesso. Tal processo suscita a convicção de que os indivíduos podem encontrar meios para alcançar os seus objectivos, tornando-se, assim, motivados para os utilizar. Também enfatizam que a esperança motiva as emoções e o bem-estar. Assim, uma maior esperança reflete um elevado sentido de energia mental e de meios para atingir os objectivos (Barros, 2004).

A esperança não é um mero desejo, pois implica necessariamente o empenho total do indivíduo. Intercala-se com a auto-confiança e a auto-estima, os sentimentos de auto-eficácia

e o pensamento alternativo. Este conceito está muito relacionado com o acreditar que se é capaz, que se tem controlo sobre os acontecimentos da vida, com a capacidade de resistir perante as dificuldades (a resiliência), de resolver problemas e encontrar caminhos alternativos para atingir metas.

Num estudo elaborado por Feldman e Snyder (2005), os autores procuraram relacionar a esperança e o sentido de vida, crendo que a primeira era componente principal da segunda, e relacionaram igualmente estes dois constructos com a depressão e a ansiedade. Os resultados revelaram que a esperança pode ser conceptualizada como uma componente do factor sentido de vida. Concluíram também que indivíduos com baixos níveis de sentido de vida apresentam também uma menor esperança e maior depressão. Porém, a relação entre estas variáveis não foi significativa para os indivíduos com elevados níveis de sentido de vida. Por outro lado, verificaram também, como o esperado, que tanto o sentido de vida, como a esperança, se relacionam negativamente com a ansiedade, de forma significativa. Os níveis de ansiedade indicam que a pessoa visualiza o futuro, privilegiando os eventos negativos, e que a esperança, por sua vez, ajuda a combater tal ansiedade, pois as pessoas elaboram expectativas de um futuro positivo.

A linha que separa a esperança do optimismo é muito ténue, mas alguns autores (Scioli et al., 1997) tentaram distinguir estes dois conceitos. Assim, o optimismo é definido como uma expectativa positiva de algo no futuro: “espero que algo de positivo aconteça”. A esperança também é uma expectativa positiva, mas engloba duas componentes: a crença de que se tem capacidades de ação pessoal e o planeamento da forma de atingir esse objectivo (Perloiro et al., 2001 *cit in* V. Silva, 2007). Então, o optimismo relaciona-se com a forma de explicar os acontecimentos da vida, influenciando os níveis de esperança.

A esperança tem sido estudada em termos de ajustamento psicológico, saúde física e desempenho académico e desportivo (Edwards, 2009). Tem-se demonstrado que a esperança está relacionada com comportamentos de *coping* entre os indivíduos que sobrevivem de doença e preocupações de saúde. Por exemplo, em mulheres com cancro da mama, a esperança e a expressão emocional previu a percepção de saúde e de maior vigor (Edwards, 2009). Mais ainda, Scioli et al. (1997), a partir dum estudo que se propôs estudar a relação entre esperança, optimismo e saúde, concluíram que baixos níveis de esperança (mas não de optimismo) estavam correlacionados com diversas dimensões do estado de saúde, incluindo a frequência e a severidade da doença. Ao nível clínico, a esperança tem sido associada a outras variáveis, indicadores positivos de saúde, tais como a satisfação com a vida (Rustøen, Cooper & Miaskowski, 2010), auto-estima e saúde mental (Nunn, 1996 *cit in* V. Silva, 2007).

Segundo Seligman e Csikszentmihalyi (2000), indivíduos com elevados níveis de esperança e optimismo fornecem em si mesmos informação não favorável à sua doença, o que lhes permite ter uma maior preparação face ao confronto com a realidade. Estes autores enfatizam que estudos sobre a prevenção encontraram várias forças humanas, em que se destacam a esperança e o optimismo, variáveis possíveis de superar a doença mental. Também Mattioli, Repinski e Chappy (2008), ao estudarem doentes a receberem quimioterapia, constataram que a esperança ajuda tanto na saúde, como no bem-estar.

Um outro estudo descritivo correlacional, realizado por Felder (2004), explorou a esperança e o *coping* em quatro grupos de doentes com vários diagnósticos de cancro, a saber: cancro maligno gastrointestinal/genitourinário, da mama, cabeça e pescoço, e hematológico. Os quatro resultados principais do estudo são: 1) não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de esperança, estilos de *coping* ou eficácia do *coping* por tipo de cancro; 2) o nível de esperança era relativamente elevado, mesmo em doentes que sabiam que a sua doença estava num estado avançado; 3) foi encontrada uma relação positiva entre esperança, estilo de *coping* utilizado e eficácia do *coping* nos quatro grupos; 4) o nível de esperança era alto e estava relacionado de forma positiva com o *coping* nos doentes com cancro, independentemente do sexo, idade, estado civil, educação ou localização do cancro.

Quanto às mulheres com cancro da mama, os resultados de Schou, Ekeberg, Rulland, Sandvik e Karesen (2004) mostraram que a prevalência de morbidade emocional é significativamente maior nas mulheres pessimistas face às optimistas, sendo o pessimismo um forte preditor da ansiedade e depressão. Estes autores revelaram ainda que as pessimistas, que possuem estilos de *coping* de incapacidade e desesperança, quando recebem o diagnóstico de cancro da mama, têm três vezes maior risco de experienciar depressão um ano depois da cirurgia à mama. Se mulheres optimistas e pessimistas diferem não só nos estilos de *coping*, mas também na forma como preveem a sua morbidade emocional, o mesmo deverá suceder em mulheres com diferentes níveis de esperança, visto este último constructo estar particularmente relacionado com o optimismo.

Os níveis de esperança podem também estar relacionados com o estado civil das mulheres com cancro da mama, no sentido em que as casadas ou que vivem com alguém apresentam níveis superiores (Schjolberg, Dodd, Henriksen & Rustoen, 2011). Mais, Rustøen et al. (2010) verificaram que a esperança é um importante recurso para os doentes oncológicos e tem um grande impacto na sua QdV, mediando parcialmente a associação entre o *distress* psicológico e a satisfação com a vida. Estas investigações apelam para o papel fundamental da esperança em situações de crise, particularmente ao nível da saúde.

Auto-Actualização

A auto-actualização é um estado de alcance pleno do potencial e da aptidão na resolução de problemas e lidar, de forma ajustada, com as situações que vão surgindo ao longo da vida (Perry & Potter, 1999 *cit in* Martins, 2002). Determinados acontecimentos de vida, como a doença oncológica e o sofrimento inerente, providenciam uma reorganização no sistema de valores do sujeito, através da mobilização de aptidões e capacidades pessoais, com o suporte social disponível a fim de estabelecer novas formas de relação com os outros (Martins, 2002).

O conceito de auto-actualização, traduzido normalmente de *self-actualization*, foi utilizado por Goldstein na teoria organísmica e, conseqüentemente, explorado por outros humanistas (Guerra, 1992). Tal como Goldstein afirma, “o organismo sã e normal é aquele no qual a tendência à auto-actualização atua a partir do interior do indivíduo sobrepondo-se aos problemas que surgem na luta com o mundo, não como produto de ansiedade, mas sim, pelo prazer de conquista” (Hall, 1973, p. 339 *cit in* Guerra, 1992). Uma dimensão do constructo geral de auto-actualização que a citação evoca, é a de orientação interior, característica também enfatizada por Rogers. Este autor afirma que “a tendência auto-actualizante requer uma movimentação da dependência para a autonomia” (*cit in* Guerra, 1992, p. 95) e admite que esta movimentação parte do previsível para uma criatividade imprevisível, ressaltando a criatividade como outra importante dimensão (Guerra, 1992).

Vários autores abordam o sentido de vida (e.g., May, 1971; Frankl, 1978) e salientam a importância de descobrir um propósito que impulse o homem a viver (*cit in* Guerra, 1992). Este constitui outra dimensão da auto-actualização e, segundo Frankl, pode ser definido a partir da sua fé religiosa, da necessidade de valorização dos seus potenciais e da responsabilidade que sentia para com os outros seres humanos, em que o sofrimento e a morte são inerentes ao destino humano e, portanto, deve-se enaltecer o trabalho criativo e o amor pelos outros (Guerra, 1992). Além da valorização da criatividade e do sentido de vida, este autor também salienta aspectos existenciais cruciais ao desenvolvimento dos potenciais e à auto-actualização. Para May (1971), o homem após descobrir um sentido de vida passa pelas etapas de consciência, liberdade e responsabilidade da luta (*cit in* Guerra, 1992).

A auto-actualização pode estar relacionada com a saúde mental, como promulgado pelo humanista Maslow, que a coloca no topo da sua pirâmide das necessidades. Na base da hierarquia das necessidades humanas estão as necessidades fisiológicas, seguindo-se as de segurança e proteção, a seguir o amor e o gregarismo, depois a auto-estima e, por fim, a auto-actualização. As pessoas auto-actualizadas gozam de saúde mental adequada, e apresentam

determinadas características, comentadas por Guerra (1998), de acordo com a interpretação que Maslow lhes atribui: percepção acurada e real do mundo, aceitação do eu e dos outros e do mundo como ele é, espontaneidade no comportamento e vida interior, maior concentração nos problemas que no seu Eu, confiança nos recursos e potenciais, além da necessidade de privacidade e solidão, entre outras. As necessidades superiores podem decorrer das próprias motivações do indivíduo que, por sua vez, também são fruto das possibilidades reais de sucesso em atingir os objectivos. De referir, ainda, a influência social e cultural nas motivações humanas (Guerra, 1998).

Em suma, de acordo com Guerra (1992; 1998):

A presença de auto-actualização caracteriza o indivíduo capaz de estar em permanente evolução no desenvolver das suas potencialidades, abrangendo quatro dimensões imprescindíveis à sua definição: sentido de vida, vida criativa, orientação interior e dimensão existencial. O sentido de vida refere-se à existência consciente de um propósito ou missão na vida da pessoa, que faz orientar-se com destino à sua concretização; a vida criativa caracteriza-se pela presença de indicadores que apontam para uma produção original na vida do quotidiano do indivíduo; a orientação interior é definida pela capacidade do indivíduo dar primazia ao seu julgamento, seus valores e ideais, em detrimento da opinião dos outros e da sociedade; e, por fim, a dimensão existencial caracteriza o pensamento que a vida humana é finita, aceita a ansiedade da morte como um processo natural, e aceita o homem como essencialmente bom, capaz de introjetar, sem dicotomia os conceitos antagónicos (p. 97).

O estado de saúde e o contexto de doença providenciam uma oportunidade para o indivíduo instituir novas formas e criar uma nova ordem. Torna-se importante que as pessoas atendam às necessidades de auto-actualização de modo a gerirem um equilíbrio entre as necessidades e as possibilidades, os impulsos e as forças vitais (Martins, Cunha & Coelho, 2005).

“O homem saudável não luta pela sua manutenção homeostática, mas pelo encontro de formas superiores de equilíbrio mesmo que isso signifique correr o risco de ficar doente” (Guerra, 1998, p. 47). Neste contexto, a crise desempenha um papel particularmente importante nos desequilíbrios que surgem na vida do indivíduo, e, por outro lado, esse mesmo desequilíbrio pode ser positivo, ao implicar mudanças que muitas vezes se traduzem com carácter evolutivo (Guerra, 1998).

A doença, nomeadamente o cancro da mama, pode ser considerada uma situação ameaçadora e limitativa, geradora de ansiedade e exigindo um esforço de confrontação, na qual o indivíduo avalia os seus recursos e processos habituais de resolução de problemas. A auto-actualização é uma mais-valia, pois pessoas auto-actualizadas, embora possam ter falhas e dúvidas, geralmente lidam de forma ajustada com os problemas. A pressão do meio físico e social no indivíduo irá potencialmente desencadear processos cognitivos conscientes ao lidar com a ansiedade, sendo esta evocada pelos desafios do meio envolvente. A ansiedade fornece a consciência da finitude da vida, podendo parecer um aspecto vivencial negativo, mas trata-se de um conceito biunívoco, imprescindível à motivação para a mudança e ao desenvolvimento evolutivo do ser humano, e como tal, necessário e positivo à sua realização (Guerra, 1998).

Poucos estudos têm sido realizados em torno deste conceito. Harris (2008), na sua dissertação, descreveu a sua experiência quando se confrontou com o diagnóstico terminal de cancro, estudando o papel das crenças religiosas, da espiritualidade e da fé perante eventos tumultuosos, e o resultado da esperança, coragem, e reconhecimento da melhoria da saúde perante esse sistema de crenças. O seu estudo revelou que a dor e a revolta, provocados pela doença, podem destruir o espírito humano, mas também podem levar ao crescimento pessoal, resultando na auto-actualização.

Também Nesbit (2006), perante o confronto com o diagnóstico de cancro da mama, baseou-se nas palavras de Csikszentmihalyi no que ele denominou por “survival value”, adoptando tais atividades e formas de vida que sustentam os conceitos de criatividade e auto-actualização (e.g., humor, caminhar, socializar, arte, música, escrita, participação nas rotinas), que lhe permitiram encontrar um sentido de vida e percorrer tal jornada de modo a exercer maior controle sobre a sua mente e, por conseguinte, sentir a maioria das circunstâncias como fontes de alegria.

Em suma, o Homem deverá fazer emergir a sua capacidade de auto-organização face às circunstâncias adversas, favorecedoras de um desequilíbrio vital, para que a sua existência não perca o sentido (Martins et al., 2005). O indivíduo, assim, confrontado com um acontecimento negativo como a doença, com a agravante da sua cronicidade, reage, onde uma reação saudável envolve, também, a busca do sentido ou significado do estado da doença (Guerra, 1998).

Depressão

O cancro da mama compromete o bem-estar psicológico da doente, constituindo uma ameaça à sua integridade física, bem como à autoimagem (Santos & Ribeiro, 2001). É susceptível de evocar inúmeras reações emocionais derivadas do impacto do diagnóstico da doença, tais como a ansiedade, depressão, medo, revolta e desesperança (Moorey & Greer, 2002; Matos & Pereira, 2005).

Num sentido amplo, Vaz Serra (1999, p. 330) afirma que a depressão “surge do entrecruzamento de factores predisponentes (genético, vulnerabilidades psicológicas), e precipitantes que afectam a pessoa no seu todo: organismo estado de humor, pensamentos, perspectivas pessoais, vida familiar e profissional”. Os principais sintomas associados a esta patologia são a tristeza, anedonia, fadiga ou perda de energia, pessimismo, inutilidade e culpa, perda de apetite, ansiedade e pensamentos sobre a morte ou de suicídio. Como tal, verifica-se que a pessoa deprimida é afectada nas várias áreas do seu funcionamento, desde o cognitivo, afectivo, comportamental e biológico ao interpessoal e social.

O processo de avaliar a depressão é complicado pela falta de consenso na definição deste constructo, além de que em doentes com cancro acresce-se a dificuldade na distinção entre o que é psicológico ou orgânico, pois existem sintomas da doença ou dos tratamentos que podem ser expressão de sintomas somáticos da depressão (e.g., insónia, perda de apetite). Porém, são vários os estudos que procuram avaliar este conceito em doentes com cancro. Por exemplo, Kleiboer et al. (2010) estudaram a depressão *major* em pessoas com cancro e verificaram que estas relatavam uma grande variedade de problemas daí resultantes. O grande número de problemas relaciona-se com preocupações acerca do bem-estar das pessoas e das dificuldades nas relações interpessoais, enfatizando a avaliação e gestão das doentes.

Quanto ao cancro da mama, há evidência da relação com os sintomas depressivos. Num estudo recente realizado com mulheres com cancro da mama metastático, os resultados indicam que 65% das mulheres apresentam depressão, e especificamente 5 das 25 doentes revelam depressão grave, 10 das 25 apresentam depressão moderada, e as outras 10 depressão leve (Slovacek et al., 2009). Também a QdV global entre estas pacientes se apresenta num nível muito baixo.

Nesta doença, a depressão pode advir de vários factores, nomeadamente das alterações na autoimagem da mulher, onde os problemas sexuais afectam as sobreviventes (Christie, Meyerowitz & Maly, 2009). As repercussões ao nível da auto-estima e da imagem corporal geram, em muitas doentes, transtornos psicológicos e disfunções sexuais, que podem resultar

tanto da ansiedade ou depressão relativas ao cancro, como de danos psicológicos e físicos depois de certos tratamentos.

Mais, a percepção de um adequado apoio social está associado a baixos níveis de depressão e ansiedade, melhor adaptação social e melhor auto-estima, uma mais-valia na redefinição de uma vida menos ameaçadora (Lewis et al., 2001; Sammarco, 2001). Assim, quanto maior for o apoio social menor é o sofrimento (Ferreira, 2009). Portanto, a satisfação de necessidades básicas, nos relacionamentos íntimos, é um importante preditor de níveis mais baixos de depressão em sobreviventes de cancro da mama, na medida em que uma percepção mais elevada do apoio emocional do parceiro está associada a uma menor depressão (Talley, Molix, Schlegel & Bettencourt, 2010)

Os autores Wong-Kim e Bloom (2005) estudaram mulheres com cancro da mama e concluíram que o diagnóstico desta patologia pode conduzir a um aumento de morbidade psicológica, sendo que mulheres que manifestam níveis elevados de dor, bem como baixos níveis de auto-estima e suporte social, tendem a experienciar sintomas significativos de depressão e ansiedade. Por sua vez, factores como o tipo de tratamento sugerido influenciam, quer o ajustamento psicológico das doentes, quer a QdV.

Alguns autores (Bloom et al., 2004) referem que o tempo tem um papel fundamental no processo de adaptação pois, cinco anos após o diagnóstico, 92% das inquiridas avaliaram a sua saúde como boa ou excelente, tanto no domínio físico como mental. Através de um estudo longitudinal levado a cabo por Deshields et al. (2005), verificaram que o fim do tratamento caracteriza-se por sintomas depressivos elevados e uma diminuição da QdV. Porém, constataram uma melhoria significativa após duas semanas, o que demonstra uma rápida recuperação. Tal vai de encontro ao estudo realizado por Wong e Fielding (2007), onde aproximadamente cerca de metade da população caucasiana diagnosticada com cancro da mama enfrentou depressão *major*, sofrendo a outra metade de ansiedade, com diminuição do stresse psicológico ao longo do tempo nesta população.

Também Kessler (2002) constatou que as sobreviventes de cancro da mama esperam que a satisfação com a vida aumente significativamente em cinco anos e encontrou diferenças significativas na QdV entre as doentes diagnosticadas recentemente e aquelas que foram diagnosticados há 10 ou mais anos, na medida em que o tempo de diagnóstico foi positivamente relacionado com a QdV. Apesar disso, o estudo de Friedman et al. (2006) aponta para a não relação do tempo de diagnóstico com a avaliação da QdV ou qualquer outra medida de adaptação. O estudo de Patrão, Leal e Maroco (2008), realizado com 30 mulheres com cancro da mama ao longo do ciclo oncológico (diagnóstico, cirurgia e tratamento),

evidencia que as doentes experienciaram estabilidade emocional desde o momento inicial (diagnóstico) até ao momento final (pós-tratamentos adjuvantes) (*cit in* Pinto, 2007).

Tal controvérsia de resultados assenta nas conclusões de Matos e Pereira (2005) acerca das respostas emocionais negativas, que afirmam que embora diminuam de intensidade durante o processo de adaptação à doença, podem manter-se em alguns casos, verificando-se uma perturbação de adaptação, a qual potencia risco de morbilidade psicológica.

Os estudos também apontam para a idade como um factor que interfere na depressão, em particular, e na QdV, em geral, verificando-se que mulheres mais jovens apresentam piores resultados ao nível da depressão e de outros domínios da QdV (e.g., bem-estar emocional, *distress* psicológico, preocupações associadas ao cancro e pensamentos intrusivos relacionados com a doença), quando comparadas com mulheres mais velhas (Wenzel et al., 1999; Kenefick, 2006; Enright, 2007; Politi, Enright & Weihs, 2007; Harrison, Hayes & Newman, 2010). O grau de incerteza mais elevado face ao futuro em pessoas jovens, bem como o facto de o cancro ser mais agressivo em idades precoces, com tratamentos mais intensivos, são possíveis explicações para estes resultados. Porém, isto é contraposto no estudo de Wenzel et al. (1999), onde as diferenças persistem independentemente dos factores relacionados com os tratamentos.

Um estudo longitudinal revelou que resultados positivos referidos numa primeira avaliação (e.g., maior investimento nas relações familiares, novas prioridades, sentido de espiritualidade, autocontrolo e capacidade de aceitar as circunstâncias) predizem emoções positivas, menor depressão e stresse em avaliações após 4 e 7 anos após o diagnóstico (Carver & Antoni, 2004). Outro facto importante é o das mulheres que praticam regularmente exercício físico, comparativamente com mulheres sedentárias, apresentarem melhores resultados na avaliação da depressão, fadiga e estado de humor (Pinto & Trunzo, 2004).

Apesar das mulheres sobreviventes de cancro da mama serem afectadas transversalmente ao nível da saúde, trabalho, medo da recidiva, preocupações com a família, alterações da autoimagem e vida sexual, Ganz et al. (2004) afirmaram que tendem a apresentar um bom nível de saúde mental, com pouca evidência de estarem deprimidas ou apresentarem predominância de afectos negativos.

Assim, os estudos neste domínio revelam-se um tanto controversos, uma vez que os níveis de depressão se encontram dependentes de inúmeros factores (e.g., idade, tempo, tipo de tratamento, apoio social).

Satisfação com a Vida

A fim de averiguar o impacto das variáveis supramencionadas no processo de adaptação à doença, torna-se importante recorrer a um conceito mais geral que permita inferir acerca desse mesmo processo de adaptação. Como tal, é possível recorrer a conceitos como Qualidade de Vida (QdV), Bem-Estar Subjetivo e Satisfação com a Vida, que se encontram intimamente associados, observando-se uma certa dificuldade quanto às suas definições (Barros, 2004).

Optou-se por avaliar este último constructo, uma vez que existem algumas investigações que relacionam a satisfação com a vida com a doença em geral e, especificamente, com o cancro da mama (Han et al., 2010). Apesar da QdV ter vindo a ser estudada com maior incidência junto deste tipo de população, o instrumento que permite avaliar a satisfação com a vida é de mais fácil administração, o que constitui uma vantagem, tendo em conta a população-alvo em causa.

Sabe-se que a satisfação com a vida está incorporada no conceito mais abrangente de bem-estar subjetivo, que pode ser definido como a percepção individual global de vida num período de tempo definido (Moreira, 2008). Deste modo, abrange quer dimensões físicas, quer psicológicas, sociais e existenciais, mostrando-se relacionado com o *self* (e.g., estar ansioso), com os outros (e.g., estar dependente) e com a sua existência (e.g., estar sem esperança) (Fuhrer, 1994 *cit in* Sveen, Thommessen, Bautz-Holter, Wyller, & Laake, 2004).

O conceito de bem-estar subjetivo é multifacetado, pois é constituído pela afectividade (emoções positivas e negativas) e pela satisfação com a vida, que integra as cognições avaliativas do indivíduo relativamente à sua QdV em geral (Fuhrer, 1994; 2002 *cit in* Sveen et al., 2004).

A satisfação com a vida pode, então, ser definida como a avaliação que cada indivíduo faz da sua satisfação em relação a diferentes aspectos da sua vida (Campbell, 1981 *cit in* Kwan, Bond & Singelis, 1997).

III – ESTUDO EMPÍRICO

1. Pertinência do estudo

Após o levantamento teórico, constatou-se que a nível mundial o cancro da mama constitui a segunda forma de cancro mais frequente na mulher (ACS, 2009/2010) e a primeira causa de cancro em Portugal (Bastos et al., 2007). Apesar dos progressos na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do cancro da mama serem significativos e o seu prognóstico ter melhorado (Allen et al., 2009), esta doença representa, ainda, um importante problema de Saúde Pública, dada a sua incidência e consideráveis riscos em termos de morbi-mortalidade. Além disso, sabe-se que o cancro da mama compromete o bem-estar psicológico da doente e é susceptível de evocar inúmeras reações emocionais, tais como ansiedade, depressão, medo, revolta e desesperança (Matos & Pereira, 2005).

Acresce-se que a psicologia positiva tem-se desenvolvido com vista a focar os fenómenos positivos e a englobar uma visão mais compreensiva do desenvolvimento e existência humanas. Esta corrente abarca variáveis psicológicas positivas que exercem um papel determinante na prevenção da doença mental, tais como a esperança, o optimismo, o sentido de vida, a criatividade, o bem-estar subjetivo, entre outras (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por outro lado, o estado de auto-actualização, que representa o alcance pleno do potencial e da aptidão na resolução de problemas e a forma de lidar, de maneira ajustada, com as situações que surgem ao longo da vida (Perry & Potter, 1999 *cit in* Martins, 2002), revela-se essencial em contextos de saúde.

Deste modo, torna-se pertinente estudar as variáveis positivas esperança e auto-actualização, bem como a variável negativa depressão, em pessoas com carcinoma da mama, a fim de analisar a sua influência na adaptação destas mulheres à doença.

2. Objectivos do estudo e hipóteses de investigação

Tendo por base a revisão da literatura, sabe-se que as variáveis positivas esperança e auto-actualização, bem como a variável negativa depressão, podem exercer a sua influência na adaptação das mulheres com cancro da mama, adaptação essa que pode ser avaliada através da satisfação com a vida. Neste sentido, os principais objectivos da presente investigação são caracterizar as variáveis principais esperança, auto-actualização, depressão e satisfação com a vida em mulheres com carcinoma da mama e averiguar a relação existente entre elas. Como objectivos secundários pretende-se verificar a relação existente entre algumas variáveis principais do estudo e as variáveis idade, tempo de diagnóstico e número de anos de escolaridade, bem como comparar algumas variáveis psicológicas em mulheres: a) que

recorreram ao tipo de tratamento cirúrgico mastectomia ou tumorectomia; b) que vivem com ou sem parceiro; e c) que percebem ou não mudanças de vida decorrentes da doença e tratamentos.

De acordo com Polit & Hungler (1991, p. 139) “uma hipótese prediz as possíveis relações entre as variáveis... serve de ligação entre a teoria e as situações do mundo real, constitui um mecanismo eficaz para ampliar os conhecimentos e oferece diretrizes para a investigação”.

Então, a principal hipótese de investigação é:

- *As participantes que possuem níveis mais elevados de esperança e auto-actualização e menores níveis de depressão estão mais adaptadas, ou seja, apresentam melhor satisfação com a vida.*

Como hipóteses secundárias salientam-se:

- *A idade das participantes interfere com as variáveis depressão e satisfação com a vida, no sentido de que mulheres mais jovens apresentam piores resultados ao nível da depressão e satisfação com a vida face às mais velhas;*

Algumas investigações têm mostrado que mulheres mais jovens com cancro da mama apresentam maior morbidade psicológica face às mais velhas, particularmente ao nível do *distress* (Kenefick, 2006; Enright, 2007; Politi et al., 2007), piores resultados ao nível da depressão e de outros domínios da QdV (Wenzel et al., 1999; Harrison et al., 2010). Os autores defendem, assim, que mulheres mais velhas tendem a reportar menores níveis de depressão, ansiedade, sofrimento emocional e outros sintomas psicológicos associados ao cancro da mama, comparativamente com doentes mais jovens.

- *O tempo de diagnóstico relaciona-se negativamente com o constructo depressão, ou seja, quanto maior o tempo decorrido desde o diagnóstico menores os sintomas depressivos;*

Alguns autores referem que o tempo tem um papel fundamental no processo de adaptação, onde se verifica uma melhoria significativa dos sintomas depressivos ao longo do mesmo (Bloom et al., 2004; Deshields et al., 2005; Wong & Fielding, 2007). Deste modo, pretende-se analisar a influência do tempo decorrido desde o diagnóstico ao nível da depressão.

- *O número de anos de escolaridade relaciona-se de forma positiva com a auto-actualização;*

O estudo de Guerra (1992) para a validação da Escala de Auto-actualização mostra diferenças altamente significativas em relação ao nível de escolaridade (escolaridade básica vs. escolaridade média ou superior), onde pessoas com maiores habilitações apresentam níveis superiores de auto-actualização.

- *O tipo de tratamento cirúrgico influencia os níveis de depressão e satisfação com a vida, no sentido em que mulheres submetidas a mastectomia apresentam níveis mais elevados de depressão e menor satisfação com a vida face às submetidas a tumorectomia;*

Sabe-se que o tipo de tratamento cirúrgico (cirurgia de conservação versus mastectomia) pode condicionar a natureza e extensão dos problemas que podem surgir (Rowland et al., 2000), exercendo um papel preponderante nas diversas áreas de vida destas mulheres (Wong-Kim e Bloom, 2005). Por exemplo, mulheres tratadas com cirurgia conservadora beneficiam de uma QdV superior e maiores níveis de satisfação, face às submetidas a mastectomia ou cirurgia reconstrutiva (Han et al., 2010).

- *Mulheres com parceiro revelam menores sintomas depressivos e maiores níveis de esperança comparativamente com mulheres sem parceiro.*

Ferreira (2009) mostrou que doentes mastectomizadas não casadas apresentam maior morbidade física e psicológica e, conseqüentemente, maior sofrimento. Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko e Furmonavicius (2008) concluíram também que o estado civil de casado tem um impacto significativo na ansiedade e depressão em mulheres com cancro da mama, onde a média dos resultados de depressão em mulheres casadas se mostrou menor do que em mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas. Uma percepção mais elevada do apoio emocional do parceiro parece estar associada a uma menor depressão (Talley et al., 2010). Mulheres com cancro da mama casadas, que vivem com alguém ou que percebem maior apoio emocional, mostram níveis significativamente mais elevados de esperança (McGlynn, 2010; Schjolberg, Dodd, Henriksen & Rustoen, 2011).

- *Mulheres que percebem mudanças negativas de vida decorrentes da doença e tratamentos apresentam níveis mais elevados de depressão e menores níveis de*

esperança, auto-actualização e satisfação com a vida face àquelas que não percebem qualquer mudança.

Carpenter, Brockopp e Andrykowski (1999) sugerem que a auto-transformação, ou seja, as mudanças decorrentes da doença e tratamentos, podem constituir um factor de influência ao nível da auto-estima e bem-estar em sobreviventes com cancro da mama, onde as mudanças negativas correspondem aos piores resultados ao nível da auto-estima e bem-estar. As mudanças negativas ao nível dos sintomas físicos e psicológicos, do emprego e do sistema familiar podem evocar maior morbidade psicológica junto das doentes (Pinto & Trunzo, 2004; Bulotiene et al., 2008).

3. Método

3.1. Participantes

As participantes do estudo são mulheres com cancro da mama que se encontram inscritas no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPOPFG, E.P.E.), sendo uma amostra não probabilística, uma vez que a probabilidade de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida, por conveniência ou sequencial, pois os indivíduos são elegíveis para participar no estudo conforme vão aparecendo (Ribeiro, 1999).

Os critérios de inclusão quanto à amostra foram: 1) participantes do sexo feminino com o diagnóstico de cancro da mama; 2) maiores de 18 anos; 3) estarem a ser acompanhadas no IPOPFG, E.P.E.; 4) mínimo de escolaridade 4 anos; 5) não existência de problemas de comunicação e 6) vontade de participar no estudo.

Salienta-se que as participantes preencheram os instrumentos no quarto após cirurgia, condições apresentadas pelo Diretor do Serviço, uma vez que tal processo se mostrava moroso e, desta forma, era possível estabelecer um clima de maior proximidade e privacidade com as doentes. Assim sendo, a maior parte das participantes encontrava-se na mesma fase do processo oncológico, ou seja, na fase pós-operatória após diagnóstico da doença.

Estimou-se a recolha de 60 protocolos, sendo 30 de mulheres submetidas a mastectomia e 30 a tumorectomia. No final foram preenchidos 71 protocolos (40 mastectomias e 31 tumorectomias), em que foram eliminados 10, por motivos de pouca clareza nas respostas dadas quanto ao tempo de diagnóstico, por se tratar de recidiva, pela cirurgia recente ser profiláctica com reconstrução imediata e, por dúvidas quanto ao cancro oncológico da mama ser primário. Para a caracterização da amostra e fins estatísticos foram ainda excluídos mais 6 protocolos por serem referentes a mulheres submetidas primeiramente a tumorectomia e,

numa fase posterior, mastectomia (alargamento das margens cirúrgicas). Desta forma, a amostra do estudo ficou com um total de 55 participantes ($N = 55$), das quais 29 foram submetidas a mastectomia e 26 a tumorectomia (cf. Quadro 2).

O quadro seguinte caracteriza a amostra quanto aos dados sociodemográficos.

Quadro 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra quanto às Variáveis Idade, Estado Civil, Anos de Escolaridade, Habilitações Literárias e Situação Profissional Atual (N = 55)

| | M (DP) | Máximo | Mínimo | N | % |
|-------------------------|---------------|--------|--------|----|------|
| Idade | 54.33 (11.03) | 79 | 32 | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Solteira | | | | 2 | 3.6 |
| Casada | | | | 38 | 69.1 |
| Separada/Div. | | | | 6 | 10.9 |
| Viúva | | | | 7 | 12.7 |
| União de facto | | | | 2 | 3.6 |
| Anos de Esc. | 8.09 (4.96) | 4 | 21 | | |
| Habilitações Literárias | | | | | |
| 1º Ciclo | | | | 25 | 45.5 |
| 2º Ciclo | | | | 6 | 10.9 |
| 3º Ciclo | | | | 8 | 14.5 |
| Ensino Secund. | | | | 6 | 10.9 |
| Ensino Superior | | | | 10 | 18 |
| Situação Profissional | | | | | |
| Ativa | | | | 4 | 7.3 |
| Desempregada | | | | 2 | 3.6 |
| Baixa/atestado | | | | 25 | 45.5 |
| Nunca trab. | | | | 1 | 1.8 |
| Doméstica | | | | 10 | 18.2 |
| Reformada | | | | 13 | 23.6 |

As mulheres da amostra ($N = 55$) apresentam idades compreendidas entre os 32 e os 79 anos ($M = 54.33$; $DP = 11.03$). As participantes são predominantemente casadas (69.1%) e vivem acompanhadas por familiares (90.9%), que são os cônjuges, companheiros, pais e/ou filhos. Apenas uma participante não tem filhos, tendo a maior parte 1 e 2 filhos (30.9% e 52.7%, respectivamente).

As doentes apresentam uma média de anos de escolaridade de 8.09 anos ($DP = 4.96$), verifica-se que mais de metade da amostra tem como habilitações literárias o 1º e 2º ciclos (56.4%). Com o 3º ciclo a percentagem é de 14.5% das participantes, e com o ensino secundário 10.9%. Cerca de 10 mulheres (18.2%) continuaram a estudar após o 12º ano, embora com um número de anos variável. Relativamente à situação profissional atual, a maioria encontra-se de baixa (45.5%).

O quadro seguinte mostra os dados clínicos da amostra.

Quadro 2

Caracterização Clínica da Amostra quanto às Variáveis Tipo de Cirurgia, Tratamentos Complementares, Tempo de Diagnóstico (em meses), Percepção de Mudanças de Vida (N = 55)

| | | M (DP) | Máximo | Mínimo | N | % |
|------------------|---------------|-------------|--------|--------|----|------|
| Tipo de Cirurgia | Mastectomia | | | | 29 | 52.7 |
| | Tumorectomia | | | | 26 | 47.3 |
| Tratamentos | Nenhum | | | | 47 | 85.5 |
| Complementares | Quimioterapia | | | | 5 | 9.1 |
| | Reconstrução | | | | 3 | 5.5 |
| Tempo Diag. | | 3.03 (2.05) | 10.00 | 0.50 | | |
| Percepção de | Sim | | | | 32 | 58.2 |
| Mudanças | Não | | | | 23 | 41.8 |

Das 55 participantes 29 foram submetidas a mastectomia (52.7%) e 26 a tumorectomia (47.3%). A maioria não se submeteu ainda a qualquer tratamento complementar além da cirurgia (85.5%). Ressalta-se que a reconstrução das 3 doentes incluídas na amostra não foi após cirurgia profiláctica, mas numa fase posterior do diagnóstico de cancro da mama primário. O tempo médio de diagnóstico foi de 3.03 ($DP = 2.05$), encontrando-se a maioria (69.1%) entre o 2º e 4º mês após diagnóstico.

Quanto à percepção de mudanças decorrentes da doença e tratamentos, cerca de 58.2% das participantes percepcionou mudanças. Salienta-se que as mudanças apontadas pelas doentes remontam, essencialmente, a mudanças negativas a nível físico e psicológico, ao nível do emprego e sistema familiar. 61.8% das mulheres referem a existência de algum familiar com cancro.

3.2. Instrumentos

As escalas utilizadas na presente investigação são a Escala Sobre a Esperança (Barros, 2003), a Escala de Auto-Actualização (Guerra, 1992), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Zigmond & Snaith, 1983; tradução e adaptação por Pais-Ribeiro et al., 2006) e a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; tradução e adaptação por Neto, 1993). O uso de instrumentos já testados na população portuguesa foi um aspecto a ter em consideração, tendo em conta a sua fiabilidade e validade.

Ressalta-se que cada participante assinou a declaração de consentimento informado seguindo os princípios da declaração de Helsínquia (cf. Anexo I) e preencheu um questionário para a obtenção da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (cf. Anexo II). Este questionário é constituído por duas partes: a primeira refere-se aos dados sociodemográficos, onde constam as variáveis idade, estado civil, número de filhos, anos de escolaridade completos, profissão, situação profissional atual e agregado familiar; a segunda é relativa aos dados clínicos, onde se pretende recolher alguns elementos sobre a história clínica desta população, tais como o período de tempo decorrido desde o diagnóstico, tipo de tratamentos, mudanças de vida decorrentes da doença e existência de algum familiar com cancro.

Escala sobre a Esperança

A Escala sobre a Esperança (Barros, 2003) pretende avaliar as atitudes das pessoas face ao futuro. Este instrumento possui 6 itens, elaborados a partir da teoria psicológica sobre a esperança, onde os sujeitos se devem posicionar numa escala de 1 a 5 pontos, entre “totalmente em desacordo (absolutamente não)” e “totalmente de acordo (absolutamente sim)” (cf. Anexo III). A pontuação total do questionário é obtida pela soma direta dos itens elegidos pela inquirida, variando entre 30 e 6, em que 30 corresponde ao máximo de esperança e 6 ao mínimo. Salienta-se que em relação à idade, o valor médio para a população saudável (estudantes universitários), na qual a escala foi estudada, situa-se nos 21.9, com um desvio-padrão de 3.7, não se verificando diferenças significativas com o outro grupo alvo estudado correspondente a estudantes do ensino básico ($M = 21.5$, $DP = 3.4$). Foram encontrados resultados pouco significativos quanto à influência da religião e do sexo na esperança (Barros, 2003).

Nesta escala, a esperança (disposicional ou traço de personalidade) é encarada como um constructo unifactorial, pois, apesar de Snyder & Lopez (2005) insistirem na multidimensionalidade e falarem nas três componentes da esperança – objectivo, meios e

pensamento de ação (*goal, pathways, and agency thoughts*) - estes serão reduzidos a um, uma vez que pensar na ação está implícito nos objectivos que incluem também os meios (Barros, 2003). A análise factorial confirmou isto, pois foi apresentado um único *eigenvalue* superior a 1, concretamente 3.0, explicando por si só 49.2% da variância total, tratando-se, portanto, duma escala unifactorial (Barros, 2003).

Quanto à consistência interna da escala, esta foi verificada através do coeficiente de alfa de Cronbach que apresentou um índice de 0.80 (Barros, 2003), valor passível de ser considerado elevado, devido aos poucos itens constituintes da escala. Assim, juntamente com a estrutura factorial, pode ser considerada uma escala com boa fidelidade ou consistência interna.

Escala de Auto-Actualização

A Escala de Auto-Actualização (Guerra, 1992) foi realizada pela autora, inspirada no instrumento construído por Shostrom (“P.O.I. – *Personal Orientation Inventory*”), para avaliar o indivíduo quanto ao desenvolvimento das suas potencialidades (auto-actualização). Esta abrange as quatro dimensões imprescindíveis à sua definição: sentido de vida (SV), orientação interior (OI), vida criativa (VC) e dimensão existencial (DE) (Guerra, 1992). Esta escala deve ser administrada apenas a maiores de 18 anos, apesar das perguntas serem de um português claro e acessível a vários níveis de escolaridade (Guerra, 1992). Segundo Guerra (1992), “esta escala apresenta a vantagem de ser bastante abreviada e de fácil correção” (p. 98). Trata-se de uma escala discriminatória para populações normais, psiquiátricas e auto-actualizadas, sendo um instrumento com garantia de precisão (Guerra, 1992).

Na sua versão final, a escala é constituída por 33 itens (cf. Anexo IV), onde 9 são referentes ao sentido de vida (do *item* 1 ao *item* 8), 7 à vida criativa (do *item* 10 ao *item* 16), 10 à orientação interior (do *item* 17 ao *item* 26) e 7 itens dizem respeito à dimensão existencial (do *item* 27 ao *item* 33). Os sujeitos devem posicionar-se numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “concordo muito” e 5 a “discordo muito”.

Existem itens de formulação negativa, havendo concordância nas pontuações: 1-corresponde a 1, etc., e com cotação invertida para os itens de formulação positiva: 1-corresponde a 5, etc.. Os itens de formulação positiva, em que se converte a cotação, são: 1, 3, 4, 8, 11, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32 e 33. Todos os outros itens são de formulação negativa e, portanto, pontuados no mesmo sentido.

A análise factorial demonstrou a existência de 9 factores com valores próprios (*eigenvalue*) superior a 1 com um total de variância original de 57.5%, procurando fazê-los

corresponder a cada uma das dimensões em estudo, caso fossem representativos (Guerra, 1992). O coeficiente de alfa obtido para a escala geral foi de 0.84, sendo um valor satisfatório ilustrativo da precisão do instrumento. Relativamente a cada subescala, os valores de alfa foram significativos do grau de fiabilidade, a saber: 0.76 para o SV, 0.70 para a VC, 0.72 para a OI e 0.58 para a DE.

O *score* máximo da escala é de 165 pontos, o que significa elevada auto-actualização e, o mínimo de 33 pontos, que corresponde a uma baixa auto-actualização. Os valores médios para os grupos normal, psiquiátrico e auto-actualizado são $M = 118.9$ ($DP = 10.9$), $M = 104.63$ ($DP = 10.221$) e $M = 125.5$ ($DP = 11.6$), respectivamente, sendo tais diferenças estatisticamente significativas (Guerra, 1992). Uma média inferior a 114 é incluída numa primeira categoria (ausência ou diminuta forma de auto-actualização), uma média entre 115 e 124 na categoria 2 (auto-actualização ligeiramente superior à anterior, mantendo-se baixa a orientação interior e criatividade) e, acima de 125 divididos em categoria 3 (auto-actualização predominante com suporte social diminuto) e categoria 4 (grande capacidade de auto-actualização e elevado suporte social).

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar consiste numa tradução e adaptação para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2006) da HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Este instrumento foi concebido não só para identificar indivíduos com ansiedade e depressão em contextos clínicos, como para ajudar os técnicos de saúde a avaliar diferentes graus de perturbação emocional (Snaith & Zigmond, 1983 *cit in* Pais-Ribeiro et al., 2006). Os itens da HADS são pouco afectados pelos sintomas decorrentes do estado patológico, que podem ser consequências secundárias dos tratamentos (Snaith, 2003 *cit in* Pais-Ribeiro et al., 2006).

A HADS é um instrumento breve, acessível aos doentes, de fácil compreensão e cotação. É constituída por 14 itens, distribuídos por duas subescalas, cada uma de sete itens, que avaliam a ansiedade (itens 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) e a depressão (itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) (cf. Anexo V). Cada item possui quatro opções de resposta (0-3), em que cada categoria, ansiedade e depressão, varia desde 0 e 21. O tempo de preenchimento da escala é de 2-5 minutos (Pais-Ribeiro et al., 2006).

Relativamente aos resultados, uma pontuação entre 0 e 7 é considerada “normal”, entre 8 e 10 “leve”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “severa”. Segundo Snaith (2003) uma pontuação de 11 ou mais indica a provável presença de uma perturbação de humor e o valor

entre 8-10 pode ser sugestivo desse mesmo estado (*cit in Pais-Ribeiro et al., 2006*). Esta escala é geralmente bem aceite por doentes com diferentes patologias, idades e grupos educacionais distintos.

Segundo o estudo de Pais-Ribeiro et al. (2006), foi considerado o 11 como ponto de corte para a depressão e a ansiedade. O alfa de Cronbach para a ansiedade foi de 0.76 e para a depressão 0.81, o que mostrou consistência interna para ambas as escalas. Foram encontrados dois factores resultado que explicam 46.63% da variância total, sendo o 1º factor a depressão e o 2º a ansiedade. Um grande grupo de itens mostrou um grande peso factorial ($\approx .40$) no factor a que não pertenciam.

Estes autores procuraram ainda saber se a HADS era uma medida de estado ou traço e os resultados mostraram que a escala mede um estado, como previsto. Mais, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de doentes para a ansiedade e para a depressão, e os valores para a depressão mostraram-se mais baixos que os níveis de ansiedade em todos os grupos, excepto nos doentes deprimidos. A correlação entre a escala de ansiedade e depressão foi elevada, o que sugere a dificuldade na distinção destes dois conceitos.

Escala de Satisfação com a Vida

A Escala de Satisfação com a Vida (ESV) trata-se da tradução e adaptação para a população portuguesa por Neto (1993) da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) de Diener e colaboradores (1985). Tem como objectivo avaliar a satisfação com a vida enquanto processo de juízo cognitivo (Neto, 1993).

Esta escala é composta por cinco itens (cf. Anexo VI), cujas possibilidades de resposta se apresentam em forma de escala de Likert de 7 pontos, correspondendo: 1 = fortemente em desacordo, 2 = desacordo, 3 = levemente em desacordo, 4 = nem de acordo nem em desacordo, 5 = levemente de acordo, 6 = acordo, 7 = fortemente de acordo. O resultado total da escala corresponde à soma da cotação de cada um dos itens, variando entre 5 e 35. Assim sendo, quanto mais elevado o valor obtido, maior a satisfação com a vida (Neto, 1993).

No estudo realizado por Neto (1993), a média na ESV em adolescentes portugueses foi de 24.1 ($DP = 5.9$). Quanto à consistência interna da escala, as correlações mostraram a existência de um único factor (*eigenvalue* > 1), explicando cerca de 53.3% da variância. O coeficiente de alfa foi 0.78, ou seja, satisfatório e, ainda, a homogeneidade foi bastante aceitável, com o valor médio de correlação entre itens de 0.41.

A análise de variância revelou um efeito significativo do género e do nível socioeconómico (NSE), no sentido em que adolescentes rapazes e vindos de famílias com um

NSE médio/baixo apresentaram resultados mais elevados na ESV comparativamente com adolescentes do género feminino e provenientes de famílias de NSE mais alto. Foi também mostrado que a satisfação com a vida é um dos principais componentes da percepção de felicidade, pois obtiveram-se valores elevados de correlação entre estes dois constructos, o que evidencia a validade da escala com adolescentes. Mais ainda, os resultados estão associados a medidas psicológicas de solidão, ansiedade social, vergonha, autoconceito, e atratividade física, em que as variáveis que melhor predizem a satisfação com a vida são o autoconceito, a solidão e a atratividade física (Neto, 1993).

É possível afirmar que o estudo de Neto (1993) vai de encontro com a visão de Diener e colaboradores (1985), onde a ESV pode ser aplicada a pessoas de diferentes grupos etários, e, como neste caso, a adolescentes.

3.3. Procedimentos

O projeto de investigação foi apresentado à Comissão de Ética do IPOFG, E.P.E., a fim de se obter autorização formal pelo Diretor da Administração para o prosseguimento do estudo. Como tal, foram apresentados os objectivos e procedimentos da investigação, com ênfase no carácter voluntário de participação e confidencialidade dos resultados.

Após aprovação do estudo os instrumentos foram aplicados nos pisos de internamento cirúrgico do IPOFG, E.P.E., desde início de Novembro de 2010 até Janeiro de 2011. O acesso aos pisos e respectivos quartos das doentes operadas recentemente por neoplasia maligna da mama, deu-se a partir da verificação diária das listagens de internamento cirúrgico. As instruções foram dadas oralmente às participantes, onde se comunicaram os objectivos do estudo, as responsáveis pelo mesmo, bem como o carácter voluntário e a confidencialidade da participação. No caso de resposta positiva, as participantes foram instruídas a completarem os instrumentos. Os questionários deviam ser preferencialmente auto-preenchidos, embora na maior parte dos casos, a investigadora tenha auxiliado a respondente no seu preenchimento, pois a maioria das doentes apresentava limitações de mobilidade (e.g., acamadas, com o cateter).

Numa fase posterior fez-se a análise e tratamento dos dados recolhidos mediante a utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Recorreu-se a uma análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas de modo a caracterizar a amostra e as variáveis principais. Realizaram-se também análises

inferenciais: estudos correlacionais (teste coeficiente de correlação produto-momento de Pearson) e análises de diferenças (teste *t* de Student).

4. Resultados

Caracterização das Variáveis Principais

Quadro 3

Medidas Descritivas das Variáveis Principais Esperança, Auto-Actualização, Depressão e Satisfação com a Vida (N = 55)

| | | M (DP) | Máximo | Mínimo |
|-----------------------|----------------------|----------------|--------|--------|
| Esperança | | 23.76 (4.46) | 30 | 12 |
| Auto-Actualização | Sentido de Vida | 31.62 (4.7) | 40 | 20 |
| | Vida Criativa | 22.13 (4.21) | 34 | 16 |
| | Orientação Interior | 36.04 (6.39) | 49 | 22 |
| | Dimensão Existencial | 27.42 (3.02) | 35 | 22 |
| | Total | 120.65 (14.46) | 156 | 92 |
| Depressão | | 4.85 (3.96) | 15 | 0 |
| Satisfação com a Vida | | 27.96 (5.63) | 35 | 11 |

As participantes apresentam um valor médio de esperança de 23.76 ($DP = 4.46$), valor superior ao encontrado no estudo de Neto (2003) para estudantes universitários ($M = 21.9$, $DP = 3.7$) e estudantes do ensino básico ($M = 21.5$, $DP = 3.4$). Quanto à escala de auto-actualização, as mulheres apresentam uma média de 120.65 ($DP = 14.46$), valor situado entre a média encontrada por Guerra (1992) para os grupos normal e auto-actualizado ($M = 118.9$, $DP = 10.9$, e $M = 125.5$, $DP = 11.6$, respectivamente). Segundo Guerra (1992), as participantes situam-se na categoria 2, com uma auto-actualização ligeiramente superior à 1ª categoria, mantendo-se baixa a orientação interior e criatividade. Relativamente ao constructo depressão, as participantes apresentam uma média de 4.85 ($DP = 3.96$), valor abaixo do ponto de corte sugerido por Pais-Ribeiro et al. (2006) -11, podendo ser considerado “normal”.

Por fim, quanto à satisfação com a vida, as doentes apresentam um nível médio de 27.96 (5.63), valor superior à média encontrada por Neto (1993) em adolescentes portuguesas ($M = 24.1$, $DP = 5.9$).

Relação entre as Variáveis

O Quadro 4 apresenta a relação existente entre as variáveis principais do estudo.

Quadro 4

Coefficientes de Correlação de Pearson entre a Esperança, Auto-Actualização, Depressão e Satisfação com a Vida

| | Esperança | Auto-Actualização | Depressão | Satisfação com a Vida |
|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-----------------------|
| Esperança | | .52(**) | -.54(**) | .34(*) |
| Auto-Actualização | | | -.42(**) | .26 |
| Depressão | | | | -.31(*) |

Nota * $p < .05$; ** $p < .01$.

Quanto à relação entre as variáveis principais do estudo verifica-se que todas se encontram relacionadas entre si de forma estatisticamente significativa, excepto a variável auto-actualização e satisfação com a vida que não estão correlacionadas.

Assim, pode-se afirmar que as participantes que possuem níveis mais elevados de esperança também apresentam menores níveis de depressão e, por sua vez, valores mais elevados de satisfação com a vida. Por outro lado, a depressão correlaciona-se de forma negativa com a satisfação com a vida. Nota-se também que, apesar de não correlacionada com a satisfação com a vida, a auto-actualização correlaciona-se positivamente com a esperança e negativamente com a depressão.

O Quadro 5 apresenta a relação existente entre algumas variáveis principais e as variáveis idade, tempo de diagnóstico e número de anos de escolaridade.

Quadro 5

Coefficientes de Correlação de Pearson entre a Auto-Actualização, Depressão e Satisfação com a Vida e as Variáveis Idade, Tempo de Diagnóstico (em meses) e Anos de Escolaridade

| | Auto-Actualização | Depressão | Satisfação com a Vida |
|----------------------|-------------------|-----------|-----------------------|
| Idade | | .14 | .10 |
| Tempo de Diagnóstico | | .13 | -.15 |
| Anos de Escolaridade | .49(**) | | |

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$.

A idade das participantes não se correlaciona, nem com a depressão ($r = .14$; $p = .29$), nem com a satisfação com a vida ($r = .10$; $p = .47$). No entanto apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a variável positiva esperança ($r = .37$; $p < .01$), no sentido de que doentes mais novas apresentam maiores níveis de esperança, e vice-versa.

O tempo de diagnóstico não apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a variável depressão ($r = .13$; $p = .36$).

O número de anos de escolaridade está estatisticamente correlacionado de forma significativa ($r = .49$; $p < .01$) com a variável auto-actualização.

Diferenças entre Grupos

O quadro seguinte fornece os resultados relativamente à diferença entre os grupos de mulheres submetidas a mastectomia e tumorectomia em função da depressão e satisfação com a vida.

Quadro 6

Valores T de Student relativos à Depressão e Satisfação com a Vida em Mulheres Submetidas a Mastectomia ou Tumorectomia

| | Tipo de Cirurgia | M (DP) | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|------------------|--------------|----------|----------|
| Depressão | Mastectomia | 5.17 (3.87) | .63 | .53 |
| | Tumorectomia | 4.50 (4.09) | | |
| Satisfação com a Vida | Mastectomia | 27.07 (6.44) | -1.25 | .22 |
| | Tumorectomia | 28.96 (4.47) | | |

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$.

Os resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (mulheres mastectomizadas ou tumorectomizadas) em relação a qualquer uma das variáveis principais deste estudo.

Também exploramos as diferenças nestes grupos relativas à variável esperança e à variável auto-actualização não tendo, no entanto, sido encontradas diferenças significativas.

O quadro seguinte fornece os resultados relativamente à diferença entre os grupos de mulheres com parceiro (casadas e em união de facto) e sem parceiro (solteiras, divorciadas/separadas e viúvas), quanto às variáveis esperança e depressão.

Quadro 7

Valores T de Student relativos à Esperança e Depressão entre Mulheres Com e Sem Parceiro

| | Estado Civil | M (DP) | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------|--------------|--------------|----------|----------|
| Esperança | Sem parceiro | 24.53 (5.67) | .78 | .44 |
| | Com parceiro | 23.48 (3.97) | | |
| Depressão | Sem parceiro | 4.93 (4.48) | .09 | .93 |
| | Com parceiro | 4.83 (3.80) | | |

*Nota: * p < .05; ** p < .01.*

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (mulheres sós ou acompanhadas) e estas duas variáveis. Também não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre os dois grupos e qualquer uma das outras variáveis principais.

O quadro seguinte fornece os resultados relativamente à diferença entre os grupos de mulheres que percebem mudanças de vida negativas decorrentes da doença e tratamentos e as que não percebem mudanças, em função das principais variáveis do estudo.

Quadro 8

Valores T de Student relativos à Esperança, Auto-Actualização, Depressão e Satisfação com a Vida entre Mulheres Com ou Sem Mudanças de Vida Decorrentes da Doença e Tratamentos

| | Mudanças de Vida | M (DP) | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|------------------|----------------|----------|----------|
| Esperança | Sim | 22.81 (5.13) | -2.08 | .04(*) |
| | Não | 25.09 (2,95) | | |
| Auto-Actualização | Sim | 120.56 (15,75) | -0.06 | .96 |
| | Não | 120.78 (12.79) | | |
| Depressão | Sim | 6.31 (4.22) | 3.87 | .00(**) |
| | Não | 2.83 (2.42) | | |
| Satisfação com a Vida | Sim | 25.84 (6.18) | -4.07 | .00(**) |
| | Não | 30.91 (2.89) | | |

*Nota: * p < .05; ** p < .01*

Existem diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis, à exceção da variável auto-actualização.

Ressalta-se, mais uma vez, que as mudanças apontadas pelas doentes apresentam-se na sua concepção negativa. Seguem-se alguns exemplos de respostas das mudanças percebidas pelas participantes: “Limitações físicas”, “Deixei de trabalhar”, “Sinto-me desorientada”, “Envelheci muito”, “Tenho maior ansiedade”, “Sinto medo”, “Nunca mais tive a mesma qualidade de vida”, “Limitações nos movimentos, perda de força no braço”, “O meu marido está mais abatido”, “Momentos dolorosos e vida com filhos mais complicada, pelo facto de não os poder acompanhar como antes”, “Aspecto físico”, “Tristeza, angústia, revolta”, “Desanimada”, “Passo o tempo a chorar e penso que não vou ficar boa”, “Inativa e mais nervosa”, “Nunca mais fui a mesma, fui sempre ativa e agora não”, “Choque”, “Deixei de fazer a minha vida, tenho estado a descansar e não faço nada”. De uma forma geral, as mudanças negativas são referentes a sintomas físicos e psicológicos, ao nível do emprego e sistema familiar.

5. Discussão

Caracterização das Variáveis Principais: Esperança, Auto-Actualização, Depressão e Satisfação com a Vida e sua Relação

Os resultados mostram que as participantes apresentam elevados níveis de esperança. Tal vai de encontro com o estudo de Felder (2004), onde o nível de esperança foi relativamente elevado, mesmo em doentes oncológicos que sabiam que a sua doença estava num estado avançado. Porém, no estudo de Denewer, Farouk, Mostafa e Elshamy (2011), com 301 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, os níveis mais elevados de esperança foram percebidos apenas por 89 mulheres, uma menor percentagem da amostra (29.6%). Um baixo grau de esperança foi relatado por 103 pacientes (34.2%) e um grau moderado por 109 doentes (36.2%).

Quanto à escala de auto-actualização, as mulheres revelam um bom nível de auto-actualização, superior ao grupo normal e inferior ao valor do grupo auto-actualizado, encontrado por Guerra (1992).

Relativamente ao constructo depressão, as participantes situam-se dentro do padrão “normal”, apesar de haver evidência entre o cancro da mama e sua relação com os sintomas depressivos. Num estudo recente realizado com mulheres com cancro da mama metastático, os resultados indicaram que 65% das mulheres apresentam depressão (Slovacek et al., 2009).

Apesar das mulheres sobreviventes de cancro da mama serem afectadas transversalmente ao nível da saúde, trabalho, medo da recidiva, preocupações com a família, alterações da autoimagem e vida sexual, Ganz et al. (2004) afirmaram que tendem a apresentar um bom nível de saúde mental, com pouca evidência de estarem deprimidas ou apresentarem predominância de afectos negativos, como os resultados demonstram.

Por fim, quanto à satisfação com a vida, as doentes apresentam um valor superior à média encontrada por Neto (1993) em adolescentes portuguesas, podendo-se afirmar que a amostra apresenta um nível elevado desta variável resultado.

Todas as variáveis principais do estudo se encontram relacionadas entre si de forma estatisticamente significativa, excepto a variável auto-actualização e satisfação com a vida. Desta forma, a principal hipótese de investigação é parcialmente confirmada.

A não relação encontrada pode dever-se ao facto da variável auto-actualização não ter sido compreendida na sua essência pelas participantes. Na realidade verificamos que níveis mais elevados de auto-actualização estão relacionados com níveis mais elevados de escolaridade e, na nossa amostra, grande parte das mulheres não ultrapassa o 2º ciclo de escolaridade. Mais, a auto-actualização é um conceito que incorpora várias dimensões (sentido de vida, vida criativa, orientação interior e dimensão existencial) podendo uma dessas dimensões estar mais presente do que outra, e um diminuto sentido de vida ou orientação interior, por exemplo, podem comprometer o resultado global da auto-actualização.

Então, de acordo com os resultados obtidos, as participantes com maior esperança apresentam menores níveis de depressão, valores mais elevados de auto-actualização e melhor satisfação com a vida. Verifica-se ainda que pessoas mais deprimidas possuem níveis inferiores não só de esperança, mas também de auto-actualização e de satisfação com a vida.

A auto-actualização relaciona-se diretamente com a esperança e inversamente com a depressão, mas não apresenta correlação com a satisfação com a vida. Poderá dizer-se que a auto-actualização tem uma influência indireta na satisfação com a vida, através destas duas variáveis.

Estes resultados vão ao encontro do postulado sobre as forças humanas, como a esperança e o optimismo, que atuam como amortecedores da patologia mental, explicando, assim, a correlação negativa significativa entre as variáveis psicológicas positivas (esperança e auto-actualização) e a depressão, constructo psicológico negativo. Poder-se-á inferir, perante estes resultados, que uma perspectiva de vida positiva, o sentir esperança e sentido de vida, conduz a um maior bem-estar (Pinto & Ribeiro, 2010), logo à menor manifestação de sintomatologia depressiva.

No estudo de Mickley, Soeken e Belcher (1992) com mulheres com cancro da mama, a esperança foi positivamente correlacionada com o Bem-Estar Espiritual e seus componentes, tendo sido o Bem-Estar Existencial, uma componente do Bem-Estar Espiritual, o principal preditor da esperança. Também Harris (2008) enalteceu o papel das crenças religiosas, da espiritualidade, da fé e da esperança, reconhecendo uma melhoria de saúde perante este sistema de crenças. Sabe-se que a auto-actualização inclui a dimensão existencial, conceito que incorpora alguma forma de espiritualidade e, como tal, os estudos anteriores sustentam a relação significativamente positiva encontrada entre a esperança e a auto-actualização.

Se o optimismo pode ser considerado como parente próximo da esperança (Barros, 2004), pois a linha que separa estes constructos é muito ténue (Scioli et al, 1997), pode-se tecer uma comparação similar entre os resultados do estudo de Schou et al. (2004), que revelaram uma prevalência significativamente maior de morbidade emocional nas mulheres pessimistas com cancro da mama face às optimistas, e os resultados da presente investigação, onde as mulheres com maiores níveis de esperança apresentam menores sintomas depressivos, e vice-versa.

Nesse mesmo sentido salienta-se a teoria de Snyder e Lopez (2005), que revela que a esperança motiva as emoções e o bem-estar, fazendo sentido que as mulheres do estudo com maior esperança também revelem níveis superiores de satisfação com a vida, um conceito mais geral. Os estudos têm vindo a demonstrar que a esperança se encontra significativamente relacionada, de forma positiva, com a QdV, em doentes com cancro da mama (Gumus, Cam & Malak, 2011).

No estudo realizado por Feldman e Snyder (2005) acerca da relação entre a esperança e o sentido de vida, assim como entre estes dois constructos e a depressão e ansiedade, verificou-se que a esperança se relaciona negativamente com a ansiedade, de forma significativa. Além disso, a interação entre a esperança e a depressão foi forte para indivíduos com baixos níveis de sentido de vida, mas não foi significativa para sujeitos com níveis elevados de sentido de vida, ou seja, apenas sujeitos com valores inferiores de sentido de vida apresentaram valores mais baixos de esperança e mais elevados de depressão, conforme previsto, não se verificando o contrário. Sabe-se que a auto-actualização incorpora o sentido de vida, conceito utilizado por Feldman e Snyder (2005) e, tal como previsto, verificou-se neste estudo que pessoas com maiores níveis de auto-actualização apresentam menores níveis de depressão e maior esperança, apesar de não se verificar uma correlação estatisticamente significativa entre esta variável e o conceito geral de satisfação com a vida.

Nesse mesmo estudo, os autores afirmaram que os níveis de ansiedade levam à visualização de um futuro que privilegia os eventos negativos, e que a esperança, por sua vez,

ajuda a combater tal ansiedade, pois as pessoas elaboram expectativas de um futuro positivo. Dessa mesma forma, poderá constatar-se que as pessoas ao terem maior esperança conceptualizam um futuro mais promissor e, conseqüentemente apresentam níveis superiores de satisfação com a vida e menores sintomas depressivos, como revela o presente estudo.

Rustøen et al. (2010), a partir do estudo com mulheres com cancro da mama, constataram que a esperança é um importante recurso para os doentes oncológicos e tem um grande impacto na sua QdV. Os resultados mostraram que uma baixa satisfação com a vida se relaciona significativamente com um fraco estado de saúde, baixa esperança e elevado *distress* psicológico, indo também ao encontro da atual investigação. A esperança pode ser considerada uma variável mediadora do *distress* psicológico e estado de saúde, assim como do *distress* psicológico e satisfação com a vida (Rustøen, Cooper & Miaskowski, 2010).

Relação entre a Idade das Participantes e a Depressão e Satisfação com a Vida

O presente estudo não encontra uma relação da idade com a depressão, nem da idade com a satisfação com a vida. Assim, a hipótese secundária de que “a idade das participantes interfere com as variáveis depressão e satisfação com a vida, no sentido em que mulheres mais jovens apresentam piores resultados ao nível da depressão e satisfação com a vida face às mais velhas” não se confirma.

Verifica-se, no entanto, que a idade das participantes apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a variável esperança, apresentando as doentes mais novas maiores níveis de esperança, e vice-versa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Pinto e Ribeiro (2010), que verificaram uma correlação elevada e negativa ($p < .01$) entre a idade e a dimensão da esperança/optimismo.

Tal facto pode ser explicado pelas doentes mais jovens terem, à partida, maior projeção futura que as impulsiona na realização de planos a longo prazo e, conseqüentemente, numa maior esperança face à superação da doença. Sabe-se que pessoas com altos níveis de esperança têm a percepção de conseguirem encontrar caminhos alternativos com facilidade e de rapidamente os alcançarem (Snyder & Lopez, 2005), o que coloca as doentes mais jovens em maior vantagem. O conceito de esperança também está muito relacionado com o acreditar que se é capaz, com a capacidade de resistir perante as dificuldades (resiliência), de resolver problemas e encontrar caminhos alternativos para atingir metas, sendo mais provável que uma população jovem desenvolva projetos futuros e os procure por em prática face a pessoas mais envelhecidas.

As doentes mais jovens poderão ainda ter uma rede social de apoio mais alargada e estímulos ambientais (e.g., trabalho, crianças pequenas) passíveis de lhes incutirem maiores níveis de esperança. O estudo de Fuentes e Blasco (2010) mostra precisamente que a preocupação mais frequente das doentes com cancro da mama, após receberem o diagnóstico, está relacionada com os filhos (indicada por 90% das doentes).

Relativamente à não relação entre a depressão e a idade, também o estudo de Deshields, Tibbs, Fan, e Taylor (2006) com sobreviventes de cancro da mama não encontrou uma associação entre a idade e a depressão, apesar de terem encontrado uma correlação positiva entre o número de crianças em casa e o sofrimento emocional. Os autores atribuíram esse efeito ao maior medo da morte, exposição a tratamentos tóxicos, responsabilidades que requerem um trabalho físico e preocupação com o impacto nos filhos. No mesmo sentido a investigação de Manning-Walsh (2005) aponta para a não relação entre a idade e o *distress*, apesar da idade estar inversamente relacionada com o bem-estar psicoespiritual, ou seja, doentes mais velhas apresentam níveis inferiores. Enright (2007) revelou que, independentemente da idade, as mulheres que menos aceitavam as suas emoções relataram maior *distress*, face àquelas que melhor aceitavam, ou seja, nesse estudo a idade não foi uma variável preditiva do *distress*.

Banthiaa, Malcarne, Ko, Varni e Sadler (2009) ao estudarem o efeito da idade na fadiga em mulheres com cancro da mama, concluíram um menor cansaço mental e emocional nas mais velhas, mas não encontraram uma relação significativa entre a idade e o humor depressivo, o que vai de encontro com os presentes resultados.

Relação entre o Tempo de Diagnóstico e a Depressão

Há autores que referem que o tempo tem um papel fundamental no processo de adaptação, onde se verifica uma melhoria significativa dos sintomas depressivos ao longo do mesmo (Bloom et al., 2004; Schou et al., 2004; Deshields et al., 2005; Wong & Fielding, 2007). Por exemplo, Boot, Holcombe e Salmon (2010) verificaram que as mulheres que responderam a um questionário de ajustamento positivo ao fim de 2-5 anos após diagnóstico reportaram maior realização (*fulfilment*), reavaliação da vida e novas formas de vida face às mulheres a quem foi diagnosticado cancro de mama recentemente. Também no estudo de Vahdaninia, Omidvari e Montazeri (2010) sobre o sofrimento emocional em mulheres com cancro da mama, os resultados mostraram que, ao fim dos 18 meses de seguimento (1 ano após terem completado o tratamento), a ansiedade e a depressão melhoraram ao longo do tempo.

Neste estudo a relação esperada entre a depressão e o tempo de diagnóstico não se verifica, o que não permite concluir que mulheres a quem foi diagnosticado o cancro há mais tempo revelam menores sintomas depressivos em comparação com aquelas a quem foi diagnosticado cancro da mama recentemente, como delineado na hipótese secundária.

Há no entanto alguns estudos que vão de encontro aos resultados obtidos. Por exemplo Friedman et al. (2006) apontam para a não relação desde o tempo de diagnóstico e a avaliação de uma medida de adaptação, assim como o estudo de Patrão, Leal e Maroco (2008), que evidencia que as mulheres com cancro da mama experienciaram estabilidade emocional desde o momento inicial (diagnóstico) até ao momento final (pós-tratamentos adjuvantes) (*cit in* Pinto, 2007).

Os investigadores Yildirim et al. (2009), também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de depressão e ansiedade, em mulheres com cancro da mama, nas três fases distintas de avaliação: antes do tratamento cirúrgico, 1-3 meses e 9-12 meses após cirurgia.

Salienta-se que a maior parte dos estudos que encontraram uma relação significativa entre o tempo de diagnóstico e a melhoria dos sintomas depressivos procederam à avaliação destas variáveis em fases distintas do processo oncológico e a melhoria deu-se ao fim de um período de tempo mais alargado após o diagnóstico.

Relação entre o Número de Anos de Escolaridade e a Auto-actualização

No presente estudo, o número de anos de escolaridade correlaciona-se significativamente com a auto-actualização, no sentido previsto, em que pessoas com maiores habilitações literárias possuem níveis mais elevados de auto-actualização, confirmando, assim, a hipótese secundária de que “o número de anos de escolaridade se relaciona de forma positiva com a auto-actualização”.

Tal é facilmente justificado na medida em que o conceito de auto-actualização é um constructo complexo e difícil de apreender na sua concepção geral. O próprio estudo de validação da Escala de Auto-actualização (Guerra, 1992) mostrou diferenças altamente significativas em relação ao nível de escolaridade (escolaridade básica vs. escolaridade média ou superior). Portanto, a autora faz a ressalva da escala ser aplicada a pessoas com um nível de escolaridade médio ou superior e, apesar de, no presente estudo, ser critério de inclusão o nível de escolaridade mínimo de 4 anos, a amostra englobou maioritariamente mulheres com o 4º ano de escolaridade (45.5%), possuindo mais de metade das participantes o 1º e 2º ciclos (56.4%).

Tais resultados podem estar relacionados com o facto de as pessoas com mais habilitações deterem mais informação, o que lhes permite perceber um maior controlo e, conseqüentemente, possuírem níveis mais elevados de sentido de vida e orientação interior.

Ferreira (2009) também procurou avaliar a influência desta variável sociodemográfica e mostrou que mulheres mastectomizadas com uma formação académica mais elevada manifestam menor sofrimento, no sentido em que à medida que aumentam os anos de escolaridade diminui o sofrimento psicológico, físico, existencial e sócio relacional e evidenciam-se mais experiências positivas de sofrimento. Porém, no presente estudo a variável número de anos de escolaridade não se relaciona de forma significativa com mais nenhuma variável principal. A não relação entre esta variável e a esperança também é encontrada no estudo de Denewer et al. (2011), entre mulheres egípcias com cancro de mama.

Comparação entre Mulheres Submetidas a Mastectomia ou Tumorectomia no que se refere à Depressão e Satisfação com a Vida

Como apontado anteriormente na revisão teórica, alguns estudos sustentam que o tipo de tratamento cirúrgico (tumorectomia versus mastectomia) pode condicionar a natureza e extensão dos problemas emocionais (Rowland et al., 2000), exercendo um papel preponderante nas diversas áreas de vida das mulheres com cancro da mama (Letho, Ojanen & Kellokumpu-Lehtinen., 2005; Wong-Kim & Bloom, 2005). Han et al. (2010) mostraram que mulheres tratadas com cirurgia conservadora beneficiam de uma QdV superior e maiores níveis de satisfação, face às submetidas a mastectomia ou cirurgia reconstrutiva.

No entanto, os resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos dois tipos de cirurgia (mastectomia vs. tumorectomia) para cada uma das variáveis principais do estudo. Assim, conclui-se que a hipótese de que “o tipo de tratamento cirúrgico influencia os níveis de depressão e satisfação com a vida, no sentido em que: mulheres submetidas a mastectomia apresentam níveis mais elevados de depressão e menores níveis de satisfação com a vida face às submetidas a tumorectomia”, não é confirmada.

Tal vai ao encontro dos resultados de Shimozuma et al. (1999), onde os problemas físicos e relacionados com o tratamento foram descritos com igual frequência pelas mulheres submetidas a MRM e a cirurgia conservadora da mama, um mês depois da cirurgia, não sendo ainda encontradas diferenças significativas um ano depois. Nesse mesmo estudo não foi igualmente encontrada uma relação entre o tipo de cirurgia e o estado emocional ou QdV.

Também Gumus et al. (2010) concluíram que, apesar das doentes mastectomizadas estarem propensas à depressão, tal não se revelou estatisticamente significativo, aferindo que a mastectomia não causará maior perturbação psicológica face à tumorectomia.

Comparação entre Mulheres Com e Sem Parceiro relativamente à Depressão e Esperança

A hipótese de que “mulheres com parceiro revelam menores sintomas depressivos e maiores níveis de esperança comparativamente com mulheres sem parceiro” não se confirma. Tal formulação teve em conta alguns estudos, como o de Ferreira (2009) que mostrou que as doentes mastectomizadas não casadas apresentam maior morbidade física e psicológica e, conseqüentemente, maior sofrimento. A falta de comunicação e partilha de sentimentos, medos e emoções com um marido ou companheiro, em que as relações sociais não ajudam a superar, contribuem para a solidão e isolamento. A família, inclusive a existência de um companheiro íntimo, pode constituir um dos melhores suportes para os doentes (Ferreira, 2009).

O estudo de Carver e Antoni (2004) revelou que um maior investimento nas relações familiares predizem emoções positivas, menor depressão e stresse. Pode-se afirmar que a satisfação de necessidades básicas, nos relacionamentos íntimos, é um importante preditor de níveis mais baixos de depressão em sobreviventes de cancro da mama, na medida em que uma percepção mais elevada do apoio emocional do parceiro está associada a uma menor depressão (Talley et al., 2010) e que mulheres que reportam sentimentos de desesperança e se encontram sozinhas (e.g., sem parceiro) estão mais vulneráveis a desenvolverem, mais tarde, sintomas depressivos (Brothers & Andersen, 2009).

Bulotiene et al. (2008) concluíram que o estado civil de casado também tem um impacto significativo na ansiedade e depressão em mulheres com cancro da mama, particularmente durante o período inicial pós-cirúrgico. Neste estudo os níveis de ansiedade e depressão em mulheres casadas diminuiu significativamente, enquanto que no grupo de mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas não se verificaram mudanças nos níveis de depressão e houve uma pequena mudança na ansiedade. Uma semana depois da cirurgia, a média dos resultados de depressão em mulheres casadas foi menor do que em mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas.

No nosso estudo os resultados, no entanto, não confirmam a hipótese de que mulheres que vivem sem parceiro revelam maiores sintomas depressivos e menores níveis de esperança comparativamente com mulheres que vivem com parceiro.

Curioso é o estudo de Dorros, Card, Segrin & Badger (2010), que mostrou que existe, realmente, um padrão de influência entre mulheres com cancro da mama e os seus parceiros, no sentido em que elevados níveis de depressão associados a altos níveis de stresse, em mulheres com cancro da mama, estão significativamente associados a uma menor saúde física e bem-estar dos parceiros correspondentes. Os resultados forneceram um suporte empírico preliminar para o efeito inerente entre o bem-estar físico dos parceiros num contexto oncológico relacional. Também o estudo de Bigatti, Wagner, Lydon-Lam, Steiner e Miller (2011) demonstrou que os maridos de doentes com cancro da mama relatam níveis mais altos de depressão comparativamente com maridos de mulheres sem uma doença crónica.

Por conseguinte, pode-se tentar interpretar a não relação entre as variáveis do presente estudo e o ter ou não parceiro à luz dos estudos anteriores, uma vez que as mulheres que vivem acompanhadas podem percepcionar o mal-estar causado no seu companheiro pelo seu estado de saúde e, assim sendo, autocensurarem-se, não possuindo níveis superiores de esperança ou qualquer outra variável positiva. Uma das mudanças relatadas pelas doentes mostra precisamente o impacto da doença no seu parceiro: “O meu marido está mais abatido”. Também se deve ter em conta que os instrumentos foram administrados na fase pós-cirúrgica, onde não houve tempo suficiente para as mulheres percepcionarem as mudanças na sua vida conjugal/sexual perante as implicações da cirurgia.

Além disso, no presente estudo criaram-se dois grupos de mulheres: sem parceiro, correspondente às solteiras, divorciadas/separadas e viúvas; e com parceiro, relativo às casadas e que vivem em união de facto. Ora, sabe-se que a maioria vive acompanhada por algum familiar (90.9%), que tanto pode ser o cônjuge, como companheiro, pais e/ou filhos. Desta forma, o facto de se considerar o estado civil de solteira ou divorciada não significa que a mulher viva sozinha e/ou tenha uma fraca rede social de apoio.

Segundo Ferreira (2009), quanto maior for o apoio social menor é o sofrimento. A percepção de um adequado apoio social está associada a baixos níveis de depressão e ansiedade, melhor adaptação social e melhor auto-estima, uma mais-valia na redefinição de uma vida menos ameaçadora (Lewis et al., 2001; Sammarco, 2001). O apoio social está relacionado a muitos fatores psicológicos, que podem ser analisados quantitativamente e podem ser capazes de predizer a esperança. No entanto, no estudo de Denewer et al. (2011) não houve diferenças significativas entre o estado civil e a esperança, o que vai de encontro com os resultados obtidos.

Comparação entre Mulheres Com e Sem Mudanças de Vida Negativas Decorrentes da Doença e Tratamentos em relação às Variáveis Principais

O presente estudo mostra que as mulheres que percebem mudanças de vida no sentido negativo decorrentes da doença e tratamentos apresentam níveis mais elevados de depressão e menores níveis de esperança e satisfação com a vida, face àquelas que não percebem qualquer mudança, tal como se tinha previsto. No entanto não se verificaram diferenças significativas no que se refere à auto-actualização. Desta forma, a última hipótese secundária é parcialmente confirmada.

Segundo Carpenter et al. (1999), o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida pode evocar mudanças na pessoa e tais mudanças, denominadas de auto-transformação, são pouco compreendidas. Desta forma, estes autores procuraram descrever as diferenças individuais de auto-transformação entre sobreviventes de cancro da mama, examinar os factores associados à auto-transformação nas sobreviventes, e examinar a relação entre a auto-transformação e a auto-estima e o bem-estar em sobreviventes de cancro da mama em comparação com mulheres sem cancro com idades correspondentes. A partir da análise narrativa de entrevistas estruturadas, as sobreviventes com cancro da mama foram categorizadas em 3 níveis de transformação: transformação positiva, transformação mínima e sentimento de estagnação/impotência. As sobreviventes com transformação positiva revelaram uma auto-estima e bem-estar significativamente superiores comparativamente, quer com o grupo de sobreviventes com sentimento de estagnação, quer com as mulheres sem cancro com idades correspondentes. As sobreviventes de cancro que reportaram sentimentos de estagnação apresentaram menor auto-estima e bem-estar, de forma significativa, face aos outros grupos de sobreviventes, e menor bem-estar comparativamente com as mulheres saudáveis da mesma idade. Tais resultados sugerem que a auto-transformação, ou seja, as mudanças decorrentes da doença e tratamentos, podem constituir um factor de influência ao nível da auto-estima e bem-estar em sobreviventes com cancro da mama (Carpenter et al., 1999).

Na presente investigação as principais mudanças apontadas pelas mulheres com cancro da mama foram descritas na sua concepção negativa (e.g., “tristeza, angústia, revolta”, “limitações físicas”, “perda do emprego”, “inatividade”). Ou seja, fazendo referência ao estudo supramencionado, tais mudanças podem estar inseridas na categoria de auto-transformação de sentimentos de estagnação/impotência, que corresponde aos piores resultados ao nível da auto-estima e bem-estar e, conseqüentemente, explicam os resultados apresentados neste estudo. Também se salienta que o tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro da mama pode não ter sido suficiente para as participantes terem percepção das

mudanças, particularmente das mudanças positivas (auto-transformação positiva) decorrentes da doença e respectivos tratamentos (ainda iam ser submetidas a futuros tratamentos).

Mais, Bulotiene et al. (2008) concluíram que a situação profissional de empregado tem um impacto significativo na ansiedade e depressão em mulheres com cancro da mama, particularmente durante o período inicial pós-cirúrgico, no sentido em que mulheres empregadas apresentaram uma diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa, de forma significativa, depois da cirurgia, enquanto que nas mulheres reformadas e desempregadas estes níveis mantiveram-se inalterados. Visto a população em estudo se encontrar numa fase pós-cirúrgica, a situação profissional é maioritariamente “de baixa/atestado médico”, ou seja, a mudança em termos da situação profissional pode ter gerado um impacto negativo e justificar, assim, os resultados. Ressalta-se que as restantes participantes são, na sua maioria, domésticas e reformadas, situação profissional passível de causar um impacto negativo ao nível da sintomatologia depressiva.

Também o facto de as participantes terem mencionado maior inatividade pode contribuir para o aumento dos sintomas depressivos e conseqüente diminuição da satisfação com a vida, tal como Pinto e Trunzo (2004) referem que mulheres que praticam regularmente exercício físico, ou seja, com maior atividade, comparativamente com mulheres sedentárias, apresentam melhores resultados na avaliação da depressão, fadiga e estado de humor.

IV – CONCLUSÃO

Conclusões e implicações

Relativamente ao objectivo principal de caracterizar as variáveis principais esperança, auto-actualização, depressão e satisfação com a vida em mulheres com carcinoma da mama verifica-se que as mulheres da amostra apresentam não só níveis elevados, quer de esperança e auto-actualização, quer de satisfação com a vida, como também ausência de sintomatologia depressiva. Pode-se afirmar que as doentes do estudo, de um modo geral, revelam um bom nível de saúde mental, sem evidência de estarem deprimidas, e encontram-se bem adaptadas.

Quanto à relação entre as variáveis principais, este estudo evidencia o papel da variável positiva esperança e do constructo negativo depressão, no sentido de que mulheres com cancro da mama com maiores níveis de esperança apresentam menores sintomas depressivos, maior auto-actualização e melhor satisfação com a vida. Apesar de não se verificar uma relação entre a variável auto-actualização e a satisfação com a vida, são de salientar as relações encontradas entre a auto-actualização e a esperança (sentido direto) e a auto-actualização e a depressão (sentido inverso). Por sua vez, a depressão, tal como esperado, correlaciona-se negativamente com a auto-actualização, a esperança e a satisfação com a vida. Neste sentido, a principal hipótese de que “as participantes que possuem níveis mais elevados de esperança e auto-actualização e menores níveis de depressão estão mais adaptadas, ou seja, apresentam melhor satisfação com a vida” é parcialmente confirmada.

Desta forma, enaltece-se o papel fundamental da psicologia positiva, na medida em que as forças humanas (e.g., esperança e auto-actualização) atuam, de facto, como amortecedores da patologia mental (e.g., depressão). Há que referir o reconhecimento crescente da psicologia positiva, como o papel da esperança, na gestão e adaptação de acontecimentos ameaçadores, e como condição fundamental a uma abordagem globalizante do indivíduo na área de saúde.

Além disso, os resultados obtidos podem contribuir para a fundamentação teórica subjacente à investigação que se tem vindo a desenvolver junto deste tipo de população, tendo em conta a influência de algumas variáveis sociodemográficas usualmente estudadas.

Neste caso, os resultados apontam para uma correlação significativa entre a idade e a variável esperança, no sentido em que doentes mais novas apresentam maiores níveis de esperança, e vice-versa. As doentes mais jovens têm, à partida, maior projeção futura, uma rede social de apoio mais alargada e estímulos ambientais (e.g., trabalho, crianças pequenas) passíveis de lhes incutirem maiores níveis de esperança.

A hipótese secundária de que “a idade das participantes interfere com as variáveis depressão e satisfação com a vida, no sentido de que mulheres mais jovens apresentam piores

resultados ao nível da depressão e satisfação com a vida face às mais velhas” não se confirma, o que leva a concluir que a idade não será relevante para o nível de morbilidade e adaptação desta amostra.

O tempo de diagnóstico não se relaciona negativamente com a depressão, como apontado na hipótese delineada, evidenciando-se índices idênticos de sintomatologia depressiva independentemente do tempo decorrido desde o diagnóstico até ao momento de avaliação. Por outro lado, o número de anos de escolaridade, tal como previsto, está estatisticamente correlacionado de forma significativa com a variável auto-actualização, no sentido positivo, o que permite aferir que pessoas com mais habilitações, ao possuírem mais informação, poderão ser capazes de perceber um maior controlo e, conseqüentemente, deterem níveis mais elevados de auto-actualização.

Os resultados revelam ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas, nem na depressão e na satisfação com a vida quanto ao tipo de cirurgia, nem na depressão e esperança quanto ao facto de viver com ou sem parceiro. O tipo de tratamento cirúrgico e o facto de viver com ou sem parceiro não serão variáveis relevantes para o nível de depressão destas mulheres, que revelam, de modo geral, provável ausência de sintomatologia depressiva. Mais do que a vivência de uma relação conjugal, interessa o tipo e qualidade da rede social de apoio que a pessoa possui. Por sua vez, independentemente do tipo de cirurgia, as doentes apresentam níveis semelhantes e elevados de satisfação com a vida e, portanto, uma boa adaptação à doença.

Em relação às mulheres que percebem mudanças de vida negativas decorrentes da doença e tratamentos, verifica-se que estas apresentam níveis mais elevados de depressão e menores níveis de esperança e satisfação com a vida face àquelas que não percebem qualquer mudança, sendo a última hipótese secundária parcialmente confirmada. As principais mudanças apontadas pelas mulheres com cancro da mama são relativas a mudanças negativas em termos físicos e psicológicos, ao nível do emprego e sistema familiar, o que justifica os resultados.

Este estudo despertou a atenção sobre a influência de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas na adaptação das doentes. Apesar de não ter sido evidente a influência em termos da idade, tempo de diagnóstico, tipo de cirurgia e existência de parceiro, a percepção de mudanças negativas decorrentes da doença e tratamentos remete para níveis de maior morbilidade psicológica. Desta forma, parece importante intervir de forma a colmatar as mudanças negativas percebidas pelas doentes, nomeadamente através de programas de intervenção psicológica que visam o aumento da auto-estima e realização pessoal. É

importante que a pessoa possua e desenvolva um sentido de vida, por meio do recurso a atividades que lhe permitam exercer maior controlo sobre si e, conseqüentemente, que constituam fontes de satisfação (e.g. uso do humor, caminhar, socializar, recurso à arte, música e escrita). Assim, procura-se que a pessoa não fique focalizada nas incapacidades decorrentes da doença e tratamentos (e.g., implicações da cirurgia) que, porventura, a limitam em termos da atividade profissional anteriormente exercida, fornecendo, por outro lado, tentativas de realização pessoal por meios alternativos de real valor terapêutico.

Mais, o estudo enfatiza que as mulheres que apresentam maior satisfação com a vida e, portanto, se encontram mais adaptadas à doença, apresentam níveis de esperança elevados e menor sintomatologia depressiva. Desta forma, a variável esperança parece exercer uma notável influência ao nível da adaptação destas mulheres. Assim sendo, seria útil, na prática clínica, incidir sobre estratégias que permitam desenvolver a esperança nas doentes, de forma a diminuir os índices de morbidade psicológica.

Citam-se algumas estratégias descritas em alguns estudos, usualmente utilizadas pelos doentes com cancro para manterem os níveis de esperança (Chi, 2007): estratégias mentais, como as formas de pensamento “poderia ser sempre pior”, “tenho chegado tão longe”, “Deus vai cuidar de mim” e “os outros têm esperança de mim”; estratégias que apelam ao fazer alguma coisa, olhar para trás, ter conhecimento de outros sobreviventes, ver a doença como um desafio, evitar pensar sobre o negativo, limitar a resposta emocional, manter o controlo, lutar contra a doença, minimizar a incerteza, viver o dia-a-dia/o presente, maximizar a força pessoal, manter-se ocupado, orar ou procurar a religião, pensar noutras coisas, falar com os outros, ler e expressar emoções, possuir relações de afirmação, permanecer num estado positivo, utilizar o humor, promover num curso de realizações, alcançar objetivos de curto prazo, ter o apoio da família e amigos, usar símbolos de esperança, obter informações honestas, e controlar os sintomas. As fontes de esperança maioritariamente citadas pelos doentes focam o apoio da família, amigos e recurso a crenças religiosas. Dos comportamentos possíveis de adoptar pelos outros, capazes de aumentar a esperança do paciente, ressaltam-se o cuidar, mostrar autenticidade, e ser-se amigável.

É de salientar que existem algumas limitações do presente estudo, nomeadamente quanto ao tipo de amostra, pelo facto de ser de conveniência e, portanto, não representativa da população. Além disso, não foi realizada uma avaliação física e neuropsicológica às doentes, logo não se sabe se as participantes possuem ou não outra doença física, além do cancro da mama, ou psicológica, passível de exercer algum tipo de influência nos resultados.

Outro facto condicionante dos resultados pode dever-se à fase em que as doentes se encontram, ou seja, no período pós-cirúrgico. Assim sendo, pode não ter ocorrido tempo suficiente para averiguar a influência das variáveis tempo de diagnóstico e percepção de mudanças decorrentes da doença e tratamentos sobre algumas variáveis principais. Para verificar a influência do tempo de diagnóstico seria importante proceder à avaliação das variáveis em momentos distintos de avaliação, como a maior parte dos estudos se propõe (Des Shields et al., 2005; Yildirim et al., 2009; Vahdaninia et al., 2010).

Além disso, como as participantes se encontram em fase pós-operatória foram, essencialmente, submetidas ao tratamento cirúrgico (tumorectomia ou mastectomia), não sendo possível averiguar a influência dos dois tipos de tratamentos, radioterapia e quimioterapia, ao nível das variáveis psicológicas, comparando os dois grupos de mulheres, como inicialmente delineado. Também se pretendia comparar as variáveis principais de acordo com o estadiamento da doença, ou seja, os grupos de doentes com melhor e pior prognóstico. Contudo, não foi possível aceder ao processo das doentes e a maior parte desconhecia a informação relativa ao grau e estadio do tumor.

Mais uma vez importa sublinhar a dificuldade de avaliar a depressão em doentes com cancro pois, além da dificuldade no consenso sobre a definição deste constructo, acresce-se a complicação em distinguir entre o que é psicológico ou orgânico neste tipo de população. Inicialmente tinha sido proposto o recurso à *Escala de Depressão de Beck* (BDI), instrumento amplamente utilizado em investigações com doentes oncológicos, embora existam itens que avaliam sintomas somáticos. Para contornar esta situação optou-se por recorrer à escala HADS, medida distinguida pela grande ausência de sintomas somáticos que podem ser atribuíveis a condições médicas e, portanto, adequado para uso com este tipo de população. Porém, visto a população em estudo se encontrar no internamento, em fase pós-cirúrgica, o item da escala “8. Sinto-me mais lenta, como se fizesse as coisas devagar”, que remete para a lentificação como sintoma depressivo, foi condicionado pelo estado físico limitativo das participantes, que o avaliaram mais negativamente.

Salienta-se que foi sentida uma grande dificuldade de compreensão e preenchimento de alguns itens da Escala de Auto-actualização pelas participantes. Apesar de ser critério de inclusão “mínimo de escolaridade 4 anos”, as doentes, na sua maioria, possuíam um nível de escolaridade básico e tiveram de ser auxiliadas com formulações alternativas dos itens para melhor compreenderem o seu significado e a dimensão que estes visavam medir. Desta forma, poderá ter ocorrido um enviesamento da pontuação global da escala e os resultados terem-se

mostrado condicionados para esta variável. Neste sentido, futuramente o estudo deverá incidir numa população com um nível de escolaridade superior.

Por fim, importa ressaltar que, apesar da possível influência das variáveis analisadas (e.g., idade, tempo de diagnóstico, tipo de cirurgia) relativamente aos factores psicológicos, como a esperança, auto-actualização, depressão e satisfação com a vida, o significado da doença e a reacção à mesma dependem de factores como a própria doença, fase da vida, apoio social e personalidade da pessoa, os seus recursos internos, valores e padrões emocionais (Joy Ogden, 2004).

Apesar das limitações sentidas no desenvolvimento deste estudo, pensa-se ter atingido os objectivos inicialmente propostos. Sente-se a necessidade de continuar a investigação sobre esta temática, de preferência com uma população mais alargada, e de modo a que passe a haver dois momentos de avaliação, em diferentes fases da doença e dos tratamentos, para perceber mais claramente a evolução das variáveis psicológicas abordadas neste estudo.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências bibliográficas

- Allen, J., Savadatti, S., & Levy, A. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology*, *18*, 71-78.
- American Cancer Society (2009/2010). *Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010*. New York: Author.
- American Psychological Association (APA). (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baltar, M., Pais-Ribeiro, J., & Torres, A. (2004). Qualidade de vida, respostas emocionais e de coping em mulheres com cancro da mama e ginecológico. In *Actas, 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa.
- Banthiaa, R., Malcarne, V. L., Ko, C. M., Varni, J. W., & Sadler, G. R. (2009). Fatigued breast cancer survivors: The role of sleep quality, depressed mood, stage and age. *Psychology and Health*, *24*(8), 965–980.
- Barros, J. (2003). Esperança: natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, *7*(1), 83-106.
- Barros, J. (2004). *Psicologia positiva: amor, felicidade, alegria, optimismo, esperança, perdão, sabedoria, beleza, sentido de vida*. Porto: Edições Asa.
- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Médica Portuguesa*, *20*, 139-144.
- Bigatti, S., Wagner, C., Lydon-Lam, J., Steiner, J., & Miller, K. (2011). Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to coping and social support. *Supportive Care in Cancer*, *19*(4), 455-466.
- 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.
- Boot, J. S., Holcombe, C., & Salmon, P. (2010). Positive adjustment to breast cancer: development of a disease-specific measure and comparison of women diagnosed from 2 weeks to 5 years. *Psycho-Oncology*, *19*(11), 1187-1194.
- Bulotiene, G., Veseliunas, J., Ostapenko, V., & Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *4*, 57–62.
- Brothers, B. M., & Andersen, B. L. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, *18*, 267–275.
- 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., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years diagnosis. *Health Psychology*, *23*(6), 595-598.
- Chi, G. C.-H. -L. (2007). The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *34*(2), 415-424.
- Christie, K, Meyerowitz, B., & Maly, R. (2009). Depression and sexual adjustment following breast cancer in low-income Hispanic and non-Hispanic white women. *Psycho-Oncology*. Recuperado em 8 de junho, 2010, de [http:// www3.interscience.wiley.com](http://www3.interscience.wiley.com).
- Coelho, C. (2008). *Mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia: contributos para a compreensão da sua qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

- Denewer, A., Farouk, O., Mostafa, W., & Elshamy, K. (2011). Social support and hope among Egyptian women with breast cancer after mastectomy. *Breast Cancer: Basic And Clinical Research*, 5, 93-103.
- Desheids, 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 Cancer*, 13(12), 1018-1026.
- Desheids, 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.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal Personal Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dorros, S. M., Card, N. A., Segrin, C., & Badger, T. A. (2010). Interdependence in women with breast cancer and their partners: an interindividual model of distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 121-125.
- Edwards, L. (2009). Hope. In S. Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology* (Vol. 1, pp. 487-491). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Enright, T. (2007). The effects of age and emotional acceptance on distress among breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 15(1), 73-79.
- Felder, B. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*, 27(4), 320-324.
- Feldman, D. B., & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 401-421.
- Ferreira, F. (2009). Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*, 10(2), 65-76.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., ... Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.
- Froh, J. J. (2004). The history of positive psychology: truth be told. *NSY Psychologist*, 18-20.
- Fuentes, S., & Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 7(1), 51-60.
- Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., ... Belin, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
- Gumus, M., Ustaalioglu, B. O., Garip, M., Kiziltan, E., Bilici, A., Seker, M., ... Turhal, N. S. (2010). Factors that affect patients' decision-making about mastectomy or breast conserving surgery, and the psychological effect of this choice on breast cancer patients. *Breast Care*, 5, 164-168.
- Gumus, A. B., Cam, O., & Malak, A. T. (2011). Relationships between psychosocial adjustment and hopelessness in women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(2), 433-438.
- Guerra, M. (1992). Conceito de Auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psychologica*, 7, 95-109.
- Guerra, M. (1998). *Sida: implicações psicológicas*. Lisboa, Fim de século, 43-69.

- Harris, C. (2008). Cancer and the role of religion and faith in self-actualization: An autoethnography. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 69(6-A), p. 2155.
- Harrison, S. A., Hayes, S. C., & Newman, B. (2010). Age-related differences in exercise and quality of life among breast cancer survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(1), 67-74.
- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U., & Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 282, 75-82.
- Kenefick, A. L. (2006). Patterns of symptom distress in older women after surgical treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 327-335.
- Kessler, T. A. (2002). Contextual variables, emotional state, and current and expected quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 29(7), 1109-1116.
- Kleiboer, A., Bennett, F., Hodges, L., Walker, J., Thekkumpurath, P., & Sharpe, M. (2010). The problems reported by cancer patients with major depression. *Psycho-Oncology*. Recuperado em 8 de junho, 2010, de <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Kwan, V. S. Y., Bond, M. H., & Singelis, T. M. (1997). Pancultural explanations for life satisfaction: adding relationship harmony to self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1038-1051.
- Letho, 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, 805-816.
- Lewis, J. A., Manne, S. L., DuHamel, K. N., Vickburg, S. M. J., Bovbjerg, D. H., Currie, V., ... Redd, W. H. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 231-245.
- Linley, P.A. (2009). Positive psychology (history). In S. Lopez (Ed.), *The encyclopedia of positive psychology* (Vol. 1, pp. 742-746). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- McGlynn, L. S. (2010). A correlational investigation of hope and social support in women diagnosed with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70(9-B), p.5834.
- Manning-Walsh, J. (2005). Psychospiritual well-being and symptom distress in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), E56-E62.
- Martins, G. (2002). *A auto-actualização e o sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica: uma investigação no adulto em tratamento de hemodiálise*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto.
- Martins, G., Cunha, S., & Coelho, R. (2005). A auto-actualização como motivação para a aceitação da doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 115-123.
- Matos, P., & Pereira M. (Eds.). (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mattioli, J. L., Repinski, R., & Chappy, S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 822-829.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-272.
- Michel, G. Greenfield, D. Absolom, K., & Eiser, C. (2010). Satisfaction with follow-up consultations among younger adults treated for cancer: the role of quality of life and psychological variables. *Psycho-Oncology*. Recuperado em 8 de junho, 2010, de <http://www3.interscience.wiley.com>.

Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behavior therapy for people with cancer*. New York: Oxford University Press.

Moreira, C. (2008). *Acidente vascular cerebral: influência de variáveis psicossociais do cuidador informal na qualidade e satisfação com a vida do doente*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.

National Cancer Institute (2009). *What you need to know about breast cancer*. U.S. Department of Health and Human Services: Author.

Nesbit, S. G. (2006). Using creativity to experience flow on my journey with breast cancer. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(2), 61-79.

Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134.

Ogden, Jane (2004). *Psicologia da saúde* (2a ed.) (C. Patrocínio e F. Anderson, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.

Ogden, Joy (2004). *Compreender o cancro da mama* (F. Anderson, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 1-13.

Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.

Pinto, B. M., & Trunzo, J. J. (2004). Body esteem and mood among sedentary and active cancer survivors. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(2), 181-186.

Pinto, C. (2007). *Jovens e adultos sobreviventes de cancro: variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.

Pinto, C., & Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 49-56.

Polit, D., & Hungler, B. (1991). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: Interamericana.

Politi, M. C., Enright, T. M., & Weihs, K. L. (2007). The effects of age and emotional acceptance on distress among breast cancer patients. *Support Care Cancer*, 15, 73-79.

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, 13-32.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Roses, D. (2005). *Breast cancer* (2nd ed.). Philadelphia: ELSEVIER.

Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Wyatt, G. E., & Ganz, P. A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429.

Rustøen, T., Cooper, B.A., & Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(4), 258-267.

- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3), 212-218.
- Santos, C. S., & Ribeiro, J. P. (2001). A qualidade de vida do doente oncológico – Revisão Bibliográfica. *Revista Referência*, 7, 5-16.
- Schjolberg, T. K., Dodd, M., Henriksen, N., & Rustøen, T. (2011). Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients. *Palliative & Supportive Care*, 9(1), 63-72.
- Schou, I., Ekeberg, O., Rulland, 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.
- Scioli, A., Chamberlin, C., Samor, C., Lapointe, A., Campbell, T., & Macleod, A. (1997). Hope, optimism, and health. *Psychological Reports*, 81, 723-733.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shimozuma, K., Ganz, P. A., Peterson, 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.
- Silva, V. (2007). *Estudo das variáveis psicológicas (esperança, qualidade de vida e dinâmica familiar) no processo de adaptação parental à doença oncológica infantil*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Simón, M. A. (1999). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Bliiblioteca Nueva.
- Sjövall, K., Strömbeck, G., Löfgren, A., Bendahl, P.-O., & Gunnars, B. (2010). Adjuvant radiotherapy of women with breast cancer – Information, support and side-effects. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 147–153.
- Slovacek, L., Slovackova, B., Slanska, I., Petera, J., & Priester, P. (2009). Quality of life and depression among metastatic breast cancer patients. *Medical Oncology*. Recuperado em 8 de junho, 2010, de <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Snyder, C., & Lopez, S. (Eds.), (2003). *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Snyder, C., & Lopez, S. (2005). *Handbook to positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sveen, U., Thommessen, B., Bautz-Holter, E., Wyller, B., & Laake, K. (2004). Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 18, 267-274.
- 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 and Health*, 25(4), 433–449.
- Tipples, K., & Robinson, A. (2009). Optimising care of elderly breast cancer patients: a challenging priority. *Clinical Oncology*, 21(2), 118-130.
- Track, P. C. (2004). Assessment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 80-92.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 45, 355–361.

- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriana Vaz Serra.
- Wenzel, L. B., Fairclough, D. L., Brady, M. J., Cella, D., Garrett, K. M., Kluhsman, B. C., ... Marcus, A. C. (1999). Age related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, *86*(9), 1768-1774.
- Wong, W. S., & Fielding, R. (2007). Change in quality of life in chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor. *Support Care Cancer*, *15*, 1223-1230.
- Wong-Kim, E., & Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *14*, 564-573.
- Yildirim, N. K., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S. A., & Özmen, V. (2009). The anxiety, depression and quality of life of breast cancer patients before and after treatment: the results of one year prospective study. *Archives of Neuropsychiatry*, *46*, 175-181.
- Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370.

VI – ANEXOS

Anexo I - Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação dos Estudos

Estudo 1. “A Influência das Variáveis Positivas (Optimismo e Sentido de Vida), da Auto-Estima e da Depressão na Satisfação com a Vida em Mulheres com Cancro da Mama”.

Estudo 2. ”Estudo das Variáveis Psicológicas – Esperança, Auto-Actualização e Depressão – na Satisfação com a Vida em Mulheres com Cancro da Mama”.

Eu, abaixo- assinado, (nome completo da doente) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluída. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais e eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou os inquéritos propostos pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura da doente:

As investigadoras responsáveis:

Nome: Solange Fonseca

Assinatura: _____

Nome: Rita Rocha

Assinatura: _____

Anexo II - Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Este questionário surge no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e pretende caracterizar e recolher dados da história clínica em mulheres com cancro da mama do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. Os seus dados serão tratados com toda a confidencialidade e serão usados apenas para fins estatísticos.

I. Dados Sociodemográficos

Esta primeira parte do questionário tem como objectivo caracterizar a população em estudo. Deste modo, pretende-se que nas questões de escolha múltipla sinalize a opção que mais se adequa à sua situação. Quanto às restantes questões, preencha os espaços em branco, de forma sucinta.

1) **Idade:** ____ anos

2) **Estado civil:**

Solteira

Casada

Separada/Divorciada

Viúva

União de facto

3) **Tem filhos?**

Sim Quantos? ____

Não

4) **Anos de escolaridade completos:** _____

5) **Profissão:** _____

6) Situação profissional atual:

Ativa (a trabalhar)

Desempregada

De baixa/atestado médico

Inválida

Nunca trabalhou

Doméstica

Reformada

7) Com quem vive? (pode assinalar mais do que uma opção)

Sozinha

Com cônjuge/Companheiro

Com filhos

Outro familiar

Com amigo (a)

Com empregado (a)

Num lar ou outra instituição

Outra situação Qual? _____

II. Dados Clínicos

Esta segunda parte do questionário tem como objectivo recolher dados sobre a história clínica da população em estudo. Para tal, pretende-se que nas questões de escolha múltipla sinalize a opção que mais se adequa à sua situação. Quanto às restantes questões, preencha os espaços em branco de forma sucinta.

1) **Há quanto tempo lhe foi diagnosticado o cancro?** _____

2) **A que tratamentos já foi submetida devido à doença?** (Pode assinalar mais que uma opção)

Mastectomia

Tumorectomia

Quimioterapia

Radioterapia

Terapia hormonal

Outros Quais? _____

3) **A doença e/ou respectivo tratamento provocaram mudanças na sua vida?**

Sim Quais? _____

Não

4) **Tem ou teve algum familiar com cancro?**

Sim Quem? _____ Em que parte do corpo? _____

Não

ESCALA SOBRE A ESPERANÇA

Este questionário interroga sobre algumas atitudes da pessoa face ao futuro. Responda sinceramente a todas as perguntas conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anónimo. Obrigado pela sua colaboração.

Faça um círculo em volta do número que melhor corresponde à sua situação, conforme esta chave:

- 1 = totalmente em desacordo (absolutamente não)
- 2 = bastante em desacordo (não)
- 3 = nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)
- 4 = bastante de acordo (sim)
- 5 = totalmente de acordo (absolutamente sim)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Considero-me uma pessoa cheia de esperança | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Não desanimo facilmente frente às adversidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Luto para atingir os meus objectivos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Sou optimista mesmo no meio das dificuldades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sei que tenho competência para conseguir o que quero na vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Penso que o futuro será melhor do que o passado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ESCALA DE AUTO-ACTUALIZAÇÃO

O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando a alternativa que mais se aplica.

| | Concordo muito | Concordo | Não tenho a certeza | Discordo | Discordo muito |
|---|----------------|----------|---------------------|----------|----------------|
| 1. Tenho interesse pela vida e faço planos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. A minha vida é vivida em vão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Desenvolvo as potencialidades que tenho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sinto falta de uma missão na vida na qual me empenhe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Sinto-me pouco realizada como pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tenho dificuldade em discernir entre meios e fins, para atingir um objectivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Na minha profissão (ocupação), gosto de repetir o mesmo tipo de tarefas às quais já estou habituada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Gosto de explorar outros itinerários para os caminhos que percorro habitualmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Raramente descubro facetas novas no relacionamento com as pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Para evitar novas alternativas, opto pela repetição de tarefas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Raramente descubro uma solução eficaz para os meus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Tenho atração pelo desconhecido e por problemas ainda por resolver | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Gosto de ordenar situações confusas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Fico sempre indecisa na decisão a tomar, quando me dão uma opinião contrária à minha | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Fico perturbada quando sou criticada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Concordo muito | Concordo | Não tenho a certeza | Discordo | Discordo muito |
|--|----------------|----------|---------------------|----------|----------------|
| 19. Considero-me uma pessoa relativamente dependente de aprovações exteriores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Tenho capacidade de resistir a pressões sociais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Considero-me uma pessoa influenciável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Em geral, preciso que os outros aproveem os meus planos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Quando me surge um problema de certa importância, só consigo resolvê-lo com o auxílio de outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Sou responsável por mim própria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Normalmente, luto pelos ideais que considero válidos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Apesar das minhas limitações pessoais acredito em mim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Identifico-me com a espécie humana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Tenho uma percepção imprecisa e irreal do mundo que me rodeia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. O Homem é por natureza mau | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Toda a vida humana tem um significado no universo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. As atitudes e os valores democráticos são importantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Acredito em alguma forma de espiritualidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. A finitude da vida, apesar da ansiedade implícita, dá ao homem uma motivação para encontrar um sentido na sua vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Obrigado pela sua colaboração

HADS (Zigmond & Snaith, 1983)

Tradução e adaptação de M. Baltar & J. Ribeiro (1999): versão portuguesa em estudo

Nome _____

Data _____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimo-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na ultima semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a a sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas de vagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Sinto-me de tal forma assustado/a, que parece que tenho um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

A seguir estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala 1-7 em baixo, indique o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede esse item. Por favor, seja sincero e honesto na sua resposta. A escala de 7 pontos é: 1 = fortemente em desacordo, 2 = desacordo, 3 = levemente em desacordo, 4 = nem de acordo nem em desacordo, 5 = levemente de acordo, 6 = acordo, 7 = fortemente de acordo.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. As minhas condições de vida são excelentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Estou satisfeito(a) com a minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |