

As cicatrizes (in)visíveis

Imagem Corporal Positiva, vinculação e qualidade
de vida em mulheres com cancro da mama

Denise Filipa Coelho Pinto

M

2020



Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

AS CICATRIZES (IN)VISÍVEIS

**IMAGEM CORPORAL POSITIVA, VINCULAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

Denise Filipa Coelho Pinto

Novembro, 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Prof.^a Doutora ***Raquel Barbosa***
(FPCEUP).

Agradecimentos

À **Prof. Raquel Barbosa**, por todo o apoio demonstrado ao longo destes dois anos, pela paciência, pela compreensão e por estar sempre disponível para me ajudar em tudo. No fundo, obrigada por ser uma excelente orientadora!

À minha **mãe**, pelos momentos de escuta, pela presença incondicional em cada momento do meu percurso académico (e da minha vida), pelo amor, pela ternura e por ser a minha âncora, mesmo nos dias de tempestade.

Ao meu **pai**, pelas gargalhadas constantes que me faziam esquecer qualquer problema, pela disponibilidade demonstrada em resolver qualquer problema com que me deparasse e pelo alento demonstrado.

Ao **Paulo**, pelo apoio incansável, pela motivação constante e por seres o meu porto-seguro, mesmo nos dias de maior ansiedade. O meu mais sincero obrigada, por nunca deixares de acreditar em mim, pelos momentos de carinho e cumplicidade, e por seres o melhor “*partner-in-crime*” que poderia pedir. Foste o melhor presente deste ano, e de todos aqueles que se avizinham. Amo-te.

À **Raquel**, a minha melhor das melhores, obrigada por tudo. Mais de 10 anos depois, torna-se difícil arranjar palavras que expressem toda a gratidão e todo o carinho que sinto por ti. Resta-me apenas agradecer-te por seres aquela que nunca vai embora, que nunca desilude e que me conhece melhor do que eu mesma. Obrigada por seres TU.

À minha pequena (grande) **Bruna**, obrigada pelas gargalhadas, por estares sempre disponível a qualquer hora, em qualquer momento e por, mesmo longe, estares tão perto. Que continuemos a partilhar o mesmo gosto em séries, que o Lucifer e a Phoebe sejam sempre as melhores personagens alguma vez criadas, mas que na vida real, a melhor personagem seja sempre tu, minha Lobster! Foste das melhores coisas que a faculdade me deu, e que o sejas a vida toda!

À **Margarida**, um eterno obrigada por em poucos anos, tornar-se tanto. Pelas conversas de longas horas, por todas as horas de desabafo e de sorrisos que partilhámos, pelos momentos em que nos apetecia desesperar e por aqueles que queríamos eternizar, tenho a certeza que levo a melhor comigo. Obrigada por seres a flor mais bonita do meu jardim!

Resumo

Este estudo teve como objetivo explorar a relação entre a imagem corporal positiva (ICP), a vinculação e a qualidade de vida (QDV), num grupo de mulheres com cancro da mama e num grupo de mulheres sem esta doença. Foi, ainda, testado o efeito mediador da ICP, na relação entre a vinculação e a qualidade de vida, no grupo de mulheres com cancro da mama. Para tal, foi recolhida uma amostra de 27 mulheres sobreviventes de cancro da mama (pertencentes ao grupo clínico), e 26 mulheres sem historial de doença crónica (inseridas no grupo não clínico).

Os resultados demonstraram a ausência de diferenças estatisticamente significativas na ICP, na vinculação e na qualidade de vida, com exceção da qualidade de vida física, onde se verificaram níveis mais elevados deste domínio da QDV no grupo não clínico, comparativamente ao grupo clínico. Adicionalmente, e no que concerne ao grupo clínico, foram constatadas associações positivas entre a ICP e a qualidade de vida (física, psicológica e ambiental), assim como entre a ICP e o conforto com a proximidade. Observaram-se, ainda, correlações negativas entre a ansiedade de separação e a funcionalidade corporal, entre a qualidade de vida psicológica e a ansiedade de separação, e entre a qualidade de vida física e o índice de massa corporal. Salienta-se ainda a existência de uma correlação positiva entre a qualidade de vida psicológica e o conforto com a proximidade. Por fim, demonstrou-se que a funcionalidade corporal medeia aproximadamente 48% da relação entre a ansiedade de separação e a qualidade de vida física e 55% da relação entre a ansiedade de separação e a qualidade de vida psicológica, no grupo clínico.

Este estudo surge como contributo importante para uma melhor compreensão da IC positiva na doença oncológica. Efetivamente, ter tido cancro da mama parece não ser impeditivo do desenvolvimento de uma imagem corporal positiva, já que pode transformar-se numa experiência benéfica de aceitação e valorização do próprio corpo.

Palavras-Chave: Imagem Corporal Positiva, Vinculação, Qualidade de vida, Cancro da mama, Mediação

Abstract

This research aimed to explore the relationship between positive body image (PBI), attachment and quality of life (QoL), among a group of women with breast cancer and a group of women without this disease. The mediating effect of PBI was also tested, regarding the relationship between attachment and quality of life, in women with breast cancer. For this purpose, a sample of 27 women who survived breast cancer (belonging to the clinical group), and 26 women with no history of chronic disease (included in the non-clinical group), was collected.

The results showed an absence of statistically significant differences in PBI, attachment and quality of life, with the exception of physical quality of life, where there were higher levels of this QoL domain in the non-clinical group, when compared to the clinical one. Additionally, and with regard to the clinical group, positive associations were found between PBI and quality of life (physical, psychological and environmental), as well as between PBI and comfort with closeness. There were also found negative correlations between separation anxiety and body functionality, between psychological quality of life and separation anxiety, and between physical quality of life and body mass index. It should also be noted that there is a positive correlation between psychological quality of life and comfort with closeness. Finally, it was shown that body functionality mediates approximately 48% of the relationship between separation anxiety and physical quality of life, and 55% of the relationship between separation anxiety and psychological quality of life, in the clinical group.

This study emerges as an important contribution to a better understanding of positive body image in cancer disease. In fact, having breast cancer does not seem to preclude the development of a positive body image, since it can become a beneficial experience of acceptance and appreciation, towards their own body.

Key Words: Positive Body Image, Attachment, Quality of life, Breast Cancer, Mediation

Résumé

Cette étude visait à explorer la relation entre l'image corporelle positive (ICP), l'attachement et la qualité de vie, dans un groupe de femmes atteintes d'un cancer du sein et dans un groupe de femmes sans cette maladie. L'effet médiateur de l'ICP a également été testé, dans la relation entre l'attachement et la qualité de vie, chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. À cette fin, un échantillon de 27 femmes survivantes d'un cancer du sein (appartenant au groupe clinique) et de 26 femmes sans antécédent de maladie chronique (incluses dans le groupe non clinique) a été collecté.

Les résultats ont montré une absence de différences statistiquement significatives dans l'ICP, l'attachement et la qualité de vie, à l'exception de la qualité de vie physique, où il y avait des niveaux plus élevés de ce domaine de qualité de vie dans le groupe non clinique, par rapport au groupe clinique. De plus, et en ce qui concerne le groupe clinique, des associations positives ont été trouvées entre l'ICP et la qualité de vie (physique, psychologique et environnementale), ainsi qu'entre l'ICP et le confort de proximité. Il y avait également des corrélations négatives entre l'anxiété de séparation et la fonctionnalité corporelle, entre la qualité de vie psychologique et l'anxiété de séparation, et entre la qualité de vie physique et l'indice de masse corporelle. Il faut également noter qu'il existe une corrélation positive entre la qualité de vie psychologique et le confort de proximité. Enfin, il a été démontré que la fonctionnalité corporelle médie environ 48% de la relation entre l'anxiété de séparation et la qualité de vie physique et 55% de la relation entre l'anxiété de séparation et la qualité de vie psychologique, dans le groupe clinique.

Cette étude est une contribution importante à une meilleure compréhension de l'IC positive dans les maladies cancéreuses. En fait, avoir un cancer du sein ne semble pas empêcher le développement d'une image corporelle positive, car il peut se transformer en une expérience bénéfique d'acceptation et d'appréciation du corps lui-même.

Mots clés: Image corporelle positive, attachement, qualité de vie, cancer du sein, médiation

Índice

Introdução	1
1. A vinculação e o cancro da mama	3
2. A qualidade de vida e o cancro da mama	4
3. A imagem corporal e o cancro da mama	6
3.1 <i>Imagem corporal, vinculação e qualidade de vida</i>	10
Objetivos e hipóteses de investigação	11
Método.....	13
1. Participantes	13
2. Instrumentos	14
3. Procedimentos	16
Resultados.....	19
Discussão	25
Conclusão	32
Referências Bibliográficas.....	36
Anexos.....	55

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	55
Tabela 2. Estatísticas descritivas das dimensões da ICP, da QDV e da vinculação	19
Tabela 3. Análises diferenciais para as dimensões da ICP, vinculação, QDV e escolaridade	21
Tabela 4. Correlações de Pearson entre as dimensões da ICP, a vinculação, a QDV e a idade para o Grupo Clínico	60
Tabela 5. Correlações de Pearson entre as dimensões da ICP, a vinculação, a QDV, a idade e o IMC para o Grupo não Clínico	60
Tabela 6. Correlações de <i>Spearman</i> entre a QDV Psicológica, o IMC e as restantes variáveis, para o Grupo Clínico	61
Tabela 7. Correlações de <i>Spearman</i> entre a Funcionalidade, a Ansiedade e a QDV Psicológica e as restantes variáveis, para o Grupo não Clínico	61

Índice de figuras

Figura 1. Modelo Conceitual e Estatístico de mediação simples (valores padronizados)	23
---	----

Índice de abreviaturas

BAS – 2	Escala de Apreciação Corporal – 2
CPT	Crescimento Pós-Traumático
FAS	Escala de Apreciação de Funcionalidade
HGSJ	Hospital Geral de São João
IC	Imagem Corporal
ICN	Imagem Corporal Negativa
ICP	Imagem Corporal Positiva
IMC	Índice de Massa Corporal
QDV	Qualidade de Vida

Introdução

O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres, atingindo, em 2018, os 2 milhões de casos a nível mundial (Bray et al., 2018). De acordo com a Liga Portuguesa contra o Cancro (2018), surgem 6000 novos casos de cancro da mama por ano em Portugal, traduzindo-se em 11 novos casos por dia e morrendo 4 mulheres por dia, vítimas desta doença. Neste sentido, torna-se fulcral explorar esta temática e as suas implicações no que diz respeito à qualidade de vida psicossocial, da população sobrevivente (Fobair et al., 2006).

Esta condição, por sua vez, acarreta mudanças a nível físico, tais como: anemia, enjoos, vómitos, alopecia, amenorreia temporária, fadiga, secura vaginal e oscilações de peso (Bertero, 2002; Carver et al., 1998; Downie et al., 2006; Parker, Baile, Moor & Cohen, 2003; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007), mas também consequências do fórum psicológico, nomeadamente sentimentos de ansiedade, perda de feminilidade e atratividade, diminuição da autoestima, desespero, inferioridade, aversão perante a mutilação e medo de morrer (Dias, Manuel, Xavier & Costa 2001; Ramos & Patrão, 2005). Estas implicações afetam a qualidade de vida destas mulheres, assim como a sua sexualidade, o autoconceito, a autoimagem (Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså, & Dahl, 2010) e, em particular, a satisfação com a sua imagem corporal (Almeida, Guerra & Filgueiras, 2012; Gopie et al., 2013).

Na última década, surge o conceito de Imagem Corporal Positiva (ICP), como um construto multidimensional, definido como o amor e respeito pelo corpo, apreciação do mesmo e das funções que desempenha (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Apesar da crescente investigação neste sentido, esta tem-se centrado, essencialmente, na população adolescente e universitária, e particularmente ao nível das perturbações alimentares e preocupações acerca do peso e da forma (Bailey, Gammage, Ingen & Ditor, 2015).

Os poucos estudos realizados com populações cuja condição clínica tem um impacto direto no corpo e na imagem corporal, como as doenças oncológicas, a HIV, as doenças de pele ou queimaduras, demonstram que as mudanças na aparência e no funcionamento do corpo, não têm necessariamente um efeito exclusivamente negativo na IC ou no bem-estar dos indivíduos (Cash, 2004).

Apesar de já existir alguma investigação ao nível da imagem corporal em mulheres com cancro da mama, foram encontrados poucos estudos que explorassem a imagem corporal positiva nesta doença oncológica. Neste sentido, tendo por base uma metodologia quantitativa, pretende-se perceber qual a perceção de funcionalidade e apreciação corporal de um grupo de mulheres com cancro da mama, bem como a relação destas dimensões da ICP com a vinculação e a qualidade de vida. Este estudo será relevante, não só pelo seu carácter pioneiro, mas também pelas eventuais implicações para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

A primeira parte deste trabalho visa enquadrar conceptualmente os conceitos presentes neste estudo, bem como apresentar o estado de arte acerca desta temática. Segue-se a apresentação da metodologia do estudo e os seus resultados. Por fim, são discutidos os resultados, bem como enunciadas as limitações e as implicações que este estudo poderá ter para a prática clínica, e para a intervenção.

1. A vinculação e o cancro da mama

A teoria da vinculação tem vindo a ser utilizada como suporte na investigação sobre o impacto do cancro da mama na qualidade de vida dos sobreviventes, já que fornece uma base para a compreensão das diferenças no bem-estar físico e psicológico, em resposta a eventos *stressores* (Fagundes, Diamond & Allen, 2012; Mikulincer & Florian, 1998). Mais concretamente, o estilo de vinculação é considerado um bom preditor da adaptação à doença crónica (Arambasic, Sherman, Elder & Breast Cancer, 2019; Brandão, Schulz & Matos, 2017; Hamama-Raz & Solomon, 2006; Turner-Cobb et al., 2002), sendo que uma vinculação insegura torna os indivíduos mais propensos a adotar respostas negativas e a apresentarem níveis mais elevados de ansiedade perante acontecimentos traumáticos, comparativamente aos sujeitos com uma vinculação segura (Arambasic et al, 2019; Brandão, Schulz & Matos, 2017; Eusébio, 2013; Woodhouse, Ayers, & Field, 2015). Brandão, Schulz e Matos (2018), verificaram ainda que mulheres com dificuldades em confiarem nos outros, revelaram uma qualidade de vida empobrecida, comparativamente às mulheres capazes de manter uma relação de proximidade emocional com terceiros.

Num estudo desenvolvido por Schmidt e colaboradores (2012), com uma amostra de sobreviventes de cancro, demonstrou-se que a vinculação segura está significativamente correlacionada com estratégias de *coping* ativas. Por sua vez, Tanyi e colaboradores (2015), num estudo conduzido com pacientes com cancro da mama, defenderam que o estilo de vinculação evitante constituía um preditor de níveis mais reduzidos nas subescalas de crescimento pós-traumático. Por seu lado, sobreviventes de cancro da mama, com um estilo de vinculação inseguro, apresentam menores níveis de qualidade de vida geral (Fagundes, Jaremka, Malarkey & Kiecolt-Glaser, 2014), perturbações na imagem corporal e índices mais elevados de desespero e de severidade dos sintomas, durante o primeiro ano de diagnóstico (Favez et al., 2016). Desta forma, uma vinculação insegura constitui um fator de risco de menores níveis de qualidade de vida, dentro da população sobrevivente.

No que diz respeito ao parceiro romântico em particular, e no âmbito do cancro da mama, a investigação tem vindo a demonstrar que a existência de um companheiro mais responsivo e apoiante, durante o processo de tratamento, promove a adaptação psicossocial destas mulheres à doença (Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel, & Spiegel, 2000), potenciando uma perceção positiva do *self* e contribuindo para a diminuição de sentimentos de culpa ou vergonha, que possam advir do diagnóstico (Compas & Luecken, 2002).

Contrariamente, casais que recorrem a estratégias de evitamento, apresentam maiores níveis de angústia, assim como uma adaptação psicossocial pobre perante a doença oncológica (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001). Assim, um parceiro apoiante permite que a mulher se expresse mais abertamente acerca da sua experiência traumática, encorajando-a a explorar novas formas de encarar o mundo e, conseqüentemente, fazendo com que esta consiga enfrentar e superar os sentimentos e pensamentos negativos decorrentes do cancro da mama (Schmitt, 2004).

Para além disso, mulheres que demonstram medo de rejeição ou abandono, evidenciam maiores dificuldades em percecionar o problema tendo em conta ganhos secundários que possam promover o desenvolvimento pessoal (Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp, 2008).

Em síntese, uma boa estrutura familiar e um parceiro romântico sensível e responsivo às necessidades da mulher, serão uma base segura a partir da qual esta pode partilhar as suas preocupações e emoções associadas à doença, potenciando a construção progressiva de uma nova narrativa de vida, que comporta a vivência do cancro da mama (Domingues, 2014).

2. A qualidade de vida e o cancro da mama

Abordar o impacto do cancro da mama, nas várias dimensões da vida das sobreviventes, é abordar a qualidade de vida (Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

Atendendo à diversidade de estágios da doença oncológica e de tratamentos, e ao impacto físico e psicológico inerente aos mesmos (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010), torna-se relevante abordar a qualidade de vida, tendo em conta estas diferenças.

De acordo com Moreira, Silva e Canavarro (2008), mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, apresentam níveis inferiores de qualidade de vida, comparativamente à população sobrevivente. Este grupo revelou, ainda, valores mais baixos de qualidade de vida no que diz respeito ao domínio físico, em comparação com a população geral. Estes resultados são explicados por Knobf (2007), que caracteriza a fase de diagnóstico como um momento de transição, marcado por altos níveis de stresse e, conseqüentemente, uma deterioração da qualidade de vida.

No que diz respeito às consequências dos tratamentos, nomeadamente a quimioterapia, as pacientes submetidas a este tratamento apresentam um decréscimo na qualidade de vida, comparativamente a mulheres submetidas a radioterapia ou hormonoterapia (Galalae, 2005). Contudo, torna-se relevante salientar que qualquer tipo de tratamento do cancro da mama, comporta alterações físicas, muitas vezes permanentes e desfiguradoras, que impactam a IC e, consequentemente, a qualidade de vida (da Mata, 2017).

Relativamente à avaliação da qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama, os estudos desenvolvidos neste sentido têm vindo a demonstrar-se incongruentes (Pinto & Ribeiro, 2006). A grande parte da investigação salienta uma boa adaptação aos desafios associados ao tratamento, sejam estes de cariz físico, psicológico ou social (Bloom, Peterson, & Kang, 2007; Canavarro et al., 2010; Ganz et al., 1996; Helgeson, Snyder & Seltman, 2004). De facto, segundo alguns autores, esta população apresenta uma boa qualidade de vida global, semelhante às mulheres do grupo de controlo (Dorval et al., 1998; Kornblith et al., 2007; Tomich & Helgeson, 2002), apresentando-se, por vezes, superior à da população geral (Ganz et al., 1998; Peuckmann et al., 2007).

Paralelamente, outros estudos têm vindo a associar esta condição a um decréscimo no funcionamento psicossocial, assim como na qualidade de vida global e relacionada com a saúde (Ahn et al., 2007; Begovic-Juhant et al., 2012; Bruscia et al., 2008; Helms et al., 2008; Jabłoński et al., 2019; Nowicki et al., 2015; Quinten et al., 2015; Rosenberg et al., 2014; Schoormans, Czene, Hall, & Brandberg, 2015).

Salienta-se ainda que, no estudo conduzido por Jabłoński e colaboradores (2019), a “sensação de coerência” (isto é, a capacidade do indivíduo em avaliar as situações, mobilizando os seus recursos adequadamente), constitui um preditor fulcral na qualidade de vida relacionada com a saúde, nas sobreviventes de cancro da mama (Kulik & Kronfeld, 2005; Rohani et al., 2015; Sarenmalm et al., 2013). Por sua vez, níveis reduzidos de satisfação corporal e elevados índices de depressão e ansiedade, constituem fatores de risco na qualidade de vida desta população (Moreira, Silva & Canavarro, 2010; Moreira et al., 2011; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008).

3. A imagem corporal e o cancro da mama

Para além das implicações que qualquer doença pode acarretar no ser humano (nomeadamente sentimentos de impotência e incerteza perante o tratamento, rutura da rotina e do corpo saudável, confronto com a finitude da vida e possibilidade de recidiva), o cancro da mama é das patologias mais temidas por parte da população feminina, devido ao impacto psicológico decorrente das alterações na imagem corporal (IC), eventualmente através da remoção total ou parcial da mama (Almeida, Guerra & Filgueiras, 2012).

A imagem corporal (IC) é um constructo multidimensional, que engloba características negativas e positivas, bem como aspetos do foro comportamental, percetual e atitudinal (Cash, 2002). Contudo, apesar de existir um reportório bastante vasto de investigação no âmbito da imagem corporal, grande parte dos estudos centram-se apenas na compreensão da imagem corporal negativa, não considerando, deste modo, a imagem corporal positiva (Cash & Smolak, 2011; Tylka, 2011, 2012), o que provoca uma visão reducionista do conceito de imagem corporal (Cash & Smolak, 2011).

Salienta-se, desta forma, que a imagem corporal positiva é um constructo independente da imagem corporal negativa, não se posicionando no mesmo *continuum*, nem sendo representada como níveis baixos de imagem corporal negativa (Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005; Tylka, 2011, 2012). Efetivamente, um indivíduo pode apreciar o seu corpo e estar, simultaneamente, insatisfeito com alguns aspetos da sua aparência (Halliwell, 2015).

A imagem corporal positiva comporta muito mais do que satisfação corporal ou apreciação da aparência, podendo ser definida como a apreciação, aceitação e amor que cada um tem do seu próprio corpo e da sua funcionalidade, englobando uma conceptualização ampla de beleza, um investimento adaptativo na aparência, uma flexibilidade psicológica acerca da IC, uma positividade interna e filtragem de informações de forma protetora ao corpo, para além da aceitação do corpo pelos outros (Tylka, & Wood-Barcalow, 2015a).

Especificamente, a apreciação corporal abrange a valorização das características, da saúde e da funcionalidade do corpo, ultrapassando a simples satisfação com a aparência. Envolve, portanto, reconhecer as capacidades do próprio corpo e os seus traços únicos (Wood-Barcalow et al., 2010), rejeitando ideais de beleza reducionistas impostos pela imprensa (Avalos, Tylka & Wood-Barcalow, 2005).

Por sua vez, a funcionalidade corporal não se restringe à capacidade física, representando tudo aquilo que o corpo tem capacidade de fazer (Webb, Wood-Barcalow, & Tylka, 2015), nomeadamente: capacidades físicas, sensações e percepções corporais, processos internos, autocuidado, tarefas criativas, assim como ser capaz de comunicar abertamente com os outros (Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen, & Karos, 2015). Tendo em conta a vulnerabilidade desta dimensão perante doenças, lesões ou diferenças estruturais, esta variável não pode ser compreendida como aquilo que o corpo é ou não capaz de fazer, mas pela apreciação e valorização daquilo que o corpo faz ou é capaz de fazer (Alleva, Martijn et al., 2015; Bailey, Gammage, van Ingen, & Ditor, 2015; Webb, Wood-Barcalow, & Tylka, 2015).

A investigação salienta que a apreciação corporal está significativamente associada a variáveis como: autoestima, otimismo, *coping* proactivo, afeto positivo, autocompaixão, satisfação com a vida, felicidade subjetiva (Avalos et al., 2005; Swami, Hadji-Michael & Furnham, 2008; Tylka & Kroon Van Diest, 2013; Wasylkiw, MacKinnon, & MacLellan, 2012), alimentação intuitiva (Avalos & Tylka, 2006; Tylka & Kroon Van Diest, 2013), funcionamento sexual (Fobair et al., 2006; Pelusi, 2006; Satinsky, Reece, Dennis, Sanders, & Bardzell, 2012), e ainda com o exercício físico, quando este não é feito com o intuito de mudar a aparência (Homan & Tylka, 2014). A apreciação corporal tem sido, ainda, associada a uma maior atenção às necessidades do corpo e ao envolvimento em comportamentos saudáveis e rejeição de ideais irrealistas (Avalos et al., 2005).

Contudo, a investigação acerca da IC no cancro da mama centra-se, maioritariamente, na avaliação da satisfação corporal ou da imagem corporal negativa (Bagheri & Mazaheri, 2015; Begovic-Juhant et al., 2012; Guedes et al., 2018; Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2010). Efetivamente, o tema da imagem corporal tem vindo a ser associado às alterações físicas e psicológicas decorrentes dos tratamentos do cancro da mama, que podem ser traumáticos e desfiguradores, tais como a mastectomia, lumpectomia e dissecação de linfomas axilares (Hormes et al., 2008). Mais especificamente, num estudo desenvolvido por Macieira e Maluf (2008), as mulheres que realizaram mastectomia sem reconstrução, apresentaram maior morbidade de depressão e ansiedade, relacionadas com a autoestima, a sexualidade e a autoimagem, comparativamente às mulheres submetidas a reconstrução mamária. Por sua vez, na investigação desenvolvida por Gopie e colaboradores (2013), observa-se que a mastectomia bilateral com reconstrução se encontra correlacionada com um impacto negativo na imagem corporal das mulheres, sendo que se torna essencial

integrar-se o acompanhamento psicológico antes e depois deste tratamento. Assim, as cirurgias reconstrutivas e a mastectomia constituem preditores de problemas a nível da IC, principalmente dentro da população jovem e sexualmente ativa (Fobair et al., 2006; Mock, 1993), que coloca um forte peso nas questões da IC e, conseqüentemente, tende a revelar uma baixa satisfação corporal e uma adaptação psicossocial pobre, após a cirurgia (Hormes et al., 2008).

As alterações físicas provocadas pelo cancro da mama podem desencadear, também, sentimentos de ansiedade, perda de autoestima, desespero, inferioridade, aversão perante a mutilação e medo de morrer (Dias, Manuel, Xavier & Costa 2001; Ramos & Patrão, 2005), que muitas vezes são acompanhados por apreensão em despir-se à frente do companheiro (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010).

Para além disso, a investigação tem vindo a concluir que os efeitos secundários da quimioterapia e radioterapia, tais como: anemia, enjoos, vômitos, alopecia, amenorreia temporária, fadiga, secura vaginal e oscilações de peso, estão correlacionados negativamente com a sexualidade e a autoimagem (Bertero, 2002; Carver et al., 1998; Downie et al., 2006; Parker, Baile, Moor & Cohen, 2003; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007).

Por outro lado, mulheres com uma imagem corporal negativa, tendem a apresentar problemas a nível social, preocupações excessivas com a aparência, relutância em olhar para o seu corpo despido, dissatisfação com a aparência e com as cicatrizes provocadas pelas cirurgias, experienciando sentimentos como angústia e perda de feminilidade, integridade corporal e desejabilidade sexual (Bartelink et al., 1985; Beckmann et al., 1983; Carver et al., 1998; Cohen et al., 1998; Ganz et al., 1992; Ganz et al., 2003a; de Haes et al., 1986; Hopwood, 1993; Kemeny et al., 1988; Lasry et al., 1987; Petronis, Carver, Antoni & Weiss, 2003; Pozo et al., 1992; Sanger and Reznikoff, 1981; Steinberg et al., 1985; Wellisch et al., 1989; White, 2000).

Apesar dos impactos negativos causados pela doença, nos últimos 20 anos a investigação tem vindo a debruçar-se sobre os efeitos positivos que podem advir de experiências stressantes, como o cancro (Romeo et al., 2017). Este construto foi conceptualizado por Tedeschi e Calhoun (2006), sendo denominado de crescimento pós-traumático (CPT). Desta forma, o CPT traduz-se na percepção que a pessoa possui acerca dos benefícios decorrentes das mudanças que o evento traumático comporta, tais como: maior

apreciação pela vida, reconhecimento de novas possibilidades, melhores relações interpessoais, alterações na filosofia de vida, dimensão espiritual mais profunda, e sensação de força interior aumentada (Romeo et al., 2017; Schmidt, Blank, Bellizzi & Park, 2012). Salienta-se ainda que, apesar do CPT e de sentimentos de angústia poderem coexistir (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Cordova et al., 2007; Soo & Sherman, 2015), fatores como idade, suporte social, expressão emocional e processamento cognitivo, parecem promover e fortalecer este processo (Bellizzi & Blank, 2006; Manne et al., 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004, 2006). Para além disso, num estudo conduzido por Wang e colaboradores (2014), em pacientes com cancro da mama, verificou-se que o CPT estava positivamente correlacionado com o nível educacional, o estatuto profissional (mais especificamente, as pessoas reformadas apresentavam níveis mais elevados de CPT), e a prática de exercício físico.

Não foram encontrados estudos que explorassem especificamente a ICP e o cancro da mama, à exceção dos estudos de Lehardy (2019) e Lee (2017). Mais especificamente, Lehardy (2019) avaliou um grupo de 158 mulheres sobreviventes de cancro da mama, constatando que a aceitação do corpo pelos outros, assim como a internalização de ideias socioculturais acerca da aparência física, impactavam diretamente a imagem corporal positiva. Desta forma, o autor ressalta a importância da mobilização da rede de suporte social destas mulheres, assim como a desconstrução de ideais de beleza impostos pela sociedade, como formas de promoção da ICP. Lee (2017), por sua vez, desenvolveu um estudo com 89 mulheres com cancro da mama e 89 mulheres sem doença oncológica, concluindo que o tipo de tratamento realizado, apresenta uma associação negativa com a apreciação corporal. Para além disso, este estudo revela ainda que o tempo decorrido desde o diagnóstico está correlacionado negativamente com a apreciação corporal e com a capacidade de adaptação a mudanças resultantes da doença.

Por outro lado, num estudo nacional em que se entrevistaram 16 indivíduos com diversos tipos de cancro, os dados revelaram que a opinião dos participantes acerca da imagem corporal positiva comporta dimensões como a valorização do corpo por aquilo que ele é capaz de fazer, a aceitação incondicional e o apoio demonstrado pelos outros, a conceptualização da beleza para além dos ideais impostos pela sociedade, o investimento saudável e adaptativo na aparência, assim como atitudes de autocuidado (prática de exercício físico, massagens, *yoga* e cuidados alimentares) e positividade interior. (Carreiras, 2019).

3.1 Imagem corporal, vinculação e qualidade de vida

A investigação tem salientado a relação entre a qualidade da vinculação e a imagem corporal, nomeadamente a associação entre uma vinculação insegura e uma imagem corporal negativa (Barbosa, 2008; Cash, Theriault, & Annis, 2004; Cheng & Brent, 2009; Troisi, et al., 2006). A imagem corporal positiva, como conceito emergente, começa também a revelar estudos que procuram os seus determinantes, sendo que estes têm demonstrado que a pressão dos *media*, a aceitação do corpo pelos outros, e a auto compaixão, constituem preditores significativos da apreciação corporal (Andrew, Tiggermann, & Clark, 2016) e que uma vinculação mais insegura se encontra negativamente associada à apreciação corporal (Azevedo, 2020; Tavares, 2020).

Relativamente à qualidade de vida do indivíduo, a imagem corporal tem demonstrado ser um fator muito importante para uma melhor adaptação à doença (Moreira, Silva, Marques, & Canavarro, 2010). Ao longo da doença, as pessoas moldam ou alteram os seus comportamentos e os ambientes que frequentam, de forma a conseguirem uma melhor adaptação durante este processo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Desta forma, quando ocorrem alterações na imagem corporal, devem-se desenvolver estratégias de autoproteção ou de *coping* para gestão da situação (Cook-Cottone, 2015). Estudos nacionais com amostras clínicas têm salientado o papel da ICP na QDV (Cunha, 2020; Silva, 2019), destacando-se, particularmente, o papel da apreciação da funcionalidade corporal como um importante preditor da QVD (Cunha, 2020).

Em suma, a investigação realizada ao longo dos anos tem demonstrado que o cancro da mama e os seus tratamentos têm um importante impacto na imagem corporal da população feminina, influenciando a qualidade de vida, a autoperceção, o funcionamento biopsicossocial e a sexualidade das sobreviventes (Hormes et al., 2008; Sendersky, Gaus & Sung, 2002), pelo que se torna fulcral compreender melhor estes processos, no sentido de se mobilizarem recursos e estratégias para a promoção da ICP e da QDV destas pessoas.

Objetivos e hipóteses de investigação

Tendo em conta que a investigação acerca deste tema ainda é escassa, este trabalho tem como finalidade obter um maior conhecimento acerca do impacto da doença na imagem corporal, nomeadamente na imagem corporal positiva e como esta se relaciona com a QDV destas pessoas.

Assim, os objetivos deste estudo são:

1. **Caraterizar** e perceber eventuais **diferenças** entre um grupo de mulheres sobreviventes de cancro da mama (grupo clínico) e outro grupo de mulheres sem doenças crónicas (grupo não clínico), quanto à imagem corporal positiva (apreciação corporal e funcionalidade corporal), vinculação e qualidade de vida;
2. Explorar as **relações** entre a vinculação, imagem corporal positiva (apreciação corporal e funcionalidade), qualidade de vida, idade, escolaridade e IMC, no grupo clínico e num grupo não clínico;
3. Explorar o **papel mediador** da imagem corporal positiva na relação entre a vinculação e a QDV, em mulheres que tiveram cancro da mama;

Atendendo à revisão bibliográfica realizada, foram definidas as seguintes **hipóteses**:

H1 – H1.1. Tendo em conta a escassez de estudos que explorem especificamente a ICP nesta população, (Carreiras, 2019; Lee, 2017; Lehardy 2019), e havendo alguma consistência na ausência de diferenças entre a população clínica e não clínica quanto à apreciação corporal noutras populações (e.g. Azevedo, 2020; Carreiras, 2019; Cunha, 2020; Grogan, Mehan, Persson, Finlay & Hall, 2019; Silva, 2019; Tavares, 2020), espera-se, igualmente, que não existam diferenças na Apreciação corporal entre o grupo clínico e o não clínico. **H1.2.** Ao nível da funcionalidade, espera-se que o grupo não clínico apresente níveis mais elevados, comparativamente com o grupo clínico (Azevedo, 2020; Cunha, 2020). **H1.3.** Por seu lado, na QDV, esperam-se níveis de QDV física inferiores no grupo clínico, comparativamente ao grupo não clínico (Annunziata et al., 2018; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2003b; Helgeson & Tomich, 2005; Matthews, Baker, Hann, Denniston & Smith, 2002; Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Tomich & Helgeson, 2002), e valores similares entre os grupos, nas restantes dimensões da QDV (Ahles et al., 2005; Dorval et al., 1998; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2003; Kornblith et al., 2007; Tomich & Helgeson, 2005) . **H1.4.**

Finalmente, não são esperadas diferenças na vinculação entre os dois grupos de mulheres (Huebner et al., 1999; Hwang et al., 2009).

H2 – H2.1. Espera-se uma associação positiva entre a ICP (apreciação corporal e funcionalidade) e o conforto com a proximidade e uma relação negativa com a ansiedade de separação (Barbosa, 2008; Broberg, Hjalms & Nevenon, 2001; Sharpe, et al., 1998; Suldo & Ward, Ramsay, & Treasure, 2000; Tavares, 2020; Troisi, et al., 2006); **H2.2.** Espera-se uma correlação positiva entre a ICP e a QDV (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012; Cunha, 2020; Dahl et al., 2010; Moreira, Silva, Marques, & Canavarro, 2010; Remondes-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012); **H2.3.** Prevê-se, ainda, uma associação negativa entre a ICP e o IMC (Fingeret, Teo & Epner, 2014; Lemoine et al., 2018; Swami et al., 2008; Swami et al., 2015; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Van Diest & Tylka, 2010; Webb, Butler-Ajibade & Robinson, 2014); **H2.4.** Espera-se, também, uma associação positiva entre a ICP e a idade (Atari, 2016; Bailey et al., 2016; Bani et al., 2008; Chen, Liao, Chen, Chan & Chen, 2012; Gorišek, Krajnc & Krajnc, 2009; Louro, 2019; Paterson, Lengacher, Donovan, Kip & Tofthagen, 2016; Swami et al., 2015; Tiggemann, 2004; Tiggemann & Lynch, 2001; Tiggemann & McCourt, 2013), tanto no grupo clínico como no não clínico;

H3 - Espera-se que a ICP (Apreciação corporal e Funcionalidade corporal) medie a relação entre a vinculação e a QDV no grupo clínico. Existe evidencia científica de que a vinculação é um importante preditor da imagem corporal (Barbosa, 2008) e que a percepção da aceitação do corpo pelos outros é um preditor relevante da ICP (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2016). Por outro lado, a ICP tem revelado ser um preditor da QDV (Cunha, 2020; Friedman et al., 2002; Kim & Kang, 2015; Moreira & Canavarro, 2010; Skopinski et al., 2015). Assim, embora seja uma hipótese exploratória, pois não foi encontrado nenhum estudo com esta população que explorasse esta mediação, espera-se encontrar algum destes efeitos mediadores, seja através da BAS seja da FAS.

Método

Neste estudo é usada uma metodologia quantitativa, com um desenho de investigação observacional, transversal e com um único momento de avaliação, com grupo clínico e não clínico.

1. Participantes

A amostra clínica foi recolhida por conveniência e método “bola de neve”, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; sexo feminino; possuir nacionalidade portuguesa; ter conhecimento do seu diagnóstico médico; possuir parecer positivo do seu médico para participar no estudo; ter ficado com sequelas físicas permanentes decorrentes do tratamento; acuidade visual normal (ou corrigida para normal).

Relativamente aos critérios de exclusão à participação no estudo, salienta-se: existência de défice cognitivo; gravidez ou período de 6 meses pós-gravidez; patologia oftalmológica significativa; disforia de género; comportamentos de automutilação, bem como comorbilidade psiquiátrica severa que interfira na participação do estudo.

A recolha do grupo de controlo foi, também, por conveniência e pelo método “bola de neve”, onde se procurou que este fosse constituído por participantes com características sociodemográficas semelhantes ao grupo de doentes oncológicos. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos; índice de massa corporal entre 18,5 e 25 kg/m² e período menstrual regular (aplicável em mulheres pré-menopausa). Por sua vez, inseriram-se nos critérios de exclusão os seguintes parâmetros: história atual ou anterior de doença médica ou psiquiátrica severa e uso atual de medicação psicotrópica.

Neste contexto, o grupo clínico integra 27 participantes, sendo constituído apenas por mulheres, com uma média de idade de 51,7 (*DP* =10.7), sendo que a esta varia entre os 37 e os 73 anos. Relativamente à escolaridade, a média posiciona-se nos 11,1 anos (*DP*= 6,0), variando entre 4 e 26 anos de escolaridade. Quanto ao estado civil, 66,67% dos participantes

são casados ou vivem em união de facto, 22,22% são solteiros, 11,11% estão separados/divorciados, sendo que não existem participantes viúvas neste grupo. Quanto ao IMC a média foi de 26,77 kg/m² ($DP= 4,26$), variando entre 21,30 e 36,65 kg/m². Por fim, a média de duração da doença oncológica é de 37 meses, isto é, cerca de 3 anos e um mês ($DP = 40,37$).

No que diz respeito ao grupo não-clínico, este é constituído por 26 participantes do sexo feminino, apresentando uma média de idade de 51,2 ($DP= 9,37$), com uma variância entre 36 e 68 anos. A média de anos de escolaridade equivale a 11,5 ($DP= 4,27$), revelando uma variância entre 4 e 18 anos. No que concerne ao estado civil, 73,08% dos participantes são casados ou vivem em união de facto, 3,85% são solteiros, 19,23% encontram-se separados/divorciados e 3,85% são viúvos. Relativamente ao IMC, a média foi de 24,04 kg/m² ($DP= 2,63$), variando entre 19,03 e 28,69 kg/m² (ver Tabela 1, Anexo A).

2. Instrumentos¹

Os instrumentos de autorrelato utilizados na recolha de dados foram os seguintes:

- a) **Questionário sociodemográfico** que permite recolher informações sociodemográficas e clínicas, desenvolvidos para o efeito da investigação (c.f. Anexo B). Estas informações englobam: sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, dados antropométricos, diagnóstico clínico e tratamento, nível de satisfação com a imagem corporal e positividade. Também foram abordadas questões específicas da doença como o tipo de cancro, registo de cancro no passado, realização de cirurgia reconstrutiva e principais alterações corporais decorrentes da doença.
- b) A Imagem Corporal Positiva foi avaliada através da dimensão *Apreciação corporal* e pela **Body Appreciation Scale – 2** (BAS-2; Tylka & WoodBarcalow, 2015; versão

¹Estes questionários fazem parte um protocolo mais vasto, elaborado no âmbito do projeto de investigação intitulado: “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”, do qual este estudo é uma abordagem parcial. Neste projeto fui responsável pela recolha e análise desta amostra, relativa aos participantes com doença oncológica, mais especificamente cancro da mama.

portuguesa de Lemoine et al., 2018). Esta escala é composta por 10 itens que devem ser respondidos numa escala de *likert* de 1=“nunca” a 5=“sempre” (Tylka & WoodBarcalow, 2015). A BAS-2 mensura as opiniões favoráveis, a aceitação e o respeito que o participante tem pelo seu corpo. Os resultados dos estudos em amostras portuguesas suportam a sua fiabilidade tanto em adultos mais jovens ($\alpha = .94$; Lemoine, Konradsen, Jensén, Roland-Lévy, Ny, Khalaf & Torres, 2018), como adultos mais velhos ($\alpha = .88$; Meneses, Torres, Miller & Barbosa, 2019). Na amostra desta investigação o valor de consistência interna foi de $\alpha = .94$ para o grupo clínico e de $\alpha = .88$ para o grupo não clínico.

- c) A funcionalidade corporal foi avaliada através da **Functionality Appreciation Scale** (FAS, Alleva, Tylka, Kroon & Diest, 2017), que avalia a apreciação da funcionalidade de forma holística, incluindo as experiências e capacidades corporais individuais, com 7 itens e através de uma escala de *likert* de 5 pontos, em que 1= discordo totalmente e 5= concordo totalmente. A pontuação da escala é realizada através da média das pontuações, em que pontuações mais altas revelam uma maior apreciação da funcionalidade. Esta a escala apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .86$; Alleva, Tylka, & Kroon Van Diest, 2017) e tem vindo a revelar boas propriedades psicométricas em estudos nacionais ($\alpha = .91$ para o grupo clínico e $\alpha = .86$ para o grupo não clínico, Cunha 2020; $\alpha = .90$ para o grupo clínico e $\alpha = .85$ para o grupo não clínico, Azevedo, 2020). Nesta investigação os alfas foram $\alpha = .84$ para o grupo clínico, e $\alpha = .85$ para o grupo não clínico.
- d) Para avaliar a vinculação adulta foi utilizada a **Escala de Vinculação do Adulto** (Collins & Read, 1990; EVA; versão portuguesa de Canavarro, 1995). Esta escala é formada por 18 itens, avaliados por uma escala de *likert* de 5 pontos, sendo 1= nada característico e 5= extremamente característico em mim. É formada por três dimensões distintas: Ansiedade, Conforto com a proximidade e Confiança nos outros (6 itens cada). A *Ansiedade (de separação)* diz respeito ao grau de ansiedade sentida pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido. O *Conforto com a proximidade* representa o grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade. Por último, a *Confiança nos outros* diz respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária. Valores mais altos indicam níveis mais elevados de cada dimensão (Canavarro, Dias

& Lima, 2006). Os resultados de estudos em amostras portuguesas suportam a sua fiabilidade, apresentando uma consistência interna para o total da escala de 0.81. No que refere às subescalas, a subescala ansiedade de separação apresentou um valor elevado de α ($\alpha = .84$), ao contrário das subescalas Conforto com a proximidade ($\alpha = .67$), e Confiança nos outros ($\alpha = .54$), que apresentaram valores de consistência interna inferiores ao desejável (Canavarro, Dias, Lima, 2006). Neste estudo as diferentes subescalas apresentaram valores distintos de consistência interna, nomeadamente: *ansiedade* GC, $\alpha = .88$; GNC, $\alpha = .80$; *conforto com a proximidade* GC $\alpha = .56$; GNC $\alpha = .68$; *confiança nos outros* GC $\alpha = .30$, GNC $\alpha = .66^2$.

- e) Para avaliar a qualidade de vida recorreu-se à versão reduzida do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, de Serra e colaboradores (2006), ou seja, o **WHOQOL-BREF**. Com o uso duma escala *likert* de 5 pontos, este instrumento possui 26 perguntas. Estas perguntas estão estruturadas em quatro domínios: físico, ambiente, psicológico e relações sociais (Serra et al., 2006), que garantem as características psicométricas satisfatórias desta versão reduzida.

Nesta investigação o *alfa* de Cronbach, no domínio da QDV geral : GC $\alpha = .45$; GNC $\alpha = .36$; QDV física GC $\alpha = .90$; GNC $\alpha = .69$; QDV psicológica GC $\alpha = .81$; GNC $\alpha = .79$; QDV Relações Sociais GC $\alpha = .63$; GNC $\alpha = .40$; QDV Ambiente GC $\alpha = .89$; GNC $\alpha = .70^3$.

3. Procedimentos

a. Procedimentos éticos

Todos os instrumentos utilizados tiveram o consentimento dos respetivos autores das versões nacionais. O estudo teve o parecer positivo da Comissão de Ética do HGSJ (Parecer

² Foram consideradas aceitáveis $\alpha > .60$, tendo em conta os próprios valores de confiabilidade encontrados pelos autores nesta escala. Contudo, devido ao valor muito baixo de confiabilidade da subescala *Confiança nos outros* no grupo não clínico, optou-se por não incluir esta medida nas análises posteriores neste grupo de participantes. Relativamente à dimensão *Conforto com a proximidade*, apesar do valor reduzido de confiabilidade desta medida no GC, optou-se por incluir nas restantes análises, tendo a consciência que estes resultados deverão ser analisados com cautela.

³ Mais uma vez, devido ao valor muito baixo de confiabilidade da subescala *QDV Geral*, em ambos os grupos, e QDV Relações sociais no grupo não clínico, optou-se por não incluir estas medidas nas análises posteriores.

nº 301/18), da Comissão de Ética da FPCEUP (Parecer nº 2028/12-6b) e da Avaliação de Impacto da Proteção de Dados da UP (Parecer P-4/2020)

A todos os participantes foi explicado o objetivo do estudo, qual o procedimento de recolha de dados, assim como garantido o carácter voluntário e confidencial da participação. Todas as informações fornecidas sobre o estudo foram colocadas por escrito, juntamente com o consentimento informado. Todos os participantes assinaram (amostra clínica) ou deram o seu consentimento informado (ver consentimento informado para recolha em papel – Anexo C e consentimento informado para recolha online – Anexo D).

b. Procedimentos relativos à recolha da amostra

As amostras foram recolhidas com base num processo de amostragem não probabilístico, por conveniência e pelo método de bola de neve.

Os participantes do grupo clínico foram convidados a participar no estudo pelo seu próprio médico (elo de ligação), após a ponderação dos critérios de inclusão e exclusão definidos. Os questionários foram aplicados pelo investigador, presencialmente e em papel, num hospital central do Grande Porto e apenas dois foram recolhidos *online*. A aplicação dos questionários foi realizada num gabinete que garantia todas as questões de privacidade e confidencialidade.

Todos os participantes, depois de lerem as informações acerca do estudo e os seus objetivos, refletiram e assinaram o consentimento informado, pois sem este, o preenchimento do questionário não era possível. O protocolo foi ordenado de forma contrabalanceada e o seu preenchimento durou, em média, 40 minutos.

A amostra do grupo não clínico foi recolhida *online*, através da plataforma da UP *Limesurvey*. Os participantes foram contactados pessoalmente, via *e-mail* ou redes sociais, com o objetivo de apresentar o estudo e avaliar o seu interesse em participar. As pessoas cuja resposta foi positiva preencheram o questionário com acesso através da partilha de um *link*. Todos os participantes, depois de lerem as informações acerca do estudo e os seus objetivos, tiveram, igualmente, que dar o seu consentimento informado, sem o qual o preenchimento do questionário não era possível. O preenchimento deste protocolo durou, em média, 20 minutos.

c. Procedimentos estatísticos

Para a análise dos dados, recorreu-se ao IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 26.

Procedeu-se à codificação dos dados recolhidos e foram realizadas as análises descritivas da amostra e as variáveis em estudo. A normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*, sendo que as condições foram cumpridas para quase todas as variáveis, com exceção da FAS e da Ansiedade de separação para o grupo não clínico, e da Qualidade de vida Psicológica para ambos os grupos. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, seguida de testes paramétricos, (nomeadamente o teste *t-student* para amostras independentes) ou testes não paramétricos (teste *Mann-Whitney*), com o objetivo de verificar a existência de diferenças significativas entre grupos (clínico e não clínico), relativamente às principais variáveis em estudo (vinculação, imagem corporal positiva, e QDV) e ainda diferenças de idade e escolaridade. No caso de se obterem resultados similares, optamos por reportar apenas os testes paramétricos. Foram considerados valores significativos para $p < .05$ e foi apresentada a magnitude do efeito, considerando-se os seguintes valores de referência (Cohen, 1988): efeito pequeno (.20), efeito moderado (.50) e efeito grande (.80).

Para se aferirem as associações entre as principais variáveis, foram calculadas correlações de *Pearson* e *Spearman* para cada grupo, de acordo com os pressupostos de normalidade obtidos, seguindo novamente as diretrizes de Cohen (1988): correlação fraca ($r = .10$ a $.29$), correlação moderada ($r = .30$ a $.49$) e correlação forte ($r = .50$ a 1.0).

Por fim, para se testar os modelos de mediação foram realizadas análises de regressão, com recurso ao aplicativo PROCESS, do SPSS. Foram cumpridos os pressupostos que viabilizam a prossecução destas análises.

Resultados

1. Análises descritivas

Foram realizadas análises descritivas para as principais variáveis estudadas (ver Tabela 2).

Tabela 2

Estatísticas descritivas das dimensões da ICP, da QDV e da vinculação.

Variáveis	GC (n=27)			GNC (n=26)		
	M ± DP	Mín	Máx	M ± DP	Mín	Máx
BAS-2	3.78 ± .83	2.20	4.90	3.80 ± .50	2.80	4.80
FAS	4.21 ± .58	2.71	5	4.42 ± 4.80	3.75	5
QDV_Física	61.51 ± 21.37	21.43	96.43	74.45 ± 11.68	42.86	96.43
QDV_Psicológica	70.68 ± 16.61	29.17	95.83	71.15 ± 13.69	37.50	95.83
QDV_Ambiente	66.44 ± 16.46	37.50	93.75	71.03 ± 10.25	53.13	93.75
EVA_Ans	2.43 ± 1.06	1	4.83	2.31 ± .69	1.17	3.50
EVA_Conf_Prox	3.65 ± .62	2.17	5	3.44 ± .57	2.50	5

Nota. BAS2= Avaliação Corporal; FAS= Funcionalidade corporal; QDV_Física= Qualidade de vida física; QDV_Psicológica= Qualidade de vida psicológica; QDV_Ambiente= Qualidade de vida ambiental; EVA_Ans= Ansiedade; EVA_Conf_Prox= Conforto com a proximidade

De uma forma geral, as participantes, da amostra clínica e não clínica, revelaram ter valores de ICP dentro ou acima do ponto médio da escala, assim como os valores da Qualidade de vida e de Conforto com a proximidade. Por seu lado, os níveis de Ansiedade de separação em ambos os grupos estão abaixo do ponto médio da escala (de 1 a 5), revelando-se uma amostra com níveis mais positivos nas medidas avaliadas.

2. Análises diferenciais

Com o intuito de explorar possíveis diferenças entre grupos (clínico e não clínico), procedeu-se à realização de testes paramétricos, nomeadamente o teste *t-student* para amostras independentes. Apesar de algumas variáveis não cumprirem com o pressuposto da

normalidade, uma vez que os resultados dos testes não paramétricos se revelaram semelhantes aos dos testes *t-student*, optou-se por reportar apenas os resultados dos testes paramétricos, de forma a facilitar a leitura dos mesmos, no seu conjunto.

De realçar que foi realizado um emparelhamento prévio entre as participantes do grupo clínico e do grupo não clínico em função da idade e da escolaridade, de modo a assegurar a homogeneidade entre grupos em relação às presentes variáveis sociodemográficas.

Relativamente à ICP, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e o grupo não clínico, tanto na apreciação corporal (BAS-2), $t(42.91) = -.14$, $p = .89$, $d = .003$, como na Funcionalidade corporal (FAS), $t(51) = -1.48$, $p = .14$, $d = 0.40$, embora nesta dimensão se tenha verificado um efeito prático moderado.

No que diz respeito à qualidade de vida, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na QDV física, $t(40.58) = -2.75$; $p = .009$, $d = 0.75$, com o grupo não clínico a apresentar valores superiores de QDV física ($M = 74.45$; $DP = 11.68$), comparativamente ao grupo clínico ($M = 61.51$; $DP = 21.37$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, tanto na subescala de QDV ambiental, $t(51) = -1.22$, $p = .23$, $d = 0.33$, como na QDV psicológica $t(51) = -.11$; $p = .91$, $d = .003$.

Por fim, no que diz respeito à vinculação (EVA), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto na subescala *Conforto com a proximidade*, $t(51) = 1.30$; $p = .20$, $d = -0.13$, como na subescala *Ansiedade* $t(51) = .48$, $p = .06$, $d = -0.35$, ressalvando-se, no entanto, um tamanho do efeito moderado. (ver tabela 3).

Tabela 3

Análises diferenciais para as dimensões da ICP, vinculação, QDV e escolaridade

Variáveis	Teste t para amostras independentes			
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BAS-2	-.14	42.91	.89	.003
FAS	-1.48	51	.14	0.40
QDV_Física	-2.75	40.58	.009	0.75
QDV_Psicológica	-.11	51	.91	.003
QDV_Ambiental	-1.22	51	.23	0.33
EVA_Ans	.48	51	.06	-0.35
EVA_Conf_	1.30	51	.20	-0.13

Nota. BAS-2= Apreciação Corporal; FAS= Funcionalidade corporal; QDV_Física= Qualidade de vida física; QDV_Psicológica= Qualidade de vida psicológica; QDV_Ambiental= Qualidade de vida ambiental; EVA_Ans= Ansiedade; EVA_Conf_Prox= Conforto com a proximidade

3. Análises correlacionais

Foram realizadas análises de correlação de Pearson e Spearman (de acordo com o cumprimento do pressuposto da normalidade), de forma verificar-se a associação entre as principais variáveis, a idade e o índice de massa corporal (IMC).

No que concerne ao **grupo clínico**, a apreciação corporal (BAS-2), apresenta-se positivamente correlacionada com a funcionalidade corporal (FAS), $r(27) = .78, p \leq .001$, revelando uma correlação forte com esta variável, e moderadamente correlacionada com a subescala “conforto com a proximidade”, $r(27) = .60, p = .001$ assim como com a qualidade de vida, mais especificamente a QDV física $r(27) = .45, p = .02$, QDV ambiental $r(27) = .68, p \leq .001$ e QDV psicológica $r(27) = .68, p \leq .001$. Quanto à funcionalidade corporal (FAS), verificam-se correlações positivas e moderadas, com a qualidade de vida física $r(27) = .52, p = .005$, ambiental $r(27) = .67, p \leq .001$ e psicológica $r(27) = .68, p = .002$, assim como com o conforto com a proximidade $r(27) = .56, p = .002$. Para além disso, observa-se uma correlação negativa entre a FAS e a ansiedade $r(27) = -.39, p = .04$.

Relativamente à qualidade de vida psicológica, verificam-se correlações positivas com as restantes dimensões da qualidade de vida, nomeadamente a física $r(27) = .57, p = .002$

e a ambiental $r_s(27)=.60, p=.001$. Ademais, constata-se ainda a existência de uma correlação positiva com o conforto com a proximidade $r_s(27)=.51, p=.007$ e uma correlação negativa com a ansiedade $r_s(27)=-.40, p=.04$. Salienta-se ainda que a qualidade de vida física se encontra moderadamente correlacionada com a qualidade de vida ambiental, $r(27)=.64, p \leq .001$, e negativamente correlacionada com o índice de massa corporal, $r_s(27)=-.42, p=.03$. Por sua vez, a qualidade de vida ambiental correlaciona-se positiva e moderadamente com o conforto com a proximidade, $r(27)= -.39, p= .04$, não se verificando correlações significativas adicionais.

No que diz respeito ao **grupo não clínico**, a funcionalidade corporal demonstra-se positiva e moderadamente correlacionada com a apreciação corporal, $r_s(26)=.66, p \leq .001$ e com todas as dimensões pertencentes à qualidade de vida, nomeadamente a física $r_s(26)=.51, p=.008$, a psicológica $r_s(26)=.64, p \leq .001$ e a ambiental, $r_s(26)=.40, p=.04$.

Quanto à qualidade de vida psicológica ressaltam-se correlações moderadamente positivas com a apreciação corporal, $r_s(26)=.49, p=.01$, e as restantes áreas da qualidade de vida, sendo estas a QDV física, $r_s(26)=.52, p=.007$, e a QDV psicológica, $r_s(26)=.52, p=.006$. Finalmente, no que toca à qualidade de vida ambiental, verifica-se uma correlação positiva, com valores moderados, com a qualidade de vida física, $r(26)=.54, p=.004$.

Salienta-se ainda que não foram encontradas associações significativas, ou com intensidade relevante, entre a idade as principais variáveis em estudo, em nenhum dos grupos (ver tabelas 4, 5, 6 e 7 no Anexo D).

4. Papel Mediador da Imagem Corporal Positiva na relação entre a vinculação e a QDV

Com o objetivo de analisar possíveis efeitos mediadores das variáveis da ICP no grupo clínico, recorreu-se ao aplicativo PROCESS, do *IBM SPSS Statistics*.

Foram utilizados os modelos conceituais de mediação simples (modelo 4, Hayes, 2012). Foram testados 11 modelos de mediação, tendo a Ansiedade de separação e o Conforto com a proximidade como variáveis independentes, as variáveis da ICP (Funcionalidade e Apreciação Corporal) como mediadores e a QDV física, psicológica e ambiental como

variáveis dependentes. Destes modelos, apenas 1 apresentou resultados significativos.

No Modelo 1, (Figura 1), verificou-se um efeito de mediação da Funcionalidade corporal (FAS), na relação entre a ansiedade (EVA_Ans), e a qualidade de vida psicológica (QDV_Psicológica).

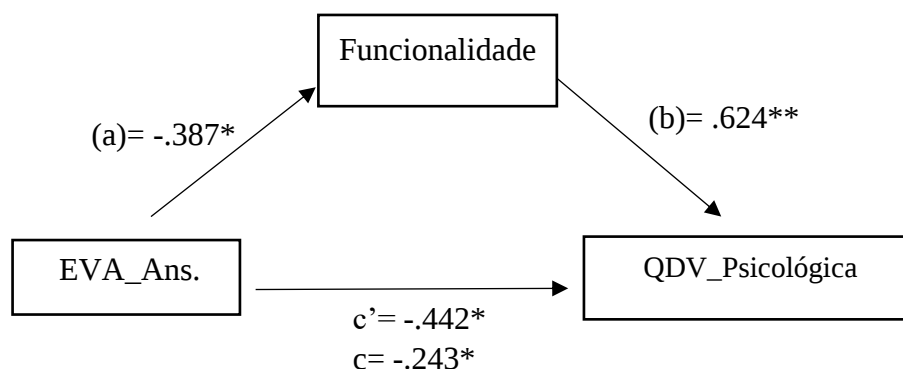


Figura 1 – Modelo Conceitual e Estatístico de mediação simples (valores padronizados); (a)= impacto da Ansiedade na Funcionalidade corporal; (b)= efeito da Funcionalidade corporal na QDV psicológica; c'= efeito total; c= efeito indireto; * $p < .05$; ** $p < .001$

Verifica-se que existe uma associação significativa entre a ansiedade e a funcionalidade corporal (a), $\beta = -.38$, $B = -.21$, 95% IC= $-.42, -.006$, $p = .04$, sendo que, paralelamente, a FAS está positivamente associada à QDV psicológica (b), $\beta = .624$, $B = 17.90$, 95% IC= $8.86, 26.94$, $p \leq .001$. Salienta-se ainda que o efeito direto do modelo em questão (c') revelou-se significativo, $\beta = -.442$, $B = -6.95$, 95% IC= $-12.76, -1.14$, $p = .02$, assim como o efeito indireto da Ansiedade, $\beta = -.243$, $B = -3.82$, 95% IC= $-.46, -.03$, $p = .02$, concluindo-se que a FAS medeia aproximadamente 55% da relação entre a ansiedade e a qualidade de vida psicológica.

Por seu lado, embora com resultados não significativos ($p = .06$), optamos por fazer referência ao Modelo que testou o efeito mediador da Funcionalidade na relação entre a Ansiedade e a QDFísica, pois, devido à reduzida dimensão talvez a significância dos resultados tenha ficado mais comprometida. Neste modelo conclui-se que o impacto da ansiedade foi significativo na funcionalidade corporal (a), $\beta = -.38$, $B = -.21$, 95% IC= $-.42, -.006$, $p = .04$, e, ainda, que a FAS apresenta um efeito estatisticamente significativo na qualidade de vida física (b), $\beta = .45$, $B = 16.65$, 95% IC= $2.56, 30.75$, $p = .02$. Por seu lado, o efeito total da associação a Ansiedade e a QDV Física não se revelou significativo, (c') $\beta =$

-.36, $B = -7.33$, 95% IC = -15.09, .44, $p = .06$, assim como o efeito indireto ou de mediação, $\beta = -.175$, $B = .95$, 95% IC = -15.09, .44, $p = .06$, embora com resultados tendencialmente significativos. Pelo que se constata que a funcionalidade corporal medeia aproximadamente 48% da relação entre a ansiedade e a qualidade de vida física, resultados estes analisados com cautela e a explorar numa amostra mais numerosa.

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo explorar o papel da ICP junto de mulheres sobreviventes de cancro da mama. Para este efeito, procedeu-se à avaliação da apreciação corporal e apreciação da funcionalidade, avaliação da vinculação e da qualidade de vida, num grupo de mulheres que tiveram cancro da mama e um grupo não clínico, sem doença oncológica. Para além disso explorou-se o eventual papel mediador da ICP na relação entre a vinculação e a QDV, no grupo clínico.

No que diz respeito à ICP, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na apreciação corporal entre o grupo clínico e não clínico, o que confirma a hipótese inicialmente formulada (H1.1). Este resultado é corroborado por estudos que relataram níveis semelhantes da apreciação corporal em populações clínicas, comparativamente aos da população em geral (Azevedo, 2020; Cunha, 2020; Silva, 2019, Tavares, 2020). Ademais, vão de encontro às conclusões obtidas por Naghipoor, Zarea, Taghiloo & Heydari (2013), que compararam mulheres saudáveis com uma amostra de mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia e a cirurgia conservadora da mama, não encontrando diferenças significativas entre estes grupos, no que diz respeito à imagem corporal. A inexistência de diferenças significativas entre os grupos na apreciação corporal, pode ser explicada pelo facto de que as mulheres com cancro da mama alteram a sua perspetiva em e na relação com o corpo, deixando de se centrarem na aparência e passando a sentirem-se gratas e aceitarem o seu corpo por tudo aquilo que ele conseguiu ultrapassar (Wood-Barcalow et al., 2010). No estudo nacional que explorou, através e entrevistas, a ICP nesta população clínica, foram identificadas algumas características, que podem ter um papel fundamental no desenvolvimento/manutenção da IC positiva, sendo estas: a aceitação do corpo pelos outros, o investimento na aparência, a mudança da perspetiva de vida após a doença, práticas de autocuidado, uma desvalorização dos ideais de beleza impostos pela sociedade, a positividade e a procura ativa de pares com uma imagem corporal positiva (Carreiras, 2019). É, ainda, de referir que, na presente amostra, os participantes tiveram a doença, em média durante 3 anos, o que poderá ser um fator que pode ter contribuído para o desenvolvimento de uma ICP, já que a literatura aponta a duração da doença como um fator importante para o processo de adaptação, aceitação do corpo.

Relativamente à funcionalidade, e tal como se previa (H1.2), as participantes do grupo não clínico apresentaram valores mais elevados, comparativamente ao grupo clínico.

Salienta-se que, apesar dos resultados não demonstrarem diferenças significativas entre os grupos, estes valores não devem ser descartados, uma vez que a magnitude do efeito é moderada ($d= 0.40$). Neste sentido, sabendo que a funcionalidade do corpo é definida como tudo o que o corpo pode fazer ou é capaz de fazer, valorizando-o, respeitando-o e honrando-o por isso, englobando funções relacionadas com as suas capacidades físicas ou os processos internos (Alleva et al., 2014; Alleva et al., 2017), será natural que as mulheres que tiveram cancro possam ter a sua funcionalidade mais comprometida, seja pela doença ou pelos tratamentos que fizeram. Efetivamente, o cancro da mama pode provocar mazelas a nível físico que comprometem a funcionalidade corporal, como o surgimento de linfedemas (consequente dos tratamentos), que provoca, grande parte das vezes, dor intensa e dificuldades de mobilidade no braço ou no ombro, inchaço, infeções e um comprometimento geral da funcionalidade corporal (Chachaj et al., 2010). Para além disso, características como dor no local do tumor (Passik, Newman, Brennan, & Tunkel, 1995 cit in Chachaj et al., 2010), alteração da sensibilidade do braço afetado (Ridner, 2015 cit in Chachaj et al., 2010), a presença do linfedema na mão dominante (Pain, Vowler & Purushotham, 2003 cit in Chachaj et al., 2010), e a fadiga provocada pelos tratamentos (Bower et al., 2000), constituem fatores de risco para uma boa funcionalidade corporal. Ressalta-se, ainda, que as pessoas mais velhas com cancro da mama experienciam mais problemas a nível da funcionalidade física, comparativamente a mulheres mais jovens (Ganz et al., 2003), pelo que a idade das participantes no presente estudo deve ser tida em conta ($M = 51$ anos), já que pode ter contribuído para a existência de níveis mais baixos na FAS.

Por sua vez, e quanto à QDV, a hipótese foi confirmada (H1.3), já que se constatarem diferenças apenas na QDV Física, com o grupo não clínico a apresentar níveis superiores de qualidade de vida física, comparativamente ao grupo clínico. Nas restantes variáveis da qualidade de vida (psicológica e ambiental) não se revelaram diferenças significativas. Estes resultados são consistentes com a literatura, que constata a ausência de diferenças entre os grupos, no que diz respeito à qualidade de vida geral (Dorval et al., 1998; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2003; Kornblith et al., 2007; Helgeson & Tomich, 2005) e aos domínios subjacentes (Ahles et al., 2005; Dorval et al., 1998; Kendall et al., 2005), com exceção da qualidade de vida física (Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2003; Helgeson & Tomich, 2005; Matthews, Baker, Hann, Denniston & Smith, 2002; Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Tomich & Helgeson, 2002). A disparidade de resultados presentes neste domínio pode dever-se aos sintomas consequentes dos tratamentos, como dor (Bloom et al.,

2004; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2003; Kornblith et al., 2003), infertilidade, fadiga (Ahles et al., 2005; Carver, 2005), fraqueza, inchaço e perda de sensibilidade no braço (Bloom et al., 2004; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2003; Kornblith et al., 2003), ou até mesmo devido à sintomatologia inerente à menopausa, provocada pelos tratamentos (Ahles et al., 2005; Bloom et al., 2004). É ainda de ressaltar que fatores como a rede de suporte social ou os recursos internos ou externos, são preditores importantes da qualidade de vida, pelo que a ausência de diferenças nos restantes domínios da QDV poderá estar associada aos mesmos (Arambasic, Sherman, Elder & Breast Cancer Network Australia, 2019; Mols, Vingerhoets, Coebergh & van de Poll-Franse, 2005).

No que diz respeito à vinculação, nesta amostra apenas foi possível analisar as dimensões da Ansiedade de separação e do Conforto com a proximidade, devido à falta de fiabilidade da subescala Confiança nos outros. A ausência de diferenças entre os grupos clínico e não clínico na vinculação, vai ao encontro a alguns estudos, que não encontraram diferenças significativas entre indivíduos saudáveis e indivíduos com doença crónica/incapacidades físicas (Huebner et al., 1999; Hwang et al., 2009), confirmando-se a H1.4. Segundo Huebner e colaboradores (1999), populações com qualquer tipo de incapacidade física ou doença, desenvolvem e potenciam a sua resiliência, através da mobilização dos seus recursos, e de fatores que visam a proteção individual. Para além disso, esta similaridade de resultados pode também ser explicada por Gerson (1993), que defende que pessoas com incapacidades físicas reduzem as suas expectativas, no que diz respeito às interações sociais, de forma a coincidirem com a realidade dos seus tratamentos e com as consequências inerentes aos mesmos. Trata-se, portanto, de uma forma de autoproteção, nas quais estes indivíduos reduzem a consistência, a proximidade e a satisfação perante as relações sociais que mantêm, como mecanismo de defesa para enfrentar a doença. Por seu lado, neste estudo as participantes de ambos os grupos parecem percecionar as suas relações como mais seguras (níveis abaixo do ponto médio da escala de Ansiedade de separação e mais elevados de Conforto com a proximidade), pelo que seria importante explorar estes resultados em futuras amostras.

No que diz respeito ao grupo de hipóteses (H2) que pressupõem uma correlação entre a ICP (apreciação corporal e funcionalidade corporal), a vinculação, a qualidade de vida, o IMC e a idade, conclui-se que esta foi parcialmente confirmada. De facto, tal como previsto em H2.1., verificou-se uma associação positiva entre a ICP (apreciação corporal e funcionalidade corporal), e o conforto com a proximidade, e, paralelamente, uma correlação

negativa entre a funcionalidade corporal e a ansiedade. Estes resultados são suportados por alguns autores, que defendem que um estilo de vinculação ansioso ou evitante encontra-se correlacionado com uma imagem corporal negativa (Cash, Theriault & Annis, 2004; Favez et al., 2016). Neste sentido, indivíduos com níveis mais reduzidos ansiedade de separação, mais seguros, e confortáveis com a proximidade do outro, possuem maiores níveis de valorização pessoal (Favez et al., 2016) e estão menos vulneráveis às opiniões e necessidade de validação externa. De atentar que alguns estudos se centram na importância da relação com o parceiro amoroso no que diz respeito à imagem corporal, salientando que a aprovação do corpo por parte do companheiro amoroso, percebida pelas mulheres, encontra-se positivamente correlacionada com uma boa apreciação corporal. De qualquer forma, a qualidade da relação com os outros parece revelar-se importante na valorização e apreciação corporal (Barbosa, 2008; Cash, Theriault & Annis, 2004; Cheng & Brent, 2009; Troisi, et al., 2006).

Verifica-se uma correlação positiva entre a ICP e a qualidade de vida (física, psicológica e ambiental), no grupo clínico (confirmando-se a H2.2), sendo que estes resultados vão de encontro à literatura que revela que mulheres com níveis mais reduzidos de ICP apresentam índices mais elevados de ansiedade e depressão, problemas de adaptação face à doença e uma menor qualidade de vida (Moreira & Canavarro, 2010; Moreira et al., 2011; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008). Desta forma, a aceitação do corpo, e a valorização do mesmo para além das ideias de beleza, são fatores essenciais para a autoestima, a saúde mental, as relações sociais e, consequentemente, a qualidade de vida (Anllo, 2000; Dahl et al., 2010; Fobair & Spiegel, 2009; Helms et al., 2008; Moreira et al., 2011; Rosenberg et al., 2014; Zimmermann et al., 2010).

Ainda no grupo clínico, observou-se que a QDV psicológica se correlaciona positivamente com o conforto com a proximidade, e, tal como seria de esperar, negativamente com a ansiedade. Estes resultados são concordantes com a literatura neste âmbito, que tem vindo a evidenciar a existência de uma correlação entre um estilo de vinculação seguro e níveis mais elevados de qualidade de vida, saúde subjetiva, resiliência e satisfação com a vida, em mulheres com cancro da mama (Ávila, et al., 2015; Koziińska, 2012). Por sua vez, um estilo de vinculação inseguro revela-se associado a níveis mais reduzidos de QDV, valores mais baixos de adaptação psicológica e maiores níveis de *stress*, sendo que a doença oncológica assume um impacto muito mais negativo, na vida destas mulheres (Arambasic, et al., 2019; Fagundes, Jaremka, Malarkey & Kiecolt-Glaser, 2014;

Mackintosh, Power, Schwannauer & Chan, 2018; Schmidt, Blank, Bellizzi & Park, 2012; Wei, Liao, Ku & Shaffer, 2011).

No que diz respeito à hipótese que pressupõe uma associação negativa entre a ICP e o IMC (H2.3), concluiu-se que esta foi infirmada. De facto, o aumento de peso em mulheres com cancro da mama, provocado pelos tratamentos que afetam o metabolismo, é um acontecimento frequente (Fingeret, Vidrine, Reece, Gillenwater & Gritz, 2010; Fingeret, Teo & Epner, 2014), sendo que a literatura aponta para a existência de uma correlação negativa entre a imagem corporal positiva e o índice de massa corporal (Fingeret, Teo & Epner, 2014; Lemoine et al., 2018; Swami et al., 2008; Tylka & Wood-Barcalow, 2015b; Van Diest & Tylka, 2010; Webb, Butler-Ajibade & Robinson, 2014). Apesar de grande parte da amostra clínica revelar um IMC acima dos valores normativos (isto é, acima do intervalo entre 18.5 e 24.9kg/m²), considera-se que este fenómeno poderá ser explicado pela idade das participantes inseridas na amostra, uma vez que esta apresenta uma média, em ambos os grupos, de 51 anos. Tal como indica a literatura, pessoas com uma idade adulta média ou tardia, colocam menos peso na aparência física, centrando a sua atenção noutros domínios do seu corpo, pelo que o IMC poderá não constituir um fator relevante para a apreciação corporal, nestas mulheres (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010).

Ainda nas análises de correlação, não se verificou uma associação positiva entre a ICP e a idade, não se confirmando a hipótese H2.4. Contudo, apesar de alguns estudos sublinharem que, à medida que a idade aumenta, também os sentimentos de valorização da saúde e da funcionalidade vão-se sobrepondo à importância colocada na aparência física (Tiggemann & Lynch, 2001), o impacto da idade na imagem corporal positiva não é claro, nem unânime (Demarest & Allen, 2000). Desta forma, e em concordância com os resultados do presente estudo, alguns autores revelaram a inexistência de uma associação significativa entre a idade das participantes e a imagem corporal positiva (Alleva et al., 2017; Cash & Henry 1995; Cunha, 2020), pelo que se coloca a hipótese de a relação entre a idade e a funcionalidade não ser linear, mas antes curvilínea, em *U* invertido. Mais concretamente, considera-se que as mulheres a partir dos 50 anos (que tendencialmente estão a entrar na menopausa), vêm-se confrontadas com questões que as obrigam a ressignificar os ideais de beleza impostos pela sociedade, e a aceitar o corpo tal como ele é (Tiggemann & McCourt, 2013), estabilizando os níveis de aceitação e apreciação corporais.

De atentar ainda que estes valores podem ser explicados pela ausência de faixas etárias mais jovens na amostra, pelo que a leitura e interpretação destes resultados deve ser feita com cautela. Deste modo, investigações futuras deverão comportar amostras com idades mais variadas, para que se possa observar o desenvolvimento da apreciação corporal durante as trajetórias de vida das mulheres, considerando a influência de fatores sociais e biológicos.

Por fim, através das análises de mediação realizadas, concluiu-se que a hipótese formulada se encontra parcialmente confirmada (H3). Mais especificamente, a funcionalidade corporal apresenta-se como um mediador significativo na relação entre a ansiedade e a qualidade de vida psicológica e física (ressalvando-se a exploração deste último resultado numa amostra mais numerosa). Desta forma, depreende-se que grande parte do efeito da vinculação na QDV Psicológica, em particular, de mulheres sobreviventes de cancro da mama se faz através da funcionalidade corporal, que poderá ter um efeito atenuante nas pessoas com uma ansiedade de separação mais elevada, ou mais inseguras, o que, por seu lado, terá implicações neste domínio da sua QDV. Na verdade, a imagem corporal constrói-se na relação com os outros, e a qualidade dessa relação irá influenciar vários domínios, tais como: a forma como cada indivíduo se relaciona, sente e pensa no decorrer das suas interações sociais, a capacidade para expressar os seus sentimentos e para demonstrar vulnerabilidade em situações de crise (Mikulincer & Shaver, 2007), assim como o suporte percebido das figuras significativas (Bowlby, 1973). No contexto do cancro da mama, a investigação refere que níveis elevados de ansiedade de separação estão correlacionados com índices mais baixos de saúde mental, maior sofrimento psicológico, distúrbios a nível da IC e maior severidade de sintomas (Cash, Theriault & Annis, 2004; Favez et al., 2016). Esta severidade, por sua vez, irá ter efeito na funcionalidade corporal, já que a presença de dor, cansaço e/ou incapacidade física, vão, concomitantemente, provocar um decréscimo neste domínio. Em suma, a relação estabelecida com os outros, constitui um preditor importante da valorização e apreciação corporal (Barbosa, 2008; Cash, et al. 2004; Cheng & Brent, 2009; Troisi, et al., 2006).

Por sua vez, a qualidade de vida psicológica pode ser caracterizada pela presença de sentimentos como satisfação, felicidade e segurança, centrando-se na capacidade de suprir as suas necessidades individuais e viver em harmonia espiritual e psicologicamente, com o próprio e com a sociedade (Mitchell, Benito-León, González & Rivera-Navarro, 2005). No âmbito da doença oncológica, esta dimensão da QDV é conceptualizada como uma tentativa em manter uma sensação de “controlo” perante uma doença que ameaça a integridade física

e a própria vida (Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004). Neste sentido, os resultados deste estudo são consistentes com a associação entre a funcionalidade corporal e a qualidade de vida psicológica, demonstrando que a funcionalidade (ou níveis reduzidos de incapacidade física), está associada a índices mais baixos de sofrimento psicológico e a uma melhor qualidade de vida (Ganz et al., 2002 cit in Brandão, Schulz & Matos, 2017). Assim, e no contexto da doença oncológica, a fadiga e a funcionalidade corporal surgem como preditores significativos de uma boa adaptação psicológica face à doença e correlacionam-se negativamente com a sintomatologia depressiva e o sofrimento psicológico (Brandão, Schulz & Matos, 2017).

Estes resultados remetem para a importância de se trabalharem as questões da corporeidade, da aceitação do que o corpo é capaz de fazer, para a promoção da QDV destas mulheres.

Conclusão

A presente investigação teve como objetivo primordial explorar a relação entre a ICP com a qualidade de vida e a vinculação, numa amostra de mulheres com cancro da mama, e mulheres saudáveis. Globalmente, constatou-se a associação entre a ICP e os diversos domínios da vinculação e da qualidade de vida, assim como uma correlação entre a QDV física e o índice de massa corporal. Salienta-se ainda, o papel da funcionalidade corporal como mediador na relação entre a ansiedade e a QDV psicológica e física.

Embora os resultados obtidos sejam pertinentes para investigações futuras, torna-se relevante salientar algumas das limitações deste estudo. Primeiramente, numa fase inicial da investigação, a amostra foi recolhida por 2 pessoas, pelo que os resultados obtidos podem variar de acordo com a postura que cada investigadora assumiu. Adicionalmente, o facto de grande parte da amostra ser mais envelhecida (e, conseqüentemente, apresentar maiores dificuldades a nível da visão), obrigava à investigadora a ler, por vezes, as questões, pelo que esta condição pode ter suscitado um maior viés, provocado pela desajustabilidade social.

A extensão do questionário revelou-se um dos maiores obstáculos à recolha da amostra, visto que se tornava extremamente desafiador conseguir manter a motivação e a atenção dos participantes para o preenchimento do mesmo, sendo que as desistências eram recorrentes. Por seu lado, o espaço para a recolha da amostra foi, muitas vezes, interrompido, por parte da equipa médica do hospital, fator que provocou um “corte” no preenchimento do questionário e dificultou, ainda mais, a manutenção da atenção dos participantes. Para além disso, atendendo à pandemia atual, COVID-19, a recolha da amostra em contexto hospitalar foi interrompida, limitando a recolha de participantes e comprometendo a dimensão amostral.

Assim, futuramente seria interessante continuar a explorar a ICP numa amostra mais extensa e diversificada desta população (mais tipos de cancro, diferentes géneros e idades), para melhor se compreender qual o impacto e o modo como se relacionam com outras dimensões psicológicas. A abordagem qualitativa permitiria, também, aceder aos processos e relações, subjacentes e complexas, entre as variáveis exploradas neste estudo. Além disso, o caráter transversal do estudo e natureza das análises (correlacionais), não permite inferir relações de causalidade entre as variáveis, sendo necessário um estudo de natureza longitudinal.

Apesar destas limitações, o estudo demonstra-se bastante pertinente devido à escassez de investigação na área da imagem corporal positiva, nomeadamente numa amostra com doença oncológica.

Ressalta-se a importância de intervir nas questões da ICP para a promoção de uma melhor adaptação e aceitação corporal, face à doença oncológica. Tendo em conta que a mama é uma parte do corpo associada às questões da sensualidade e sexualidade, remetendo para a sedução e o prazer (Adachi et al., 2007; Almeida, Guerra & Filgueiras, 2012; Cantinelli et al., 2006; Filgueiras et al., 2007; Remondes-Costa, Jimenéz & Pais-Ribeiro, 2012; Sebastián et al., 2007; Silva, 2008), torna-se bastante pertinente a inclusão de psicólogos na equipa hospitalar, para que estes ajudem estas mulheres a trabalhar a sua autoestima e aceitação do seu corpo, e a sentirem-se mais atraentes e femininas (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012).

Relativamente ao tipo de intervenções psicológicas a adotar junto desta população, considera-se relevante trabalharem-se não só as questões da aceitação e crenças relativas à doença, mas também a aceitação corporal, a relevância de se otimizarem os aspetos positivos daquilo que o corpo é capaz de fazer e a relevância de se envolverem os significativos. A este respeito alguns exemplos serão a Terapia de Aceitação e Compromisso (também designada por ACT), que recorre a estratégias de aceitação e *mindfulness*, com o intuito de dar ferramentas a esta população para lidar com os sentimentos ou pensamentos desadaptativos (muitas vezes provocados pela doença e pelo impacto do tratamento no quotidiano, na aparência e na funcionalidade destas mulheres), para que estes tenham menos impacto nas suas vidas (Hayes, S. C., Strosahl, & Wilson, 1999 cit in Piran, 2019). A ACT tem vindo a demonstrar melhorias ao nível da imagem corporal positiva, da capacidade de consciencialização e posterior aceitação dos seus sentimentos, revelando, ainda, mudanças de pensamentos, perceções e sentimentos relativos ao peso e ao corpo em si, passando a valorizar outras dimensões das suas vidas (Piran, 2019).

Destacam-se, também, as intervenções em grupo, como a Terapia de Suporte Expressiva, que visa o desenvolvimento da entreajuda, abertura e expressão emocional, promovendo, simultaneamente, as interações familiares e sociais. No que diz respeito à doença oncológica, este tipo de intervenção tem vindo a demonstrar inúmeros benefícios, tais como: a integração do impacto do cancro na imagem corporal, a otimização de estratégias de *coping*, a desmitificação de temas como a morte, o reajustamento das prioridades de vida, melhorias

na relação entre o paciente e a equipa médica e na QDV, assim como redução do sofrimento psicológico (Butler et al., 2009; Classen & Spiegel, 2011; Classen et al., 2001; Giese-Davis et al., 2011; Reuter, Scholl, Sillem, Hasenburg, & Härter, 2010 cit in Brandão, Tavares, Schulz & Matos, 2019).

Adicionalmente, considerando o papel da vinculação nas questões da ICP e da QDV, e estando esta associada ao grau de adaptação ao cancro da mama (Brandão, Schulz & Matos, 2018), sugere-se a extensão das intervenções psicológicas para o companheiro amoroso, para que este realize (de uma forma adaptativa), o seu processo de luto, aprenda a lidar com os desafios que esta condição inevitavelmente lhe coloca, e para que, pouco a pouco, integre estas mudanças no seu quotidiano e consiga atender às necessidades da mulher (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012). Para além disso, tal como foi verificado no presente estudo e na literatura debruçada neste domínio, um estilo de vinculação inseguro constitui um fator de risco para uma boa adaptação psicossocial à doença, pelo que se considera relevante uma abordagem terapêutica complementar, assente nas estratégias de vinculação típicas de cada paciente (Mallinckrodt, 2000, cit in Arambasic, Sherman, Elder & Breast Cancer Network Australia 2019). Destas estratégias salienta-se a Terapia Focada nas Emoções, que tem como objetivo a promoção de uma imagem corporal positiva, mas também o apoio entre o casal (Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999 cit in Piran, 2019). Mais concretamente, esta intervenção foca-se no desenvolvimento da regulação emocional e na desconstrução de pensamentos automáticos desadaptativos, para que estes indivíduos consigam atender as suas necessidades emocionais, físicas e interpessoais, enquanto promovem a sua imagem corporal positiva e uma atitude mais recetiva e aberta perante o companheiro amoroso (Piran, 2019).

No que diz respeito à promoção da qualidade de vida, considera-se fundamental a realização de avaliações rigorosas e cuidadas numa fase inicial da doença oncológica, assentes na adaptação psicossocial e na qualidade de vida destas mulheres, para que exista uma intervenção precoce nas doentes que apresentem níveis mais baixos de qualidade de vida, potenciando a sua saúde mental e, desta forma, a QDV global (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Por outro lado, será fundamental intervir na QDV, nomeadamente através da criação de grupos de suporte com sobreviventes de cancro da mama, para que possam partilhar as suas experiências num ambiente seguro e compreensivo; disponibilizar sessões de psicoeducação para a gestão da doença; fornecer acompanhamento psicológico baseado

nas experiências individuais de cada mulher (Jørgensen, Søgaaard & Laursen, 2015); promover a prática de exercício físico e o comparecimento a consultas de nutrição (Khalili, Bagheri-Nesami, Janbabai & Nikkhah, 2015), salientando-se a relevância de uma abordagem multidisciplinar como a mais eficiente na otimização da qualidade de vida destas mulheres (da Mata et al., 2017).

Neste sentido, sublinha-se a relevância da existência de uma relação positiva com o corpo, que, por sua vez, servirá como catalisador para uma relação mais positiva com a doença oncológica, mas também a importância de um ambiente seguro e protetor, que consiga atender às necessidades destas mulheres (Carreiras, 2019).

Em suma, apela-se para a continuação da exploração desta problemática no domínio científico, para que se possam desenvolver estratégias que visem a promoção da qualidade de vida, da apreciação corporal (ultrapassando os padrões de beleza estipulados pela sociedade) e da funcionalidade corporal, assim como da psicoeducação, dotando estas mulheres de ferramentas que se centrem na prática de comportamentos promotores do autocuidado e valorização do próprio corpo.

Referências Bibliográficas

- Adachi, K., Ueno, T., Fujioka, T., Fujitomi, Y., & Ueo, H. (2007). Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 37(6), 412-418. doi:10.1093/jjco/hym041
- Ahles, T. A., Saykin, A. J., Furstenberg, C. T., Cole, B., Mott, L. A., Titus-Ernstoff, L., ... Silberfarb, P. M. (2005). Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard-dose chemotherapy or local therapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23(19), 4399–4405. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.03.343>
- Ahn, S. H., Son, B. H., Kim, S. W., Kim, S. I., Jeong, J., Ko, S. S., & Han, W. (2007). Poor outcome of hormone receptor-positive breast cancer at very young age is due to tamoxifen resistance: nationwide survival data in Korea-a report from the Korean Breast Cancer Society. *Journal of Clinical Oncology*, 25(17), 2360-2368. doi:10.1200/JCO.2006.10.3754
- Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Van Diest, A. M. K. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in US community women and men. *Body image*, 23, 28-44. doi:10.1016/j.bodyim.2017.07.008
- Alleva, J. M., Martijn, C., Jansen, A., & Nederkoorn, C. (2014). Body language: Affecting body satisfaction by describing the body in functionality terms. *Psychology of Women Quarterly*, 38(2), 181-196. doi:10.1177/0361684313507897
- Almeida, T. R. D., Guerra, M. R., & Filgueiras, M. S. T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis: revista de saúde coletiva*, 22(3), 1003-1029. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>
- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 191-206.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predicting Body Appreciation in Young Women: An Integrated Model of Positive Body Image. *Body image*, 18, 34-42. doi:10.1016/j.bodyim.2016.04.003
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2015). The protective role of body appreciation against media-induced body dissatisfaction. *Body image*, 15, 98-104.
- Anllo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(3), 241–248. <https://doi.org/10.1080/00926230050084632>

- Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Flaiban, C., Gipponi, K., Carnaghi, C., Tralongo, P., ... & Tirelli, U. (2018). Long-term quality of life profile in oncology: a comparison between cancer survivors and the general population. *Supportive Care in Cancer*, 26(2), 651-656. doi:10.1007/s00520-017-3880-8
- Arambasic, J., Sherman, K. A., Elder, E., & Breast Cancer Network Australia. (2019). Attachment styles, self-compassion, and psychological adjustment in long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 28(5), 1134-1141. doi:10.1002/pon.5068
- Atari, M. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. *Body Image*, 18, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.006>
- Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486. doi: 10.1037/0022-0167.53.4.486
- Avalos, L., Tylka, T. L. & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285-297. doi:10.1016/j.bodyim.2005.06.002
- Ávila, M., Brandão, T., Teixeira, J., Coimbra, J. L., & Matos, P. M. (2015). Attachment, emotion regulation, and adaptation to breast cancer: Assessment of a mediational hypothesis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1514–1520. <https://doi.org/10.1002/pon.3817>
- Azevedo, S.I. (2020). A saúde mental na doença renal: o papel da vinculação, regulação emocional e da imagem corporal positiva. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia (não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Bagheri, M., & Mazaheri, M. (2015). Body image and quality of life in female patients with breast cancer and healthy women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(1), 285-292. doi:
- Bailey, K. A., Cline, L. E. & Gammage, K. L. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image*, 17, 88-99. [doi:10.1016/j.bodyim.2016.02.007](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.007)
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., Ingen, C. van & Ditor, D. S. (2015). “It’s all about acceptance”: A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *Body Image*, 15, 24-34. [doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.010](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.010)
- Bani, M. R., Beckmann, K., Engel, J., Lux, M. P., Rauh, C., Eder, I., ... & Fasching, P. A. (2008). Correlates of the desire for improved cosmetic results after breast-conserving therapy and mastectomy in breast cancer patients. *The Breast*, 17(6), 640-645.

- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). As relações de vinculação e a imagem corporal: exploração de um modelo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 27(3), 273-282.
- Barbosa, M.R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e imagem corporal*. (Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/35088/2/29477.pdf>
- Bartelink, H., Van Dam, F., & Van Dongen, J. (1985). Psychological effects of breast conserving therapy in comparison with radical mastectomy. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 11(2), 381-385. doi:10.1016/0360-3016(85)90161-0
- Beckmann, J., Johansen, L., Richardt, C., & Blichert-Toft, M. (1983). Psychological reactions in younger women operated on for breast cancer. Amputation versus resection of the breast with special reference to body-image, sexual identity and sexual function. *Danish Medical Bulletin*, 30, 10.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 30(4), 446-460. doi:10.1080/07347332.2012.684856
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47. doi:10.1037/0278-6133.25.1.47
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39. doi:10.1097/00006842-200101000-00004
- Berterö, C. M. (2002). Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(4), 356-364. doi: 10.1002/pon.577
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.1208>
- 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. <https://doi.org/10.1002/pon.794>
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on

- quality of life. *Journal of clinical oncology*, 18(4), 743-743.
doi:10.1200/jco.2000.18.4.743
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 26(7), 917-926.
doi:10.1002/pon.4230
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2019). Experiences of breast cancer patients and helpful aspects of supportive–expressive group therapy: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/ecc.13078>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality. *CA Cancer J Clin*, 68(6), 394-424. doi:10.3322/caac.21492
- Broberg, A. G., Hjalmsers, I., & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9(6), 381–396.
<https://doi.org/10.1002/erv.421>
- Bruscia, K., Shultis, C., Dennery, K., & Dileo, C. (2008). The sense of coherence in hospitalized cardiac and cancer patients. *Journal of Holistic Nursing*, 26(4), 286-294.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186. doi:10.17575/rpsicol.v20i1.381
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.
- Cantinelli, F. S., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, É., & Rennó Jr, J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(3), 124-133.
doi:10.1590/s0101-60832006000300002
- Carreiras, A. M. (2019). Aceitação do corpo na doença oncológica: estudo qualitativo acerca do papel da imagem corporal positiva. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia (não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., ... & Moffatt, F. L. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to

- early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 168-174.
doi:10.1097/00006842-199803000-00010
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508–516. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.508>
- Cash, T. F. (2002). The situational inventory of body-image dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 362–366. <https://doi.org/10.1002/eat.10100>
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.
- Cash, T. F., & Henry, P. E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the USA. *Sex roles*, 33(1-2), 19-28. <https://doi.org/10.1007/BF01547933>
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (2004). *Body Image. A Handbook of theory, research & clinical practice*. NY and London: The Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press. doi:10.1007/SpringerReference_223404
- Cash, T.F., Theriault, J., & Annis, N.M. (2004). Body Image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 89-103. doi: 10.1521/jscp.23.1.89.26987
- Chachaj, A., Małyszczak, K., Pyszel, K., Lukas, J., Tarkowski, R., Pudelko, M., ... & Szuba, A. (2010). Physical and psychological impairments of women with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(3), 299-305. doi :10.1002/pon.1573
- Chen, Z. H., Liao, C. C. Y., Cheng, H. N. H., Yeh, C. Y. C., & Chan, T. W. (2012). Influence of game quests on pupils' enjoyment and goal-pursuing in math learning. *Educational Technology and Society*, 15(2), 317–327.
- Cheng, H-S., & Brent., M. (2009). Parental Bonds, Anxious Attachment, Media Internalization, and Body Image Dissatisfaction: Exploring a Mediation Model. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 365-375. doi:10.1037/a0015067
- Classen, C. C., & Spiegel, D. (2011). 10 Supportive-Expressive Group Psychotherapy. *Maggie Watson*, 107. doi:10.1177/070674370104600706

- Cohen, M. Z., Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1998). Beyond body image: the experience of breast cancer. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 25, No. 5, pp. 835-841).
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Nova Iorque: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644
- Compas, B. E., & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current directions in psychological science*, 11(3), 111-114. doi:10.1111/1467-8721.00180
- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158-167. doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.004
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health psychology*, 20(3), 176. doi:10.1037/0278-6133.20.3.176
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319. doi:10.1007/s10880-007-9083-6
- Cunha, M.S. (2020). *Uma realidade gravada no corpo: O papel da imagem corporal positiva na qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crónica* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Dahl, C. A. F., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549–3557. <https://doi.org/10.1002/cncr.25251>
- Demarest, J., & Allen, R. (2000). Body image: Gender, ethnic, and age differences. *The Journal of social psychology*, 140(4), 465-472. doi:10.1080/00224540009600485
- Dias, M. D. R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2001). O Cancro da Mama no «seio» da família. *Territórios da psicologia oncológica*, 303-320.
- Domingues, C. I. G. (2014). Vinculação, regulação emocional e crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama. (Tese de Mestrado não publicada).

- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 487-494. doi:10.1200/JCO.1998.16.2.487
- Downie, F. P., Mar Fan, H. G., Houédé-Tchen, N., Yi, Q., & Tannock, I. F. (2006). Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: evaluation with patient interview after formal assessment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(10), 921-930. doi: 10.1002/pon.1035
- Esnaola, I., Rodríguez, A., & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: Gender and age differences. *Salud Mental*, 33(1), 21-29.
- Eusébio, S. F. G. (2013). *Determinantes psicofisiológicos da resposta ao stress: aspectos do desenvolvimento e adaptação ao cancro da mama* (Doctoral dissertation).
- Fagundes, C. P., Diamond, L. M., & Allen, K. P. (2012). Adolescent attachment insecurity and parasympathetic functioning predict future loss adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6), 821-832. doi:10.1177/0146167212437429
- Fagundes, C. P., Jaremka, L. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Attachment style and respiratory sinus arrhythmia predict post-treatment quality of life in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23(7), 820-826. doi:10.1002/pon.3492
- Favez, N., Cairo Notari, S., Charvoz, L., Notari, L., Ghisletta, P., Panes Ruedin, B., & Delaloye, J. F. (2016). Distress and body image disturbances in women with breast cancer in the immediate postsurgical period: The influence of attachment insecurity. *Journal of health psychology*, 21(12), 2994-3003. doi:10.1177/1359105315589802
- Filgueiras, M. S. T., Lisboa, A. V., Macedo, R. M. D., Paiva, F. G. D., Benfica, T. M. S., & Vasques, V. A. (2007). Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4), 551-560. doi:10.1590/s0103-166x2007000400014
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633-641. doi:10.1002/cncr.28469
- Fingeret, M. C., Vidrine, D. J., Reece, G. P., Gillenwater, A. M., & Gritz, E. R. (2010). Multidimensional analysis of body image concerns among newly diagnosed patients with oral cavity cancer. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 32(3), 301-309. doi:10.1002/hed.21181

- Fobair, P., & Spiegel, D. (2009). Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer Journal*, 15(1), 19–26. <https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e31819587bb>
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594. doi:10.1002/pon.991
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., & Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10(1), 33–41. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.5>
- Galalae, R. M., Michel, J., Siebmann, J. U., Küchler, T., Eilf, K., & Kimmig, B. (2005). Significant negative impact of adjuvant chemotherapy on health-related quality of life (HR-QoL) in women with breast cancer treated by conserving surgery and postoperative 3-D radiotherapy. *Strahlentherapie und Onkologie*, 181(10), 645-651. doi:10.1007/s00066-005-1403-x
- Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast cancer research and treatment*, 38(2), 183-199. doi:10.1007/BF01806673
- Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Kahn, B., & Bower, J. E. (2003a). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4184-4193. doi:10.1200/JCO.2003.04.196
- Ganz, P. A., Guadagnoli, E., Landrum, M. B., Lash, T. L., Rakowski, W., & Silliman, R. A. (2003b). Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 21(21), 4027-4033. doi:10.1200/JCO.2003.08.097
- Ganz, P. A., Lee, J. J., Sim, M. S., Polinsky, M. L., & Schag, C. A. C. (1992). Exploring the influence of multiple variables on the relationship of age to quality of life in women with breast cancer. *Journal of clinical epidemiology*, 45(5), 473-485. doi:10.1016/0895-4356(92)90096-6
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Desmond, K. A. (1998). Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results in Cancer Research. Fortschritte Der Krebsforschung. Progrès Dans Les Recherches Sur Le Cancer*, 152, 396–411. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45769-2_38

- Gerson, M. J. (1993). Sullivan's self-in-development: Family context and patterning. *Contemporary psychoanalysis*, 29(2), 197-218. doi:10.1080/00107530.1993.10746805
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family psychology*, 14(2), 251. doi:10.1037/0893-3200.14.2.251
- Gopie, J. P., Mureau, M. A., Seynaeve, C., ter Kuile, M. M., Menke-Pluymers, M. B., Timman, R., & Tibben, A. (2013). Body image issues after bilateral prophylactic mastectomy with breast reconstruction in healthy women at risk for hereditary breast cancer. *Familial cancer*, 12(3), 479-487. doi:10.1007/s10689-012-9588-5
- Gorišek, B., Krajnc, P., & Krajnc, I. (2009). Quality of life and the effect on social status among Slovenian women after breast cancer treatment. *Journal of International Medical Research*, 37(2), 557-566. doi:10.1177/147323000903700233
- Gorman, C. A., Dyck, P. J., & PEARSON, J. S. (1965). Symptom of restless legs. *Archives of internal medicine*, 115(2), 155-160.
- Grogan, S., Mehan, J., Persson, S., Finlay, S., & Hall, M. (2019). 'I've got a very dichotomous difference in the way that I perceive myself': Positive and negative constructions of body image following cancer treatment. *Journal of Health Psychology*, 24(10), 1368-1377. doi:10.1177/1359105317730896
- Guedes, T. S. R., de Oliveira, N. P. D., Holanda, A. M., Reis, M. A., da Silva, C. P., e Silva, B. L. R., ... & de Souza, D. L. B. (2018). Body image of women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(6), 1487. doi:10.22034/APJCP.2018.19.6.1487
- de Haes, J. C., Van Oostrom, M. A., & Welvaart, K. (1986). The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology: the Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 12(4), 337-342.
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177-189. doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.003
- Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2006). Psychological adjustment of melanoma survivors: The contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. *Journal of Individual Differences*, 27(3), 172-182. doi:10.1027/1614-0001.27.3.172

- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Retirado de <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology, 23*(1), 3. doi:10.1037/0278-6133.23.1.3
- Helgeson, V. S., & Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology, 14*(4), 307–317. <https://doi.org/10.1002/pon.848>
- Helms, R. L., O'Hea, E. L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health and medicine, 13*(3), 313-325. doi:10.1080/13548500701405509
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body Image, 11*(2), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.01.003>
- Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer, 29*(2), 276-281. doi:10.1016/0959-8049(93)90193-J
- Hormes, J. M., Lytle, L. A., Gross, C. R., Ahmed, R. L., Troxel, A. B., & Schmitz, K. H. (2008). The body image and relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology, 26*(8), 1269-1274. doi:10.1200/JCO.2007.14.2661
- Huebner, R. A., Thomas, K. R., & Berven, N. L. (1999). Attachment and interpersonal characteristics of college students with and without disabilities. *Rehabilitation Psychology, 44*(1), 85–103. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.44.1.85>
- Hwang, K., Johnston, M. V., & Smith, J. K. (2009). Adult attachment styles and life satisfaction in individuals with physical disabilities. *Applied Research in Quality of Life, 4*(3), 295–310. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9082-x>
- Jabłoński, M. J., Mirucka, B., Streb, J., Słowik, A. J., & Jach, R. (2019). Factors predicting health-related quality of life in breast cancer survivors: the role of sense of coherence. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 19*(1). doi:10.15557/PiPK.2019.0004
- Jørgensen, L., Garne, J. P., Søgaaard, M., & Laursen, B. S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(6), 612-618. doi:10.1016/j.ejon.2015.03.009

- Kemeny, M. M., Wellisch, D. K., & Schain, W. S. (1988). Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer*, 62(6), 1231-1237. doi:10.1002/1097-0142(19880915)62:6<1231::AID-CNCR2820620631>3.0.CO;2-8
- Kendall-Taylor, P., Jönsson, P. J., Abs, R., Erfurth, E. M., Koltowska-Häggström, M., Price, D. A., & Verhelst, J. (2005). The clinical, metabolic and endocrine features and the quality of life in adults with childhood-onset craniopharyngioma compared with adult-onset craniopharyngioma. *European Journal of Endocrinology*, 152(4), 557–567. <https://doi.org/10.1530/eje.1.01877>
- Khalili, R., Bagheri-Nesami, M., Janbabai, G., & Nikkhah, A. (2015). Lifestyle in Iranian patients with breast cancer. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(7), XC06. doi:10.7860/JCDR/2015/13954.6233
- Kim, J. S., & Kang, S. (2015). A Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-aged Adults. *Asian Nursing Research*, 9(2), 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.12.001>
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. In *Seminars in oncology nursing*, 23, 71-83. WB Saunders. doi:10.1016/j.soncn.2006.11.009
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., ... Holland, J. C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98(4), 679–689. <https://doi.org/10.1002/cncr.11531>
- Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., ... & Winer, E. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(10), 895-903. doi:10.1002/pon.1146
- Kozińska B. (2012). Attachment and functioning of women with breast cancer. *Ann Acad Med Stetin*, 58, 22–30.
- Kulik, L., & Kronfeld, M. (2005). Adjustment to breast cancer: the contribution of resources and causal attributions regarding the illness. *Social Work in Health Care*, 41(2), 37-57. doi:10.1300/J010v41n02_03
- Lasry, J. C. M., Margolese, R. G., Poisson, R., Shibata, H., Fleischer, D., Lafleur, D., ... & Taillefer, S. (1987). Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 529-534. doi:10.1016/0021-9681(87)90010-5

- Lee, E. S., Lee, M. K., Kim, S. H., Ro, J. S., Kang, H. S., Kim, S. W., ... & Yun, Y. H. (2011). Health-related quality of life in survivors with breast cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a prospective cohort study. *Annals of surgery*, 253(1), 101-108. doi:10.1097/SLA.0b013e3181f662ce
- Lehardy, E. N. (2019). *Extending Objectification Theory: An Exploratory Model of Body Appreciation Among Breast Cancer Survivors* (Tese de Doutorado, University of Miami).
- Lemoine, J., Kondrasen, H., Lunde-Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Danish, Portuguese, and Swedish. Manuscript submitted for publication
- Liga Portuguesa contra o cancro. (2018). Programa de Rastreio de Cancro da Mama. Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>
- Louro, M. I. D. G. C. (2019). *Qualidade de vida da mulher com cancro de mama: o papel da imagem corporal* (Master's thesis).
- Macieira, R. C., & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e câncer. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 303-15.
- Mackintosh, K., Power, K., Schwannauer, M., & Chan, S. W. (2018). The relationships between self-compassion, attachment and interpersonal problems in clinical patients with mixed anxiety and depression and emotional distress. *Mindfulness*, 9(3), 961-971.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 442-454. doi:10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d
- da Mata Tiezzi, M. F. B., de Andrade, J. M., Romão, A. P. M. S., Tiezzi, D. G., Lerri, M. R., Carrara, H. A. H., & Lara, L. A. S. (2017). Quality of life in women with breast cancer treated with or without chemotherapy. *Cancer nursing*, 40(2), 108-116. doi:10.1097/NCC.0000000000000370
- Matthews, B. A., Baker, F., Hann, D. M., Denniston, M., & Smith, T. G. (2002). Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psycho-Oncology*, 11(3), 199–211. <https://doi.org/10.1002/pon.550>
- Meneses, L., Torres, S., Miller, K. M., & Barbosa, M. R. (2019). Extending the use of the Body Appreciation Scale -2 in older adults: A Portuguese validation study. *Body Image*, 29, 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.011>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., González, J. M. M., & Rivera-Navarro, J. (2005, September). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurology*. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70166-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70166-6)
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing research*. <https://doi.org/10.1097/00006199-199305000-00006>
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European journal of cancer*, 41(17), 2613-2619. doi:10.1016/j.ejca.2005.05.017
- Moreira, H., Crespo, C., Paredes, T., Silva, S., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Marital relationship, body image and psychological quality of life among breast cancer patients: The moderating role of the disease's phases. *Contemporary Family Therapy*, 33(2), 161-178. doi:10.1007/s10591-011-9149-3
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.04.001>
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2010). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 959-966. doi:10.1002/pon.1647
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. C. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS)–psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European journal of oncology nursing*, 14(2), 111-118. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.007
- Naghipoor, L., Zarea, B. A. M., Taghiloo, S., & Heydari, H. (2013). Sexual Satisfaction. Body Image and Quality of Life: A comparison of unaffected women and women with breast cancer in two groups: Mastectomy Surgery and Surgery-Preserving Breast.
- Nowicki, A., Licznarska, B., & Rhone, P. (2015). Evaluation of the quality of life of women treated due to breast cancer using amputation or breast conserving surgery in the early

- postoperative period. *Polish Journal of Surgery*, 87(4), 174-180. doi:10.1515/pjs-2015-0040
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(2), 183-193. doi:10.1002/pon.635
- Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nursing*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>
- Pelusi, J. (2006). Sexuality and body image: Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Cancer Nursing*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00002820-200603002-00013>
- Pennery, E., Speechley, V., & Rosenfield, M. (2010). Cancro da mama: respostas sempre à mão. *Lisboa: Editoria Lidel*.
- Petronis, V. M., Carver, C. S., Antoni, M. H., & Weiss, S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychology and Health*, 18(1), 1-13. doi:10.1080/0887044021000020941
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Møller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., ... & Sjøgren, P. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast cancer research and treatment*, 104(1), 39. doi:10.1007/s10549-006-9386-6
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. Retirado de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03.pdf>
- Piran, N. (2019). *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions*. Oxford University Press.
- Pozo, C., Carver, C. S., Noriega, V., Harris, S. D., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., ... & Clark, K. C. (1992). Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery. *J Clin Oncol*, 10(8), 1292-1298. doi:10.1200/JCO.1992.10.8.1292
- Quinten, C., Coens, C., Ghislain, I., Zikos, E., Sprangers, M. A., Ringash, J., ... & Greimel, E. (2015). The effects of age on health-related quality of life in cancer populations: a pooled analysis of randomized controlled trials using the European Organisation for

- Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 involving 6024 cancer patients. *European Journal of Cancer*, 51(18), 2808-2819. doi:10.1016/j.ejca.2015.08.027
- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise psicológica*, 23(3), 295-304. <https://doi.org/10.14417/ap.93>
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1), 9-17. doi:10.1007/s10549-007-9706-5
- Remondes-Costa, S., Jimenez, F., & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 327-339.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246-255. doi:10.1016/S0140-6736(08)61078-8
- Rohani, C., Abedi, H. A., Omranipour, R., & Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 40.
- Romeo, A., Ghiggia, A., Tesio, V., Di Tella, M., Torta, R., & Castelli, L. (2017). Post-traumatic growth, distress and attachment style among women with breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 35(3), 309-322. doi:10.1080/07347332.2017.1289291
- Rosenberg, R. S., Lange, W., Zebrack, B., Moulton, S., & Kosslyn, S. M. (2014). An outdoor adventure program for young adults with cancer: positive effects on body image and psychosocial functioning. *Journal of psychosocial oncology*, 32(5), 622-636. doi:10.1080/07347332.2014.936652
- Sanger, C. K., & Reznikoff, M. (1981). A comparison of the psychological effects of breast-saving procedure with the modified radical mastectomy. *Cancer*, 48(10), 2341-2346.
- Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S., & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 9(1), 137-144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.007>

- Sarenmalm, E. K., Browall, M., Persson, L. O., Fall-Dickson, J., & Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 20-27.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of health psychology*, 17(7), 1033-1040. <https://doi.org/10.1177/1359105311429203>
- Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., ... & Braeckman, J. (2004). Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: Are models of self and of other pancultural constructs?. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(4), 367-402. doi:10.1177/0022022104266105
- Schoormans, D., Czene, K., Hall, P., & Brandberg, Y. (2015). The impact of co-morbidity on health-related quality of life in breast cancer survivors and controls. *Acta oncologica*, 54(5), 727-734. doi:10.3109/0284186X.2014.998277
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, MJ, & Mateos, N. (2007). Imagem corporal e autoestima em mulheres com câncer de mama participando de um programa de intervenção psicossocial. *Clinic and Health* , 18 (2), 137-161.
- Sendersky, V., Gause, D., & Sung, J. (2002). Comparison of psychosocial status in patients with breast cancer and patients with other oncology diagnoses. *Breast Cancer Research and Treatment*, 76.
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., & ... Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOLBref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 1, 41 - 49.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., ... & Taylor, C. B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International journal of eating disorders*, 23(1), 39-44. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<39::AID-EAT5>3.0.CO;2-2
- Silva, L. C. D. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo*, 13(2), 231-237. doi:10.1590/s1413-73722008000200005
- Silva, A.G. (2019). *Imagem corporal positiva em sujeitos com lesão vertebro-medular*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia (não publicada). Universidade do Porto, Porto.

- Skopinski, F., Resende, T. de L., & Schneider, R. H. (2015). Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 95–105. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14006>
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-oncology*, 24(1), 70-79.
- Steinberg, M. D., Juliano, M. A., & Wise, L. (1985). Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. *The American journal of psychiatry*. doi:10.1176/ajp.142.1.34
- Suldo, S. M., & Sandberg, D. A. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15(1), 59-73. doi:10.1300/J035v15n01_07
- Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnham, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*, 5(3), 322–325. doi:10.1016/j.bodyim.2008.03.007
- Swami, V., Tran, U. S., Stieger, S., Voracek, M., & The, Y. com T. (2015). Associations Between Women’s Body Image and Happiness: Results of the YouBeauty.com Body Image Survey (YBIS). *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 705–718. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9530-7>
- Tanyi, Z., Szluha, K., Nemes, L., Kovács, S., & Bugán, A. (2015). Positive consequences of cancer: Exploring relationships among posttraumatic growth, adult attachment, and quality of life. *Tumori*, 101(2), 223–231. <https://doi.org/10.5301/tj.5000244>
- Tavares, I. (2020). Imagem Corporal Positiva nas Lesões Vertebro-Medulares: Relação com Vinculação e Personalidade. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia (não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, 291-310.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive psychology in practice*, 405. doi:10.1002/9780470939338.ch25
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37(2), 243–253. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.2.243>

- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624-627. doi: [/10.1016/j.bodyim.2013.07.003](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003)
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 154-169.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453. doi: 10.1097/01.psy.0000204923.09390.5b
- Turner-Cobb, J. M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D., & Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of behavioral medicine*, 25(4), 337-353. doi:10.1023/A:1015814431481
- Tylka, T. L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body image*, 8(3), 199-207. doi:10.1016/j.bodyim.2011.04.008
- Tylka, T. L. (2012). Positive psychology perspectives on body image. In *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 657-663). doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00104-8
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of counseling psychology*, 60(1), 137.
- Tylka, T. L. & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. doi:10.1016/j.bodyim.2014.09.006
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body image*, 14, 118-129. doi: [10.1016/j.bodyim.2015.04.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001).
- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), 236–245. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.007>

- Van Diest, A. M., & Tylka, T. L. (2010). The Caregiver Eating Messages Scale: Development and psychometric investigation. *Body Image*, 7(4), 317–326. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.06.002>
- Webb, J. B. (2015). Body image flexibility contributes to explaining the link between body dissatisfaction and body appreciation in White college-bound females. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 176-183. doi:[10.1016/j.cbs.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.cbs.2015.06.001)
- Webb, J. B., Butler-Ajibade, P., & Robinson, S. A. (2014). Considering an affect regulation framework for examining the association between body dissatisfaction and positive body image in Black older adolescent females: Does body mass index matter?. *Body Image*, 11(4), 426-437. doi:[10.1016/j.bodyim.2014.07.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.002)
- Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body image*, 14, 130-145. doi:[10.1016/j.bodyim.2015.03.010](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.010)
- Wei, M., Liao, K. Y. H., Ku, T. Y., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, Self-Compassion, Empathy, and Subjective Well-Being Among College Students and Community Adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191–221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x>
- Wellisch, D. K., DiMatteo, R., Silverstein, M., Landsverk, J., Hoffman, R., Waisman, J., ... & Schain, W. (1989). Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics*, 30(4), 365-373. doi:[10.1016/S0033-3182\(89\)72241-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(89)72241-6)
- White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(3), 183-192. doi:[10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L)
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I Like To My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7, 106-116. doi:[10.1016/j.bodyim.2010.01.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001)
- Woodhouse, S., Ayers, S., & Field, A. P. (2015, October 1). The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.07.002>
- Zimmermann, C., Rydall, A., Walsh, A., Jones, J. M., Moore, M. J., ... Rodin, G. (2010). Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(18), 3084–3089. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.9712>

Anexos

Anexo A- Caracterização dos participantes

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Grupo Clínico (n= 27)	Grupo não clínico (n= 26)
Escolaridade M ± DP	11.1 ± 6	11.5 ± 4.27
Mínimo – Máximo	4-26	4-18
Idade M ± DP	51.7 ± 10.7	51.2 ± 9.37
Mínimo – Máximo	37-73	36-68
Estado civil n (%)		
Solteira	6 (22.2%)	1 (3.85%)
Casada/União de facto	18 (66.7%)	19 (73.08%)
Divorciada/Separada	3 (11.1%)	5 (19.23%)
Viúva		1 (3.85%)
IMC M ± DP (kg/m2)	26.77 ± 4.26	24.04 ± 2.63
Mínimo – Máximo	21.30-36.65	19.03-28.69
Doença M ± DP (meses)	37 ± 40.37	-----

Anexo B- Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Q1. Idade _____

Q2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Q3. Estado Civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)/ União de facto

☐ Divorciado (a) / Separado(a)

☐ Viúvo(a)

Q4. Escolaridade completa: _____ anos

Q5. Profissão: _____

5.1. Ativo ☐

Não ativo ☐

B. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS

Q6. Condição clínica:

☐ 1. PCA

☐ 2. Obesidade

☐ 3. Doença oncológica

☐ 4. Insuficiência renal

☐ 5. VIH/ S.I.D.A.

☐ 6. Lesão vertebro medular

☐ 7. Síndrome genética com dismorfia

☐ 8. Doença Inflamatória Intestinal

Q7. Duração da doença (desde o diagnóstico): 10 anos (ou) _____ meses

Q8. Que tratamento(s) realizou ou está a realizar?

(assinalar todos os tipos de tratamento/acompanhamento e data de início e fim, mês/ano). Se ainda estiver a realizar um destes tratamentos assinalar "Em tratamento"

☐ Quimioterapia

Início: ____/____

Fim: ____/____; Em tratamento ☐

☐ Radioterapia

Início: ____/____

Fim: ____/____; Em tratamento ☐

☐ Hormonoterapia

Início: ____/____

Fim: ____/____; Em tratamento ☐

☐ Imunoterapia

Início: ____/____

Fim: ____/____; Em tratamento ☐

☐ Cirurgia(s). Número: _____ Tipo(s): _____

Anexo C- Consentimento informado para recolha em papel



O corpo na doença: Estudo da imagem corporal em diferentes condições clínicas

Estimado(a) Sr./Sra.,

Estes questionários fazem parte de um projeto de investigação que tem como principal objetivo estudar a relação que as pessoas têm com o seu corpo perante uma situação de doença e identificar que fatores poderão contribuir para uma melhoria desta relação. Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética do Hospital e da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

O estudo consiste no preenchimento de questionários que demora, em média, 20 minutos. No futuro poderá eventualmente ser contactado para realizar uma entrevista, para a qual será novamente solicitada a sua autorização, ou seja, tem total liberdade para decidir participar ou não. Dispõe, inclusivamente, de tempo disponível para refletir sobre o pedido de participação e ouvir a opinião de familiares e/ou amigos, se assim o entender.

A sua participação é totalmente voluntária e não implica qualquer tipo de risco acrescido. Poderá interromper a sua participação em qualquer altura, sem que isso tenha algum prejuízo na assistência médica que lhe é prestada, presentemente ou no futuro. Participar neste projeto de investigação não acarreta também qualquer tipo de custo e todas as avaliações se realizarão no âmbito das deslocações que efetuará ao hospital para consultas de especialidade ou tratamento.

As suas respostas são anónimas e, portanto, confidenciais. Os dados recolhidos serão tratados de forma agrupada (ou seja, integrando as respostas dadas por todos os participantes) e serão utilizados apenas no contexto deste estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

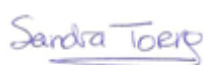
“O corpo na doença: Estudo da imagem corporal em diferentes condições clínicas”

Confirmo que expliquei ao participante/ representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo.

O Investigador responsável

Sandra Torres



Participante

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Toda a informação recolhida, neste estudo, será estritamente confidencial e a minha identidade nunca será revelada, em qualquer relatório ou publicação.
- Autorizo o tratamento de dados e a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Nome: _____

Assinatura: _____

Consentimento informado para recolha *online*

Consentimento

Compreendi a informação que me foi fornecida sobre o estudo *“O corpo na doença: Estudo da imagem corporal em diferentes condições clínicas”*, que está a ser conduzido pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e para o qual foi pedida a minha participação. Sei que poderei desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de dar justificações e sem que isso possa trazer-me quaisquer consequências.

Nestas circunstâncias,

☐ aceito participar neste estudo.

Anexo D

Tabela 4.

Correlações de Pearson entre as dimensões da ICP, a vinculação, a QDV e a idade para o Grupo Clínico

	BAS-2	FAS	EVA_ANS	EVA_CP	QDV_FIS	QDV_AMB	Idade
BAS-2	-						
FAS	.76**	-					
EVA_ANS	-.32	-.39*	-				
EVA_CP	.60**	.56**	-.33	-			
QDV_FIS	.45*	.52**	-.36	.30	-		
QDV_AMB	.68**	.67**	-.36	.62**	.64**	-	
Idade	.15	.096	-.040	.21	-.020	.004	-

**** A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)**

*** A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral)**

Nota. BAS-2= Apreciação Corporal; FAS= Funcionalidade corporal; EVA_ANS= Ansiedade; EVA_CP= Conforto com a proximidade QDV_FIS= qualidade de vida física; QDV_AMB= Qualidade de vida ambiental

Tabela 5.

Correlações de Pearson entre as dimensões da ICP, a vinculação, a QDV, a idade e o IMC para o Grupo não Clínico

	BAS-2	EVA_CP	QDV_FIS	QDV_AMB	Idade	IMC
BAS-2	-					
EVA_CP	.38	-				
QDV_FIS	.20	.088	-			
QDV_AMB	.028	-.11	.54**	-		
Idade	-.011	-.20	-.24	-.27	-	.18
IMC	-.21	-.15	.007	.23		-

**** A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)**

*** A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral)**

Nota. BAS-2= Apreciação Corporal; EVA_CP= Conforto com a proximidade; QDV_FIS = qualidade de vida física; QDV_AMB = Qualidade de vida ambiental; IMC= Índice de Massa Corporal

Tabela 6.

Correlações de Pearson entre as dimensões da ICP, a vinculação, a QDV, a idade e o IMC para o Grupo não Clínico

	BAS-2	FAS	EVA_Ans	EVA_CP	QDV_FIS	QDV_P SIC	QDV_AMB	Idade	IMC
QDV_PSIC	.67*	.58**	-.40*	.51**	.57**	-	.60**	-.11	
IMC	-.19	-.23	.11	.063	-.42*	-.34	-.21	.13	-

****.** A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)

***.** A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral)

Nota. QDV2= Qualidade de vida psicológica; IMC= Índice de Massa Corporal

Tabela 7.

Correlações de Spearman entre a QDV Psicológica, o IMC e as restantes variáveis, para o Grupo Clínico

	BAS-2	FAS	EVA_ ANS	EVA_ CP	QDV_ FIS	QDV_ PSI	QDV_ AMB	IMC	Idade
FAS	.66**	-	-.017	.14	.51**	.64**	.40*	-.13	-.40*
EVA_ANS	-.23	-	-	-.24	-.081	.11	.18	-.086	.021
QDV_PSIC	.50*	-	-	-.17	.52**	-	.52**	-.19	.097

****.** A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)

***.** A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral)

Nota. FAS= Funcionalidade corporal; EVA_CP= Conforto com a proximidade; QDV_PSIC= Qualidade de vida psicológica