

Tânia Vanessa Pires Silva

**PERCEPÇÃO DO RISCO DE CANCRO DA MAMA
E ANSIEDADE-TRAÇO EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIAS**

Dissertação de Mestrado

2009

RESUMO

A percepção do risco do cancro da mama nas mulheres é muitas vezes incorrecta e está frequentemente associada a altos níveis de ansiedade acerca do cancro. Estudos incidindo no impacto da percepção do risco do cancro da mama na ansiedade não foram conclusivos. Este estudo pretende perceber se existe de facto uma relação entre percepção do risco do cancro da mama e a ansiedade-traço, sendo esta questão importante na medida em que permite prever os comportamentos de saúde futuros. Foi utilizada uma amostra de 50 estudantes universitárias, às quais foi pedido que respondessem a um questionário com duas escalas diferentes: a primeira tinha como objectivo medir a percepção do risco do cancro da mama, bem como as suas variáveis cognitivas e emocionais (frequência percebida da doença, nível de preocupação, consciência dos factores de risco, controlabilidade, vivacidade da imagem mental, gravidade e experiência). As questões foram adaptadas de vários estudos de Weinstein. A segunda escala pretendia medir a ansiedade-traço, tendo para isso sido utilizado o IDATE-traço. Foi feita uma correlação entre as variáveis cognitivas e emocionais da percepção do risco do cancro da mama e a variável ansiedade, tendo sido encontrada uma relação significativa entre a ansiedade e a percepção da gravidade do cancro da mama ($r = 0,35$; $p < 0,05$), ou seja, pessoas mais ansiosas percebem esta doença como sendo mais grave do que as pessoas menos ansiosas. Pelo contrário, não foram encontradas relações significativas entre a ansiedade-traço e as restantes variáveis cognitivas e emocionais. Este estudo possui algumas limitações, sendo que estudos futuros deverão manipular a percepção do risco do cancro da mama e a ansiedade para melhor compreender as suas relações causais; isto ajudará os profissionais de saúde a fornecer um nível óptimo de aconselhamento e discussão dos riscos.

Palavras-chave: cancro da mama; percepção do risco; ansiedade

ABSTRACT

Women's perceptions of breast cancer risk are largely inaccurate and are often associated with high levels of anxiety about cancer. Studies focusing on the impact of breast cancer risk perception on anxiety were not conclusive. The present study aims to understand if there is in fact a relation between breast cancer risk perception and anxiety-trait; this question is important because it may help to predict future health behaviours. It was used a sample of 50 university students, who were asked to fill a questionnaire with two different scales: the first intended to measure breast cancer risk perception, as well as its cognitive and emotional variables (perceived illness frequency, level of worry, awareness of risk factors, controllability, mental image, seriousness and experience with illness). The questions were adapted from several Weinstein studies. The second scale intended to measure trait anxiety, and for this the STAI-trait was used. A correlation was made between the cognitive and emotional variables of breast cancer risk perception and the variable anxiety. It was found that anxiety was significantly associated with the perception of breast cancer's seriousness ($r = 0,35$; $p < 0,05$), which means that people who are more anxious see this disease as being more serious than people who are less anxious. There was no significant association between trait anxiety and the other cognitive and emotional variables. This study has some limitations, and future studies should manipulate breast cancer risk perception and anxiety for a better understanding of the relation between them in order to help health professionals to provide optimal risk counselling and discussion of risk management.

Keywords: breast cancer; risk perception; anxiety

RESUMÉ

La perception du risque du cancer du sein chez les femmes est souvent incorrecte et bien souvent elle est liée aux hauts niveaux de l'anxiété à propos du cancer. Les études sur l'impact de la perception du risque du cancer du sein au sujet de l'anxiété n'ont pas été conclusives cette étude prétend analyser si vraiment il existe une relation entre la perception du risque du cancer du sein et l'anxiété en général, c'est une question importante car elle permet de prévoir les comportements futur pour la santé. Il a été fait un sondage parmi cinquante étudiantes universitaire auxquelles on a demandé qu'elle répondent à un formulaire avec deux échelles différentes : la première avait comme but de mesurer le risque du cancer du sein, ainsi que les variables cognitives et émotionnelles (fréquence de la perception de la maladie, niveau de souci, sachant les niveaux du risque, contrôlabilité, vivacité de l'image mentale, gravité et expérience). Les questions ont été adaptées de plusieurs études de Weinstein. La deuxième échelle avait pour but de mesurer l'anxiété en général, pour cela il a été utilisé le IDATE- en général. Il a été fait une relation entre les variables cognitive et émotionnelles de la perception du risque du cancer du sein et la variable anxiété, ayant été trouvé une relation significative entre l'anxiété et la perception de la gravité du cancer du sein ($r = 0,35$; $p < 0.05$), ou c'est à dire, les gens les plus anxieux perçoivent cette maladie comme plus grave que les gens qui sont moins anxieux. Mais au contraire, il n'a pas été trouvé des relations significatives entre l'anxiété en général et les autres variables cognitives émotionnelles. Cette étude est limitée mais des prochaines études devront être capable de manipuler la perception du risque du cancer du sein et l'anxiété, pour mieux comprendre les relations causes et effets; cela aidera les professionnels de la santé à fournir un haut niveau de conseil et discussion des risques.

Mot clé. Cancer du sein ; perception du risque ; anxiété.

DEDICATÓRIAS

À minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

A todos os que pela partilha de experiências contribuíram para este trabalho.

Ao Doutor José Luís Pais Ribeiro pela disponibilidade e ajuda preciosa.

Às pessoas que participaram voluntariamente nesta investigação.

À minha família e amigos pelo constante apoio e incentivo.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
1.1. O cancro da mama.....	1
1.1.1. A percepção do risco de cancro da mama.....	11
1.2. A ansiedade.....	15
1.2.1. A avaliação da ansiedade.....	18
2. Método.....	22
2.1. Participantes.....	22
2.2. Material.....	22
3. Resultados.....	26
Referências.....	34

1. INTRODUÇÃO

1.1. O CANCRO DA MAMA

Não há uma doença única chamada “cancro” que um dia venha a ser curada com um remédio único, mas sim um grupo de muitas e diferentes doenças, que têm em comum muitos aspectos importantes (Ogden, 2004).

Todos os cancros se desenvolvem a partir de células que perdem o controlo e todos começam da mesma maneira, nos blocos básicos de construção da vida no corpo – as células. O corpo tem milhões de tecidos de células que se agrupam para formar tecidos e órgãos. As células normais crescem de forma controlada e estão constantemente a dividir-se para reparar os tecidos danificados, substituir as células velhas e fazer crescer os tecidos, mas apenas quando tal é necessário. As dos tecidos como a pele ou o sangue, por exemplo, estão constantemente a deteriorar-se e a ser substituídas. Quando nos cortamos, as células à volta da ferida irão reproduzir-se para reparar e substituir o tecido danificado mas, uma vez que o tenham feito e a ferida esteja cicatrizada, elas deixam de se dividir. Porém, às vezes o sistema de controlo avaria-se: falha o mecanismo de “desligar” e as células tornam-se anormais. Em vez de pararem, as células normais ficam a multiplicar-se e a dividir-se até formarem um caroço. Este caroço de tecido extra é chamado tumor. Existem quatro características que descrevem como as células cancerosas actuam diferentemente das normais: clonalidade (muitas vezes o cancro tem origem numa célula única que se prolifera formando clones), autonomia (o crescimento não é propriamente regulado pelas influências biológicas e físicas normais do meio ambiente), anaplasia (falta de coordenação normal de diferenciação celular) e metástase (capacidade de crescimento contínuo das células e de disseminação para outras partes do corpo). Podemos ainda distinguir entre quatro tipos de células cancerosas: carcinomas (são os mais frequentes; têm origem no tecido epitelial como a pele, cavidades e órgãos e tecido da mama e próstata), sarcomas (têm origem no tecido conjuntivo, afectam os ossos, cartilagens, nervos, vasos sanguíneos, músculos e gordura), linfomas (afectam o sistema linfático) e leucemias (têm origem no sangue).

Nem todos os tumores são cancerosos, alguns são não malignos ou benignos, isto é, são inofensivos – excepto quando crescem em locais em que a pressão exercida venha a constituir problemas (por exemplo, grandes tumores benignos no cérebro). Estes tumores são constituídos por células muito parecidas com as normais e por norma não necessitam de tratamento. Quando crescem, os tumores benignos tendem a fazê-lo muito devagar, e não se espalham para lá do tecido onde começaram, nem para o resto do corpo. Os tumores malignos são, porém, constituídos de células cancerosas que têm uma aparência anormal e são diferentes daquelas onde tiveram origem. Por regra, quanto mais anormais parecerem, mais agressivamente cresce o cancro. Os tumores malignos continuam a crescer pelas áreas adjacentes e podem espalhar-se a outras partes do corpo. É essa sua capacidade de prejudicar e destruir os tecidos em redor, e de viajar para outros órgãos, em que crescem como tumores secundários, que torna as células cancerosas tão perigosas. Um tumor maligno que consiga invadir e prejudicar os tecidos e os órgãos vizinhos é um cancro. Um tumor benigno que não se espalhe para outras partes do corpo, não o é (Ogden, 2004).

Também o cancro da mama não é uma doença única, mas várias. As mamas são compostas, na sua maior parte, de gordura e tecido mamário, e também por nervos, veias, artérias e tecido conjuntivo que ajuda a manter tudo no lugar. O principal músculo da mama situa-se atrás dela e à frente das costelas da caixa torácica. A mama está dividida em 20 lóbulos que se parecem com cachos de uvas. As “uvas” são chamadas lóbulos e os “caules” são chamados ductos. Os lóbulos produzem leite, e os ductos, que são tubos finos, transportam o leite dos lóbulos para a abertura dos mamilos durante a amamentação. Na puberdade, desenvolvem-se as porções de tecido fibroso e glóbulos de gordura à volta dos lóbulos e dos ductos da mama. Ela também contém vasos que transportam o sangue e a linfa, que é um fluido amarelo que banha as células. Provém do sangue, quando este passa nos vasos sanguíneos através do tecido, e é-lhe devolvida depois de passar pelas glândulas linfáticas. Ela circula pelo sistema linfático de todo o corpo, para ajudar a lutar contra as doenças. Os vasos linfáticos levam aos gânglios linfáticos, pequenos órgãos com o formato de feijões que conseguem agarrar as bactérias ou as células cancerosas que viajam na linfa através do corpo. Há conjuntos de gânglios linfáticos na axila, perto da mama, sobre a clavícula e no peito. Os tumores

benignos ou malignos podem desenvolver-se em qualquer dos tecidos da mama – pele, glândula, ducto, gordura, nervo, músculo, vasos sanguíneos ou tecido fibroso. O tecido mamário masculino permanece normalmente sem se desenvolver, com ductos rudimentares que terminam em minúsculos botões lobulares parecidos com os das raparigas antes da puberdade.

Há dois tipos principais de cancro da mama. O carcinoma ductal *in situ* é não invasivo, o que significa que há células nos ductos lactíferos da mama que começaram a crescer e a dividir-se anormalmente e se tornaram células cancerosas, mas ainda não romperam os canais nem desenvolveram a capacidade de se espalhar para o resto do seio ou do corpo. Se for removido nesta fase, tem uma probabilidade muito alta de cura e de não haver reincidências. O carcinoma lobular *in situ* significa que há células anormais no revestimento da glândula mamária. Nesta fase ainda não é considerado cancro da mama mas que há um risco maior de contraí-lo futuramente. Quanto aos cancros invasivos, o tipo mais comum é o carcinoma ductal, que começa também nos ductos lactíferos da mama mas desenvolveu a capacidade de se espalhar para outras partes do corpo. As células cancerosas podem fazê-lo ao invadir os vasos linfáticos ou sanguíneos da mama e sendo, depois, transportadas através deles para outras partes do corpo onde formam outros tumores. Terem a capacidade para se espalharem não quer dizer necessariamente que o tenham feito. Outros tipos de cancro invasivo são o carcinoma lobular, que começa nos lóbulos onde se produz o leite; o cancro inflamatório da mama, um tipo raro de cancro da mama avançado, que acontece quando as células cancerosas bloqueiam os canais linfáticos da mama e estes inflamam; e a doença de Paget, um cancro invasivo raro que começa nos ductos lactíferos do mamilo.

Em todo o mundo, o cancro da mama é o quinto tipo de cancro mais comum (depois do cancro do pulmão, do estômago, do fígado e do cólon), sendo o segundo mais comum no que diz respeito às mulheres, ultrapassado apenas pelo cancro no pulmão (American Cancer Society, 2007). Ninguém sabe exactamente porque razão as pessoas desenvolvem cancro da mama mas parece certo que ele tem muitas causas que interagem umas com as outras de formas que ainda não compreendemos. Os médicos e investigadores concordam que as pancadas e equimoses não provocam cancro, a despeito dos medos expressos por algumas pessoas. As coisas que identificaram como

factores de risco recaem em duas categorias – uma dos que são bem comprovados por dados experimentais e outra dos que estão ainda em investigação. Alguns dos factores podem ser bem controlados – como dieta, exercício, consumo de álcool – enquanto outros, como a história familiar e a idade, não se podem controlar. Mas o conhecimento do alto risco pode aumentar os níveis de consciência e vigilância de forma a que o cancro possa ser identificado numa fase inicial, quando a probabilidade de cura é maior.

Algumas investigações identificaram os seguintes factores de risco: a idade (quase metade dos cancros da mama são em mulheres entre os 50 e os 64 anos de idade e 30% em mulheres acima dos 70), a exposição prolongada ao estrogénio (devido ao início precoce da menstruação, ao início tardio da menopausa, à idade tardia do primeiro parto, nunca ter tido filhos ou excesso de peso depois da menopausa), a história familiar (só cerca de 5 a 10% dos casos de cancro da mama são causados pela herança de um gene defeituoso, mas quanto mais próximos estiverem os familiares com cancro da mama, especialmente numa idade jovem, mais alto é o risco), a história prévia de cancro da mama (as mulheres que tiveram cancro da mama têm um risco maior de o voltar a ter no mesmo seio, ou do aparecimento de um novo cancro no outro), a doença benigna da mama previamente diagnosticada e a terapia por radiação (as mulheres cujos seios foram sujeitos a terapia por radiação antes dos 30 anos estão em maior risco). Alguns estudos indicam que o risco também pode aumentar pelas seguintes razões: terapia hormonal de substituição durante mais de 5 anos (a combinação de estrogénio e progesterona sintética parece significar maior risco que o estrogénio sozinho), pílula de controlo de natalidade (há um pequeno aumento de risco nas mulheres durante o tempo em que a tomam, mas esse risco desaparece 10 anos depois de pararem de tomá-la), álcool (há algumas provas convincentes de que, à medida que sobe o consumo, o mesmo acontece com o risco, independentemente do tipo de bebida), uma dieta rica em gordura (embora não esteja provado), stress e ansiedade, pesticidas e o tratamento de infertilidade por fertilização *in vitro* (Ogden, 2004).

Mesmo com muitas teorias e um pequeno número de factores de risco comprovados, os médicos ainda não são capazes de identificar uma mulher que vá desenvolver o cancro da mama. Muitas mulheres têm-no, mesmo não possuindo

nenhum destes factores de risco, excepto o risco que advém do envelhecimento. Também muitas mulheres com factores de risco conhecidos não desenvolvem cancro.

O cancro da mama pode estar presente durante anos sem quaisquer sintomas. O primeiro sinal de que algo está mal é, para a maioria das mulheres, encontrar um caroço no seio ou perto dele, na axila. De um modo geral não é doloroso nas primeiras fases, embora haja por vezes algum desconforto. Quando está numa fase mais avançada é mais provável que seja doloroso e pode dar a sensação de estar fixado à pele que o recobre ou aos músculos subjacentes. Às vezes o mamilo começa a ter corrimento ou inverte-se (porque está preso aos tecidos que estão por baixo), ou apresenta-se vermelho ou a descamar. Às vezes não se notam quaisquer sintomas até o cancro se ter espalhado a outras partes do corpo e o primeiro sinal de problema serem sintomas gerais como cansaço, falta de apetite e perda de peso. Muitas pessoas pensam erradamente que só precisam de se preocupar com caroços, mas a verdade é que qualquer alteração súbita da mama que dure mais de alguns dias deve ser investigada. Assim, os possíveis sintomas e mudanças que devem ser investigados são os seguintes: um caroço ou espessamento na mama ou perto dela ou um caroço ou inchaço debaixo do braço; mudança de tamanho ou forma da mama, especialmente quando causados por movimentos dos braços ou elevação dos seios; covinhas ou pregas na pele da mama; mudanças no aspecto ou toque da pele da mama, do mamilo ou da área à volta do mamilo (por exemplo, calor, inchaço, comichão, vermelhidão ou descamação); sangramento ou corrimento do mamilo; o mamilo retraído ou invertido, ou apontando de forma diferente; e desconforto ou dor na mama, particularmente se recente e persistente.

Em termos psicológicos, as mulheres a quem é diagnosticado cancro da mama têm de aceitar o trauma de uma doença possivelmente mortal e a possibilidade de cirurgia mutiladora. Na verdade, a maioria das mulheres não morre de cancro da mama nem perde os seios, mas estes são os dois medos principais. Podemos encarar o diagnóstico de cancro da mama não como uma crise, mas como uma série delas. Primeiro há o choque do diagnóstico e a respectiva adaptação; depois o tratamento, cada fase do qual (uma combinação de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e biológica ou imunoterapia) representa mais uma situação crítica; depois vem a

remissão, que exige outra adaptação psicológica. A doença pode causar grandes convulsões na vida do doente, incluindo mudanças nos vários papéis que contribuem para o seu sentido único de identidade (por exemplo, passagem de progenitor, principal organizador da família, para um doente que parece uma criança); mudança nas expectativas de futuro (por exemplo, de um futuro com filhos para um futuro sem descendência); bem como mudança na aparência e funcionamento do corpo. As pessoas que não estão acostumadas a estar doentes e que não desenvolveram formas de lidar com isso ficam subitamente confrontadas com incertezas sobre a gravidade da situação e pressionadas a tomar decisões terapêuticas importantes. Há muitas adaptações a fazer e diferentes pessoas adoptam diferentes maneiras de se proteger do impacto psicológico de um diagnóstico de cancro da mama.

As pessoas utilizam uma diversidade de táticas psicológicas para evitar a confrontação com as mudanças nos relacionamentos actuais e nas expectativas futuras que um diagnóstico do cancro da mama acarreta. Alguns dos mecanismos de defesa mais típicos que adoptam são: a negação (negando subconscientemente a gravidade do diagnóstico ou ignorando um caroço suspeito em vez de ir ao médico; por vezes é a família e os amigos quem nega a doença e desvaloriza as ansiedades ou tenta mesmo mudar de assunto), recalcamento (decidindo com um pouco mais de deliberação não pensar ou falar sobre o cancro), deslocamento (transferindo emoções ou ideias da fonte original para um substituto mais aceitável, por exemplo, descarregar raiva contra o médico, cônjuge ou filhos), projecção (atribuição dos sentimentos inaceitáveis a outra pessoa, por exemplo, “o médico acha que vou morrer”), racionalização (descobrimo razões plausíveis para comportamentos que podem ser considerados como intoleravelmente perigosos, por exemplo, “o cancro está mais ou menos bem, por isso não faz diferença que eu pare agora com a quimioterapia”), formação reactiva (recalcamento dos sentimentos inaceitáveis e expressão dos seus opostos, por exemplo, adquirir presentes como prova de estima por um médico que se considera arrogante e se detesta), regressão (revertendo a formas imaturas de reagir) e sublimação (desviando as pulsões inaceitáveis para canais pessoal e socialmente aceitáveis, por exemplo, canalizar a frustração pelos atrasos do rastreio para campanhas para melhorar os serviços).

Segundo alguns psicólogos, as pessoas reagem aos acontecimentos potencialmente letais como o cancro da mama das seguintes formas: choque (incredulidade e negação, sentindo-se atordoado e confundido, comportando-se automaticamente e sentindo-se alienado da situação), angústia aguda (sentimentos de perda, luto, raiva, ansiedade, desamparo e desespero), procura de significado (eu sei o que causou a minha doença), procura de mestria ou controlo (consigo controlar a minha doença) e melhoria da auto-estima (estou melhor do que a maioria das pessoas). Todavia, isto não é padrão e o significado da doença e a reacção depende de coisas como a própria doença (a fase em que se está, se se espalhou e se a cirurgia e o tratamento de seguimento terão de ser radicais ou mínimos), a fase da vida (uma jovem com possibilidades de ficar estéril com a quimioterapia é capaz de considerar isso muito mais terrível do que uma mulher pós-menopáusica), o apoio social (acesso ao conforto e apoio da família, amigos e religião), bem como da própria personalidade, recursos internos, valores e padrões emocionais da pessoa (Ogden, 2004). Amigos e familiares podem constituir uma importantíssima fonte de apoio mas muitas das observações sobre o impacto do cancro da mama são tão verdadeiras para eles como para o doente.

O facto das mulheres com tumores aparentemente similares diferirem significativamente quanto ao tempo de cura e sobrevivência no geral implica que os determinantes para esta sobrevivência podem ser mais do que aqueles inicialmente assumidos numa perspectiva puramente médica. É importante assim perceber se os factores psicológicos têm realmente influência na sobrevivência dos pacientes, uma vez que as intervenções psicológicas podem ajudar a pessoa a adaptar determinados estilos de coping que poderão eventualmente ajudá-la a sobreviver.

O coping parece ser, então, um factor importante no modo como as pessoas reagem numa situação de stress. Quando as mulheres enfrentam a ameaça de um cancro da mama, e não um cancro propriamente dito, é-lhes exigido que lidem com algo de natureza abstracta e difícil de controlar. A literatura acerca do coping tem uma história longa e complexa. Lazarus e Folkman (1984) referem que nas formulações “tradicionais” do coping, baseadas na psicologia cognitiva, este era visto como um traço ou “estilo” que dispunha os indivíduos a reagir a agentes de stress de maneiras específicas. Formulações mais recentes vêm o coping como um processo que envolve

esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para lidar com exigências específicas internas e/ou externas que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). Apesar das diferenças em relação à sua conceptualização, a maioria dos investigadores aceita a ideia de que uma dimensão básica do coping está dirigida à redução da ameaça (coping focado no problema, coping de aproximação), e outra está dirigida à redução da reacção emocional causada pela ameaça. (coping focado na emoção, coping de evitamento). A adaptatividade de qualquer estilo de coping é determinada pelas circunstâncias; no entanto, o coping focado no problema é visto normalmente como sendo mais eficaz a longo prazo, e está associado a menor depressão (Vitaliano *et al*, 1990). O coping focado na emoção e o evitamento, pelo contrário, são provavelmente menos funcionais, uma vez que estão associados a um maior stress psicológico, podendo aqui ser incluída a ansiedade, e depressão. O optimismo como uma característica estável da pessoa também parece ter implicações importantes na maneira como as pessoas gerem as suas vidas (Scheier & Carver, 1985) e tem sido associado com um coping bem sucedido (Scheier *et al*, 1986) e bem-estar psicológico (Scheier & Carver, 1992). Um estudo de Pietersen *et al* (2007) concluiu que um estilo de coping passivo estava associado a maiores níveis de stress, tanto geral como específico ao cancro. A procura de suporte social, a expressão de emoções e pensamentos confortadores estavam associados a menores níveis de stress psicológico. Os autores defendem que é aconselhável que se tome em conta os estilos de coping ao fazer o aconselhamento de mulheres com alto risco de cancro.

Vários outros estudos analisaram a associação entre os estilos de coping e o stress psicológico (Deimling *et al*, 2006). Schnoll *et al* (1998) concluíram que sobreviventes de cancro que referiram maiores níveis de espírito de luta e baixos níveis de desesperança, preocupação ansiosa e fatalismo referiram também menores níveis de ansiedade e depressão e uma melhor qualidade de vida no geral. Num estudo de McCaul *et al* (1999), o coping de evitamento estava associado de forma significativa à depressão e à ansiedade. Mullens *et al* (2004) examinaram a relação entre o coping, o stress psicológico, preocupações acerca do cancro e risco percebido de recorrência e a ansiedade em geral, tendo concluído que os indivíduos que exibiam maiores níveis destas formas de stress tinham maiores probabilidades de lidar com isso fazendo

mudanças positivas nos comportamentos de saúde. Este estudo é significativo na medida em que é um dos poucos estudos que vêem o stress como capaz de gerar comportamentos de coping, em vez de ver o coping como um mediador de relação entre o sujeito e o stress.

Falagas *et al* (2007) realizaram um estudo de revisão bibliográfica acerca do efeito dos factores psicossociais na sobrevivência de pacientes com cancro da mama. Dos 31 estudos analisados, 25 revelaram que vários factores psicológicos estão significativamente associados à sobrevivência. Assim, o espírito de luta, a alegria, o apoio social percebido, a minimização, o ajustamento, a extroversão, a participação em grupos religiosos, os hobbies e o casamento, entre outros, podem aumentar a sobrevivência destes pacientes. Pelo contrário, uma menor capacidade de sobrevivência está associada a eventos causadores de stress, ansiedade, falta de esperança, depressão, uma postura defensiva, ou negação. Para alguns destes factores psicossociais foram encontrados resultados contraditórios, mostrando efeitos tanto positivos como negativos (eventos causadores de stress, depressão, apoio social percebido, hostilidade e negação). Os autores chamam a atenção para a necessidade de cautela quando se tiram conclusões, uma vez que há muita informação limitada e/ou contraditória, devido, entre outros factores, a questões metodológicas. Além disso, ao examinar os efeitos dos factores psicossociais nos pacientes é necessário ter em conta outros factores que podem interferir nos resultados, como por exemplo factores biológicos. De qualquer maneira, pode-se concluir que os parâmetros associados a um melhor prognóstico de cancro da mama são o suporte social, o casamento, a minimização e a negação, enquanto que a depressão e o constrangimento de emoções estão associados a uma menor probabilidade de sobrevivência.

Vários outros estudos confirmam a ideia de que os factores psicossociais e de personalidade têm influência na relação das pessoas com o cancro da mama. Um estudo de Efrosyni *et al* (2005) concluiu que as características da personalidade têm um efeito diferente nas estratégias de coping, nomeadamente a preocupação ansiosa, o espírito de luta, o evitamento cognitivo, o fatalismo e a desesperança. A qualidade de vida de pacientes com diagnósticos recentes de cancro parece estar também altamente associada a factores psicossociais (Oncol, 2005). Segundo Giedt (1997, *cit in* Straub, 2002), as

vítimas de cancro que se “entregam” do ponto de vista psicológico têm prognósticos piores do que aquelas que mantêm um “espírito guerreiro”. Por exemplo, num estudo conduzido com mulheres com cancro da mama durante 15 anos, este espírito foi associado a uma taxa de mortalidade significativamente mais baixa do que a negação, a impotência e até mesmo a aceitação estóica. De certa forma, então, a má adaptação e a não aceitação do diagnóstico são traços positivos nas vítimas de cancro. Stanton e Snider (1993, *cit in* Straub, 2002) demonstraram que as pacientes com um estilo de enfrentamento “desligado” experimentavam problemas psicológicos significativamente maiores do que aquelas cujo enfrentamento era mais “envolvido”. Outros pesquisadores verificaram que uma disposição optimista no momento em que o cancro é diagnosticado está associada a um estilo de coping activo e envolvido e a menor perturbação psicológica ao longo do tempo (Straub, 2002).

Embora a maioria dos estudos mostre uma relação significativa entre os factores psicossociais e a sobrevivência, existem estudos discordantes; um estudo de Buddeberg *et al* (1996) não encontrou correlações significativas entre estratégias de coping e a variável “morte por cancro da mama”. Os resultados indicaram que parâmetros somáticos são mais importantes para o decurso da doença que os aspectos psicológicos de coping. Outro estudo de revisão bibliográfica conduzido por Petticrew *et al* (2002) focou a sua atenção nas seguintes variáveis: espírito de luta, desesperança, evitamento ou negação, aceitação estóica e fatalismo, coping depressivo ou ansioso, coping focado no problema, e factores emocionais. Os autores concluem que, apesar das limitações do seu estudo, há muito poucas evidências de que qualquer um destes factores têm um papel clinicamente importante na sobrevivência ou recorrência do cancro, isto apesar de se acreditar que a atitude mental de uma pessoa em resposta a um diagnóstico de cancro afecta a sua possibilidade de sobrevivência, em particular as variáveis do espírito de luta e da desesperança. Assim, para estes autores, as pessoas com esta doença não se deveriam sentir pressionadas a adoptar um determinado estilo de coping.

Apesar do cancro estar muitas vezes associado a um impacto negativo na vida dos pacientes, impactos positivos foram também discutidos empiricamente. Komura e Hegarty (2006) realizaram um estudo que examina as mudanças positivas na vida que podem ser experienciadas pelos pacientes de cancro depois do seu diagnóstico. Este

estudo incidia em sete tipos de mudanças relacionadas com o cancro: aumento da empatia, maior conhecimento acerca da saúde, maior reconhecimento pela vida, mudança nas prioridades pessoais, maior apreciação da saúde e da vida, melhores relações pessoais e mudança para um estilo de vida mais saudável. Os resultados demonstraram que os pacientes de cancro tendiam a encontrar mudanças positivas na sua vida após a doença, podendo estas ser vistas como um processo natural que encoraja os pacientes a adaptarem-se ao cancro.

1.1.1. A PERCEPÇÃO DO RISCO DO CANCRO DA MAMA

Irá agora ser abordada a percepção do risco do cancro da mama, tema deste estudo. As percepções do risco são informações que ajudam os indivíduos a tomar consciência da sua vulnerabilidade e tomar decisões acerca de comportamentos de saúde (Weinstein, *cit in* Bottorff *et al*, 2004). Segundo Hopwood (2000), a percepção do risco do cancro da mama nas mulheres é muitas vezes incorrecta e está frequentemente associada a altos níveis de ansiedade acerca do cancro. Estudos revelaram que uma maior preocupação acerca do cancro da mama estaria associada a um maior interesse em obter um exame genético (Cameron & Reeve, 2006). Os conhecimentos acerca destes exames são baixos entre a população, existindo muitas ambiguidades quanto aos seus benefícios. A decisão de fazer ou não um exame genético deve ser tomada depois de uma ponderação e uma discussão cuidadas com profissionais de saúde com experiência em lidar com o problema. As coisas a considerar devem incluir: uma das razões para efectuar o teste é para se ser informado se se tem um gene defeituoso; em caso afirmativo, como vai lidar com esse facto?; as mulheres na casa dos 20, demasiado novas para a mamografia e sem grandes riscos nessa idade, talvez achem que o conhecimento do gene perigoso para o cancro da mama não lhes dá grandes possibilidades de tomar medidas e que vai, antes, ensombrar-lhes a vida; fazer um teste genético prejudica a oportunidade de contratar uma hipoteca ou seguro; o teste pode ser útil se motivar as pessoas a mudarem o comportamento de forma a reduzir os riscos – por exemplo, fazer mamografias regulares – mas, muitas vezes, é difícil efectuar essa mudança. É preciso ter em conta que os genes defeituosos explicam apenas entre 2 a 5%

de todos os cancros da mama, sendo que os genes BRCA1 e BRCA2 explicam 1 a 2% de todos os cancros da mama e do ovário, mas ser portador desses genes não quer necessariamente dizer que qualquer deles venha a desenvolver-se. Embora as mulheres com uma história familiar de cancro da mama estejam em maior risco de desenvolver a doença, a maioria não a terá, e a maioria das que a virão a ter já estará acima dos 50 anos quando isso acontecer (Ogden, 2004).

Mesmo com o teste genético, muitas mulheres continuam a ter percepções inadequadas acerca do risco de desenvolverem cancro da mama. Não é certo se isto reflecte inadequação do processo de comunicação, e/ou dificuldades da parte da pessoa aconselhada em compreender ou lembrar a informação dada. Tanto mulheres mais velhas como mais novas sobrestimam o risco de morte por cancro da mama. Por outro lado, mulheres com alto risco subestimam-no em comparação com as mulheres normais, levantando a possibilidade de um “viés optimista” na percepção do risco (Hopwood, 2000). Se um grupo de indivíduos considera que o seu risco de obter a doença é menor que os seus pares, então este grupo está a demonstrar um viés optimista ou optimismo irrealista em relação à sua percepção de desenvolver a doença futuramente. O optimismo irrealista foi encontrado para uma variedade de doenças e comportamentos de risco, como doenças coronárias, fumar, doenças sexualmente transmissíveis e cancro. Pelo contrário, se um grupo considera que o seu risco de obter a doença é mais alto do que os seus pares, está a demonstrar um pessimismo irrealista em relação ao risco para a saúde. O pessimismo irrealista, a que a literatura se refere menos frequentemente, foi documentado nos casos de percepção de risco do cancro da mama (Wendt, 2005). O processo envolvido na produção de uma percepção pessoal do risco de cancro da mama, os acontecimentos que o influenciam e a contribuição relativa de factores afectivos ou cognitivos é ainda bastante desconhecida. O aconselhamento genético é feito à volta da probabilidade da ocorrência de cancro, mas a noção de risco da mulher é frequentemente inexplorada. Existe pouca investigação qualitativa focada no significado do risco, e pode ser difícil saber exactamente aquilo que está a ser considerado quando as mulheres formulam os seus riscos pessoais. Isto pode incluir a probabilidade de desenvolver cancro, a mortalidade percebida da doença ou a sua controlabilidade (Hopwood, 2000).

Quanto aos factores associados com a percepção do risco, indivíduos com histórias familiares fortes podem perceber um aumento do risco, mas frequentemente pensam em termos não-Mendelianos e são mais influenciados pela sua experiência familiar particular da condição. Esta vulnerabilidade percebida pode ser baseada no fardo do cancro na família mais do que na natureza hereditária ou um gene. Vários outros factores foram explorados relativamente à possível associação das mulheres com a percepção do risco, incluindo factores demográficos e psicológicos, factores cognitivos e de coping, e factores heurísticos. O impacto da percepção do risco na tendência para a ansiedade, ansiedade-estado (ou seja, num momento particular, por exemplo quando vai às consultas), saúde mental, idade e número de familiares afectados foram todos aspectos estudados, embora não tenham sido encontradas associações conclusivas. Num estudo feito na Escócia, citado por Hopwood (2000), uma maior idade, maior tendência para a ansiedade e uma tendência para externalizar o controlo sobre a saúde foram relacionados com uma sobrestimação do risco. Elevados níveis de preocupação com o cancro foram também significativamente associados com uma tendência para sobrestimar os riscos, mas a natureza causa/efeito desta relação é incerta. Um outro estudo demonstrou que as mulheres que tinham perdido uma mãe devido ao cancro da mama durante a adolescência tinham maior probabilidade de sobrestimar e ter maiores níveis de preocupação com o cancro. A teoria da vinculação é interessante neste contexto, pois sugere que a quebra desta relação devido a separação, doença ou morte pode ter influência nos relacionamentos e comportamentos da vida adulta, dependendo da segurança da vinculação original.

A altura em que ocorrem as doenças e mortes em famílias propensas ao cancro é frequentemente um importante factor na consideração do risco pessoal e na procura de aconselhamento na prevenção do cancro. As percepções de vulnerabilidade das mulheres podem-se desenvolver a partir desta experiência de vida com o cancro e de uma forte identificação com uma mãe ou irmã afectada ou falecida. As pessoas julgam uma experiência que é “acessível” cognitivamente (isto é, pode ser lembrada) como mais provável de ocorrer, e crenças acerca da frequência de acontecimentos letais levam à sobrestimação do risco. Além disso, a percepção da severidade da condição tende a ser incluída na interpretação do risco, bem como factores cognitivos e emocionais. Métodos

qualitativos de investigação têm vindo a aumentar o conhecimento acerca do desenvolvimento da percepção do risco. Investigadores canadianos entrevistaram mulheres com um familiar próximo com cancro da mama, mas que nunca tinham ido a clínicas de risco familiar, tendo sugerido a importância de três fases fundamentais no desenvolvimento da percepção do risco, em que o impacto emocional do cancro do familiar e o sentimento de vulnerabilidade da mulher tinham papéis fundamentais na determinação do grau da ameaça. Quanto mais difícil a experiência de doença e mais mal resolvido fosse o impacto emocional do cancro da mama, menos as mulheres sentiam que tinham controlo sobre o seu risco. A importância de informação clara, comunicação aberta com a família e apoio pessoal são todos factores importantes na facilitação de um desenvolvimento adequado da estimação correcta do risco.

A precisão na percepção do risco é importante na medida em que é extremamente útil para o clínico, uma vez que indica que opções de controlo do risco estão disponíveis e facilita a discussão de estratégias de prevenção. As mulheres precisam de informação apropriada de maneira a tomar decisões informadas. É igualmente importante perceber porque é que a percepção do risco de uma pessoa aconselhada é incorrecta, para que isto possa ser explorado e para que percepções erradas possam ser corrigidas. Algumas mulheres não conseguem lidar com a preocupação ou o desgosto e necessitam de acompanhamento psicológico, baseado na consciência tanto dos riscos actuais como percebidos. Logicamente, é importante prevenir mulheres que sobrestimam o risco de utilizar estratégias preventivas excessivas, e encorajar aquelas que o subestimam a ter cuidados de saúde apropriados. Entender a percepção de risco das mulheres é uma base necessária para a tomada de decisão. Os processos pelos quais as mulheres desenvolvem esta percepção são complexos e multifacetados; uma melhor compreensão do desenvolvimento e manutenção das crenças acerca do cancro da mama e risco pessoal é necessário (Hopwood, 2000).

1.2. A ANSIEDADE

Falando agora da ansiedade, a outra variável presente neste estudo, esta é uma emoção que sentimos perante determinadas situações ou pensamentos. É considerada um sentimento humano normal, já que todos nós passamos por ela sempre que nos deparamos com determinadas situações que nos parecem ser ameaçadoras ou difíceis, sendo natural ficarmos nervosos, tensos e/ou agitados. É muito comum que fiquemos ansiosos perante determinados acontecimentos pessoais ou sociais em que somos submetidos a uma avaliação (por exemplo um exame, uma entrevista de trabalho, um primeiro encontro) porque isso nos permite activar alguns recursos que nos ajudam a enfrentar essa circunstância. Muitas vezes a ansiedade é confundida com o medo, mas enquanto que o medo é uma resposta que o organismo dá a um perigo real, actual e imediato (como quando um cão raivoso se atira à pessoa), a ansiedade é a resposta a uma ameaça que pode ser desconhecida e indefinida, que pode ter origem em conflitos internos, sentimentos e pensamentos que as pessoas têm e que são disfuncionais (por exemplo, ficar ansioso quando está num grupo de amigos, pois acha que não tem nada de interessante para dizer). Tanto nas reacções de medo como de ansiedade, o nosso organismo mobiliza-se a enfrentar a ameaça e, como tal, é algo que pode ser útil e adaptativo, pois protege-nos de situações que podem ser eventualmente perigosas, sendo essas reacções que nos avisam desses perigos. Deste modo, tornamo-nos mais aptos a resolver as situações em causa. A ansiedade passa a ser problemática e motivo de preocupação, quando os sintomas começam a ser em excesso ou se mantêm durante longos períodos de tempo, e também quando se manifesta em situações em que a ameaça é apenas imaginária. Nestes casos, estes sentimentos negativos podem trazer consequências negativas para o nosso bem-estar, incapacitando-nos de levar uma vida normal. Devemos estar atentos à frequência, intensidade e duração das nossas respostas ansiosas a determinada situação, para sermos capaz de lidar com o problema, caso este exista, o mais precocemente possível. Aubrey Lewis (1979, *cit in* Andrade & Gorenstein, 1998), após uma longa revisão sobre a origem e o significado da palavra ansiedade, lista as seguintes características: é um estado emocional, com a experiência subjectiva de medo ou outra emoção relacionada,

como terror, horror, alarme, pânico; a emoção é desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou colapso iminente; é direccionada em relação ao futuro, estando implícita a sensação de um perigo iminente; não há um risco real, ou se houver, a emoção é desproporcionalmente mais intensa; há desconforto corporal subjectivo durante o estado de ansiedade. Esse mesmo autor lista alguns outros atributos que podem ser incluídos na descrição da ansiedade. A ansiedade pode: ser normal (por exemplo um estudante frente a uma situação de exame) ou patológica (por exemplo nos transtornos de ansiedade); ser leve ou grave; ser prejudicial ou benéfica; ser episódica ou persistente; ter uma causa física ou psicológica; ocorrer sozinha ou juntamente com outro transtorno (por exemplo depressão); afectar ou não a percepção e a memória.

As respostas que damos a uma situação de perigo real ou imaginário podem ser analisadas a três níveis: cognitivo (o que pensamos?), fisiológico (o que sentimos?) e comportamental (o que fazemos?). Como tal, devemos ter em atenção os sinais que o nosso organismo emite, de acordo com estas três áreas. Ao nível cognitivo, a ansiedade é caracterizada por uma preocupação constante, nervosismo e irritação, imaginação do pior, e interpretações de situações ambíguas como ameaçadoras. A nível fisiológico, temos as dores e tensão muscular, palpitação e tremores, arritmias cardíacas, aumento da sudorese, respiração ofegante, tonturas, náuseas ou indigestão e sensação de desmaio. Por fim, a nível comportamental, pode ser referido mexer nervosamente nas mãos, dificuldades na fala, andar muito agitado ou imóvel, vontade de chorar e dificuldade em executar as actividades normais. Estes são apenas alguns dos sintomas ansiosos mais frequentes mas que podem ser acompanhados de muitas outras manifestações e até mesmo confundidos com doenças do foro físico.

De um modo geral, existem certos factores que estão na génese de uma perturbação de ansiedade. Por vezes, as pessoas ansiosas têm na família um clima ou uma educação de super protecção que levam a que as crianças tenham medo de tudo, a não enfrentarem os seus medos e como tal, a preocuparem-se demasiado com situações ou acontecimentos normais. Por outro lado, a ansiedade pode resultar de experiências traumáticas que se tenha tido no passado ou que se tenha aprendido com a experiência dos outros, desenvolvendo respostas ansiosas perante situações que não são perigosas. Por exemplo, se a pessoa na sua infância viu um cão atacar uma criança, pode vir a ter

medo de também ser atacado por um cão e começar a evitar o contacto com estes animais. Alguns estudos revelam que a ansiedade como traço e não como perturbação tem uma associação familiar, isto é, uma base genética que de certa forma predispõe os indivíduos para o desenvolvimento desta perturbação. De acordo com os dados estatísticos disponíveis, verifica-se que na população em geral as perturbações de ansiedade, juntamente com as perturbações de humor, são das mais frequentes causas de pedidos de ajuda em contexto clínico; a perturbação é diagnosticada com uma frequência ligeiramente maior em mulheres do que em homens; e pode surgir em qualquer idade (mesmo na infância e na adolescência), mas normalmente é a partir dos 20 anos.

Existem várias teorias explicativas da ansiedade, tais como o neuroticismo introvertido de Eysenck, o sistema de inibição comportamental de Gray, a teoria de interrupção de Mandler, ou o esquema cognitivo de Beck. A ansiedade pode ser caracterizada como uma estrutura afectiva-cognitiva difusa. No coração desta estrutura encontramos um grande afecto negativo, composto por vários níveis e combinações de activação, percepção de falta de controlo sobre eventos futuros e mudanças na atenção para preocupações auto-avaliativas. Esta estrutura é descrita como difusa porque se pode associar a várias situações e pode ser expressa de maneira diferente consoante o indivíduo, ou mesmo no mesmo indivíduo em diferentes alturas. Todos os elementos afectivos desta estrutura (afecto negativo) estão armazenados na memória sob a forma de estímulos e respostas, bem como significados despoletados por diversas pistas do meio ambiente. Por exemplo, a menção de um evento futuro onde o indivíduo terá de desempenhar um papel importante poderá despoletar um estado ansioso. Esta estrutura é designada de apreensão ansiosa (Barlow, 1988).

Podemos falar de diversos tipos de ansiedade. A ansiedade existencial é caracterizada como a reacção ao “trauma de não ser”, ou seja, o ser humano percebe que chega a um ponto em que deixará de ser (morte), e o seu encontro com a realidade torna-se caracterizado pela ansiedade. A religião torna-se então um mecanismo de coping para responder à ansiedade uma vez que redefine a morte como o final apenas da parte corporal da existência humana, assumindo uma alma imortal. A ansiedade ao teste é o nervosismo sentido por estudantes que têm medo de não conseguir passar a um

exame. Um nível óptimo de excitação é necessário para completar uma tarefa como um exame; contudo, quando a ansiedade excede este nível, resulta num declínio da performance. Os estudantes que sofrem deste tipo de ansiedade podem associar as notas ao valor pessoal, sentir medo de um professor, pressões de tempo, ou sentimentos de perda de controlo; componentes emocionais, cognitivos, comportamentais e físicos estão envolvidos. Embora o termo ansiedade ao teste se refira especificamente a estudantes, muitos adultos passam pela mesma experiência relativamente à sua carreira ou profissão. O medo de falhar uma tarefa e ser avaliado negativamente por isso tem um efeito negativo similar nos adultos. A ansiedade social define-se como um medo intenso e persistente em relação a uma ou mais situações sociais ou de desempenho, devido à possibilidade de ser negativamente avaliado pelos outros; mais concretamente, a pessoa teme mostrar nessas situações sintomas de ansiedade e/ou agir de uma forma que seja humilhante ou embaraçosa para si. Este medo leva, na maioria das vezes, a que a pessoa opte por evitar essas situações sociais “comprometedoras”. A ansiedade de separação ocorre quando o indivíduo teme ser separado de um grupo, pessoa ou objecto emocionalmente próximos. É frequente também ocorrer ansiedade nos cuidados paliativos, sendo que a investigação sugere que tratar a ansiedade de pacientes com cancro melhora a sua qualidade de vida (Fernandéz & Más, 2004).

1.2.1. A AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

Quanto à avaliação da ansiedade, este termo abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória levando à hiperventilação e suas consequências, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperactividade do sistema nervoso autónomo. Algumas escalas tentam cobrir todos esses aspectos da ansiedade, mas a maioria enfatiza um ou outro.

Quando uma determinada escala é escolhida para medir a ansiedade, deve-se ter em conta quais são os aspectos que a escala em questão mede. Existem escalas que medem a ansiedade normal e escalas que medem a ansiedade patológica. Uma outra

distinção importante está entre escalas ou instrumentos com finalidade diagnóstica e escalas de quantificação de intensidade ou gravidade em sujeitos já diagnosticados, utilizadas para avaliação de tratamentos. A interpretação dos resultados pode ser muito diferente se uma escala ou outra for utilizada. É necessário dispor-se das informações básicas a respeito dos valores normativos em diferentes grupos (idade, sexo, grupo étnico, presença ou não de diagnóstico) e sensibilidade da escala a mudanças. Porém, em muitos estudos a escolha das escalas é feita aleatoriamente, sem qualquer referência ao que se pretende medir e às propriedades psicométricas das escalas utilizadas.

Numerosos esforços têm sido feitos na tentativa de definir operacionalmente e avaliar o constructo ansiedade. Segundo Keedwell e Snaith (1996, *cit in* Andrade & Gorenstein, 1998), as escalas de ansiedade medem vários aspectos que podem ser agrupados de acordo com os seguintes tópicos: humor (a experiência de uma sensação de medo não associado a nenhuma situação ou circunstância específica; a apreensão em relação a alguma catástrofe possível ou não identificada), cognição (preocupação com a possibilidade de ocorrência de algum evento adverso a si próprio ou a outros; pensamentos persistentes de inadequação ou de incapacidade de executar adequadamente suas tarefas), comportamento (inquietação, ou seja, incapacidade de se manter quieto e relaxado mais do que alguns minutos, andando de um lado para o outro, apertando as mãos ou outros movimentos repetitivos sem finalidade), estado de hiperalerta (aumento da vigilância, exploração do ambiente, resposta aumentada a estímulos, dificuldade de adormecer não devida à inquietação ou à preocupação; sintomas somáticos como sensação de constrição respiratória, hiperventilação e suas consequências, tais como espasmo muscular e dor sem outra causa conhecida; tremor; manifestações somáticas de, por exemplo., hiperactividade do sistema nervoso autónomo, com taquicardia, sudção, aumento da frequência urinária) e outros (esta categoria residual pode incluir estados como despersonalização, baixa concentração e esquecimento, bem como sintomas que se referem a um desconforto, não necessariamente específico de ansiedade).

Além disso, tanto em sujeitos normais, como em pacientes, é útil a distinção entre ansiedade-traço e ansiedade-estado. A concepção dualística de ansiedade como traço e estado foi proposta primeiramente por Cattell e Scheier (1961) e é a base do

Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger *et al.* (1970). A distinção entre ansiedade traço e ansiedade estado pode ser feita tanto em pessoas normais como em pacientes. É de particular importância que se determine se uma escala vai medir traço, isto é, uma condição mais permanente, característica do indivíduo, ou se a avaliação do estado ansioso será feita em um determinado instante, diante de determinada situação. As instruções devem ser precisas a esse respeito.

O estado de ansiedade é conceptualizado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, e por aumento na actividade do sistema nervoso autónomo. Os *scores* de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo.

O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os *scores* de ansiedade-traço são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.

Uma das dificuldades mais comumente encontradas na avaliação da ansiedade está na sobreposição desta com sintomas depressivos. Muitos pesquisadores têm dificuldade em separar ansiedade e depressão, tanto em amostras clínicas como não clínicas, e sugerem que os dois constructos podem ser componentes de um processo de stress psicológico geral. Uma outra possibilidade é que essa sobreposição seja devida a limitações psicométricas das escalas utilizadas. Clark e Watson (1990) resumem as limitações encontradas na avaliação da ansiedade e da depressão: escalas de auto-avaliação de ansiedade e depressão apresentam uma correlação que está entre 0,40 e 0,70, tanto em amostras de pacientes como em normais; escalas de ansiedade correlacionam-se tanto com escalas de depressão como com outras escalas de ansiedade e as escalas de depressão também apresentam essa falta de especificidade; a avaliação clínica de ansiedade e depressão também mostra essa sobreposição; e somente a metade dos pacientes com ansiedade e depressão apresenta quadros puros.

Como já foi referido, a percepção do risco do cancro da mama nas mulheres é muitas vezes incorrecta e está frequentemente associada a altos níveis de ansiedade

acerca do cancro. Já foram realizados estudos incidindo no impacto da percepção do risco na ansiedade, embora sem resultados conclusivos. Num estudo feito na Escócia, já referido, uma maior idade, maior tendência para a ansiedade e uma tendência para externalizar o controlo sobre a saúde foram relacionados com uma sobrestimação do risco (Hopwood, 2000). Este estudo pretende assim analisar se existe de facto uma relação entre percepção do risco do cancro da mama e a ansiedade-traço; será que pessoas com uma personalidade mais ansiosa percebem um maior risco de cancro da mama no futuro? Esta questão é importante na medida em que permite prever os comportamentos de saúde futuros. Este é um estudo exploratório, de maneira que não serão formuladas hipóteses, mas sim iremos tentar compreender se existe uma relação entre as variáveis percepção de risco do cancro da mama e ansiedade-traço.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Os participantes no estudo serão 50 estudantes do sexo feminino da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Quadro 1), sendo esta uma amostra por conveniência.

Quadro 1

Participantes do estudo

		N	%
Cases	Valid	42	84,0
	Excluded(a)	8	16,0
	Total	50	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

2.2. MATERIAL

Uma maneira comum de medir as percepções dos riscos na saúde é perguntar a um grupo de indivíduos se eles percebem o seu risco de ter a doença como igual, maior ou menor do que os seus pares (Wendt, 2005). Num esforço para examinar como a percepção do risco da doença é formada, estudos realizados examinaram algumas variáveis cognitivas e emocionais. As mais comuns incluem a frequência percebida de doença (teorias do comportamento da saúde focam-se na frequência percebida de doença para prever comportamentos de saúde; há evidência de que o risco percebido é maior para doenças que são percebidas como ocorrendo frequentemente), o nível de preocupação (foi encontrada uma relação positiva entre o nível de preocupação acerca de ter uma doença e o risco percebido), consciência dos factores de risco (teorias como o Modelo de Crenças de Saúde assumem que a percepção do risco envolve a compreensão dos factores de risco), controlabilidade (estudos indicam que conforme aumenta a controlabilidade percebida de uma doença, a percepção de risco diminui), vivacidade da imagem mental (estudos referem que conforme aumenta a vivacidade da

imagem mental comparativamente aos outros, a percepção de risco da doença diminui), gravidade (estudos empíricos relacionando a percepção de risco e percepção de gravidade da doença são contraditórios, com uns apontando para uma correlação positiva e outros para a ausência de correlação) e experiência (experiência anterior com a doença está positivamente relacionada com a percepção do risco em alguns estudos e não relacionada em outros).

Assim, neste estudo será medida a percepção do risco da doença bem como as variáveis cognitivas e emocionais. A percepção do risco da doença será medida utilizando uma versão modificada da questão de risco comparativo utilizada em estudos de Weinstein (1980, 1982, 1987, *cit in* Wendt, 2005). Será feita a seguinte questão: “Quando se compara com as restantes estudantes desta faculdade, qual acha que serão as suas hipóteses de desenvolver cancro da mama no futuro?”. As respostas, com *scores* de 1 a 4, vão de “muito abaixo das restantes” a “muito acima das restantes”.

Quanto às variáveis cognitivas e emocionais, as questões nesta secção, utilizadas em diversos estudos de Weinstein (1982, 1987, *cit in* Wendt, 2005), foram modificadas para corresponder à amostra e doença específica estudadas. Assim, quanto à frequência percebida da doença, será feita a questão “Qual a percentagem de estudantes desta faculdade acha que irão desenvolver cancro da mama no futuro?”; as estudantes serão dirigidas a escrever um número. Para o nível de preocupação será feita a questão “Em que medida se sente preocupada acerca da possibilidade de desenvolver cancro da mama no futuro?”. As respostas, cotadas de 1 a 4, vão desde “não me sinto nada preocupada com isso” até “sinto-me bastante preocupada com isso”. Quanto à consciência dos factores de risco, será utilizada a questão “Tem consciência de quais os factores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama?”, sendo as respostas cotadas de 1 (“não conheço nenhum factor de risco”) a 4 (“consigo pensar em vários factores de risco”). Para avaliar a controlabilidade, será feita a seguinte questão “Em que medida pensa que as pessoas conseguem controlar as suas probabilidades de desenvolver cancro da mama”. As respostas, de 1 a 4, vão desde “as pessoas não podem fazer nada para controlar as probabilidades de desenvolver cancro da mama” até “as acções das pessoas podem controlar totalmente as suas probabilidades de desenvolver cancro da mama”. Para a imagem mental, as participantes serão instruídas a responder à

questão “consegue formar uma imagem mental acerca do tipo de pessoas com probabilidades de desenvolver cancro da mama?”, com *scores* de 1 a 4, desde “nenhuma imagem me vem à cabeça acerca do tipo de pessoa com probabilidades de desenvolver cancro da mama” até “tenho uma imagem mental clara acerca do tipo de pessoa com probabilidades de desenvolver cancro da mama”. Relativamente à gravidade, será feita a questão “se alguém desenvolve um cancro da mama, isso é:” (com *scores* de 1 a 4, que vão desde “nada sério” a “fatal”). Por fim, para a experiência com a doença, será avaliada como uma variável dicotómica, em que o 0 indica uma participante sem experiência com alguém com cancro da mama e 1 uma participante que já teve uma experiência dentro ou fora da família relativamente ao cancro da mama.

Para a avaliação da ansiedade, e de acordo com os estudos revistos por Keedwell e Snaith (1996, *cit in* Andrade & Gorenstein, 1998), as escalas de Hamilton e de Beck estão entre as escalas de avaliação clínica mais utilizadas. O IDATE e a subescala de ansiedade do "Symptom Checklist" (SCL-90) são os instrumentos de auto-avaliação mais utilizados. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado é provavelmente o instrumento mais utilizado para medir ansiedade nas pesquisas sobre o tema. Desenvolvido por Spielberger (1970) na Universidade de Vanderbilt, o IDATE (ou STAI, State-Trait Anxiety Inventory) é uma escala de auto-relato que depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade assim como de características da sua personalidade. Existem três formas deste instrumento: a utilizada foi a Forma Y, que faz a distinção entre ansiedade como estado temporário (ansiedade-estado) e ansiedade como traço da personalidade de adultos (ansiedade-traço). A Forma X é a primeira versão e existe ainda o IDATE para crianças.

A aplicação do IDATE é muito simples. É apropriado para pessoas com um nível de leitura pelo menos da 6ª classe e contém itens avaliados numa escala de Likert de quatro pontos. Está dividido em duas secções; a primeira contém uma escala de estado de ansiedade com 20 itens, onde os sujeitos são instruídos a indicar como se sentem naquele determinado momento. A escala de traço de ansiedade do IDATE consiste também de 20 afirmações, impressas em um caderno separado, que requerem que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem. Algumas das questões estão relacionadas com a ausência de ansiedade e são cotadas de forma inversa. Uma vez que

o objectivo será avaliar a ansiedade enquanto traço de personalidade, será apenas utilizado neste estudo o IDATE-traço, que avalia a tendência do sujeito a responder de forma ansiosa às situações de vida. Os *scores* vão de 20 a 80, sendo que quanto mais alto o *score*, maior será a ansiedade (Spielberger *et al*, 1970). Os resultados do IDATE podem ser usados na formulação de um diagnóstico clínico; para ajudar a distinguir ansiedade de depressão; para pesquisa nas áreas de psicologia e saúde; e para avaliar a ansiedade clínica em clientes em contextos médicos, cirúrgicos ou psiquiátricos (Mindgarden, 2008)

3. RESULTADOS

Foi feita uma correlação entre as variáveis cognitivas e emocionais da percepção do risco do cancro da mama e a variável ansiedade. Para isso, fez-se a média das respostas dadas aos 20 itens do IDATE-traço ($M = 42,69$; $DP = 9,51$). Esta escala tem uma elevada consistência interna (0.93).

Foi encontrada uma relação significativa entre a ansiedade e a percepção da gravidade do cancro da mama ($r = 0,35$; $p < 0,05$), ou seja, pessoas mais ansiosas percebem esta doença como sendo mais grave do que as pessoas menos ansiosas. Este resultado era esperado, uma vez que a ansiedade é uma resposta a uma ameaça que pode ser indefinida (neste caso o cancro da mama), é direccionada para o futuro, e traz uma emoção desproporcionalmente mais intensa do que o risco real; assim, pessoas com propensão à ansiedade vão considerar esta uma doença mais grave, independentemente do seu grau de risco. Pelo contrário, não foram encontradas relações significativas entre a ansiedade-traço e as variáveis frequência percebida da doença, nível de preocupação, consciência dos factores de risco, controlabilidade, vivacidade de imagem mental e experiência. Foram encontradas relações significativas entre outras variáveis, como a idade e a imagem mental, a controlabilidade e a frequência percebida da doença, e o risco comparativo e a frequência percebida da doença. Estas relações não serão aqui analisadas, uma vez que o objectivo deste estudo se focava na variável da ansiedade, mas poderão servir de base para estudos futuros. Os resultados são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2

Relação entre as variáveis cognitivas e emocionais da percepção do risco do cancro da mama e a variável ansiedade.

		ansiedade2
Idade	Pearson Correlation	-,19
ano que frequenta	Pearson Correlation	-,28
hipóteses de desenvolver cancro da mama	Pearson Correlation	,076
percentagem de estudantes que acha que vão desenvolver cancro da mama	Pearson Correlation	-,14
preocupação acerca da possibilidade de desenvolver cancro da mama	Pearson Correlation	,25
consciência dos factores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama	Pearson Correlation	-,10
em que medida é possível controlar as probabilidades de desenvolver cancro da mama	Pearson Correlation	,02
consegue formar imagem mental acerca do tipo de pessoa com cancro da	Pearson Correlation	,07

mama		
se alguém desenvolve	Pearson Correlation	,36(*)
cancro da mama, isso é...		
já teve alguma experiência	Pearson Correlation	,17
com alguém com cancro da		
mama		

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

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

Uma vez que não foi encontrada uma relação significativa entre a ansiedade e a questão de risco comparativo, utilizada em estudos de Weinstein para medir a percepção do risco da doença, pode-se dizer que não foi encontrada uma relação entre a ansiedade-traço e a percepção do risco do cancro da mama. Estes resultados poderão talvez ser explicados devido ao pequeno número de sujeitos na amostra. Outra limitação pode vir do facto das questões relativas às variáveis cognitivas e emocionais da percepção do risco do cancro da mama não estarem auferidas para a população portuguesa. O facto da amostra ser constituída por estudantes universitárias, com uma idade média de 22,32 anos, também pode ser um factor relevante, uma vez que as participantes não se encontram ainda na idade que é mais associada ao cancro da mama (meia idade), não se sentindo ainda ansiosas com uma probabilidade que parece longínqua. Além disso, é difícil avaliar as variáveis que podem predizer uma futura doença numa população tão jovem (Wendt, 2005). Os riscos de uma futura doença não são ainda evidentes e o cancro é apenas uma possibilidade distante.

Segundo Weinstein (1987), a experiência com a doença aumenta a percepção do risco de cancro da mama, sendo mesmo das poucas coisas que pode afectar esta percepção. Contudo, vários outros estudos afirmam que se essa experiência não for com um familiar em primeiro grau, o efeito não é significativo. Num estudo realizado por Absetz *et al* (2002), concluiu-se que mulheres com uma experiência mais próxima de cancro da mama (por exemplo, a mãe ter a doença) tinham maior percepção do risco. É preciso não esquecer que as formas hereditárias do cancro correspondem entre 5 a 15% dos casos, sendo que o cancro da mama é uma das formas hereditárias de cancro mais

comuns (Zagalo-Cardoso & Rolim, 2005). Contudo, tal como neste estudo, não foi encontrada nenhuma relação significativa entre a experiência e a ansiedade. Já num outro estudo de Hopwood (2000), um inquérito quantitativo realizado a 330 mulheres mostrou que aquelas que tinham perdido a mãe com cancro da mama durante a adolescência tinham maiores probabilidades de sobrestimar os seus riscos e de ter maiores níveis de preocupação com o cancro. Para esta autora, tanto factores cognitivos como emocionais são incluídos na interpretação do risco. Chalmers e Thomson (1995) sugeriram que o impacto emocional do cancro do membro da família e o sentimento de vulnerabilidade da mulher tinham um papel importante na determinação da ameaça. Como já foi referido, quanto mais difícil a experiência de doença e mais mal resolvido o impacto emocional do cancro, menos as mulheres vão sentir que têm controlo sobre os riscos. Dentro da variável da experiência, seria então importante ver não só se essa experiência foi com um familiar próximo, mas também que tipo de experiência foi, uma vez que histórias de sofrimento e morte terão possivelmente um efeito muito maior sobre as mulheres do que histórias de sobrevivência; além disso, a ansiedade pode resultar de experiências traumáticas que se tenha tido no passado ou que se tenha aprendido com a experiência dos outros.

Para Klein (1997), o risco percebido absoluto (a avaliação subjectiva que uma mulher faz acerca da sua probabilidade de ter cancro) não tem efeito na ansiedade, mas sim o comparado (a avaliação subjectiva que uma mulher faz acerca da probabilidade de ter cancro quando comparada com outras mulheres), embora neste estudo também não tenha sido encontrada uma relação significativa entre a ansiedade e o risco comparativo da doença, talvez pelo facto desta ser uma população jovem, que não sofre ainda riscos evidentes. Para Lipkus *et al* (2005), isto aconteceria porque o risco comparado é uma noção menos abstracta, uma vez que a pessoa pode avaliar a sua hipótese de ter uma doença comparando com outras pessoas de referência; esta referência não existe quando se trata do risco absoluto. Assim, para estes autores, a melhor maneira de aumentar a preocupação de uma mulher acerca da probabilidade de ter cancro da mama (assumindo que isto a levaria a fazer uma mamografia) seria dando feedback de risco comparado (por exemplo, “você tem um risco maior do que outras mulheres da sua idade e raça”). Segundo Lipkus, isto aumentaria a ansiedade e a percepção de risco absoluto, embora

alguns autores defendam que este aumento da ansiedade poderia levar as mulheres a negar o problema e a evitar as mamografias. Por outro lado, um optimismo irrealista poderá levar a um falso contentamento com os níveis de risco, impedindo também o comportamento preventivo.

Apesar do vasto interesse acerca dos efeitos do coping noutros estudos relacionados com a psicologia da saúde, isto raramente tem sido considerado nos estudos acerca da percepção do risco. O papel do estilo de coping e do risco percebido de cancro na predição do stress psicológico foi examinado em dois estudos feitos com mulheres com grande risco de sofrer de cancro nos ovários, com resultados contraditórios. No primeiro estudo (Wardle, 1995), concluiu-se que o estilo de coping e a percepção do risco não estavam relacionados, mas ambos estavam associados à preocupação acerca do cancro. O optimismo estava relacionado com uma menor preocupação acerca do cancro e uma menor percepção do risco. No segundo estudo (Schwartz *et al*, 1995), foi encontrada uma associação entre o estilo de coping e a percepção do risco, mas nenhuma associação directa com o stress psicológico. Em vez disso, a associação era indirecta, através de pensamentos intrusivos. Contudo, este estudo foi limitado a mulheres com familiares em primeiro grau com cancro nos ovários, e a escala de percepção do risco era focada no efeito da história da família na percepção do risco, tornando as comparações difíceis. Ao examinarmos o stress psicológico relacionado com o risco, o coping deve ser visto como mais do que um estilo atencional; deve compreender os esforços cognitivos, comportamentais e de controlo de emoções para lidar com uma situação de stress (Absetz *et al*, 2002). Assim, os estilos de coping das participantes deste estudo podem ter tido influência sobre os resultados, e devem ser considerados em estudos futuros. De facto, nos últimos 20 anos, um grande número de pesquisas indica que o coping e a resolução de problemas têm um papel adaptativo crucial na maneira como as pessoas lidam com situações de vida causadoras de stress e frequentemente moderam a relação entre o stress e a saúde, tanto física como psicológica.

O cancro da mama parece produzir apenas noções vagas acerca de quem poderão ser as vítimas da doença e do que é que se poderá fazer para controlar os riscos. Isto poderá ocorrer, em parte, devido à maneira como é apresentada a informação. Tem sido

dado maior enfoque aos comportamentos relacionados com a detecção do cancro da mama (auto-exame mamário, mamografias, etc.) do que aos riscos provenientes do estilo de vida. Infelizmente, os métodos de detecção não reduzem as probabilidades de desenvolver cancro da mama, mas podem reduzir a severidade e a taxa de mortalidade da doença. No caso de mulheres jovens, para quem as mamografias não são desenhadas, as opções para a detecção são limitadas, o que poderá desenvolver maior sentimento de ansiedade. Uma vez que isso não é visível neste estudo, será possível que as participantes, de um modo geral, conheçam os factores de risco e realizem auto-exames, o que levará a uma diminuição da ansiedade relativa a esta doença; por outro lado, é também possível que as participantes não coloquem ainda o problema por não pertencerem a um grupo de risco (por exemplo, mulheres na meia idade).

Actualmente há um maior desenvolvimento dos serviços especializados na avaliação do risco de cancro da mama. Pesquisas mostram que estes serviços têm um impacto positivo na percepção do risco, embora existam algumas diferenças culturais (Hopwood, 2000). Contudo, uma proporção significativa de mulheres continua a ter interpretações erradas que não são explicadas por factores demográficos ou psicológicos. A melhoria dos métodos de comunicação dos riscos será importante, de modo a que as mulheres tenham informações de risco apropriadas, com as quais poderão fazer escolhas informadas acerca do controlo dos riscos e das intervenções preventivas. No processo de aconselhamento, é ainda importante ter em conta os modelos de tomada de decisão, que consideram o risco percebido da doença como precursor do comportamento preventivo. Segundo o Modelo de Crenças na Saúde, as acções em prol da saúde ou a motivação para recorrer a cuidados médicos vão depender das significações atribuídas à doença, da percepção da eficácia e dos custos do procedimento médico. Este modelo procura integrar constructos de natureza cognitiva (susceptibilidade e gravidade da doença percebidas) e de índole motivacional (ponderação dos custos/benefícios), que são inerentes à escolha de acções promotoras da saúde. É, muito provavelmente, o modelo psicossocial e cognitivo-afectivo-motivacional mais usado para abordar o processo de tomada de decisões das pessoas. Com efeito, é um modelo de valor-expectativa, que foi concebido para “explicar as acções das pessoas face aos cuidados de saúde em condições de incerteza” (Harrison,

Mullen, & Green, 1992). A Teoria do Comportamento Planeado é, por seu lado, outro modelo que visa, igualmente, explicar e predizer os comportamentos orientados para a saúde, defendendo que a acção comportamental é orientada pela intenção e pela percepção do controle (controle percebido) sobre esse comportamento. A intenção de empreender a conduta seria determinada pela atitude ou avaliação do comportamento, bem como pelas normas subjectivas (isto é, por aquilo que a pessoa acha que outros significativos pensam sobre o que ela deve ou não deve fazer). A percepção do controle estaria relacionada com as crenças da pessoa acerca da probabilidade de o comportamento conduzir aos resultados pretendidos e da existência dos recursos necessários para realizar esse comportamento (Timmermans & Henneman, 2002, *cit in* Zagalo-Cardoso & Rolim, 2005).

Como já foi referido, o conhecimento acerca do desenvolvimento da percepção do risco tem vindo a aumentar, embora seja um processo ainda bastante desconhecido. De qualquer maneira, podemos afirmar que existe uma grande constelação de variáveis que influenciam a formação dessa percepção (tais como experiência com a doença, suporte social, a própria experiência de vida), sendo portanto difícil tirar conclusões válidas sem analisar todas essas variáveis. É também difícil de definir de onde vem a ansiedade e qual é exactamente o seu papel, uma vez que este traço pode ter origem em conflitos internos, sentimentos e pensamentos disfuncionais da pessoa, os quais são difíceis de aceder. Ainda assim, é importante perceber o que leva ao desenvolvimento dessas percepções e qual o papel da ansiedade, de maneira a poder aconselhar e apoiar melhor as mulheres em relação à prevenção do risco e ao sofrimento psicológico que a perspectiva ou a preocupação de desenvolver um cancro pode causar. Uma compreensão da percepção de risco das mulheres, que é baseada no conhecimento dos seus verdadeiros riscos, é uma base necessária para gerir os riscos e tomar decisões. Estudos futuros deverão manipular a percepção do risco do cancro da mama e a ansiedade para melhor compreender as suas relações causais; isto ajudará os profissionais de saúde a fornecer um nível óptimo de aconselhamento e discussão dos riscos, uma vez que as mulheres diferem no tipo e quantidade de informação que precisam, bem como nas suas preferências acerca do envolvimento no processo de tomada de decisões. As preocupações das mulheres deveriam ser mais exploradas nas

clínicas de saúde, de modo a ser usada uma aproximação mais focada nas emoções (Hopwood, 2000). Do ponto de vista da Psicologia da Saúde, todas as mulheres que sofrem de ansiedade devido a uma percepção de risco aumentada merecem atenção, e não apenas mulheres com um elevado risco médico (Absetz *et al*, 2002).

REFERÊNCIAS

- Absetz, P., Aro, A. R., & Sutton, S. R. (2002). Factors associated with breast cancer risk perception and psychological distress in a representative sample of middle-aged Finnish women. *Anxiety Stress and Coping*, 15 (1), 61-73.
- Andrade, L. H. S. J., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação da ansiedade. *Rev. Psiq. Clin*, 25 (6), 285-290.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bottorff, J. L., Richardson, C., Balneaves, L. G., McCullum, M., Buxton, J. A., Ratner, P. A., & Hack, T. (2004). Unraveling women's perceptions of risk for breast cancer. *Health Education Research*, 19 (4), 469-475.
- Buddeberg C., Sieber M., Wolf C., Landolt-Ritter C., Richter D., & Steiner R. (1996). *Are coping strategies related to disease outcome in early breast cancer?*. Retirado a 13 de Outubro de 2007, do Website http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8861121&dopt=AbstractPlus&holding=f1000%2Cf1000m%2Cis
- Cameron, L. D., & Reeve, J. (2006). Risk perceptions, worry, and attitudes about genetic testing for breast cancer susceptibility. *Psychology and Health*, 21 (2), 211-230.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Chalmers, K., Thomson, K., & Degner, L. F. (1995). Information, support, and communication needs of women with a family history of breast cancer. *Cancer Nursing*, 19, 204-213.

- Clark, L. A., & Watson, D. (1990). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Deimling, G. T., Wagner, L. J., Bowman K. F., Sterns, S., Kercher, K., & Kahana, B. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology, 15*, 143-159.
- Efrosyni, S., Anagnostopoulos, F., Kalantzi-Azizi, A., & Skarlos, D. (2005). Psychosocial factors and adjustment to breast cancer: A structural equation model. *Hellenic Journal of Psychology, 2*, 159-182.
- Falagas, M., Zarkadoulia, E., Ioannidou, E., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. (2007). *The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review*. Retirado a 13 de Outubro de 2007, do Website <http://breast-cancer-research.com/content/9/4/R44>
- Fernandez, J. A. O., & Más, A. M. C. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y salud, 15* (2), 177-214.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research: Theory & Practice, 7* (1), 107-116.
- Hopwood, P. (2000). Breast cancer risk perception: What do we know and understand?. *Breast Cancer Research, 2*, 387-391.
- Klein, W. M. P. (1997). Objective standards are not enough: Affective, self-evaluative, and behavioural responses to social comparison information. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 763–774.

- Komura, K., & Hegarty, J. (2006). *The appraisal of positive life changes following cancer diagnosis: An interview study*. Retirado a 13 de Outubro de 2007, do Website <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=450303>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lipkus, I. M., Klein, W. M. P., Skinner, C. S., & Rimer, B. K. (2005). Breast cancer risk perception and breast cancer worry: What predicts what?. *Journal of Risk Research*, 8 (5), 439-452.
- McCaul, K. D., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230–236.
- Mindgarden Inc. (2008). *State-Trait Anxiety Inventory for adults*. Retirado a 20 de Maio de 2008, do Website <http://www.mindgarden.com/products/staisad.htm>
- Mullens, A. B., McCaul, S. C, Erickson, A. K., & Sandgren, A.K. (2004). Coping after cancer: Risk perceptions, worry and behaviors among colorectal cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 367–376.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores
- Oncol, A. (2005). *Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients*. Retirado a 13 de Outubro de 2007, do Website http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=PubMed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15817599&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus

- Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). *Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review*. Retirado a 13 de Outubro de 2007, do Website <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=12424165>
- Pietersen, K., van Doorem, S., Seynaeve, C., Bartels, C. C. M., Rijnsburger, A. J., Koning, H. J., Klijn, J. G. M., van Elderen, T., Tibben, A., & Duivenvoorden, H. J. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*, 16, 851-858.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., Brandt, U., & Stolbach, L. L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 424-435.
- Schwartz, M. D., Lerman, C., Miller, S. M., Daly, M., & Masny, A. (1995). Coping disposition: Perceived risk, and psychological distress among women at increased risk for ovarian cancer. *Health Psychology*, 14, 232-235.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the Strait-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Straub, R.O. (2002). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Vitaliano, P. P., Dewolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J., & Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 582-592.
- Wardle, J. (1995). Women at risk of ovarian cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 17, 81-85.
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481 – 500.
- Wendt, S. J. (2005). Perception of future risk of breast cancer and coronary heart disease in female undergraduates. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (3), 253-262.
- Zagalo-Cardoso, J. A., & Rolim, L. (2005). Aspectos psicossociais da medicina preditiva: Revisão da literatura sobre testes de riscos genéticos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (1), 3-34.

ANEXO

Este questionário surge no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia e pretende estudar a relação entre a percepção do risco do cancro da mama e a ansiedade-traço em estudantes universitárias.

Solicito que responda a este questionário com a máxima atenção e sinceridade. Os seus dados serão tratados com toda a confidencialidade e serão usados apenas para fins estatísticos

Idade: _____

Curso: _____ Ano: _____

.

Nesta primeira parte é usada uma escala de 1 a 4. Pede-se que assinale com uma cruz o algarismo que melhor se adequa à sua perspectiva.

Quando se compara com as restantes estudantes desta faculdade, qual acha que serão as suas hipóteses de desenvolver cancro da mama no futuro?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Muito abaixo Muito acima
das restantes das restantes

Qual a percentagem de estudantes desta faculdade acha que irão desenvolver cancro da mama no futuro? ____%

Em que medida se sente preocupada acerca da possibilidade de desenvolver cancro da mama no futuro?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Não me sinto nada Sinto-me bastante
preocupada com isso preocupada com isso

Tem consciência de quais os factores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Não conheço nenhum Consigo pensar em vários
factor de risco factores de risco

Em que medida pensa que as pessoas conseguem controlar as suas probabilidades de desenvolver cancro da mama?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
As pessoas não podem As acções das pessoas
fazer nada para controlar podem controlar totalmente
as probabilidades de as suas probabilidades
desenvolver cancro da de desenvolver cancro da
mama mama

Consegue formar uma imagem mental acerca do tipo de pessoas com probabilidades de desenvolver cancro da mama?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Nenhuma imagem me vem Tenho uma imagem mental
à cabeça clara

Se alguém desenvolve um cancro da mama, isso é:

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
Nada sério Fatal

Já teve alguma experiência com alguém dentro ou fora da família com cancro da mama?

Sim _____

Não _____

As frases que se seguem são aquelas que a maioria das pessoas usa para descrever a maneira como actua e sente. Leia, por favor, cada uma delas e depois assinale, com uma cruz, o algarismo à direita da frase que indica *como você é habitualmente*.

Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe pareça descrever os seus sentimentos habituais.

	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Sinto que sou uma pessoa agradável	1	2	3	4
Sinto-me nervosa e inquieta	1	2	3	4
Sinto-me satisfeita comigo	1	2	3	4
Gostava de ser tão feliz como as outras pessoas parecem ser	1	2	3	4
Sinto que falhei	1	2	3	4
Sinto-me tranquila	1	2	3	4
Sinto-me “calma, imperturbável e senhora de mim”	1	2	3	4
Sinto que as minhas dificuldades estão a aumentar de tal modo que não vou conseguir vencê-las	1	2	3	4
Preocupo-me demais com coisas que, na realidade, não têm importância nenhuma	1	2	3	4
Sou feliz	1	2	3	4
Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
Não tenho confiança em mim	1	2	3	4
Sinto-me em segurança	1	2	3	4
Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
Sinto-me desajustada	1	2	3	4
Sinto que nada me falta	1	2	3	4
Vêm-me coisas sem importância à cabeça e incomodam-me	1	2	3	4
As desilusões “mexem” tanto comigo que não me saem da cabeça	1	2	3	4
Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
Fico num estado de tensão e “a ferver” quando penso nas minhas actuais preocupações e interesses	1	2	3	4