



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

A satisfação sexual e *coping* em mulheres mastectomizadas

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

André Leite Gonçalves



FACULDADE DE FILOSOFIA

JANEIRO 2014



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

A satisfação sexual e *coping* em mulheres mastectomizadas

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

André Leite Gonçalves

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Ana Cláudia
Fernandes**



FACULDADE DE FILOSOFIA

JANEIRO 2014

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Cláudia Fernandes, pelos muitos ensinamentos valiosos ao longo deste trabalho e de toda a minha formação académica e ainda, pela pessoa e profissional que é.

A todos os colaboradores do FACes, em especial aos Profissionais na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

A todos os elementos que acederam participar neste trabalho, sem as quais o mesmo não seria possível.

À minha família e amigos, pelos bons momentos e pelo significado que dão à minha vida.

Resumo

O cancro é uma doença temida por todos, apesar dos avanços da ciência e diminuição do número de mortes devido a esta doença. Apesar da sua natureza biológica e genética, encontramos referenciado na literatura a sua componente também psicológica. Neste sentido, nos fatores psicológicos associados ao cancro, o objetivo deste trabalho consiste em avaliar a satisfação sexual e o *coping* nas mulheres diagnosticadas com cancro de mama mastectomizadas, com vista a conhecer o seu papel na adaptação a esta condição. Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional, transversal com uma amostra de 43 mulheres, de um hospital central da zona norte de Portugal. Dos resultados apurados verifica-se que as participantes apresentam resultados satisfatórios ao nível sexual, sendo que todos os domínios apresentam *scores* superiores à média da subescala. Os valores mais elevados foram os do domínio do relacionamento em geral e o resultado mais baixo, apesar de ainda ser superior à média, foi no domínio do relacionamento sexual. Relativamente aos resultados do questionário de *coping* constatamos que os domínios com resultados mais elevados são o da religião e o da aceitação e os menos elevados são o uso de substâncias, o desinvestimento, a auto-culpabilização e utilizar suporte instrumental. Quando analisamos as diferenças entre as participantes submetidas a mastectomia parcial e total não encontramos diferenças significativas ao nível da satisfação sexual. Por sua vez, no que respeita às dimensões do Cope apuramos diferenças significativas apenas ao nível da expressão de sentimentos. Da análise das associações entre as variáveis satisfação sexual e *coping*, na amostra em geral, constatamos que quanto mais elevada a confiança, a autoestima e o relacionamento em geral mais elevada a subescala humor do *coping*. Encontramos ainda associações entre as variáveis tendo em conta as participantes que foram submetidas a mastectomia parcial e total, sendo que as primeiras apresentam uma associação positiva entre confiança e humor. Por sua vez, nas utentes que foram submetidas a mastectomia total apuramos associações negativas entre confiança e desinvestimento, entre autoestima e auto-culpabilização, negação e desinvestimento e entre o relacionamento em geral e desinvestimento. Por fim, ao nível da variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas apenas encontramos diferenças significativas entre as mulheres mais novas e mais velhas ao nível da satisfação sexual e da estratégia de *coping* “religião”. Espera-se que esta investigação seja um contributo a nível de conhecimentos na área de saúde, relativamente à temática do cancro da mama.

Palavras-chave: Cancro da mama; satisfação sexual; estratégias de *coping*; mastectomia

Abstract

Cancer is a dreaded disease by all, despite the advances of science and reducing the number of deaths due to this disease. Despite their biological and genetic, found referenced in the literature also its psychological component. In this sense, the psychological factors associated with cancer, the aim of this study is to assess sexual satisfaction and coping in women diagnosed with breast cancer mastectomy in order to know their role in adaptation to this condition. This is a quantitative, correlational, cross-sectional study with a sample of 43 women, a central hospital in northern Portugal. From the results obtained, it appears that participants have satisfactory sexual level results, and all areas have higher than the average subscale scores. The highest values were the domain of the relationship in general and the lowest result, although still above average, was in the field of sexual relationship. Regarding the results of the coping questionnaire found that areas with high results are religion and the acceptance and the lower are the use of substances, disinvestment, self-blame and use instrumental support. When we analyze the differences between the participants underwent partial and total mastectomy did not find significant level of sexual satisfaction differences. Meanwhile, with regard to the dimensions of Cope significant difference was found only at the level of the expression of feeling. Analysis of associations between sexual satisfaction and coping variables, the sample generally found that the higher the confidence, self-esteem and relationship in general the higher the mood subscale of the coping. We also found associations between variables taking into account the participants that the partial and total mastectomies were submitted, with the first show a positive association between confidence and mood. In turn, the users who were undergoing total mastectomy was found negative associations between trust and disinvestment, between self-esteem and self-blame, denial and disinvestment and the relationship between general and disinvestment. Finally, the level of variation in the results depending on sociodemographic variables only found significant differences between the younger and older at the level of sexual satisfaction and coping strategy of "religion" women. It is hoped that this research is a contribution level of knowledge in the area of health, in the theme of breast cancer.

Keywords: Breast cancer; sexual satisfaction; coping strategies; mastectomy

Índice Geral

Introdução.....	3
Parte I – Enquadramento Teórico.....	6
1 – Cancro da Mama: Caracterização de Cancro de Mama e Mastectomia	6
1.1.Definição do Cancro da Mama e a sua evolução histórica	6
1.2.Classificação e tipos de Cancro da Mama	8
1.3.Epidemiologia	11
1.4.Etiologia e Fatores de Risco	12
1.5.A Mastectomia no tratamento do Cancro da Mama	15
2 - Variáveis psicológicas no cancro da mama e na condição da mastectomia.....	17
2.1.Impacto psicossocial	17
2.1.1.Impacto Familiar e Social	17
2.1.2.Impacto emocional e psicológico	18
2.2. <i>Coping</i>	20
2.2.1.Definição de <i>coping</i>	20
2.2.2. <i>Coping</i> no cancro da mama e mastectomia	22
2.3. Satisfação sexual	24
2.4. <i>Coping</i> e satisfação sexual no cancro da mama	28
Parte II - Estudo empírico.....	29
3- Metodologia	29
3.1 Objetivos e Desenho de Estudo	29
3.2 Variáveis em Estudo	30
3.3 Procedimentos de colheita de dados	30
3.4 Amostra.....	31
3.4.1 - Caracterização sociodemográfica da Amostra	31
3.4.2 Caracterização Clínica da amostra	32
3.4.3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia (parcial ou total/radical)	32
3.4.4 – Caracterização clínica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia (parcial ou total)	33
3.5 – Instrumentos Utilizados	34
3.5.1 – Questionário sociodemográfico.....	34
3.5.2 - Questionário Clínico	34

3.5.3 – Questionário da Satisfação Sexual (Cappelleri <i>et al.</i> , 2004; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005).....	34
3.5.3.1 - Características Psicométricas da Satisfação sexual na amostra em estudo	35
3.5.4 - <i>Brief- COPE</i> (Carver, 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004)	37
3.5.4.1 - Características Psicométricas do <i>Brief-COPE</i> na amostra em estudo.....	39
3.6 - Procedimentos Estatísticos	41
4 – Apresentação dos Resultados	42
4.1 – Resultados descritivos na amostra total	43
4.1.1 – Satisfação sexual	43
4.1.2 – <i>Coping</i>	43
4.2 – Comparação dos grupos: mastectomia parcial e total.....	44
4.2.1 – Satisfação sexual	45
4.2.2 – <i>Coping</i>	45
4.3 – Associação entre as variáveis.....	46
4.3.1 – Associação entre variáveis na amostra total.....	46
4.3.2 – Associação entre variáveis nas subamostras	48
4.4 – Variação dos resultados	49
4.4.1 – Variação dos resultados em função da idade.....	49
4.4.1.1 – Satisfação sexual: variação com a idade	49
4.4.1.2 – <i>Coping</i> : variação com a idade	50
4.4.2 – Variação dos resultados em função do meio de proveniência (rural/urbano)	51
4.4.2.1 – Satisfação sexual: variação com o meio de proveniência	51
4.4.2.2 – <i>Coping</i> : variação com o meio de proveniência	52
5 - Discussão dos Resultados	53
5.1 – Resultados descritivos.....	53
5.2 – Comparação dos grupos: mastectomia parcial e total/radical.....	55
5.3 – Associação entre as variáveis.....	56
5.4 – Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas.....	57
6 – Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras	58
Referências Bibliográficas.....	60
ANEXOS	70

Introdução

Embora os avanços da medicina, tenham possibilitado a descoberta de formas de tratamento mais eficazes da doença do foro oncológico, o cancro continua a ser uma das doenças mais temidas do nosso tempo (Mukherjee, 2010; Odgen, 2004). A nível mundial e nacional o cancro da mama é a patologia oncológica mais frequente na população feminina (Parkin *et al.*, 2011). Apesar deste tipo de doença ter uma componente genética e biológica determinante, encontra-se frequentemente na literatura referencia a diversas variáveis psicológicas na etiologia da doença (Nordin, Lindén, Hansson, Resenquist & Berglund, 2002; Pruthi & Lindor, 2010). Este é o cancro mais comum entre as mulheres, e ameaça um órgão que se encontra intimamente relacionado com a autoestima, a sexualidade, a feminilidade, os papéis sociais e a própria vida, provocando, conseqüentemente, alterações em várias dimensões da vida das pacientes (Barros, Lunet & Simões, 2007; Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2010). Vivenciar o cancro da mama é uma experiência de crise, stressante, que pode durar muito tempo, até um ano após a cirurgia, pois para muitas das mulheres a crise só se dissipa nesta altura (Bruges, 2007).

Nas últimas décadas, apesar de, por um lado, se registar um aumento do número de novos casos diagnosticados com cancro da mama, por outro lado, verificou-se uma diminuição do número de óbitos pela mesma patologia (ACS, 2007). Assim sendo, pode dizer-se que existem cada vez mais mulheres a adquirir um estatuto de sobreviventes. Esta conquista tem sido possível devido aos progressos das técnicas de rastreio e das técnicas terapêuticas que têm oferecido, respetivamente, a possibilidade de uma detecção precoce do cancro da mama e a oportunidade de realizar tratamentos que conduzem à cura desta patologia (Ribeiro, 2005; Frutuoso, 2010). Hoje em dia existem vários tratamentos possíveis como a radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e a mastectomia radical ou conservadora de acordo com o estágio da doença (Patrão, 2007). A mastectomia radical modificada é um procedimento cirúrgico recomendado a muitas mulheres com cancro da mama, dada a natureza e localização da doença. Por esta razão, o tratamento cirúrgico do cancro da mama tem sido largamente estudado em relação às suas repercussões físicas, emocionais e sociais. Os estudos de ajustamento ao cancro da mama demonstram uma grande consistência nas preocupações das mulheres, que foram submetidas a mastectomia: medo da morte; problemas a nível da imagem corporal e

aparência física; sentimento de perda da feminilidade e atratividade sexual; dificuldades sexuais e de funcionamento físico (Carver, 2005; Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2010).

Os medos que as mulheres têm do cancro da mama são universais: morte, desfiguramento, incapacidade, alteração dos padrões de vida e a perda da autonomia (Massie & Holland, 1991; Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2010). Segundo Taylor (2005), os pensamentos automáticos mais comuns em um paciente diagnosticado com cancro de mama podem ser divididos em três eixos: (1) sofrimento físico: “*Eu serei capaz de suportar este sofrimento?*” (2) qualidade de vida: “*eu serei capaz de comer o que eu gosto novamente? Como isto afetará a minha vida sexual?*” e (3) mortalidade: “*eu vou morrer?*”. Constata-se, de forma geral, os estudos indicam que passar da cirurgia, para tratamento do cancro da mama, independentemente do tipo de cirurgia, tem um impacto negativo a nível da QDV física, emocional, social, sexual e na imagem corporal. A mulher pode sentir medo de morrer, deterioração da saúde, tristeza, ansiedade e preocupação com a vida sexual, o que provavelmente implica uma diminuição na percepção da QDV a todos os níveis (Almeida *et al.*, 2007).

Desde o início do ciclo psico-oncológico que a mulher com cancro da mama tem que adotar uma ou várias estratégias, com as quais se sinta confortável, para lidar com o impacto dos tratamentos a vários níveis, que espelha a incerteza quanto ao futuro (Patrao & Moura, 2012; Seligman, 1996). As estratégias adaptativas e negativas, que a mulher pode utilizar, encetam diferentes relações com a passagem, neste momento, do estatuto de doente para saudável e sobrevivente (Fernandes, 2009). Neste sentido torna-se importante perceber as estratégias de *coping* ajustadas e desajustadas e de que forma influenciam a adaptação da mulher mastectomizada. Mais uma vez é importante focar que as estratégias de *coping* ativas comprovam ser as que promovem o melhor ajustamento (Costa, 2010; Lechner *et al.*, 2006). Os estudos vão nesse sentido, quando sublinham nos seus resultados que, desenvolver um espírito de luta e otimismo face ao cancro da mama e utilizar a expressão emocional contribui para mais baixos níveis de ansiedade e depressão (Friedman *et al.*, 2006; Fernandes, 2009; Shapiro *et al.*, 2001). A mulher, ao passar pelo processo da doença oncológica da mama numa atitude positiva, de espírito de luta, reage melhor a todos os tratamentos, especialmente se já teve contacto na família com uma situação de cancro, em que o familiar tenha adquirido o estatuto de sobrevivente (Boehmke & Dickerson, 2006; Bruges, 2007). O recurso a uma estratégia de *coping* ativa, permite integrar esse acontecimento de vida numa visão positiva do mundo, dar-lhe um sentido, reduzir o seu impacto negativo (Jim,

Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006; Koenig, 2008) e, assim, encontrar aquilo que alguns autores chamam de *benefit finding*. Essa atitude positiva, geralmente, está associada a um nível baixo de depressão e ansiedade, melhor imagem corporal, bom suporte social e uma boa QDV (Schou *et al.*, 2005; Koenig, 2008). O evitamento é, mais uma vez, associado à incerteza quanto ao estado de saúde e a um pior prognóstico (Wade, Nehmy & Koczwara, 2005; Patrao & Moura, 2012). O mecanismo de ação que pode estar aqui a funcionar pode ser semelhante ao dos indivíduos que evitam/reprimem os pensamentos ansiosos e, através de um efeito paradoxal, ocorre um aumento da intensidade e frequência desses pensamentos. Num estudo onde se avaliou o momento antes e depois dos tratamentos, verificou-se que as mulheres com sintomas de ansiedade e depressão utilizavam, nos dois momentos, as estratégias centradas no evitamento emocional (Schou *et al.*, 2005). Todavia os estudos são contraditórios.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, o presente estudo pretende como objetivo geral avaliar a satisfação sexual numa amostra de mulheres com cancro da mama que fizeram mastectomia durante o processo de tratamento, no que respeita ao estado emocional e o *coping*. De uma forma mais específica, pretende-se avaliar a satisfação sexual e o *coping* em mulheres mastectomizadas e conseqüentemente analisar as possíveis variações com variáveis sociodemográficas, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade e profissão e as variáveis clínicas, sendo estas, o tipo de tratamento, o estágio da doença e o tipo de mastectomia. Tendo em conta a escassez de estudos em Portugal que avaliem a satisfação sexual e sua relação com o *coping*, espera-se poder contribuir para uma compreensão mais científica do processo de ajustamento a esta doença na mulher portuguesa, no sentido de informar a intervenção biomédica e psicossocial neste domínio.

Neste sentido, em termos de estrutura, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte é composta por uma revisão da literatura acerca dos aspetos médicos e psicológicos do cancro da mama, que incluem a fisiologia da doença, os fatores psicossociais envolvidos no ajustamento da doença. Na segunda parte, é apresentado o estudo empírico, que se divide na descrição da metodologia utilizada, a apresentação dos resultados obtidos, a discussão dos resultados e a respetiva conclusão.

Parte I – Enquadramento Teórico

1 – Cancro da Mama: Caracterização de Cancro de Mama e Mastectomia

1.1. Definição do Cancro da Mama e a sua evolução histórica

A palavra cancro é uma denominação que permite reconhecer de forma genérica, o vasto conjunto de doenças designadas por tumores malignos (Ribeiro, 2005; Vaz, 2012). Estes serão muito diversos, uma vez que apresentam causas, evolução e tratamentos distintos, consoante o tipo de tumor. Contudo, todos os tipos de cancro têm em comum a divisão descontrolada das células, levando ao desequilíbrio orgânico (Alberts *et al.*, 2010; Pollock 2006; Schwartzmann, 1991).

O cancro, de forma genérica, tem associada uma história repleta de imagens de estigma e vergonha, que tendem a transformar os doentes nos únicos responsáveis pelos seus próprios sofrimentos e, assim, os modos de enfrentar a doença permanecem, na grande maioria das vezes, limitados ao silêncio (Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Costa, 2010; Pais-Ribeiro, 2006). Isto ocorre especialmente, quando se trata de um cancro de mama, pois, neste caso, a vergonha é agravada pela ameaça da mutilação de uma parte do corpo considerada, há muito, um dos principais símbolos da identidade e sexualidade feminina (Costa, 2010; Ramos & Patrão, 2005).

O cancro de mama não é uma doença recente, tendo já uma longa história. A primeira referência escrita sobre o cancro de mama vem do Egipto antigo, com data de 2500 a.C. (Mukherjee, 2010; Sabbi, 1999). O médico grego Hipócrates, pelo ano de 460 a.C., ao escrever sobre a doença da mama, considerava-a doença incurável, independentemente de qualquer tratamento, ainda que seu compatriota Leónidas, no século I d.C., já pensasse de modo diferente, pois achava que era possível curar esse cancro através da cirurgia. Foi de Leónidas, o primeiro registo de cirurgia para o cancro de mama, contudo Galeno, outro médico grego, um século depois afirmava que é possível curar o cancro da mama pela cirurgia, desde que todas as suas raízes fossem extirpadas. Nascia com ele a ideia de que a doença tinha raízes, e, por analogia, o tumor

começou a ser comparado com um caranguejo, que se movimenta para todos os lados e cujas pernas se comparavam às ditas raízes da ferida maligna (Mukherjee, 2010).

O cancro é uma doença provocada por uma reprodução anormal (descontrolada) de células que, ao invadir tecidos e órgãos do organismo, provocam alterações orgânicas graves. Esta doença surge em resultado da transmissão de mensagens “erradas” dos genes para as células, sendo estas incapazes de desempenhar as funções da célula mãe (Alberts *et al.*, 2010; Lopes, 2002). Os genes que promovem o cancro são conhecidos como oncogenes (Sabel, Sondak & Sussman, 2007). Os oncogenes dominantes no cancro de mama são o HER-2/*neu* ou o gene *c-erbB2*. Na sua maioria, os oncogenes derivam de genes de células normais, conhecidos como proto-oncogenes, que foram alterados e que, por isso, funcionam de forma anormal causando transformações malignas nas células (Hayes, 1995; Pollock, 2006; Roche, 2010).

O cancro de mama ou tumor mamário é resultante de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir afetar os tecidos vizinhos e a provocar metástases (Kneece, 2005; Ribeiro, 2005; Ross *et al.*, 2009). Este tipo de cancro aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, podem ser identificados pelas próprias mulheres, através do autoexame (Fernandes, 2009; Ogden, 2004).

Os tumores malignos são classificados de acordo com a origem embrionária do tecido, do qual o tumor deriva (AJCC, 2009; Ricks, 2005). Os carcinomas são provenientes do tecido endodermal ou ectodermal, como por exemplo a pele. Na sua maioria, os cancros de mama são carcinomas. Os sarcomas são menos frequentes e o seu aparecimento advém dos tecidos de conexão como por exemplo, ossos, gordura e cartilagens (Frutuoso, 2010). O desenvolvimento de uma célula normal numa célula cancerígena, é considerado um processo de múltiplas fases de evolução clonal, conduzidas por uma serie de mutações somáticas, que progressivamente, transformam uma célula normal em pré-cancerosa e finalmente atinge o estado cancerígeno (Guembarovski, 2008; Schreiber, 2012).

Em síntese, podemos afirmar que atualmente, a palavra cancro é ainda associada a morte, sendo o Cancro da Mama uma das doenças mais temidas pelas mulheres (Parkin *et al.*, 2011). Contudo, nos dias de hoje, é considerada uma doença tratável e curável, sobretudo quando existe um diagnóstico precoce, que irá ser abordado posteriormente.

1.2. Classificação e tipos de Cancro da Mama

Os carcinomas da mama podem ser divididos em dois tipos principais: não invasores (*in situ*), nos quais as células do tumor mantêm-se confinadas aos canais ou lóbulos e não revelam evidencia microscópica da invasão do estroma circundante e, invasores, caracterizados por células do tumor que invadem o estroma da mama (Honrado *et al.*, 2006; Otto, 2000; Mukherjee, 2012). Os dois tipos mais frequentes são o *carcinoma ductal* e o *carcinoma lobular*. Seguidamente é apresentada uma seleção dos tipos de cancro de mama mais comuns, segundo a *American Cancer Society* (2010).

No caso do Carcinoma Ductal *in situ* (DCIS), o termo *in situ* define o cancro da mama precoce, quando se encontra limitado aos ductos (carcinoma ductal *in situ*). Este é o tumor da mama não invasivo mais frequente (Dixon, 2009; Newman & Sabel, 2007). Esta é também a segunda etapa da progressão da doença, que se caracteriza pela existência da lesão cancerosa microscópica, localizada no tecido de origem. Nesta fase podem não aparecer sinais nem sintomas na mulher. A doente deve ser envolvida na decisão acerca da abordagem terapêutica mais adequada à sua situação específica (Newman & Sabel, 2007). Cerca de 100% das mulheres diagnosticadas neste estágio precoce da doença podem ser curadas, sendo a mamografia a melhor forma de diagnosticar o DCIS (Fernandes, 2009).

O Carcinoma Lobular *in situ* (LCIS), é classificado como um cancro de mama não invasivo, mas é tido em conta como uma lesão pré-maligna (Al-Brahim & Elavathil, 2005; Dixon, 2009). Nesta fase podem não aparecer sinais nem sintomas na mulher. Alguns autores defendem a mastectomia radical bilateral aquando da confirmação deste tipo de patologia, seguida de reconstrução, o que se relaciona com as suas características específicas (AJCC 2010; Wunsch & Moncau, 2002). Normalmente este cancro é classificado como estágio 0 do cancro da mama, embora muitos investigadores pensem que o LCIS, não se torna num cancro invasor. Contudo as mulheres com esta condição, têm um risco elevado de desenvolver um cancro de mama invasor na mesma mama ou na oposta (Fernandes, 2009; Frutuoso, 2010).

Relativamente ao Carcinoma Ductal Invasivo (IDC), este é o cancro da mama mais frequente, tem origem nos ductos (paredes) e invade o tecido mamário. Nesta fase

pode disseminar-se através dos vasos linfáticos ou sanguíneos, atingindo outros órgãos. Este cancro contribui para 80% do cancro de mama (American Cancer Association, 2008).

O Carcinoma Lobular Invasivo (ILC) tem origem nos lóbulos (unidades produtores de leite da mama) e pode metastizar. Cerca de 10% a 15% do cancro de mama invasor, são carcinomas dos lóbulos e de igual modo ao IDC pode propagar-se para qualquer parte do corpo (Varga, & Mallon, 2009).

Outro tipo de carcinoma menos comum é o Carcinoma Metaplástico (associado a mutações BRCA1 e BRCA2) e o Carcinoma inflamatório da mama; este é um tipo de cancro invasor agressivo e corresponde a cerca de 1% a 3% de todos os cancros de mama. Outros tipos mais raros de cancro de mama são o carcinoma medular, carcinoma mucinoso, o carcinoma tubular (pouco agressivo) e o tumor filóide maligno (normalmente benigno), entre outros (Dixon, 2009; Ricks, 2005).

Em síntese, existem dois tipos de cancro da mama: os não invasivos (relativo aos ductos e lóbulos) e os invasivos (invadem o tecido circundante da mama) (Goldrith *et al.*, 2009; Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006).

Além do conhecimento acerca do tipo de cancro de mama, o planeamento do tratamento a seguir está dependente do estágio (extensão) da doença (Sobin *et al.*, 2009; Tosello, 2007). No cancro de mama, o estadiamento baseia-se no tamanho do tumor (T), seguida por um número de 0 a 4 que descreve o tamanho do tumor e propagação à pele ou às paredes do peito por baixo da mama (Baum & Schipper, 2005, Sobin *et al.*, 2009). A letra (N), seguida de um número de 0 a 3, indica a disseminação do tumor para os gânglios linfáticos da axila homolateral à mama: N1 significa que se disseminou entre um a três nódulos linfáticos, N2 indica entre três a dez nódulos atingidos, N3 refere-se à propagação do cancro a dez ou mais nódulos (Bergh *et al.*, 2007; Edge *et al.*, 2010). A letra (M), seguida de 0 ou 1, indica a metastização para outras partes do corpo (por exemplo ossos, pulmões). Este estadiamento é efetuado de acordo com o sistema de classificação TNM, método desenvolvido por Pierre Denoix (Costa *et al.*, 2005; Edge *et al.*, 2010).

Os estádios vão de 0 (menos grave) a IV (mais avançado da doença). A classificação proposta por Shaughness (2007) é as seguintes: Estádio 0- carcinoma *in situ*, tem até 0,5 cm, nódulos axilares negativos, sem metástases à distância; no Estádio I, o tumor mede mais de 0,5 e é menor de 2cm, sem qualquer evidência de se ter espalhado pelos gânglios axilares próximos e sem metástases à distância; o Estádio II

subdivide-se em IIA e IIB; o Estádio IIA- pode incluir T0N1M0 (sem evidencia de tumor primário, mas com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares, intramamários, microscópicos, detetados por biopsia, sem metástases à distancia), T1N1M0 (implica tumor ate 2cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares, intramamários, microscópicos, detetados por biopsia, sem metástases à distancia), T2N1M0 (inclui tumores de 2 ate 5cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares, intramamários, microscópicos, detetados por biopsia, sem metástases à distancia) (Frutuoso, 2010; Singletary *et al.*, 2003). O Estádio IIB, pode incluir T2N1M0 (tumores de 2 ate 5cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares, intramamarios, microscópicos, detetados por biopsia, sem metástases à distância) e T3N0M0 (tumor com mais de 5cm, mas com gânglios axilares negativos e sem metástases à distância). Relativamente ao Estádio III, este estágio, subdivide-se em 3 grupos. O Estádio IIIA, pode incluir T0N2M0 (sem tumor primário evidente, com envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamarios, sem metástases à distância, T1N2M0 (tamanho do tumor maior do que 0,5 e menor do que 2cm, com envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, sem metástases à distância), T2N2M0 (tumores de 2 até 5cm de tamanho, com envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, sem metástases à distância), T3N1M0 (tamanho do tumor maior do que 5 cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares, intramamários, microscópicos, detetados por biopsia, sem metástases à distância), T3N2M0 (quando o tumor tem mais de 5cm e há envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, dos gânglios linfáticos da axila do lado da mama afetada, sem metástases à distância). O Estádio IIIB, pode incluir T4N0M0 (refere-se a um tumor que pode apresentar qualquer um dos tamanhos, sem evidência de se ter espalhado pelos gânglios axilares e sem metástases à distancia), T4N1M0 (refere-se a um tumor que pode apresentar um doa tamanhos, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares. microscópicos, detetados por biopsia, sem metástases à distância), e T4N2M0 (refere-se a um tumor que pode apresentar qualquer um dos tamanhos, com envolvimento de 4 a 9 gânglios axilares, intramamarios, sem metástases à distância). O Estádio IIIC, inclui todos os tamanhos, com metastização de mais de 10 gânglios, mas sem metastização à distância (qualquer T,N3M0). Por fim o Estádio IV, qualquer T, qualquer número de gânglios envolvidos e com metástases à distância (como por exemplo fígado, ossos, pulmão, pele ou outras partes do corpo) (Shaughness, 2007).

As mulheres com tumores no estágio I, têm aproximadamente 80% de possibilidade de sobreviver 10 anos, sem a doença se manifestar, em comparação com 60% no estágio II, 40% estágio III e, menos de 10% de mulheres com o estágio IV da doença (POP, 2012; Yetman & Bland, 1991).

Em suma, a identificação do estágio, bem como a história anterior de cancro de mama são cruciais para a decisão do tratamento mais adequado (Jensen *et al.*, 2010; Sabel, 2007).

1.3.Epidemiologia

O cancro na mama é a localização neoplásica maligna mais frequente, em todo o mundo (Patrão & Leal, 2007; Ferlay, 2010). Os cancros da mama, do pulmão e do tubo gastro intestinal, representam mais de 50% da incidência anual do cancro (Ribeiro, 2005; WHO, 2010).

A nível mundial, a incidência maior verifica-se na América do Norte e na Europa. A *American Cancer Society* (2007) previa que em 2007 existiriam 178,480 novos casos de cancro da mama do tipo invasivo, nos Estados Unidos. Relativamente à Europa, segundo a Organização Mundial de Saúde, o cancro da mama foi o mais detetado com, 429,000 novos casos em 2006 (ACS, 2007; Ferlay *et al.*, 2007). A mesma fonte refere, que o número de mortes de cancro de mama tem diminuído desde início da década de 90, devido ao diagnóstico precoce e melhoria dos tratamentos. Os programas de rastreio de cancro de mama têm contribuído, grandemente, para um diagnóstico precoce e melhores resultados de tratamento (Ferlay, 2010).

Em Portugal, o cancro de mama é a principal causa de mortes nas mulheres portuguesas, seguido do cancro do cólon e recto (GLOBOCAN, 2008).

O cancro de mama representa cerca de um terço de todos os cancros nas mulheres. Menos de 1% de todos os cancros de mama incide em mulheres com menos de 25 anos de idade, havendo após os 30 anos, um claro aumento da incidência. De acordo com recentes investigações, o cancro de mama é a neoplasia maligna responsável por cerca de 20% de óbitos por cancro entre as mulheres (Jemal *et al.*, 2010; Maluf, 2008).

As taxas de mortalidade dos tumores malignos por grupo etário apresentam os seguintes valores: entre 25-34 anos de 26%,entre 35-44 anos a taxa é de 13,2%, dos 45-54 anos a percentagem é 37,5%, dos 55-64 anos a taxa é de 51,5%, entre os 65 e 74

anos a taxa é de 73,6% (Fernandes, 2009). Em 2001, estudos apontam que em Portugal, as taxas de mortalidade por cancro de mama em cada 100.000 habitantes, apresentam os seguintes resultados: Arquipélago dos Açores 35,2%, Arquipélago da Madeira 35,3%, no Algarve 26,9%, em Lisboa e Vale do Tejo 26,2%, Alentejo 25%, Região Centro 20,7% e por fim Região Norte 19,8%, que apresenta a taxa de mortalidade mais baixa do país (Direcção-Geral da Saúde. DSIA. Divisão de Epidemiologia. Lisboa: DGS, 2009).

Assim, podemos concluir, que o cancro da mama, é a localização neoplásica maligna mais frequente, com elevadas taxas de mortalidade, em todo o Mundo. Na Europa os níveis de maior incidência estão nos países a norte e a ocidente (Holanda, Dinamarca, França, Bélgica, Suécia). Portugal inclui os países com menos incidência, que pertencem ao sul da Europa (O'Anderson *et al.*, 2007; Coleman *et al.*, 2008, Ferlay, 2010).

1.4.Etiologia e Fatores de Risco

A etiologia do cancro de mama é desconhecida e os seus fatores de risco, quando avaliados de forma particular, são meras abstrações estatísticas (Hewitt, Herdaman & Holland, 2004; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006; Pruthi & Lindor, 2010). Da singularidade caótica do evento neoplásico inicial e a sua progressão, na intimidade do tecido mamário, até ao diagnóstico, muitos anos podem ter decorrido (Parkin *et al.*, 2011).

Os fatores de risco para o cancro de mama são tão numerosos e a sua combinação é tão variável, que se torna difícil especificar um perfil que possa ser largamente aplicável, em pessoas que pudessem ser mais suscetíveis à doença (Dixon, 2009; Odgen, 2004). Assim, com os conhecimentos que dispomos na atualidade, não é seguro identificar um subgrupo de alto risco (além da idade) no cancro da mama (Brunner & Suddarth, 2008).

Entre os fatores de risco identificáveis para o cancro da mama, os mais importantes parecem ser a idade e o sexo, não sendo suscetíveis de modificação através de uma alteração comportamental (ACS, 2007; Pruthi & Lindor, 2010).). A mama normalmente sofre alterações durante o ciclo menstrual, a lactação e a menopausa, sendo importante distinguir essas modificações de outras alterações patológicas (Kelsey & Horn-Ross, 1993; WHO, 2010). Cerca de 75% dos cancros de mama ocorrem em

mulheres com mais de 40 anos e somente 2% antes dos 30 anos de idade (Brunner & Suddarth, 2008; Ribeiro, 2005).

O cancro de mama manifesta-se particularmente durante e após a menopausa, aumentando a sua incidência com a idade (Colditz, 2005; Fernandes, 2009). As mulheres cuja menopausa ocorre antes dos 45 anos, têm risco menor de desenvolverem cancro da mama, do que as mulheres em que a menopausa ocorre depois dos 55 anos (Colditz, 2005; Lipworth *et al.*, 2010).

Várias investigações têm demonstrado o cariz heterogéneo da doença, bem como o facto de não existir uma causa exclusiva para o aparecimento do cancro de mama. De facto segundo, a *American Cancer Society* (2007), 75% dos cancros de mama ocorrem em mulheres que não tinham qualquer fator de risco mundialmente reconhecidos. Contudo, estudos epidemiológicos, têm estabelecido correlação de risco associados ao cancro de mama, nomeadamente a idade, o *stress*, a variação geográfica (com maior incidência no Ocidente, Africa e Sul da Asia), os fatores genéticos/familiares, fatores socioeconómicos idade da menarca, a idade da primeira gravidez, a obesidade, o uso de contraceptivos orais, o uso de terapia hormonal de substituição, o consumo de álcool, de outras drogas e as dietas (Pischon *et al.*, 2008; Zhu *et al.*, 2012). Podemos ainda acrescentar o consumo de tabaco, radiação ionizante, alguns químicos e radiação ultravioleta (Dixon,2009; Lorincz & Sukumar, 2006; Veronesi *et al.*, 2005).

Com o progresso nas investigações na área da genética, têm emergido conhecimentos na relação entre os genes paternos e o carcinoma da mama, nomeadamente o BRCA1 e o BRCA2, estando os seus portadores, sujeitos a elevado risco de desenvolver cancro da mama, mesmo que não haja história familiar desta patologia (Hartmann *et al.*, 2005; IARC,2010; Marchetti *et al.*, 2005). Alguns estudos recentes, sugerem que o aumento da expressão da proteína HER2 intervém na transformação oncogénica, aumentando os níveis de HER2 e da síntese proteica do HER2,o que resulta no crescimento celular desordenado, originando o cancro. Por outro lado, também as mutações da proteína p53, quando presentes numa adolescente que alcança a idade adulta, levam a que esta tenha um risco aumentado de 90% para o cancro de mama (Baum & Schipper, 2005; Frutuoso, 2010).

Autores como Razavi e Delvaux (2002) defendem a influência de fatores psicossociais na incidência e progressão do cancro de mama. Também alguns estudos realizados na área da psiconeuroimunologia procuram comprovar a influência das variáveis psicológicas, comportamentais e sociais no sistema imunitário (Patrão, 2007).

Outras ligações entre o sistema endócrino e o sistema imunológico têm sido formuladas em investigações (Damásio, 2003) e a hipótese de que os fatores psicossociais afetam a vulnerabilidade à doença, através do sistema imunológico (Fernandes, 2009). A mesma autora, ainda de acordo com Cooper (1988), apresenta a hipótese de que a depressão pode potenciar o desenvolvimento deste tipo de cancro.

Por outro lado vários autores, afirmam que com um estado de *stress* crónico diário, os níveis de prolactina e estrogénio aumentam o risco, sendo estas hormonas conhecidas pelo seu efeito estimulador das células imunitárias ativadoras dos mecanismos imunológicos associados a uma acentuada resposta inflamatória, conduzindo a um surto de doença (Tworoger *et al.*, 2007).

A mulher moderna acarreta riscos de ter cancro de mama, por uma diversidade de fatores comportamentais e psicossociais, como os seus maus hábitos sociais e alimentação (Hack, L. F, 2009; Sabbi, 1999). Alguns fatores destacam-se, como o caso de mulheres que tiveram o seu primeiro filho tardiamente (depois dos 30 anos), mulheres que não tiveram filhos, ou que amamentaram pouco tempo, mulheres que consomem muitas comidas com gordura e poucas verduras, legumes, frutas e grãos naturais, mulheres com excesso de peso, especialmente após a menopausa e também mulheres que consomem álcool regularmente, fumam ou usam muito açúcar branco (Hewitt, Herdaman & Holland, 2004; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006; Schreiber, 2012).

Ao nível dos fatores potencialmente de risco não modificáveis ou genéticos, destacam-se mulheres que tenham parentes em primeiro grau com história de cancro de mama, mulheres que já tiveram um tumor, mesmo que estejam curadas, mulheres que começaram a menstruar antes dos 12 anos e por fim mulheres que atingem a menopausa depois dos 55 anos (Colditz, 2005; Dixon, 2009).

Acrescentar ainda por fim, que alguns estudos apontam como fator psicossocial, a personalidade tipo C como predisponente para originar o cancro de mama, podendo ser consideradas três hipóteses: a influência de uma personalidade caracterizada pela necessidade de agradar (*pleasantness*) e incapacidade de expressar emoções pode relacionar-se com a origem do cancro da mama; os acontecimentos de vida negativos podem preceder o diagnóstico de cancro da mama; e a presença de mal-estar psicossocial relaciona-se com menos anos de vida (Fernandez-Ballesteros, 2002; Nielsen & Gronbaek, 2006; Pruthi & Lindor, 2010).

Em suma, o cancro da mama, é uma doença para a qual se considera que contribuam diversos fatores de risco, aos quais está associado um elevado grau de incerteza.

1.5.A Mastectomia no tratamento do Cancro da Mama

O uso da cirurgia no tratamento do cancro da mama é uma técnica secular, contudo só no último século é que este tipo de tratamento tem demonstrado benefícios na sobrevivência dos doentes com cancro da mama, cujo principal objetivo visa controlar a doença a nível local e regional (Mukherjee, 2012; Shirley & Otto, 2000).

Numa perspetiva histórica Kasper, em 2002 refere que Galeno na antiga Grécia acreditava que o cancro, tal como todas as doenças, resultava do desequilíbrio dos quatro humores corporais, sangue, fleugma, bílis amarela e bílis negra. Segundo Martensen (1994), Galeno terá sido o primeiro a conceptualizar o cancro da mama como uma manifestação localizada proveniente de uma doença sistémica que afetava todo o corpo (Maluf, 2008). E, de acordo com Moulin (1983) citado por Kasper (2002), Galeno terá defendido que a mama deveria ser cortada quando o tumor se localizasse na sua superfície. A história relata os amplos debates que se desenvolveram ao longo dos tempos, problematizando a questão se o tumor da mama seria um fenómeno sistémico ou um fenómeno localizado e por isso passível de ser tratado com um tipo de cirurgia agressiva (Aebi *et al.*, 2010). Em 1800 a investigação sobre a problemática terá sido desenvolvida pelo alemão Rudolf Virchow que acreditava que o cancro se desenvolvia através de um conjunto de células isoladas, que se tornavam doentes. Richard von Volkmann concluiu através da investigação que essas células se disseminavam localmente através dos tecidos linfáticos e sanguíneos (Baum, 1986; Moulin, 1983, *ci in* Kasper, 2002). Segundo a mesma fonte, estes achados encorajaram os cirurgiões no século dezanove, como o inglês Charles Moore a realizar o tratamento do cancro da mama através da cirurgia, removendo a mama, tecido gordo circundante e nódulos linfáticos subaxilares. Von Volkmann incluiu a remoção dos dois músculos peitorais (Frutuoso, 2010). James Paget considerava esta cirurgia demasiado mutiladora e apenas retirava uma parte da mama. Em sua opinião e, na de outros cirurgiões, esta cirurgia tão alargada acelerava o processo de doença conduzindo a doente para um desfecho rápido e fatal (Maluf, 2008; Veronesi, 2005). Até ao início dos anos 70, as mulheres que tinham cancro de mama eram tratadas através da mastectomia radical, método de

tratamento padrão generalizado e popularizado pelo cirurgião William Halsted (Cotler, 2003). Somente, a partir de década de 70 no século XX, se começou a modificar esta tendência de intervenção radical (Fernandes, 2009). Em 1980, Fisher defendia a biopsia extemporânea, com redução de agressividade da mastectomia radical, graças aos marcadores genéticos.

Atualmente, o processo de mastectomia radical foi substituído por processos menos mutilantes, tornando possível remover menos quantidade de tecido e existindo a possibilidade da reconstrução mamária (Gobbi & Cavalheiro, 2009).

Em 1980 William Halstead seguindo a Escola Germânica de Virchow, instituiu a cirurgia alargada para todos os casos de cancro da mama como prática comum. Halstead considerava que uma cirurgia meticulosa e cuidadosa que removesse a mama, nódulos axilares e os músculos peitorais removeria potencialmente todas as células oncológicas. Contudo e, segundo Shirley e Otto (2000), novos conhecimentos sobre a natureza desta doença, como uma doença sistémica no diagnóstico e ausência de suporte para a ideia de que os nódulos linfáticos servem como barreira às metástases, incentivaram a investigação, o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, assim como uma maior importância da utilização das terapias sistémicas adjuvantes. Deste modo, nos últimos vinte anos, a mastectomia radical tem sido substituída pela mastectomia radical modificada (Sabel, 2007).

No último século têm surgido grandes preocupações no sentido de tornar a cirurgia, utilizada no tratamento do cancro da mama, o menos agressiva e mutilante preservando o tecido mamário sempre que possível, uma vez que a tradicional mastectomia levava a altas taxas de morbilidade.

As abordagens ao cancro da mama podem envolver a Tumorectomia, também conhecida por cirurgia conservadora (tratamento frequente em mulheres com cancro de mama estágio I e II), que consiste na ressecção do quadrante mamário envolvido, marcação do leito tumoral com clips e dissecção dos gânglios axilares (Huo, 2011; Shaughnessy 2007). Este tipo de abordagem é normalmente utilizada no caso de cancro de mama não invasivo (ductal *in situ*). Outra abordagem cirúrgica possível é a mastectomia radical modificada tipo Madden, que consiste na remoção total da mama, em conjunto com os gânglios axilares (Aebi *et al.*, 2010; Veronesi, 2005). A cirurgia conservadora, é geralmente recomendada menos vezes e por norma quando não é esperado que o cancro se estenda para além da mama (Fernandes, 2009).

Em suma, nos dias de hoje sempre que possível opta-se antes pela cirurgia conservadora e não pela mastectomia radical, procurando deste modo reduzir as taxas de morbidade nas mulheres.

2 - Variáveis psicológicas no cancro da mama e na condição da mastectomia

2.1. Impacto psicossocial

2.1.1. Impacto Familiar e Social

A situação da doença e da mastectomia afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo, as alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher se estendem aos familiares (Climent, 2009; David, Montgomery, & Bovbjerg, 2006; Melo, Silva & Fernandes, 2005).

De facto, a literatura indica que o relacionamento familiar exerce um papel primordial na vida das mulheres mastectomizadas, funcionando como apoio e ajuda para suportarem melhor o diagnóstico e suas consequências. A mutilação da mama, um órgão característico da feminilidade, maternidade, sexualidade resulta na alteração negativa da imagem corporal, representando uma limitação estética e funcional que pode trazer prejuízo na satisfação sexual e no relacionamento afetivo com o parceiro (Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2010; Odgen, 2004; Ramos & Patrão, 2005). Contudo, a qualidade dos relacionamentos afetivos das mulheres com seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, parece ser um fator de forte influência na qualidade de vida entre o casal após o diagnóstico e mutilação. O impacto na família não se resume à reorganização necessária para atender as necessidades quotidianas e de cuidado à saúde da mulher, afeta também os relacionamentos, aumentando as tensões familiares na unidade familiar (Alcarcao, 2006; Maluf, 2008). O afeto familiar permite à mulher manter uma certa estabilidade para lutar contra a doença, conseguindo suprir as suas carências emocionais e alcançando uma melhor aceitação e orientação comportamental, bem como uma recuperação mais rápida e menos traumática (Bervian & Girardon-Perlini, 2006; Carvalho *et al.*, 2008). O relacionamento marital, quando existente, é considerado por muitos autores como fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, já que por consequência da mutilação proveniente da mastectomia, a mulher

fica com a sua autoimagem alterada, interferindo na sua autoconfiança e autoestima. Dessa forma, nesse momento em que ela se sente diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, a presença do companheiro torna-se imprescindível para essa reestruturação (Kadmon, Ganz, Rom & Wruble, 2008). Segal (1995) observou que os casais que tentam vencer a dor e o sofrimento sozinhos, isolando-se um do outro e não compartilhando a tristeza, tendem a considerar o processo da doença e do tratamento mais difícil. A falta de apoio do marido nesses momentos de doença é considerada como forte agressão à mulher, afetando a sua autoestima, num momento em que necessita de aceitação, de compreensão e de carinho (Aboim, 2006; Lotti, Barra, Dias & Makluf, 2008).

Sabe-se que o cancro de mama e a consequente mutilação causada pela cirurgia não afetam apenas as relações familiares. As relações sociais são profundamente afetadas, já que o cancro ainda possui uma conotação de contágio e de morte, causando preconceito por parte das pessoas. Aliado a esse aspeto, o constrangimento associado à doença estigmatizante, leva a mulher a afastar-se do seu convívio social, (Hoffmann, Muller & Frasson, 2009; Melo, Silva & Fernandes, 2005). Essa inadequação dos relacionamentos sociais da mulher mastectomizada no período de readaptação, poderá dificultar o seu ajustamento social, dificultando assim, a sua reabilitação. A perda dos papéis sociais que se dá pela mudança da rotina vivida anteriormente gera uma necessidade constante de adaptação ao tratamento e ao novo estilo de vida, limitado em decorrência da cirurgia (Aureliano, 2007; Bemudez & Guzman, 2009). As dificuldades encontradas na retoma da vida social após a mastectomia são caracterizadas por uma série de fantasias e medos, despertados pelo contato com o mundo externo, implicando numa mudança de comportamento em que as mulheres mais sociáveis tornaram-se mais reservadas e isoladas (Bruges, 2007). A imagem corporal e sexualidade são também afetadas (Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2010; Melo, Silva & Fernandes, 2005).

As relações sociais são profundamente abaladas, já que o constrangimento de estar com uma doença estigmatizante leva a mulher a afastar-se do seu convívio social (Bermudez & Guzman, 2009; Livneh & Parker, 2005; Segal, 1995). A reabilitação da mastectomia estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. Esse impacto é potencializado pelos tratamentos indicados associados à cirurgia.

2.1.2. Impacto emocional e psicológico

O primeiro impacto emocional da doença ocorre com as experiências de perda e a percepção de que a morte está próxima (Oliveira, 2004; Parker, 2003; Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009). A pessoa inicia um percurso de sofrimento íntimo, incluindo emoções e sentimentos de profundo mal-estar e tristeza, evoluindo, normalmente, para a consciencialização da perda como um facto irreversível, até à sua aceitação. As reações emocionais provocadas pela doença oncológica podem ser, o medo da morte, da dependência, de desfiguração, de incapacidade, de separação/rotura e de desconforto (Fernandes, 2009; Holland & Rowland, 1989; Ribeiro, 2005). A reação emocional característica, geralmente, é de choque inicial e descrença, seguida de um fase de confusão com sentimentos mistos de ansiedade, depressão, irritabilidade, falta de apetite e problemas ao nível do sono, bem como pensamentos intrusivos sobre o futuro e, se persistir, com elevados níveis de ansiedade e depressão ao longo de várias semanas, é classificada no DSM IV (APA, 1994) como uma perturbação de adaptação, com ansiedade e/ou depressão, ou mista (Almeida, 2007). Os aspetos psicológicos estão implicados em 90% a 95% das doenças como fatores primários ou secundários, uma vez que as doenças crónicas definem-se por doenças sem cura ou de longa duração conduzindo, a médio ou longo prazo, à morte. Esta perspetiva de doença obriga a pessoa doente a gerir a doença em vez da cura (Rocha, 2007). No caso das doenças oncológicas, surge a necessidade, incontestável, de procurar atenuar o impacto negativo associado ao cancro. Neste contexto, a oncologia psicossocial tem desenvolvido um campo específico de estudo e de prática, procurando proporcionar modelos de intervenção nesta área (MacCray, 2000; Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009). Relativamente ao impacto psicossocial induzido pelo cancro, Weisman e Worden (cit in MacCray, 2000; Talhaferro, 2007) identificaram algumas preocupações predominantes nos doentes, nomeadamente: a preocupação com a saúde, a autoavaliação, o trabalho e a situação económica, a família, a religião, os parceiros, os amigos e as preocupações existenciais. A literatura revela alguns fatores que podem atuar como moderadores no impacto psicossocial. A idade e a fase da vida tendem a afetar a percepção, a compreensão e a aceitação da doença; o diagnóstico de cancro numa pessoa jovem é visto como mais devastador do que numa pessoa idosa, que já terá cumprido as principais etapas da sua vida (MacCray, 2000). Outros agentes de *stress* interferem no ajustamento à doença, tais como os períodos de transição no ciclo de vida (por exemplo, o casamento ou o nascimento de uma criança), os recursos económicos disponíveis, entre outros. As respostas físicas e psicossociais relacionam-se com o grau de ameaça

sentido, variando o processo de adaptação ao longo do tempo e de acordo com o significado pessoal atribuído ao cancro (Odgen, 2004). Stanton (2001), descreve-nos cinco conceptualizações relativas ao ajustamento a doenças crónicas, a preservação do estatuto pessoal, a compreensão dos diferentes domínios da qualidade de vida, a ausência de desordem psicológica e baixos aspetos negativos. Estas conceptualizações revelam que a palavra ajustamento envolve múltiplos domínios, nomeadamente a nível interpessoal, cognitivo, emocional, físico e comportamental (Revenson & Tennen 2007; Stanton, 2010)

Para Hilakivi, Clarke, Rowland, Clarke e Lippman (1993), um acontecimento de vida é considerado *stressor*, se for percebido como uma ameaça de grande impacto. Neste contexto, Ruiz, Bermudes e Garde (1999), defendem que geralmente, as mulheres com diagnóstico de cancro da mama revelam acontecimentos de vida passados com impacto muito significativo. Passam por maior quantidade de acontecimentos familiares que são vividos como stressantes, relacionados, por exemplo, com a perda de pessoas significativas (Guzman & Bermudez, 2009; Talhaferro, 2007).

Em suma, a experiência subjetiva e o ajustamento ao cancro podem ser definido pela forma como se desenvolvem as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais da pessoa que recebe o diagnóstico da doença. A mulher mastectomizada, geralmente desconhece todo o processo que terá de enfrentar para a adaptação à perda do seio. Neste sentido, a alteração da imagem corporal, da autoestima, do estilo de vida, são possíveis causas de desajuste emocional que podem desencadear alterações no processo de adaptação.

2.2.Coping

2.2.1.Definição de coping

O *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços que a pessoa utiliza para encarar determinada situação geradora de *stress*. O termo *coping* significa lutar, competir e enfrentar. Assim, se o *coping* for efetivo, o indivíduo obterá a solução do problema ou a diminuição da emoção e o evento *stressor* poderá ser superado. Caso as estratégias sejam ineficazes, instalar-se-á a crise e a continuidade do processo de *stress*, tornando-se indispensável uma reavaliação da situação estressante. A forma de enfrentar o *stress* está diretamente relacionada com as estratégias utilizadas pelas pessoas diante

de um evento *stressor* (Patrão, Leal & Maroco, 2007; Costa & Patrão, 2009). As respostas ou estratégias de *coping* têm sido classificadas quanto à função em duas categorias: *coping focalizado no problema* e *coping focalizado na emoção* (Carver, 2005; Friedman *et al.*, 2006). O primeiro caso, refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar o problema ou situação causadora de *stress*, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio; são, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao *stressor*, como solução de problemas. O *coping* focalizado na emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/*stressor* com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento em relação à fonte de *stress*, como negação ou esquiva (Fernandes, 2009; Lazarus & Folkman, 1992). Algumas estratégias de *coping* focadas no problema podem facilitar o *coping* focado nas emoções e vice-versa. Por exemplo, um estado de intensa perturbação emocional poderá, de algum modo, bloquear possíveis esforços para a resolução do problema. Por outro lado, o *coping* focado no problema poderá conduzir a uma reavaliação da situação, conferindo-lhe um significado menos ameaçador, e deste modo facilitar o ajustamento emocional (Lazarus & Folkman, 1992; Patrão, Leal & Maroco, 2007). Apesar da maioria dos *stressores* elicitar o recurso a ambas as formas de *coping*, as pessoas varia os processos de *coping* de acordo com a avaliação que fazem da situação. Estratégias focadas no problema são usadas com maior frequência quando as situações são avaliadas como sendo passíveis de mudança, enquanto as estratégias focadas nas emoções são utilizadas predominantemente em condições que se considera que não são controláveis, como é frequentemente o caso do cancro (Schou *et al.*, 2005; Koenig, 2008). Diferentes estratégias de *coping* podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação *stressora*. Os estudos realizados neste domínio, têm identificado ainda outras estratégias de *coping*, como busca de suporte social, religiosidade e distração (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Costa, 2010; Liberato & Macieira, 2008; Pereira, 2008). Para que, neste estágio, se traduzam menos efeitos negativos ao nível físico, emocional, sexual e social, mais uma vez é importante focar que as estratégias de *coping* ativas comprovam ser as que promovem o melhor ajustamento (Lechner *et al.*, 2006; Koenig, 2008).

Em suma, de acordo com a literatura existem dois tipos de *coping*: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção. Podemos ainda concluir que doentes com cancro de mama podem adotar estratégias de *coping* mais ou menos ativas e simultaneamente ajustadas.

2.2.2. *Coping* no cancro da mama e mastectomia

No cancro da mama, as investigações evidenciam o desamparo/desespero, o evitamento (Schou, 2005) como estilos de *coping* menos ativos relacionados com uma resposta mal adaptada e pior prognóstico da doença (Watson & Greer, 1998; Patrao & Moura, 2012). Enquanto os estilos de *coping* mais ativos estão associados a uma resposta mais adaptada e a um melhor prognóstico da doença, por outro lado, estilos menos ativos são preditores de um prognóstico menos favorável (Friedman *et al.*, 2006; Lechner, 2006; Koenig, 2008).

A mastectomia confronta a mulher com diversas perspetivas ameaçadoras. A mulher quando é admitida no hospital para ser submetida a uma mastectomia, vivencia uma situação de *stress*. A mastectomia é uma cirurgia que provoca um sentimento de fragilidade, mais ou menos intenso, em função das perceções individuais da mudança sentida e da perda de algo. A construção desta perceção tem um papel na forma como cada mulher vê a perda do seio. Desta forma, ao influenciar a avaliação da saúde, também influencia a sua adaptação. São muitos os aspetos que influenciam e alteram a vida da mulher recentemente submetida a uma mastectomia.

Num estudo realizado com 69 mulheres com cancro da mama, que avalia as respostas psicológicas ao diagnóstico de cancro, Greer e col., (1979), identificaram quatro categorias de *coping*. As categorias incluem respostas de negação, espírito de luta, aceitação estoica e desespero/desamparo. A negação tem sido descrita como a resposta mais comum em doentes com cancro. É uma estratégia defensiva e não de conforto porque é caracterizada por uma recusa em aceitar um determinado problema ou situação. Watson e colaboradores (1984) definem a negação como a estratégia utilizada para “reduzir a porção ameaçadora da realidade de modo a permitir à pessoa funcionar com um menor *stress*”. Num estudo, realizado com doentes com cancro da mama, Morris e colaboradores (1977) sugerem que as respostas de negação da doença e o espírito de luta tendem a diminuir com o tempo e que o *coping* mais ativo, aumenta significativamente, nos dois anos que se seguem ao tratamento (Patrão & Moura, 2012; Wade, Nehmy & Koczwara, 2005). No entanto, existem poucas evidências que apoiam a noção de um padrão global de resposta a acontecimentos traumáticos, com vários estágios de resposta emocional (Falek & Britton, 1974; Weingarten, 2005). Nesta reflexão, a autora explica que, depois dos tratamentos, a palavra que fica é a esperança.

Na verdade, alguns estudos têm provado a sua relação com a saúde, no sentido de que a presença de um sentimento de esperança pode estar associado a melhor ajustamento e a um bom prognóstico da doença (Koenig 2008; Weingarten, 2005). Morris e col. (1985) concluem que diversos estudos demonstram que uma percentagem significativa de pessoas parece não ser capaz de alcançar qualquer forma de resolução da crise, mesmo anos após um acontecimento traumático. Um aspeto que tem sido apontado na literatura científica neste domínio como tendo um efeito positivo na qualidade do *coping* face ao cancro da mama é o otimismo (Fernandes, 2009; Friedman *et al* , 2006). Carver e colaboradores (1993) num estudo realizado com 59 doentes com cancro da mama, concluem que as mulheres que geralmente são otimistas experimentam menor perturbação afetiva do que aquelas que são mais pessimistas. A existência de elevados níveis de otimismo, na fase do diagnóstico, é um indicador de menor perturbação emocional, aos 12 meses. O período de ajustamento da mulher é variável, mas Webb e Koch (1997) referem-se ao facto da literatura apontar que a adaptação das mulheres com cancro da mama se observa um ano após o diagnóstico, depois da crise inicial ter passado. Taylor (cit in Ribeiro, 2005) refere uma pesquisa efetuada, em que verificou que as mulheres com o cancro da mama respondiam à doença de três formas: primeiro tentavam perceber porque é que tinham cancro, em segundo, tentavam dominar a situação, acreditando conseguirem dominar a doença e eventuais recaídas; e por último tentavam iniciar um processo de valorização pessoal. Este processo de adaptação acaba por lhes conferir uma força maior, quando conseguem enfrentar os problemas que vão surgindo. Bland e Copelend (1994) afirmam que as mulheres que lutam de forma mais positiva, tendem a enfrentar a situação e tentam encontrar soluções, falando com os profissionais de saúde e estando abertas a alternativas. Aquelas que manifestam sinais de não adaptação à doença e à amputação do seio, evitam a realidade e sentem-se incapazes de solucionar os problemas, o que sem dúvida acaba por se refletir no tipo de vida que têm, uma vez que a qualidade de vida parece estar relacionada com a capacidade que cada indivíduo tem para vencer a doença e o *stress* (Patrao & Moura, 2012; Wade, Nehmy & Koczwara, 2005).

Tendo em conta os tratamentos associados ao cancro da mama, nomeadamente a quimioterapia e a radioterapia, os estudos demonstram que o período após a cirurgia e o que precede o início dos tratamentos, são períodos caracterizados por perturbações nas relações sociais, ansiedade e irritabilidade (Petrie, Booth, Probert, Benjamin & Harvey, 2000, cit in Santos, 2003). Lauver e Tak (1995) constataram no seu estudo, que as

mulheres mais otimistas revelam menores níveis de tensão emocional quando se confrontam com o cancro ou com as suas formas de tratamento. O otimismo pode ser então apresentado com um mediador das estratégias de *coping*. Por outro lado, Aufdenkamp (1997) refere-se a testemunhos de mulheres que revelam que o que mais as ajudou a vencerem os seus medos foi regressarem ao trabalho, serem positivas e todo o apoio e informação dada pela equipe de saúde (Bruges, 2007). Alguns autores parecem afirmar, que mulheres com elevado nível de escolaridade, maior nível socioeconómico tendem a adotar estratégias de *coping* menos ajustadas (Fernandes, 2009; Serra, 2005).

Em suma, podemos afirmar que várias variáveis sociodemográficas, personalidade podem interferir e influenciar o tipo de resposta, das mulheres que passaram pela cirurgia.

2.3. Satisfação sexual

A sexualidade é uma área de grande importância. Relaciona-se com a forma como interagimos uns com os outros, com o modo como vimos o nosso corpo e a nossa capacidade de atrair os outros (Almeida, 2007). Relaciona-se, com o prazer e com a satisfação de uma das nossas necessidades mais básicas que é a de contacto e intimidade com outras pessoas. A forma como a mulher percebe o seu corpo constitui um dos fatores determinantes no ajustamento sexual ao cancro da mama e seu tratamento. Sendo o corpo objeto de um intenso investimento emocional, as alterações corporais relacionadas com a cirurgia podem provocar um sentimento de perda e afetar a auto estima (Bruges, 2007).

A perda da mama, símbolo da identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal, representando uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, traduzindo-se num prejuízo na sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa (Carver, 2005; Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2012). Além da cirurgia, o tratamento quimioterápico produz efeitos colaterais que são indicadores visíveis da doença, como alopecia ou perda do cabelo e ganho de peso (Beckjord & Compas, 2007). A mulher passa, então, a sentir-se estranha, manifestando sentimentos de vergonha, embaraço, revelando dificuldade de se relacionar com o marido, sentindo-se sexualmente repulsiva, passando a evitar contatos sexuais (Pennery,

Speechley & Rosenfield, 2010). Um medo muito frequente entre as mulheres mastectomizadas é o de deixar de ser atraente sexualmente. Esses conflitos são resolvidos quando a mulher é capaz de reconhecer-se e aceitar-se com a sua nova imagem. Para isso, é fundamental viver um processo de luto para elaborar essa perda (Arán, 1996; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010).

O relacionamento sexual depende muito de como este era antes da doença. Aquelas mulheres com bom relacionamento com o parceiro, tendem a continuar da mesma forma, mas aquelas que o relacionamento não era bom, relatam piorar, ou seja, relacionamentos considerados frágeis antes da doença dificilmente sobrevivem após um evento traumático (Sampaio, 2006). A qualidade do relacionamento existente entre o casal será responsável não só pelo alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher, mas também pelo retorno do interesse sexual numa fase mais tranquila da doença. Assim, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela vida sexual e começa a preocupar-se com o relacionamento sexual de ambos. Procuram maior intimidade, trocas de carícias, prazer e novas formas de adaptação às condições atuais da mulher a fim de tornar o relacionamento sexual mais agradável, confortável e prazeroso (Pádua, 2006).

Devido ao impacto negativo do tratamento na imagem corporal e identidade sexual, o cancro da mama é considerado uma ameaça única ao autoconceito e integridade psíquica da mulher (Bruges, 2007).

A imagem corporal é definida por Roid e Fitts (cit in Mock, 1993) como uma representação do eu corporal e inclui atitudes e percepções relativas à aparência física, estado de saúde, competências e sexualidade (Costa, Jiménez & Pais Ribeiro, 2012). Sendo concebida como uma componente do autoconceito, Lemone, (1991) fornece um enquadramento teórico para a compreensão das respostas das doentes ao tratamento do cancro da mama, dado que estas reações refletem a importância do seio da mulher enquanto símbolo de feminilidade, atratividade sexual e maternidade. A perda de uma parte do corpo que está intrinsecamente relacionada com a identidade feminina resulta numa alteração da imagem corporal e autoconceito. Os estudos publicados têm demonstrado que a conservação do seio da mulher parece preservar a sua imagem e integridade corporal e sentimentos de atratividade sexual (Almeida, 2007; Steinberg et al., 1985).

Num estudo comparativo, Mock (1993) avaliou quatro grupos de mulheres que receberam diferentes tratamentos para o cancro da mama: mastectomia, mastectomia

com reconstrução da mama (imediata ou diferida) e cirurgia conservadora da mama. A comparação entre grupos indica que as pacientes que realizaram uma cirurgia de conservação referem maior satisfação com o seu corpo do que aquelas que foram tratadas, quer com mastectomia, quer com mastectomia seguida de reconstrução imediata. Foram encontradas correlações positivas entre as medidas da imagem corporal e de autoconceito, o que suporta o pressuposto de que a imagem corporal é um aspeto integrante do autoconceito.

A conceção tradicional que a mulher tem do seu papel sexual e o modo como inicia e está na relação sexual afetam a sua intimidade e respostas sexuais. Wabrek e Wabrek (1976) identificaram algumas situações contextuais e práticas que podem dificultar o reinício da atividade sexual, após a cirurgia. Por exemplo, a posição de cada um dos parceiros na cama pode tornar as relações mais ou menos confortáveis (Burwell, 2006; Sampaio, 2006).

A depressão e certos estados emocionais penosos, que muitas vezes estão associados à cirurgia, podem causar inibição do desejo e resposta sexual. O relacionamento conjugal pode ser perturbado por uma grande diversidade de reações psicológicas que refletem uma interação complexa da personalidade, hábitos, atitudes de defesas quer da mulher quer do cônjuge/parceiro, bem como a qualidade prévia da relação (Maluf, 2008). As mulheres sozinhas confrontam-se com problemas específicos que envolvem questões de comunicação e sexuais. Face à perspectiva de início de uma nova relação, têm dificuldade em falar da sua doença com receio de serem rejeitadas pelo parceiro e sentem ansiedade acerca de um possível envolvimento sexual (Greenberg, 1998). A dificuldade do cônjuge em confrontar-se com uma nova imagem corporal da mulher e em integrar estas alterações no relacionamento sexual pode, também, inibir a sua resposta sexual (Maluf, 2008). Por exemplo, alguns homens sentem-se chocados ao ver o seio amputado da mulher. Por outro lado, os seios femininos podem constituir um estímulo de tal forma erótico que a ausência de um dos seios (ou de ambos) suscita nalguns homens sentimentos de privação e revolta.

O cancro da mama constitui uma ameaça à vida e pode desencadear medo de perder a companheira, causando depressão e sentimentos de dependência. Alguns homens, tentam lidar com a realidade de um compromisso na qualidade de tempo disponível e evitam um envolvimento emocional e sexual como forma de auto proteção (Aboim, 2006; Maluf, 2008). A frequência das relações sexuais ou grau de satisfação sexual pode ser apenas um indicador de um processo de maior evitamento (Ribeiro,

2007). Em geral, em termos de fatores sociodemográficos o tratamento cirúrgico do cancro da mama tem um impacto mais negativo no ajustamento psicológico e sexual de mulheres mais jovens. No entanto, mulheres idosas podem sentir um sofrimento idêntico, mas terem maior dificuldade em expressar estes problemas (Goin & Goin, 1981). Spencer e col., (1999), constataram que, de uma forma geral, as mulheres mais jovens tinham mais preocupações a nível sexual e a nível conjugal, do que as menos jovens, o que vem de encontro às pesquisas realizadas por Schover (1994), as quais demonstram que as mulheres mais novas com cancro da mama apresentam níveis mais elevados de angústia (Almeida, 2007).

Estudos que avaliam os efeitos da mastectomia no ajustamento sexual mostram que as mulheres que se sentem bem com elas próprias, e que não estão centradas nas suas alterações, são mais capazes de se entregarem ao ato sexual e à experiência de prazer do momento. Existem poucas dúvidas de que a auto – imagem da mulher e o modo como esta percebe e vive a sua sexualidade condicionam o seu comportamento sexual (Gerard, 1982; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Outros fatores podem interferir no ajustamento sexual, nomeadamente a depressão e certos estados emocionais, podendo causar inibição do desejo e resposta sexual. Por exemplo, a mulher pode sentir angústia e não excitação quando o seio não operado é acariciado. O relacionamento sexual do casal pode ser perturbado por uma grande diversidade de reações psicológicas que refletem uma interação complexa da personalidade, hábitos atitudes e defesas quer da mulher quer do parceiro, bem como a qualidade prévia da relação (Maluf, 2008).

Neste sentido, Schover colocou em hipótese que o aumento nos problemas sexuais nas mulheres com cancro pode estar principalmente num subgrupo vulnerável com problemas pré existentes nas suas relações, com dificuldades sexuais anteriores ou fraco ajuste psicológico (Jamison et al., 1978; Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010; Schover *et al.*, 1987; Schover *et al.*, 1989). Não obstante, algumas investigações revelam que a maioria dos casais apresenta um bom ajustamento conjugal após o diagnóstico de cancro sendo que, alguns deles revelam até melhoramentos na qualidade geral do relacionamento (Lichtman, Taylor & Wood, 1987, cit in Anillo, 2000; O'Mahoney & Carrol, 1997).

Em suma, os efeitos ao nível do processo pós-mastectomia, trazem consigo inúmeras limitações a vários níveis, social, sexual, na autoimagem, tendo aqui a família

(em especial o companheiro) um papel muito importante, e sobretudo o companheiro como rede de suporte.

2.4. *Coping* e satisfação sexual no cancro da mama

Alguns estudos indicam que o recurso a estratégias de *coping* positivas, como o espírito de luta, contribui para uma reação emocional mais equilibrada face ao diagnóstico e à adaptação à nova condição de doente também ao nível sexual (Patrão, Leal & Maroco, 2012).

O impacto da cirurgia na imagem corporal e dimensão psicossocial depende do tipo de cirurgia realizada. A mastectomia radical é extremamente agressiva e traumática para as mulheres, motivo pelo qual tem vindo a ser substituída, sempre que possível, pela cirurgia conservadora, e quando não é, segue-se de reconstrução mamária (Crane, 2000; Fernandes, 2009).

Pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução apresentam maior morbidade psicossocial, como ansiedade e depressão associadas à autoimagem, autoestima e sexualidade, apresentando assim como resposta o evitamento em ter relações sexuais. Já a cirurgia reconstrutiva tem menor impacto na morbidade e na sexualidade (Macieira & Maluf, 2008). Mulheres submetidas a mastectomia radical, sem reconstrução, tendem a conseguir obter menos orgasmo, comparativamente com as que realizaram reconstrução mamária (Macieira & Maluf, 2008).

Outros estudos, demonstram que a cirurgia invasiva associa-se a alterações mais expressivas na imagem corporal e na satisfação sexual, em comparação com cirurgia conservadora (Rebelo, Vicente, Gomes & Moisés, 2008). Apontando reações negativas com o corpo, com o espelho, percepção alterada de si própria, limitações físicas e estéticas (Costa & Patrão, 2009); vivência de corpo mutilado, acompanhada de sentimentos de perda (Miguel, Marques & Tosi, 2009); diminuição da satisfação nas relações de intimidade (Costa, Jimenez & Pais-Ribeiro, 2010). Não obstante, noutros não foram encontradas diferenças significativas entre os dois tipos de cirurgia (Barnabé, 1997; Rebelo *et. al.* 2007). Ogden (2004) apesar de considerar que a habituação à nova imagem corporal é difícil, a reação emocional não deverá ser generalizada. Bem como, não deverá ser defendida a ideia de ter maior impacto em mulheres jovens. Mulheres idosas ficam perturbadas com a perda do seio e com as implicações da mesma na

vivência da sexualidade. Algumas mulheres sentem dificuldade em iniciar novos relacionamentos, outras conseguem ultrapassar essa dificuldade.

As mulheres tumorectomizadas, geralmente, evidenciam um melhor ajustamento a nível psicológico, conjugal e sexual, social e para a imagem corporal, em comparação com as mastectomizadas (Costa & Patrão, 2009; Rietman *et al.*, 2003).

Parte II - Estudo empírico

3- Metodologia

Este capítulo pretende descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação. Inicialmente são referenciados os objetivos e o *design* do estudo, as variáveis estudadas, os procedimentos de recolha de dados e a descrição da amostra e a sua caracterização sociodemográfica e clínica. Para além disso, são descritos os instrumentos utilizados, as suas qualidades psicométricas na amostra em estudo e, por fim, os métodos estatísticos utilizados.

3.1 Objetivos e Desenho de Estudo

Este estudo enquadra-se numa investigação do tipo observacional, descritivo-transversal. Pretende-se numa amostra de mulheres que recebem tratamento de quimioterapia pós-mastectomia, explorar os resultados através da análise de relações estatísticas entre variáveis recolhidas num só momento de avaliação.

O objetivo geral desta investigação consiste em caracterizar uma amostra de mulheres durante o período de tratamento pós-mastectomia em relação à satisfação sexual e estratégias de *coping*. Com este estudo, pretende-se ainda recolher informação relevante para a construção futura de um programa de intervenção psicológica breve dirigido a mulheres mastectomizadas, com o intuito de melhorar a qualidade do processo de recuperação pós-mastectomia.

Este estudo tem como objetivos específicos:

- analisar a associação entre a satisfação sexual e as estratégias de *coping*;
- investigar a variação da satisfação sexual e das estratégias de *coping* em função do tipo mastectomia (total/radical ou parcial)
- investigar a variação dos resultados em função das características sociodemográficas e clínicas da amostra.
- contribuir para o aumento de conhecimentos acerca da vivência do período pós-mastectomia;
- contribuir com informação pertinente para o desenvolvimento futuro de um programa de intervenção psicológica breve que vise promover uma melhor adaptação à condição da mastectomia.

3.2 Variáveis em Estudo

Atendendo aos objetivos expostos anteriormente, foram consideradas neste estudo as seguintes variáveis:

- Variáveis psicológicas: satisfação sexual e estratégias de *coping*;
- Variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, proveniências e situação profissional;
- Varáveis clínicas: tipo de mastectomia (parcial ou total) e fase da menopausa.

3.3 Procedimentos de colheita de dados

O projeto do estudo foi submetido à comissão de ética do Hospital de Braga (anexo 1) e, após o parecer favorável, deu-se início à recolha de dados. A direção da administração responsável informou via *e-mail* (anexo 2) o parecer favorável à investigação.

Posteriormente, foi marcado um dia por semana para o preenchimento do consentimento informado (anexo 3) e administração da bateria de instrumentos às pacientes do estudo, referindo os seus objetivos e indicando que, no caso de desejarem participar, deveriam dirigir-se ao psicólogo investigador que se encontrava no serviço. Salientou-se junto das inquiridas a participação voluntária, salientando a confidencialidade dos dados, sendo que este processo teve subjacente o consentimento informado com toda a informação pertinente sobre o estudo, tendo subjacente o cumprimento dos requisitos éticos e deontológicos.

3.4 Amostra

A amostra foi constituída por 43 mulheres em tratamento ambulatorio de quimioterapia pós-mastectomia num hospital central da região norte de Portugal. Os critérios de inclusão para a participação no presente estudo foram os seguintes: sexo feminino, diagnóstico de cancro da mama, realização de mastectomia e possuir competências mínimas que permitissem compreender e preencher os instrumentos de avaliação.

Tendo em conta a informação anterior, é importante salientar que a nossa amostra foi não probabilística de conveniência.

3.4.1 - Caracterização sociodemográfica da Amostra

A caracterização sociodemográfica da amostra total é apresentada no quadro 1. Fizeram parte deste estudo 43 mulheres, utentes de uma unidade de oncologia num hospital central da região norte de Portugal (N=43), com idades compreendidas entre os 31 e os 84 anos (M=53.77; DP= 12.22). A maioria das inquiridas são casada (97.7%). A distribuição da amostra por área de residência é similar, sendo que 21 utentes (48.8%) são da zona rural e 22 (51.2%) da área urbana. Relativamente à situação profissional, 12 (27.9%) estão desempregadas, outras 12 (27.9%) são ativas profissionalmente, 18 (41.9%) estão reformadas e uma (2.3%) não respondeu.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica da amostra (N=43)

Variáveis sociodemográficas	n	%	M	DP	Mín.	Max.
Idade			53.77	12.22	31	84
Estado civil						
Sem companheiro	1	2,3				
Casada	42	97,7				
Proveniência						
Rural	21	48,8				
Urbano	22	51,2				
Estatuto Profissional						
Profissionalmente ativa	12	27,9				
Desempregada	12	27,9				
Reformada	18	41,9				
Não respondeu	1	2,3				

3.4.2 Caracterização Clínica da amostra

No que respeita à informação clínica (quadro 2) verificou-se que do total das 43 participantes 16 (37.2%) das inquiridas se encontram no estado pré-menopausa e 27 (62.8%) se encontram na pós-menopausa. Relativamente ao tipo de cirurgia, 24 (55.8%) mulheres foram sujeitas a mastectomia parcial e 19 (44.2%) a mastectomia total.

Quadro 2: Caracterização clínica da amostra total (N=43)

Variáveis clínicas	N	%
Fase da Menopausa		
Pré-menopausa	16	37.2
Pós-menopausa	27	62.8
Tipo de Cirurgia		
Mastectomia parcial	24	55.8
Mastectomia total	19	44.2

3.4.3 – Caracterização sociodemográfica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia (parcial ou total/radical)

Da análise do quadro 3, constatamos que a idade das mulheres que foram submetidas a mastectomia parcial varia entre 31 e 84 anos (M=53.92; DP=13.62) e das que foram submetidas a mastectomia total varia entre 35 e 73 anos (M=53.58; DP=10.56). Apenas uma inquirida sujeita a mastectomia parcial é solteira, sendo as restantes, em ambos os grupos, casadas. Ao nível da situação profissional, das utentes submetidas a mastectomia parcial, 8 (33.3%) são desempregadas, 7 (29.2%) são ativas profissionalmente e 9 (37.5%) são reformadas. Por sua vez, das utentes sujeitas a mastectomia total, 4 (21,1%) são desempregadas, 5 (26.3%) são ativas profissionalmente, 9 (47.4%) são reformadas e uma (5.3%) não respondeu. Da análise dos testes de comparação de grupos, nomeadamente *t-test* utilizado para a variável idade e qui-quadrado utilizado para as restantes variáveis sociodemográficas, não constatamos diferenças significativas entre as utentes submetidas a diferentes tipos de cirurgia ao nível das variáveis sociodemográficas.

Quadro 3: Caracterização sociodemográfica da amostra, por subamostra (N=43)

Variáveis sociodemográficas	Mastectomia parcial (n=24)				Mastectomia total (n=19)				t/ χ^2	p
	N	%	M	DP	n	%	M	DP		
Idade			53.92	13.62			53.58	10.56	.089	.93
Estado civil									.811	.37
Sem companheiro	1	4.2			0	0				
Casada	23	95.8			19	100				
Proveniência									.029	.864
Rural	12	50			9	47.4				
Urbano	12	50			10	52.6				
Estatuto Profissional									.826	.662
Profissionalmente ativa	7	29.2			5	26.3				
Desempregada	8	33.3			4	21.1				
Reformada	9	37.5			9	47.4				
Não respondeu	0	0			1	5.3				

3.4.4 – Caracterização clínica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia (parcial ou total)

Da análise das variáveis clínicas de acordo com o tipo de cirurgia, constatamos que das mulheres sujeitas a mastectomia parcial, 9 (37.5%) estão na fase pré-menopausa e 15 (62.5%) na pós-menopausa e, das que foram sujeitas a mastectomia total, 7 (36.8%) estão na fase pré-menopausa e 12 (63.2%) na pós-menopausa. Para além disso, também não foram encontradas diferenças significativas entre as utentes sujeitas a diferentes cirurgias tendo em conta a fase da menopausa.

Quadro 4: Caracterização clínica da amostra, por subamostra (N=43)

Variáveis clínicas	Mastectomia parcial (n=24)		Mastectomia total (n=19)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Fase da Menopausa					.002	.97
Pré-menopausa	9	37.5	7	36.8		
Pós-menopausa	15	62.5	12	63.2		

3.5 – Instrumentos Utilizados

Foram administrados dois instrumentos: o *Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual - QSRS* (Cappelleri et al., 2004; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005) e o *Brief- COPE* (Carver, 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004).

Para completar a recolha dos dados elaborou-se um questionário de dados sociodemográficos e outro relativo aos dados clínicos.

3.5.1 – Questionário sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (Anexo 4) é constituído por questões de escolha múltipla e abordam características sociodemográficas essenciais como a idade, o estado civil e a situação profissional dos sujeitos em estudo.

3.5.2 - Questionário Clínico

O questionário clínico (Anexo 5) foi especificamente desenhado para a recolha de dados clínicos acerca dos participantes no estudo. As questões são de escolha múltipla e abordam características clínicas como a fase da menopausa e o tipo de mastectomia (parcial ou total).

3.5.3 – Questionário da Satisfação Sexual (Cappelleri *et al.*, 2004; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005).

A versão original “*Self-esteem and Relationship Questionnaire*”, traduzido pelos autores portugueses como Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual, foi desenvolvida para estudar o grau de satisfação de homens com disfunção erétil com o tratamento. Contudo, o questionário tem como objetivo a obtenção de informação sobre a satisfação com o relacionamento sexual em pessoas com vida sexual ativa, e não especificamente para a disfunção erétil (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005). É constituído por 14 itens e por dois domínios, satisfação com o funcionamento sexual (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) e confiança (itens 9, 10, 11, 12, 13 e 14), que por sua vez se

divide em duas subescalas, a autoestima (itens 9, 10, 11 e 12) e o relacionamento em geral (itens 13 e 14) (Cappelleri et al., 2004).

O questionário é constituído por 14 itens cotados de 1 a 5, sendo 1 quase nunca/nunca, 2 poucas vezes, 3 algumas vezes, 4 muitas vezes e 5 quase sempre/sempre, exceto o item 8 e 11 que são cotados inversamente. Um elevado resultado corresponde a uma maior satisfação sexual. A pontuação total e dos domínios são transformadas numa escala de 0 a 100, sendo que uma pontuação elevada expressa respostas mais favoráveis (Cappelleri et al., 2004).

A fidelidade do questionário original, ao nível da escala total foi de (.93) e para os domínios confiança (.86) e satisfação com o funcionamento sexual (.91). Para as subescalas do domínio da confiança, os alfas foram os seguintes: autoestima (.82) e relacionamento em geral (.76).

A versão portuguesa (Anexo 6), foi usada para avaliar a satisfação com o relacionamento sexual em mulheres com IU que mantêm atividade sexual. É constituída por 13 itens, após a eliminação do item 8. Os 13 itens dividem-se em dois domínios: confiança (6 itens), que se subdivide em autoestima (4 itens) e em relacionamento em geral (2 itens), e satisfação com o funcionamento sexual (7 itens), sendo o item 10 invertido.

No que concerne à consistência interna no questionário português, o instrumento apresentou um alfa total de .90 e nos domínios foram os seguintes: confiança (.85), satisfação com o funcionamento sexual (.92), autoestima (.83) e relacionamento geral (.73).

3.5.3.1 - Características Psicométricas da Satisfação sexual na amostra em estudo

A análise das características psicométricas deste instrumento na presente amostra incidiu no estudo da fidelidade interna. Na avaliação da consistência interna foi calculado o *Alfa de Cronbach* para a escala total e para as subescalas. Nos quadros 5, 6, 7, 8 e 9 são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna da escala total e das subescalas.

Os itens do questionário de Satisfação Sexual (quadro 5), na análise inicial, apresentavam correlações com o total da escala entre -.44 e .81. Uma vez que o item 10 “ muitas vezes falhada” apresenta uma correlação muito baixa com o total da escala foi eliminado. Assim, o alfa de *Cronbach* é inicial de .89 passou a .93, o que evidencia uma

boa consistência interna da escala. Dá análise do quadro 6, constatamos que os itens da dimensão satisfação com o funcionamento sexual apresentam correlações entre .61 e .84 com a restante escala. O valor de alfa de *Cronbach* da dimensão é de .91. Na dimensão confiança (quadro7), uma vez que foi eliminado o item 10, obtivemos correlações finais entre os itens e o total da dimensão de .54 e .83, sendo o valor de alfa de *Cronbach* final da dimensão confiança de .89. Do mesmo modo, a subescala autoestima (quadro 8), com a eliminação do item 10, apresenta valores de correlação dos itens com o total da subescala entre .74 e .81. O valor de alfa de *Cronbach* encontrado é de .88. Por fim, na subescala relacionamento em geral (quadro 9), a correlação entre os dois itens que compõe a mesma é de .60 e o alfa de *Cronbach* encontrado de .75.

Quadro 5: Resultados da análise de consistência interna para o total do Questionário de Satisfação Sexual (N=43)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala - Inicial</i>	<i>Correlação do item com o total da escala - Final</i>	<i>Alfa se o item for eliminado - Inicial</i>	<i>Alfa se o item for eliminado - Final</i>
vontade em iniciar relações sexuais	.659	.663	.882	.925
confiante suficientemente excitada	.667	.658	.882	.925
satisfeita desempenho sexual	.771	.778	.877	.920
sexo pode ser espontâneo	.554	.557	.888	.929
apta iniciar relações sexuais	.700	.690	.880	.924
confiante desempenho sexual	.809	.810	.875	.919
satisfeita nossa vida sexual	.801	.796	.876	.919
boa autoestima	.664	.678	.883	.924
mulher completa	.640	.666	.883	.924
muitas vezes falhada	-.444	---	.929	---
senti-me confiante	.731	.757	.880	.921
companheiro satisfeito relação	.537	.551	.888	.929
satisfeita nossa relação	.744	.767	.878	.920

Alfa de Cronbach inicial = .894 / *Alfa de Cronbach* final = **.929**

Quadro 6: Resultados da análise de consistência interna da dimensão satisfação com o funcionamento sexual (N=43)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
vontade em iniciar relações sexuais	.633	.904
confiante suficientemente excitada	.761	.890
satisfeita desempenho sexual	.747	.891
sexo pode ser espontâneo	.618	.905
apta iniciar relações sexuais	.739	.892
confiante desempenho sexual	.839	.881
satisfeita nossa vida sexual	.742	.892

Alfa de Cronbach = **.907**

Quadro 7: Resultados da análise de consistência interna da dimensão confiança (N=43)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala – Inicial</i>	<i>Correlação do item com o total da escala - Final</i>	<i>Alfa se o item for eliminado - Inicial</i>	<i>Alfa se o item for eliminado - Final</i>
boa autoestima	.751	.774	.531	.858
mulher completa	.695	.758	.533	.860
muitas vezes falhada	-.511	---	.890	---
Senti-me confiante	.704	.780	.542	.856
companheiro satisfeito relação	.502	.540	.611	.908
satisfeita nossa relação	.751	.828	.531	.843
<i>Alfa de Cronbach inicial = .683 / Alfa de Cronbach final = .890</i>				

Quadro 8: Resultados da análise de consistência interna da subescala autoestima (N=43)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala - Inicial</i>	<i>Correlação do item com o total da escala - Final</i>	<i>Alfa se o item for eliminado - Inicial</i>	<i>Alfa se o item for eliminado - Final</i>
boa autoestima	.702	.809	-.357	.806
mulher completa	.527	.736	-.196	.874
muitas vezes falhada - <i>Eliminado</i>	-.493	---	.883	---
senti me confiante	.559	.783	-.179	.825
<i>Alfa de Cronbach inicial = .357 / Alfa de Cronbach final = .883</i>				

Quadro 9: Resultados da análise de consistência interna da subescala relacionamento em geral (N=43)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
companheiro satisfeito relação	.601	---
satisfeita nossa relação	.601	---
<i>Alfa de Cronbach = .750</i>		

3.5.4 - *Brief- COPE* (Carver, 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004)

Este instrumento é apresentado numa versão reduzida e adaptada à população portuguesa mediante o questionário de *coping* desenvolvido por Carver (1989). O questionário original foi desenvolvido tendo por base o modelo de auto-regulação comportamental e o modelo de Lazarus e Folkman (1980). Carver (1997a) explica que este questionário pode ser ajustado aos interesses do investigador, nomeadamente se houver limitações temporais podem ser usadas somente algumas das escalas, as que

para o investigador ou para o seu estudo sejam mais importantes. Por outro lado os itens podem ser utilizados de várias maneiras. Como se disse acima podem assumir um formato retrospectivo, situacional, traço, etc. para o que é necessário colocar as frases no tempo verbal adequado (tenho feito isto, fiz isto, ou costumo fazer isto). O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida (identificando o mais recente, p. ex. diagnóstico da doença, cirurgia, exame escolar, furacão etc.). O *Brief Cope* foi desenvolvido visto as medidas existentes, nomeadamente o COPE, colocarem grande sobrecarga nos respondentes nomeadamente quanto ao tempo necessário para responder. Isto é uma constatação recorrente em psicologia da saúde e daí o aparecimento crescente de formatos mais breves das medidas originais. Este grupo de autores já utilizara antes uma versão com três itens por dimensão (Carver, et al., 1993). No estudo original Carver et al. (1989) utilizaram estudantes e posteriormente utilizaram o COPE numa variedade relevante de contextos de saúde. O *Brief COPE* foi utilizado num estudo com participantes que tinham sido vítimas de uma catástrofe natural, mais concretamente do Furacão Andrew. Ele tem sido considerado útil na avaliação de pessoas com doença crónica submetidas a tratamentos agressivos (Fillion, Kovacs, Gagnon, & Endler, 2002). Até à versão aqui em estudo, o COPE sofreu várias alterações desde a forma original de 52 itens. O *Brief COPE* propõe-se responder à “necessidade de medidas que avaliem adequadamente qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível” (Carver, 1997a, p. 93). Com este objetivo este autor desenvolveu um questionário com 14 escalas com dois itens cada escala, que sofreu alterações relativamente à versão de 60 itens. Várias escalas focam explicitamente aspetos teóricos significativos do *coping* enquanto outras foram incluídas com base na evidência da importância desses aspetos particulares de *coping*. Relativamente à versão do COPE de 60 itens, desapareceram as escalas de “*Coping* Restritivo” e “Supressão de Atividades Contrárias”, e foi incluída uma nova escala a “Auto-Culpabilização”. Outras escalas foram redefinidas (Carver, 1997a).

Assim, o *Brief Cope* (Anexo 7) é composto por 14 escalas, e de acordo com os autores responsáveis pela sua tradução (Pais- Ribeiro e Rodrigues, 2004), esta escala reduzida apresenta-se como adequada à investigação nos contextos de saúde devido ao seu tamanho e variedade de estratégias de *coping*. As escalas são as seguintes: *coping* ativo, planear, utilizar suporte instrumental, utilizar suporte social emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos,

negação, auto-distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor. As respostas são dadas numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”) entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”.

No estudo de validação português foram encontrados os seguintes valores de alfa para as 14 dimensões do *Brief Cope*: coping ativo (.65), planejar (.70), reinterpretação positiva (.74), aceitação (.55), humor (.83), religião (.80), utilizar suporte emocional (.79), utilizar suporte instrumental (.81), auto-distração (.67), negação (.72), expressão de sentimentos (.84), uso de substâncias (.81), desinvestimento comportamental (.78) e auto-culpabilização (.62).

3.5.4.1 - Características Psicométricas do Brief-COPE na amostra em estudo

A análise das características psicométricas deste instrumento na presente amostra incidiu no estudo da fidelidade interna. Na avaliação da consistência interna foi calculado o *Alfa de Cronbach* para a escala total e para as subescalas. Nos quadros 10 e 11 são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna da escala total e das subescalas.

Os itens que compõe o questionário *COPE* apresentam correlações com o total da escala positivas entre .02 e .38 e negativas entre -.04 e -.20 e o alfa de *Cronbach* é de .58, apresentando-se baixo. Neste sentido optamos por analisar o alfa de *Cronbach* e correlações entre itens de cada dimensão para compreendermos quais os itens que devem ser eliminados.

Quadro 10: Resultados da análise de consistência interna da escala COPE (N=43)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Refugio-me atividades para abstrair	.225	.557
concentro os meus esforços	.352	.540
digo: isto não é verdade	.033	.584
refugio-me no álcool, drogas	-.149	.579
procuro apoio emocional em alguém	.338	.538
simplesmente desisto	.116	.587
tomo medidas para tentar melhorar	.256	.553
recuso-me acreditar	.037	.589
fico aborrecido e expresso sentimentos	.107	.573
peço conselhos	.382	.538
uso álcool e drogas	.149	.579
tento analisar de forma positiva	.267	.552
faço críticas a mim	.122	.598
tento encontrar estratégia	.375	.538
procuro o conforto e compreensão	.214	.559
desisto de me esforçar	.204	.594
procuro algo positivo	.177	.564
enfrento a situação brincadeira	.097	.574
faço outras coisas(tv, ler, compras)	.346	.540
tento aceitar as coisas	.046	.580
sinto, expresso sentimentos	.015	.582
tento conforto na religião	.200	.561
peço conselhos a pessoas com o mesmo	.375	.536
tento aprender a viver	.248	.557
penso muito sobre a melhor forma de lidar	.126	.571
culpo-me pelo acontecimento	.111	.572
rezo ou medito	.218	.559
enfrento com humor	.138	.569
Alfa de Cronbach = .575		

Tendo em conta os resultados da consistência interna das dimensões do *COPE*, foram eliminadas as dimensões que apresentavam uma correlação entre os itens inferior a .20 e um alfa de *Cronbach* inferior a .30. Assim, as dimensões a ser analisadas e trabalhadas no nosso estudo são *Utilizar suporte instrumental*, *Utilizar suporte emocional*, *Religião*, *Reinterpretação positiva*, *Auto-culpabilização*, *Aceitação*, *Expressão de sentimentos*, *Negação*, *Desinvestimento*, *Uso de substâncias* e *Humor*, tendo sido eliminadas as dimensões *Coping Ativo*, *Planear* e *Auto-distração*. Foram aceites as dimensões *Utilizar o suporte social emocional*, *Auto-culpabilização*, *Expressão de sentimentos* e *Negação* apesar de apresentarem um alfa de *Cronbach* baixo pelo facto de as dimensões terem poucos itens.

Quadro 11: Resultados da análise de consistência interna para cada dimensão do COPE (N=43)

<i>Dimensão</i>	<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala</i>	<i>Alfa de Cronbach dimensão</i>
Coping Ativo	concentro-me os meus esforços	.082	.151
	tomo medidas para tentar melhorar	.082	
Planear	tento encontrar estratégia	.097	.177
	penso muito sobre a melhor forma de lidar	.097	
Utilizar suporte instrumental	peço conselhos	.778	.872
	peço conselhos a pessoas com o mesmo	.778	
Utilizar suporte emocional	procuro apoio emocional em alguém	.363	.531
	procuro o conforto e compreensão	.363	
Religião	tento conforto na religião	.638	.768
	rezo ou medito	.638	
Reinterpretação positiva	tento analisar de forma positiva	.572	.727
	procuro algo positivo	.572	
Auto-culpabilização	faço críticas a mim	.292	.325
	culpo-me pelo acontecimento	.292	
Aceitação	tento aceitar as coisas	.583	.730
	tento aprender a viver	.583	
Expressão de sentimentos	fico aborrecido e expresso sentimentos	.254	.403
	sinto, expresso sentimentos	.254	
Negação	digo: isto não é verdade	.422	.590
	recuso-me acreditar	.422	
Auto distração	Refugio-me atividades para abstrair	-.089	-.195
	faço outras coisas(tv, ler, compras)	-.089	
Desinvestimento	simplesmente desisto	.465	.633
	desisto de me esforçar	.465	
Uso de substâncias	refugio-me no álcool, drogas	1.000	1.00
	uso álcool e drogas	1.000	
Humor	enfrento a situação brincadeira	.718	.835
	enfrento com humor	.718	

3.6 - Procedimentos Estatísticos

Para a análise dos dados, utilizamos uma base de dados informática onde os dados foram processados através do *software* IBM® SPSS® (IBM - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0). Antes de dar início às análises dos dados foi realizado um estudo de normalidade e homogeneidade dos dados dos diferentes instrumentos utilizados, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e dos índices de *Kurtose* e assimetria. Atendendo aos resultados, ao tamanho da amostra total e de cada grupo analisado, foram utilizados testes paramétricos sempre que se cumpriam os pressupostos subjacentes, e testes não paramétricos quando estes pressupostos eram violados.

Para análise das características sociodemográficas e clínicas foram usados os testes de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. No estudo das diferenças entre grupos, de acordo com as variáveis consideradas relevantes para a caracterização da amostra e consoante o tamanho do grupo, foram realizados *testes t* para amostras independentes (variáveis intervalares ou contínuas) e teste de *Qui-quadrado* (variáveis nominais). A consistência interna dos instrumentos psicométricos na amostra em estudo foi analisada através do cálculo do *Alpha de Cronbach*.

Na análise dos resultados nas diferentes variáveis estudadas e na comparação dos grupos recorreu-se ao teste *U Mann-Whitney*. Foram ainda efetuados cálculos de coeficientes de *Spearman's Rho* para estudar a associação entre variáveis.

Para investigar a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas e clínicas foram utilizados testes não paramétricos *U Mann-Whitney*.

Neste estudo o valor de significância adotado foi de $p < .05$. Considerou-se tendência de significância um valor de $p < .10$.

4 – Apresentação dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados das análises estatísticas efetuadas, sendo salientados os mais relevantes e com maiores implicações para este estudo. Os dados foram organizados de forma a dar resposta aos objetivos do estudo. Inicialmente serão apresentados os resultados descritivos obtidos nos diferentes questionários e posteriormente os resultados dos testes estatísticos, nomeadamente de diferenças de grupo entre as utentes submetidas a mastectomia parcial e total e associação entre as variáveis em estudo.

4.1 – Resultados descritivos na amostra total

4.1.1 – Satisfação sexual

No que respeita aos resultados descritivos na escala total da Satisfação sexual na amostra total (quadro 12), verificou-se uma média de 3.36 (DP=.87) para o total da escala, sendo a resposta mínima encontrada de um e a máxima de cinco. No domínio relacionamento sexual apuramos uma média de 3.06 (DP=.95), no domínio confiança uma média de 3.78 (DP=.92), na subescala autoestima uma média de 3.57 (DP=.97) e na subescala relacionamento geral uma média de 4.09 (DP=1.02), sendo que em todas a resposta mínima encontrada é de um e a máxima de cinco.

Dos resultados apresentados depreendemos que a subescala com resultados mais elevados é a que diz respeito ao relacionamento em geral e a mais baixa a do relacionamento sexual.

Quadro 12: Resultados descritivos da satisfação sexual e subescalas na amostra total (N=43)

Satisfação sexual	M	DP	Min.	Max.
Domínio do Relacionamento sexual	3.06	.95	1	5
Domínio Confiança	3.78	.92	1	5
Subescala Autoestima	3.57	.97	1	5
Subescala Relacionamento geral	4.09	1.02	1	5
Questionário Satisfação sexual	3.36	.87	1	5

4.1.2 – Coping

Tal como referido anteriormente, foram analisados os domínios que reuniram condições psicométricas aceitáveis no questionário *COPE*. Neste sentido, da análise dos resultados descritivos no que concerne às estratégias de *coping* (quadro 13), constatamos que o total do questionário apresenta uma média de 2.26 (DP=.27), sendo que a média de respostas mínimas é de 2 e a máxima de 3. Relativamente às dimensões, a estratégia *utilizar suporte emocional* apresentou uma média de 2.58 (DP=.98), *religião* apresentou uma média de 3.20 (DP=.98), *reinterpretação positiva* apresentou uma média de 2.92 (DP=.87), *auto-culpabilização* apresentou uma média de 1,49 (DP=.54), *aceitação* apresentou uma média de 3.09 (DP=.78), *expressão de sentimentos*

apresentou uma média de 2.07 (DP=.76), *negação* apresentou uma média de 2,00 (DP=.87), *desinvestimento* apresentou uma média de 1.28 (DP=.50), *uso de substâncias* apresentou uma média de 1.02 (DP=.15) e *humor* apresentou uma média de 2.47 (DP=.98).

Os resultados apresentados evidenciam que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelas utentes são a *religião* e *aceitação* e, por sua vez, as menos utilizadas são o *uso de substâncias*, o *desinvestimento*, a *auto-culpabilização* e *utilizar suporte instrumental*.

Quadro 13: Resultados descritivos do Cope e dimensões na amostra total (N=43)

	M	DP	Min.	Max.
Utilizar suporte instrumental	1.91	.977	1	4
Utilizar suporte social emocional	2.58	.982	1	4
Religião	3.20	.977	1	4
Reinterpretação positiva	2.92	.866	1	4
Auto-culpabilização	1.49	.540	1	3
Aceitação	3.09	.781	1	4
Expressão sentimentos	2.07	.760	1	4
Negação	2.00	.866	1	4
Desinvestimento	1.28	.504	1	3
Uso de substâncias	1.02	.152	1	2
Humor	2.47	.978	1	4
Total COPE	2.26	.270	2	3

4.2 – Comparação dos grupos: mastectomia parcial e total

Previamente à comparação dos grupos procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade das subescalas nas subamostras (mastectomia parcial e total/radical). O teste de *Kolmogorov-Smirnov* ao nível de todas as subescalas revelou que a distribuição destas variáveis é significativamente diferentes da distribuição normal, o que indica que não há normalidade na distribuição. Não estando cumpridos os critérios para a utilização de testes paramétricos serão utilizados testes não paramétricos. Assim, e tendo a análise exploratória dos dados revelado o cumprimento dos pressupostos para a estatística não paramétrica, utilizou-se o teste *U Mann Whitney* para a comparação dos grupos (quadros 14 e 15)

4.2.1 – Satisfação sexual

Da análise do quadro 14, para a comparação entre as utentes que foram submetidas a mastectomia parcial e total, não verificamos diferenças significativas em nenhum dos domínios nem subescalas do questionário de avaliação da satisfação sexual, nomeadamente no domínio do *relacionamento sexual* ($Z=.00$; $p=1.00$), domínio *confiança* ($Z=-.09$; $p=.93$), subescala *autoestima* ($Z=-.85$; $p=.39$), subescala *relacionamento geral* ($Z=-.80$; $p=.42$) e total do questionário ($Z=-.04$; $p=.97$).

Neste sentido, não podemos afirmar que as utentes que foram submetidas a diferentes tipos de mastectomia apresentam diferenças ao nível da satisfação sexual.

Quadro 14: Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que realizaram mastectomia parcial e mastectomia total) na satisfação sexual, na amostra total (N=43)

	Mastectomia parcial (n=24)	Mastectomia total (n=19)	Z	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Domínio do Relacionamento sexual	22	22	.00	1.00
Domínio Confiança	22.15	21.82	-.09	.93
Subescala Autoestima	23.44	20.18	-.85	.39
Subescala Relacionamento geral	20.67	23.68	-.80	.42
Questionário Satisfação sexual	22.06	21.92	-.04	.97

4.2.2 – Coping

Os resultados da análise da comparação de grupos entre as utentes submetidas a mastectomia parcial e total (quadro 15) apenas evidenciam diferenças significativas ao nível da *expressão de sentimentos* ($Z=-2.03$; $p=.04$), sendo que as utentes submetidas a mastectomia parcial apresentam scores mais elevados nesta dimensão. Nas restantes dimensões do questionário de estratégias de *coping* não encontramos diferenças significativas, nomeadamente nas dimensões *utilizar suporte instrumental* ($Z=-1.46$; $p=.14$), *utilizar suporte social emocional* ($Z=-.35$; $p=.73$), *religião* ($Z=-1.58$; $p=.11$), *reinterpretação positiva* ($Z=-1.30$; $p=.19$), *auto-culpabilização* ($Z=-.22$; $p=.83$), *aceitação* ($Z=-.84$; $p=.40$), *negação* ($Z=-.23$; $p=.82$), *desinvestimento* ($Z=-.47$; $p=.64$), *uso de substâncias* ($Z=-1.12$; $p=.26$), *humor* ($Z=-1.38$; $p=.17$) e total do *COPE* ($Z=-1.85$; $p=.06$).

Quadro 15: Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que realizaram mastectomia parcial e mastectomia total) nas estratégias de *coping* (N=43)

	Mastectomia parcial (n=24)	Mastectomia total (n=19)		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Utilizar suporte instrumental	19.63	25	-1.46	.14
Utilizar suporte social emocional	22.58	21.26	-.35	.73
Religião	19.50	25.16	-1.58	.11
Reinterpretação positiva	19.83	24.74	-1.30	.19
Auto-culpabilização	21.65	22.45	-.22	.83
Aceitação	20.63	23.74	-.84	.40
Expressão sentimentos	25.38	17.74	-2.03	.04
Negação	22.38	21.53	-.23	.82
Desinvestimento	22.65	21.18	-.47	.64
Uso de substâncias	21.50	22.63	-1.12	.26
Humor	19.69	24.92	-1.38	.17
Total <i>COPE</i>	18.85	25.97	-1.85	.06

4.3 – Associação entre as variáveis

Tal como referido anteriormente, uma vez que não estão cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica, para a análise da associação entre as subescalas da satisfação sexual e do Cope utilizamos a correlação de *Spearman's Rho*. De seguida são apresentados os resultados das associações entre as variáveis mencionadas, para a amostra total e por subamostra (participantes submetidas a mastectomia parcial e total).

4.3.1 – Associação entre variáveis na amostra total

Dos resultados da associação entre as subescalas da satisfação sexual e do Cope (quadro 16) constatamos que existe uma associação estatisticamente significativa positiva de baixa intensidade entre a subescala humor do Cope e o domínio confiança ($r=.369$; $p=.02$), a subescala autoestima ($r=.328$; $p=.03$) e a subescala relacionamento

geral ($r=.332$; $p=.03$). Esta associação indica que quanto mais elevada a satisfação sexual mais as utentes utilizam o humor como estratégia de *coping* e vice-versa.

Foram ainda encontradas associações estatisticamente significativas negativas de baixa e moderada intensidade entre a subescala auto-culpabilização e o domínio confiança ($r=-.381$; $p=.01$), a subescala autoestima ($r=-.338$; $p=.03$) e a subescala relacionamento geral ($r=-.338$; $p=.03$); entre a subescala expressão de sentimentos e o domínio confiança ($r=-.338$; $p=.03$); entre a subescala negação com o domínio confiança ($r=-.391$; $p=.01$) e a subescala autoestima ($r=-.397$; $p=.01$); e entre a subescala desinvestimento e os domínio relacionamento sexual ($r=-.309$; $p=.04$), domínio confiança ($r=-.482$; $p=.00$), subescala autoestima ($r=-.446$; $p=.00$) e subescala relacionamento geral ($r=-.428$; $p=.00$). Estes resultados indicam que quanto maior a satisfação com o relacionamento sexual menor o desinvestimento, quanto maior o domínio confiança da satisfação sexual menor a utilização das estratégias auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação e desinvestimento, quanto maior a autoestima ao nível do relacionamento sexual menor a auto-culpabilização, a negação e o desinvestimento e quanto maior a satisfação com o relacionamento em geral menor a auto-culpabilização e o desinvestimento, e vice-versa.

Assim, de uma forma geral, podemos verificar que quanto maior a satisfação sexual menos estratégias de *coping* negativas são utilizadas e quanto maior a satisfação maior o humor e vice-versa.

Quadro 16: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas da Satisfação sexual e do Cope, na amostra total (N=43)

	Domínio do relacionamento sexual	Domínio confiança	Subescala autoestima	Subescala relacionamento geral
Utilizar suporte instrumental	.208	.109	.032	.189
Utilizar suporte social emocional	.148	.042	-.004	.115
Religião	-.116	.032	-.015	.074
Reinterpretação positiva	-.012	.246	.194	.263
Auto-culpabilização	-.222	-.381*	-.338*	-.338*
Aceitação	.059	.246	.289	.137
Expressão sentimentos	-.138	-.338*	-.284	-.287
Negação	-.148	-.391**	-.397**	-.266
Desinvestimento	-.309*	-.482**	-.446**	-.428**
Uso de substâncias	-.255	-.263	-.264	-.262
Humor	.126	.369*	.328*	.332*

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

4.3.2 – Associação entre variáveis nas subamostras

Da análise dos resultados da correlação entre as subescalas da satisfação sexual e do Cope nas participantes submetidas a mastectomia parcial (quadro 17), constatamos que existe uma associação estatisticamente significativa positiva de intensidade moderada apenas entre o domínio confiança e a subescala humor ($r=.417$; $p=.043$), ou seja, as utentes com maior confiança também apresentam mais estratégias de *coping* de humor e vice-versa.

Quadro 17: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas da Satisfação sexual e do Cope, na subamostra (participantes que realizaram mastectomia parcial) (N=43)

	Domínio do relacionamento sexual	Domínio confiança	Subescala autoestima	Subescala relacionamento geral
Utilizar suporte instrumental	.283	.136	.133	.154
Utilizar suporte social emocional	.129	-.015	-.086	-.010
Religião	-.234	-.375	-.385	-.235
Reinterpretação positiva	.086	.290	.276	.148
Auto-culpabilização	-.152	-.262	-.091	-.317
Aceitação	.246	.254	.385	.075
Expressão sentimentos	-.356	-.387	-.271	-.346
Negação	-.194	-.270	-.285	-.138
Desinvestimento	-.223	-.374	-.371	-.216
Uso de substâncias	---	---	---	---
Humor	.305	.417*	.353	.365

* $p<.05$

Por sua vez, da análise dos resultados da correlação entre as subescalas de satisfação sexual e do Cope nas participantes submetidas a mastectomia total (quadro 18), encontramos associações estatisticamente significativas negativas de intensidade moderada entre o domínio confiança e a subescala desinvestimento ($r=-.657$; $p=.00$), entre o domínio autoestima e as subescalas auto-culpabilização ($r=-.471$; $p=.04$), negação ($r=-.519$; $p=.02$) e desinvestimento ($r=-.614$; $p=.01$) e entre o domínio relacionamento geral e a subescala desinvestimento ($r=-.689$; $p=.00$). Estes resultados demonstram que as utentes submetidas a mastectomia total quando apresentam maior satisfação sexual, principalmente a nível da confiança, autoestima e relacionamento geral, apresentam menores estratégias negativas, como auto-culpabilização, negação e desinvestimento.

Quadro 18: Coeficientes de correlação de Spearman's Rho entre as subescalas da Satisfação sexual e do Cope, na subamostra (participantes que realizaram mastectomia total) (N=43)

	Domínio do relacionamento sexual	Domínio confiança	Subescala autoestima	Subescala relacionamento geral
Utilizar suporte instrumental	.175	.077	-.013	.135
Utilizar suporte social emocional	.172	.093	.010	.235
Religião	.072	.406	.393	.454
Reinterpretação positiva	-.118	.276	.233	.366
Auto-culpabilização	-.238	-.408	-.471*	-.350
Aceitação	-.173	.297	.285	.184
Expressão sentimentos	.172	-.321	-.396	-.085
Negação	-.061	-.437	-.519*	-.275
Desinvestimento	-.408	-.657**	-.614**	-.689**
Uso de substâncias	-.388	-.392	-.392	-.407
Humor	-.089	.355	.424	.230

**p<.01; *p<.05

4.4 – Variação dos resultados

Para finalizar a apresentação dos resultados desta dissertação, de forma a ir de encontro aos objetivos do nosso estudo, neste tópico é apresentada a variação das variáveis satisfação sexual e *coping* em função das variáveis sociodemográficas, nomeadamente da idade e da proveniência. Assim, para a análise destes resultados foi utilizado o teste *U Mann-Whitney*.

4.4.1 – Variação dos resultados em função da idade

4.4.1.1 – Satisfação sexual: variação com a idade

Os resultados da variação da satisfação sexual em função da idade (quadro 19) indicam que apenas existem diferenças significativas no domínio do relacionamento sexual ($Z=-2.01$; $p=.05$), sendo que as participantes mais novas apresentam maior satisfação a este nível do que as mais velhas. Nas restantes subescalas não se evidenciaram diferenças significativas em função da idade, nomeadamente ao nível do domínio confiança ($Z=-.81$; $p=.42$), da subescala autoestima ($Z=-.45$; $p=.65$), da

subescala relacionamento geral ($Z=-1.22$; $p=.22$) e do total de avaliação da satisfação sexual ($Z=-1.76$; $p=.08$).

Quadro 19: Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes mais novas e mais velhas) em relação à satisfação sexual (N=43)

	Mais novas (n=21)	Mais velhas (n=22)	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Domínio do Relacionamento sexual	25.93	18.25	-2.01	.05
Domínio Confiança	23.57	20.50	-.81	.42
Subescala Autoestima	22.88	21.16	-.45	.65
Subescala Relacionamento geral	24.33	19.77	-1.22	.22
Questionário Satisfação sexual	25.45	18.70	-1.76	.08

4.4.1.2 – *Coping*: variação com a idade

Da análise da variação dos resultados do Cope em função da idade (quadro 20), apenas constatamos diferenças significativas ao nível da dimensão religião ($Z=-1.99$; $p=.05$), as utentes mais velhas que apresentam scores mais elevados nesta estratégia de *coping*. Por sua vez, não foram evidenciadas diferenças significativas nas restantes dimensões do Cope, tendo em conta a idade, nomeadamente no suporte instrumental ($Z=-.664$; $p=.51$), suporte social emocional ($Z=-.123$; $p=.90$), reinterpretação positiva ($Z=-.633$; $p=.53$), auto-culpabilização ($Z=-.683$; $p=.50$), aceitação ($Z=-.151$; $p=.88$), expressão de sentimentos ($Z=-.125$; $p=.90$), negação ($Z=-.709$; $p=.48$), desinvestimento ($Z=-.405$; $p=.69$), uso de substâncias ($Z=-.977$; $p=.33$), humor ($Z=-.948$; $p=.34$) e total de Cope ($Z=-.183$; $p=.86$).

Quadro 20: Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes mais novas e mais velhas) em relação ao *coping* (N=43)

	Mastectomia parcial (n=24)	Mastectomia total (n=19)	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Utilizar suporte instrumental	23.24	20.82	-.664	.51
Utilizar suporte social emocional	21.76	22.23	-.123	.90
Religião	18.38	25.45	-1.99	.05
Reinterpretação positiva	23.21	20.84	-.633	.53
Auto-culpabilização	23.26	20.80	-.683	.50
Aceitação	21.71	22.27	-.151	.88
Expressão sentimentos	22.24	21.77	-.125	.90
Negação	20.64	23.30	-.709	.48
Desinvestimento	21.36	22.61	-.405	.69
Uso de substâncias	21.50	22.48	-.977	.33
Humor	23.83	20.25	-.948	.34
Total <i>COPE</i>	22.36	21.66	-.183	.86

4.4.2 – Variação dos resultados em função do meio de proveniência (rural/urbano)

4.4.2.1 – Satisfação sexual: variação com o meio de proveniência

A análise do quadro 21 permite-nos constatar que não existem variação dos resultados da satisfação sexual em função da proveniência das participantes (rural/urbano), nomeadamente nas dimensões relacionamento sexual ($Z=-.183$; $p=.86$) e confiança ($Z=-.611$; $p=.54$), nas subescalas autoestima ($Z=-.834$; $p=.40$) e relacionamento geral ($Z=-.250$; $p=.80$) e no total do questionário ($Z=-.134$; $p=.89$).

Quadro 21: Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes provenientes do meio rural e urbano) em relação à satisfação sexual (N=43)

	Mais novas (n=21)	Mais velhas (n=22)	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Domínio do Relacionamento sexual	22.36	21.66	-.183	.86
Domínio Confiança	20.81	23.14	-.611	.54
Subescala Autoestima	20.38	23.55	-.834	.40
Subescala Relacionamento geral	21.52	22.45	-.250	.80
Questionário Satisfação sexual	22.26	21.75	-.134	.89

4.4.2.2 – *Coping*: variação com o meio de proveniência

Da análise dos resultados da variação do *coping* em função da proveniência (rural/urbano) (quadro 22), não foram encontradas diferenças significativas entre as participantes, nomeadamente nas dimensões suporte instrumental ($Z=-1.46$; $p=.15$), suporte social emocional ($Z=-.715$; $p=.48$), religião ($Z=-.629$; $p=.53$); reinterpretação positiva ($Z=-.050$; $p=.96$), auto-culpabilização ($Z=-.180$; $p=.86$), aceitação ($Z=-.769$; $p=.44$), expressão de sentimentos ($Z=-1.06$; $p=.29$), negação ($Z=-.298$; $p=.77$), desinvestimento ($Z=-.764$, $p=.45$), uso de substâncias ($Z=-1.02$; $p=.31$), humor ($Z=-.529$; $p=.60$) e total do Cope ($Z=-.877$; $p=.38$).

Quadro 22: Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes provenientes do meio rural e urbano) em relação ao *coping* (N=43)

	Mastectomia parcial (n=24)	Mastectomia total (n=19)	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Utilizar suporte instrumental	19.29	24.59	-1.46	.15
Utilizar suporte social emocional	20.62	23.32	-.715	.48
Religião	23.14	20.91	-.629	.53
Reinterpretação positiva	22.10	21.91	-.050	.96
Auto-culpabilização	22.33	21.68	-.180	.86
Aceitação	23.45	20.61	-.769	.44
Expressão sentimentos	19.98	23.93	-1.06	.29
Negação	22.57	21.45	-.298	.77
Desinvestimento	20.79	23.16	-.764	.45
Uso de substâncias	22.52	21.50	-1.02	.31
Humor	20.98	22.98	-.529	.60
Total <i>COPE</i>	20.29	23.64	-.877	.38

5 - Discussão dos Resultados

De forma a poder dar resposta aos objetivos que orientam a nossa investigação, será feita uma discussão dos principais resultados encontrados no nosso estudo, tendo por base a revisão da literatura. Os resultados serão discutidos por ordem de apresentação dos mesmos no capítulo 4, de modo a facilitar a leitura e interpretação dos mesmos. Assim, começaram por ser apresentados e discutidos os resultados descritivos, seguindo-se a comparação dos grupos, tendo em conta o tipo de cirurgia, depois a associação das variáveis e, por fim, a variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas.

5.1 – Resultados descritivos

Da análise dos resultados descritivos compreendemos que as utentes demonstram resultados satisfatórios ao nível sexual, sendo que todos os domínios apresentam *scores* superiores à média da subescala. Estes resultados vão de encontro a alguns estudos realizados que evidenciam que a maioria dos casais apresentam um bom ajustamento conjugal após o diagnóstico de cancro, tendo alguns apresentado mesmo melhoramento na qualidade geral do relacionamento (Padua 2006; Sampaio, 2006). Na mesma ótica dos estudos anteriores, os valores mais elevados foram os do domínio do relacionamento em geral. Por sua vez, o resultado mais baixo, apesar de ainda ser superiores à média, foi no domínio do relacionamento sexual. Estes resultados vão de encontro, de uma forma geral, à literatura, sendo que a mastectomia se apresenta como uma cirurgia com grande impacto ao nível da imagem corporal e sexual das mulheres, tendo em conta que o seio da mulher é um símbolo de feminilidade e atratividade sexual, afetando e condicionando, por isso, o seu comportamento sexual (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010; Spencer, 1996). Assim, estudos apontam para o impacto das alterações corporais, relacionadas com a cirurgia, que afetam a autoestima, a qualidade de vida e a satisfação sexual (Bruges, 2007; Carver, 2005), sendo que a mulher passa, então, a sentir-se estranha, manifestando sentimentos de vergonha, embaraço, revelando dificuldade de se relacionar com o marido, sentindo-se sexualmente repulsiva, passando a evitar contatos sexuais (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Porém, temos que consideramos que apesar de os estudos demonstrarem o impacto negativo, em caso de cirurgia, na satisfação sexual, não

podemos descorar a importância da própria relação antes da doença. Assim, aquelas mulheres com bom relacionamento com o parceiro, tendem a continuar da mesma forma, mas aquelas em que o relacionamento não era bom, relatam piorar (Sampaio, 2006). Para além desta questão, existem poucas dúvidas de que a auto-imagem da mulher e o modo como esta percebe e vive a sua sexualidade condicionam o seu comportamento sexual (Pennery, Speechley & Rosenfield, 2010). Outros fatores podem interferir no ajustamento sexual, nomeadamente a depressão e certos estados emocionais, podendo causar inibição do desejo e resposta sexual (Seagel, 1995; Maluf, 2008). Assim, compreendemos que analisar os níveis de satisfação sexual após a mastectomia requer também a compreensão de um conjunto de outros fatores que se apresentam como importantes.

Relativamente aos resultados do questionário de *coping* constatamos que os domínios com resultados mais elevados são o da religião e o da aceitação e os menos elevados são o uso de substâncias, o desinvestimento, a auto-culpabilização e utilizar suporte instrumental. Assim, compreendemos que as participantes de uma forma geral utilizam estratégia de *coping* mais positivas e utilizam menos frequentemente estratégias de *coping* negativas. Vários estudos têm apontado a religiosidade como uma estratégia utilizada por mulheres com cancro de mama, para além de outras que não foram evidenciadas no nosso estudo, como o suporte social e a distração (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Veit & Castro, 2013). Ainda a propósito da espiritualidade/religião Sampaio (2006), refere que o facto de se acreditar num ser superior leva ao aumento na cura e na probabilidade de ocorrência de comportamentos compatíveis com o tratamento (Costa, 2010; Liberato & Macieira, 2008; Pereira, 2008). Acrescenta-se que o facto de as participantes deste estudo apresentarem estratégias de *coping* ativas e menos estratégias de evitamento e desespero/desamparo pode estar associado a uma resposta mais adaptada e um melhor prognóstico da doença (Bland & Copelend, 1994; Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996; Hampton & Frombach, 2000; Watson & Greer, 1998; Watson *et al.*, 1999). Para além disso, constatamos que as participantes da nossa amostra não evidenciam resultados elevados ao nível da resposta de negação, sendo que os estudos defendem que esta resposta parece diminuir com o tempo (Patrão *et al.*, 2008), passando a prevalecer estratégias de *coping* de aceitação, como constatado no nosso estudo. O período de ajustamento da mulher é variável, mas Webb & Koch (1997) referem-se ao facto da literatura apontar que a adaptação das mulheres com cancro da mama se observa um ano após o diagnóstico, depois da crise

inicial ter passado. Para além disso, no cancro da mama, as investigações evidenciam o desamparo/desespero, o evitamento (Schou, 2005) como estilos de *coping* menos ativos relacionados com uma resposta mal adaptada e pior prognóstico da doença (Watson & Greer, 1998; Costa & Patrão, 2009). Assim, enquanto os estilos de *coping* mais ativos estão associados a uma resposta mais adaptada e a um melhor prognóstico da doença, por outro lado, estilos menos ativos são preditores de um prognóstico menos favorável (Friedman *et al.*, 2006; Lechner, 2006). No entanto, existem poucas evidências que apoiam a noção de um padrão global de resposta a acontecimentos traumáticos, com vários estágios de resposta emocional (Weingarten, 2005). Algumas mulheres revelam que o que mais as ajudou a vencerem os seus medos foi regressarem ao trabalho, serem positivas e terem o apoio e informação dada pela equipe de saúde (Burgess *et al.*, 2007).

5.2 – Comparação dos grupos: mastectomia parcial e total/radical

Quando analisamos as diferenças entre as participantes submetidas a mastectomia parcial e total não encontramos diferenças significativas ao nível da satisfação sexual, em nenhuma das subescalas. Apesar disso, os estudos nesta área tem demonstrado diferenças entre mulheres que são submetidas a estes dois tipos de mastectomia, uma vez que o facto de a mulher ser submetida a uma mastectomia parece ter mais impacto ao nível do relacionamento sexual, imagem corporal e autoestima e aquelas que passam por uma cirurgia parcial parecem apresentar maior satisfação com o seu corpo (Almeida, 2007; Mock, 1993; Miguel, Marques & Tosi, 2009). Isto porque a perda de uma parte do corpo que está intrinsecamente relacionada com a identidade feminina resulta numa alteração da imagem corporal e autoconceito. Os estudos publicados têm demonstrado que a conservação do seio da mulher parece preservar a sua imagem e integridade corporal e sentimentos de atratividade sexual (Almeida, 2007; Maluf, 2008). Num estudo comparativo, Mock (1993) avaliou quatro grupos de mulheres que receberam diferentes tratamentos para o cancro da mama: mastectomia, mastectomia com reconstrução da mama (imediate ou diferida) e cirurgia conservadora da mama. A comparação entre grupos indica que as pacientes que realizaram uma cirurgia de conservação referem maior satisfação com o seu corpo do que aquelas que foram tratadas, quer com mastectomia, quer com mastectomia seguida de reconstrução imediata, existindo uma associação positiva entre as medidas da imagem corporal e de autoconceito.

Por sua vez, no que respeita às dimensões do Cope apuramos diferenças significativas apenas ao nível da expressão de sentimentos, sendo que as utentes submetidas a mastectomia parcial apresentam scores mais elevados nesta dimensão. Não encontramos dados na literatura que sustentem os nossos resultados, porém compreendemos que as mulheres submetidas a mastectomia parcial apresentam mais expressão de sentimentos de aborrecimento que as que foram submetidas a mastectomia total, tendo em conta os resultados apurados.

5.3 – Associação entre as variáveis

Da análise das associações entre as variáveis satisfação sexual e *coping*, na amostra em geral, constatamos que quanto mais elevada a confiança, a auto-estima e o relacionamento em geral mais elevada a subescala humor do *coping*. Isto indica que as utentes que apresentam uma elevada satisfação sexual no geral parecem utilizar estratégias de enfrentamento focadas no humor. Por sua vez, quanto maior a satisfação com o relacionamento sexual menor o desinvestimento, quanto maior o domínio confiança da satisfação sexual menor a utilização das estratégias auto-culpabilização, expressão de sentimentos, negação e desinvestimento, quanto maior a autoestima menor a auto-culpabilização, a negação e o desinvestimento e quanto maior a satisfação com o relacionamento em geral menor a auto-culpabilização e o desinvestimento. Assim, compreendemos que, no geral, quando maior a satisfação sexual menos estratégias de negação, culpa e desinvestimento as participantes apresentam. Estes resultados parecem ir de encontro aquilo que foi referido anteriormente, ou seja o facto de as utentes apresentarem menos estratégias de evitamento e desespero/desamparo evidencia que estas apresentam uma resposta mais adaptada, maior satisfação (Friedman *et al.*, 2006; Hamptom & Frombach, 2000; Lechner, 2006; Schou, 2005; Canavarro, 2009), tal como constatamos através destas associações.

Quando analisamos as associações entre as mesmas variáveis tendo em conta as participantes que foram submetidas a mastectomia parcial e total, constatamos que nas primeiras há uma associação entre maior confiança e humor, sendo que quanto mais confiança mais estratégias de humor apresenta. Por sua vez, nas utentes que foram submetidas a mastectomia total apuramos associações negativas entre confiança e desinvestimento, entre autoestima e auto-culpabilização, negação e desinvestimento e entre o relacionamento em geral e desinvestimento. Assim, quanto mais elevada a

confiança, autoestima e relacionamento em geral menores as estratégias de negação, desinvestimento e culpabilização e vice-versa. Estes resultados evidenciam, mais uma vez, que o tipo de estratégias de *coping* utilizadas parecem estar mais relacionados com a adaptação da pessoa à situação de cancro e de cirurgia e não parece haver um padrão estabelecido de estratégias visíveis em pessoas com esta doença (Weingarten, 2005; Costa, Jiménez & Pais Ribeiro, 2010).

5.4 – Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas

Por fim, ao nível da variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas apenas encontramos diferenças significativas entre as mulheres mais novas e mais velhas ao nível da satisfação sexual e da estratégia de *coping* “religião”. Assim, no que respeita ao questionário de satisfação sexual foram encontradas diferenças no domínio do relacionamento sexual, sendo que as participantes mais novas apresentam maior satisfação a este nível do que as mais velhas. Estes resultados parecem ir contra a literatura. Rebelo e colaboradores (2007), constataram que, de uma forma geral, as mulheres mais jovens tinham mais preocupações a nível sexual e a nível conjugal, do que as menos jovens, o que vem de encontro às pesquisas realizadas por Schover (1994), as quais demonstram que as mulheres mais novas com cancro da mama apresentam níveis mais elevados de angústia. Esta contradição entre os resultados encontrados e os dados da literatura podem estar relacionados com a própria recolha da amostra, uma vez que é reduzida e até mesmo com as próprias características das mulheres inquiridas. Assim, mulheres idosas podem sentir um sofrimento idêntico, mas terem maior dificuldade em expressar estes problemas (Goin & Goin, 1981; Almeida, 2007). Para além disso, encontramos diferenças significativas tendo em conta a idade na dimensão religião, sendo que as utentes mais velhas apresentam resultados mais elevados nesta estratégia de *coping*. Estes resultados parecem estar relacionados com o facto de as pessoas mais velhas terem maior crença na religião e espiritualidade e, por este facto, utilizarem mais esta estratégia para lidar com a doença (Veit & Castro, 2013; Costa, 2010; Liberato & Macieira, 2008; Pereira, 2008).

Ao nível da variação dos resultados em função da proveniência não foram encontradas nenhuma conclusões. Deste modo, não constatamos diferenças significativas entre as mulheres que vivem em meio rural e as que vivem em meio urbano nem ao nível da satisfação sexual nem das estratégias de *coping*. Assim, o

contexto de proveniência não parece ser uma variável que influencia estas doentes. Do mesmo modo, não constatamos evidências na literatura relativamente à variação da satisfação sexual e do *coping* em função da proveniência. Estes resultados podem também ter sido condicionados pelo facto da nossa amostra não ser elevada.

6 – Conclusão, limitações do estudo e implicações futuras

Os resultados obtidos neste estudo são, na maior parte, concordantes com a literatura. Ao longo desta dissertação tentamos compreender inicialmente a vivência de mulheres mastectomizadas, sobretudo ao nível da satisfação sexual e das estratégias de *coping* utilizadas pelas mesmas. De uma forma geral, consideramos ter cumprido os objetivos a que nos propusemos. Neste momento, será feita uma breve apresentação dos principais resultados da nossa investigação, mediante os objetivos da mesma.

Assim, as principais conclusões a salientar desse estudo prendem-se com o facto de as participantes apresentarem satisfação ao nível sexual, de confiança, autoestima e relacionamento em geral e se focarem sobretudo em estratégias de *coping* ativas, como a aceitação e religião, sendo as menos apresentadas as estratégias de auto-culpabilização, desinvestimento e uso de substâncias.

Para além disso, é importante referirmos que não foram encontradas diferenças significativas entre as mulheres submetidas a mastectomia parcial e total na maior parte das subescalas. Apenas encontramos diferenças na subescala expressão de sentimentos.

Relativamente à associação das variáveis, constatamos, de uma forma geral, que quanto mais elevados os níveis de satisfação sexual, confiança, auto estima e relacionamento geral, menos estratégias de *coping* de negação, desinvestimento e auto-culpabilização são utilizadas e maiores os resultados ao nível do humor. Estes resultados indicam que o facto de utilizarem estratégias mais ativas indica uma melhor adaptação à doença. Por fim, constatamos que as mulheres mais novas apresentam maior satisfação sexual e as mais velhas maiores resultados ao nível da religião.

No final deste estudo, tendo presente o aumento desta doença e impacto da mesma na vida das pessoas, salientamos sobretudo a importância de conhecer e compreender a forma como estas mulheres vivenciam o processo do cancro e da mastectomização, de forma a compreender quais as variáveis que parecem influenciar mais a mulher e este processo, para podermos delinear intervenções cada vez mais

eficazes. Por isso, esta dissertação apresenta-se como um pequeno contributo para uma melhor compreensão da problemática em questão, ao nível da psicologia.

Neste ponto torna-se também fundamental debruçar-nos sobre as limitações com que nos deparamos ao longo deste trabalho. Assim, inicialmente salienta-se o facto de a nossa amostra não ser representativa da população, o que não nos permite fazer a generalização dos resultados, para estudos futuros. Para além disso, esta é uma amostra de conveniência e apenas representativa de uma determinada região. Acrescenta-se ainda as qualidades psicométricas dos instrumentos em estudo, tendo de ser retiradas dimensões devido à sua baixa consistência interna, o que não nos permitiu uma análise mais detalhada de todas as estratégias de *coping*. Por fim, outro dos fatores que pode ter limitado a investigação foi o facto de os instrumentos serem de auto-relato e ainda de a investigação decorrer apenas num momento.

Estudos futuros devem incidir cada vez mais sobre estas variáveis e também sobre a eficácia dos programas de intervenção de forma a podermos compreender como podem ser mais eficazes, tendo por base a qualidade de vida destes doentes. Deste modo, temos consciência que esta temática não fica, nem pode ficar, por aqui, sendo um ponto de partida também para outras abordagens em Psicologia.

Referências Bibliográficas

- Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em mudança: percursos e dinâmicas da vida a dois*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais,
- Alarcao, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares*. 3.^a ed. Coimbra: Quarteto Editora,
- Almeida, R.A. (2007). *Impacto da mastectomia da vida da mulher*. Porto Editora.
- Araújo M., & Fernandes F.(2008). O significado do diagnóstico de câncer de mama para a mulher. *Esc Anna Nery Rev Enfem*,12 (4), 664-71.
- Al-Brahim N., & Elavathil J. (2005) *Metastatic breast lobular carcinoma to tamoxifen-associated endometrial polyp: case report and literature review*. *Annals Diagn Pathol*.
- AJCC (2010). *Cancer Staging Handbook*. Seventh edit. Springer.
- ARS, d. C. (2006). Plano de Acção 2006-2008 Retrieved 09/03/013, 2013, <http://www.arsc.online.pt/>
- American Cancer Society (2006). *Cancer facts and figures 2006*. Atlanta, GA: ACS
- American Cancer Society (2007). *Cancer facts and figures 2006*. Atlanta, GA: ACS
- American Cancer Society (2010). *Breast cancer can be prevented. Study: All ages of at risk women helped by breast cancer drug*. Breast Cancer Network.
- American Cancer Society, Inc. *Cancer Statistics 2008 Presentation* [citado em: 20 de fevereiro de 2008].
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Alberts, B. et al (2010). *Biologia Molecular da Célula*. 5^a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: A comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 327-334
- Aura Maria de Moraes Vaz (2012). *Descoberta e desenvolvimento de inibidores da 17β-HSD-1 potencialmente úteis no tratamento do cancro da mama*. Tese de mestrado em Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior.
- Aureliano, W.A. (2007). Corpo, saúde e trabalho: (re)pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. *Prática & Trabalho*, 26, 105-123.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5^a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Baum, M., Schipper, & Harvey. (2005). *Breast Cancer: Fast Facts*.

- Bergh, J., Jönsson, P., Glimelius, B., & Nygren, P. (2007). A Systematic Overview of Chemotherapy Effects in Breast Cancer. *Acta Oncologica*, 40 (2), 253-281
- Bervian, P.I., & Girardon-Perlini, N.M.O. (2006). A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52 (2), 121-128.
- Bovbjerg, D., & Valdimarsdottir, H. (2006). Psychoneuroimmunology: implications for psycho-oncology. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology*. (pp. 125-134). New York: Oxford University
- Barros N. *Satisfação sexual e imagem corporal em mulheres com cancro da mama* [dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta; 2008.
- Bruges, M. (2007). *Mastectomia e autoconceito*. Loures: Lusociencia.
- Burges, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-706.
- Brunner & Suddarth (2008). *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. (6ª ed.) Volume 2. Guanabara Koogan.
- Carvalho, V., Franco, M., Kovacs, M., Liberato, M., Macieira, R. et al (2008). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Carver, S. C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of woman with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2) 375-389.
- Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S & Derhagopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predicts psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24, (5), 508-516.
- Clement, M. (2009). *Estadio del gânglio sentinela en el cancer de mama*. Tese de Doutoramento não publicada em Odontologia, apresentada à Universidade de Valencia.
- Colditz, G. (2004). Risk factors for breast cancer according to estrogen and progesterone receptor status. *Journal of the National Cancer Institute*, 96 (3), 218-228.
- Coleman, M., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J.-M., Angelis, R. D., Capocaccia, R., et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study. *The Lancet Oncology*, 9, 730-756.

- Costa, L. (2005). *O cancro também pode morrer*. Colecção Compreender a Doença. Porto: Âmbar
- Costa, A., & Patrão, I. (2009). “Mamas de Cristal”: sexualidade e imagem corporal em mulheres mastectomizadas. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (p.1214). Faro: Universidade do Algarve.
- Costa, S. (2010). *Implicaciones del apoyo social en el estrés y el afrontamiento en la enfermedad de cáncer de mama*. Trabajo de Grado en Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Salamanca: Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.
- Costa, S., Jiménez, F., & Pais-Ribeiro, J.L. (2010). Sexuality while dimension of a quality of live in illness breast cancer. *European Journal of sexology and sexual health*, 19 (1), 130.
- Costa, S., Jiménez, F., & Pais-Ribeiro, J.L. (2012). Depois do cancro de mama: Acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, saúde & doenças*, 2012, 13 (2), 238 – 251.
- Cunha, C. G. (2004). *Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada*. Monografia Especialização Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará.
- Damásio, A. (2003). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a neurobiologia da consciência*: Publicações Europa-América.
- Direcção Geral da Saúde (2009). *Risco de morrer em Portugal*. Estatísticas, Volume II. Lisboa: DGS
- Dixon, J. M. (2009). *ABC of Breast Disease* (3º ed.): Blackwell Publishing Ltd.
- Edge, S. B., Byrd, D. R., Compton, C. C., Fritz, A. G., Greene, F. L., & Trotti, A. (2010). *AJCC Cancer Staging Handbook, 7th edition*. AJCC Cancer Staging Manual.
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamentos em Mulheres com Cancro na Mama: O papel do estado emocional, das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Braga.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2002). *Cancer-prone Personality, Type C*. In N. Smelser & P. Baltes (eds), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp.1439-1443) Oxford: Pergamon

- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2006). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of oncology*, 18, (3),581-592.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*, 18 (3), 581-592.
- Frutuoso, J.(2010). *Estudo de HER2 em carcinomas da mama*. Dissertação de mestrado em biologia molecular e celular. Universidade de Aveiro.
- GLOBOCAN (2008). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.
- Grossarth-Maticcek, R., Bastiaans, J., & Kanazir, D. (1985). Psychological factors as strong predictors of mortality from cancer, ischemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176
- Guembarovski, R. (2008). Câncer: uma doença genética. *Genética na Escola, Ribeirão Preto*, 3 (1), 4-7.
- Guzmán, R.C., & Bermúdez, J.A. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 19, 21-32.
- Hartmann, L. C., Sellers, T. A., Frost, M. H., Lingle, W. L., Degnim, A. C., Ghosh, K., & Visscher, D. W. (2005). Benign breast disease and the risk of breast cancer. *North Engl J Med*, 353 (3), 229-237.
- Hayes, D. M. (1995). *Principles of Systemic Therapy*. In Hayes, D. M. Atlas of Breast Cancer. Published by Mosby-Wolfe.
- Hewitt, M., Herdaman, R., & Holland, J. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: The National Academies Press.
- Hoffmann, F. S., Muller, M.C., Frasson (2009). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Revista: Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 7(2) 06.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological cure of the patient with cancer*. Oxford University Press: New York.
- Honrado, E., et al. (2006). Histopathology of BRCA1- and BRCA2-associated breastcancer. *Crit Rev Oncol Hematol*, 59 (1) 27-39.

- Jemal, A., Siegel, R., *et al* (2010). Cancer Statistics 2010. *CA Cancer J Clin*, 60, 277-300.
- Jensen, A., Naik, A., Pommier, R., Vetto, J., & Troxell, M.. (2010). Factors influencing accuracy of axillary sentinel lymph node frozen section for breast cancer. *The American Journal of Surgery*, 199(5), 629-635.
- Kadmon, I., Ganz, F., Rom M., & Wruble, W. (2008) Social marital and sexualadjustment of israeli men whose wives were diagnosed with breast cancer.*Oncology Nursing Forum*. 35, 131-135.
- Kelsey, J. L. & Horm-Ross, P. L. (1993). Breast Cancer: Magnitude of the Problem andDescriptive Epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 15, 7-16.
- Kneece, J. (2005). *Your breast cancer treatment handbook: your guide to understanding the disease, treatments, emotions and recovery from breast cancer*. 6th Edition.Charleston: EduCare.
- Kneece, J. (2005). *Your breast cancer treatment handbook: your guide to understanding the disease, treatments, emotions and recovery from breast cancer*. 6th Edition. Charleston: EduCare.
- Lechner, S, Antoni, M., Carver, C, Weaver, K., & Phillips, K. (2006). CurvilinearAssociations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, (5), 828-840
- Lipworth, L, *et al*. (2010). History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: areview of the epidemiologic literature. *J Natl Cancer Inst*, 92, 302-312.
- Lim, J. (1995). Sexuality of woman after mastectomy. *Annals of the Academy of Medicine* (Singapura), 25 (5), 660-662.
- Livneh, H., & Parker R. (2005). Psychological Adaptation to Disability:Perspectives From Chaos and Complexity Theory. *Rehabilitation Counseling.Bulletin Washington*, 49, 17-28.
- Lorincz, A.M., & Sukumar, S. (2006). Molecular links between obesity and breast cancer.*Endocr Relat Cancer*, 13, 279-292.
- Lotti, R., Barra, A., Dias, R. & Makluf, A. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-37.
- McCray, N. (2000). *Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida.Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. «Cuidar»: ética e práticas*. Prefácio à edição portuguesa de Dulce Cabete. Lusociência.

- Maluf, M. F. (2006). *Mastectomia radical e sexualidade feminina*. São Paulo: Livraria Médica Paulista.
- Melo, E., Araújo, T.L., Oliveira, T., & Almeida, D. (2005). Mulher mastectomizada em tratamento quimioterapêutico: Um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48, 21-28.
- Marchetti, P., Di Rocco, C. Z., Ricevuto, E., Bisegna, R., Cianci, G., Calista, F., Ficorella, C. (2004). Reducing breast cancer incidence in familial breast cancer: overlooking the present panorama. *Ann Oncol*, 15, I27-I34.
- Miranda, A. (1994). Rastreio do cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12 (3), 57-60.
- Mukherjee S.,(2010). *The Emperor of All Maladies: Biography of cancer*. Denver Post.
- Mukherjee, S.(2012). *O imperador de todos os males-Uma biografia do cancro*.Edições Bertrand.
- Newman, E. A., & Sabel, M. S. (2007). Noninvasive Breast Cancer. *Essentials of Surgical Oncology. Surgical Foundations*. 8, 97-109.
- Nielsen, N., & Gronbaek, M. (2006). Stress and breast cancer: A systematic update on the current knowledge. *Nature Clinical Practice Oncology*, 3, (11), 612-620.
- O'Anderson, B., Shyyan, R., Eniu, A. E., Smith, R. A., Yip, C.-H., Bese, N. S., & Carlson, R. W. (2007). El Cancer de mama en los países con recursos limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de Mama. *The Breast Journal*, 13 (1), 1 - 15.
- Ogden, Joy. (2004). *Compreender o cancro da mama*. 1ª Edição. Lisboa:Climepsi.
- Pádua, E.A. (2006). *Câncer de mama não impede a prática sexual*. São Paulo.
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12,183-193.
- Passos Coelho, J. L. (2006). *Carcinoma da Mama*. In Ponce P. (coord), Manual de Terapêutica Médica. Lisboa: Lidel, edições técnicas.
- Patrao, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1). *Orgão Oficial da Sociedade Portuguesa da Psicologia da Saúde*, 53-73.
- Patrão, I. Maroco, J., & Leal, I. (2007). Psychosocial adjustment to breast cancer diagnosis inportuguese women. (Submitted)

- Patrão, I. (2008). *O Ciclo Psico-oncológico do cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: ISPA.
- Patrao, I., & Moura, M. (2012). *O amor dentro do meu peito. Viver com cancro de mama a mulher e a família*. Editorial Planeta.
- Patrão, I., Leal, I. & Maroco J. (2012). Structural equation modeling: a study of the impact of the breast cancer psychosocial pathway (diagnosis, surgery and treatment). *Psychology, Community & Health*, 2012, 1 (1), 33-55.
- Parkin, D.M., et al., (2011). The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Summary and conclusions. Br J Cancer* 2011.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2006). *As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress*. In Stress Pós-Traumático – modelos, abordagens & práticas. Leiria: Editorial Diferença.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O doente Oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Portal de Oncologia Português, [Internet]. Portugal: 2012. Disponível a partir de: <http://www.pop.eu.com/>
- Pischon, T., et al. (2008). Obesity and cancer. *Proc Nutr Soc*, 67, 128-145.
- Pollock, R. (2006). *Manual de Oncologia Clínica*. 8ª ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Pollock, R. (2006). *Manual de Oncologia Clínica da UICC* (8ª Edição ed.). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Portal de Oncologia Português, [Internet]. Portugal: 2012. Disponível a partir de: <http://www.pop.eu.com/>
- Pruthi S., Lindor N., (2010). Identification and Management of Women With BRCA Mutations or Hereditary Predisposition for Breast and Ovarian Cancer. *Mayo Clin Proc*. 85, 1111-20
- Ray, M.; Sabel, (2007). Principles of Radiation Therapy. *Essentials of Surgical Foundations*. 6, 65-79.
- Razavi, D.; Delvaux, N. e colaboradores. (2002). *Psycho-oncologie: Le cancer, le malade et sa famille*. 2ª édition. Masson: Paris.
- Ribeiro, José (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. 1ª Edição. Coleção Psicologias. Série psicologia e saúde.

- Ramos, A.S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro da mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Ricks, D.M.S.(ed) (2005). *Breast Cancer Basics and Beyond*. Alameda CA: HunterHouse Publishers.
- Rocha, Sara Duarte. (2007). *O Coping e o Ajustamento Psicossocial nos Doentes Onco-Hematológicos. Projecto Sócio-Profissional e Memória Final II*. Licenciatura em Psicologia. Instituto Piaget de Viseu.
- Roche , L. (2010). *Cancro da Mama HER2+: O que é o HER2?*, Roche Farmacêutica Química, L.
- Rowland, J.; Massie, J..(1998). *Breast Cancer*. Psycho-oncology.
- Ross, J. S., Slodkowska, E. A., Symmans, W. F., Pusztai, L., Ravdin, P. M. & Hortobagyi, G. N. (2009). The HER-2 Receptor and Breast Cancer: Ten Years of Targeted Anti-HER-2. *Therapy and Personalized Medicine. The Oncologist* 14, 320-368.
- Sabbi, R.(1999). *Salvando a sua mama: informações para as mulheres*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Sabel, M. (2007). Principles of Surgical Therapy. *Essentials of SURGICALONCOLOGY. Surgical Foundations*. 4, 39-52.
- Sampaio, A.C.P. (2006). *Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia*. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Campinas.
- Schreiber,S. (2012). *Anticâncer .Prevenir e vencer usando as nossas defesas naturais*. Editora:Objetiva.
- Schwartzmann, G. e col., (1991). *Oncologia Clínica: princípios e prática*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Schou, I., Ekeberg, O., & Ruland, C. (2005). The mediating role of appraisal and coping inthe relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718-727.
- Segal, S. (1995). *Mastectomia: mantendo sua qualidade de vida após câncer de mama*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Shaughnessy, E. (2007). Invasive Breast Cancer. *Essentials of SURGICAL ONCOLOGY. Surgical Foundations*, 9, 111-135. Séries editor: Larry Kaiser.

- Singletery, S.E., Allred, C., Ashley, P., Basset, L.W., Berry, D., Bland, K.I., Borgen, P.I., Clark, G.I., Edge, S.B., Hayes, D.F., Hughes, L.L., Hutter, R.V.P., Morrow, M., Page, D.L., Recht, A., Theriault, R.L., Thor, A., Weaver, D.L., Wieand, H.S., & Greene, F.L. (2003). Staging system for breast cancer: revisions for the 6th edition of AJCC *Cancer Staging Manual. Surgical Clinics of North America*. 83, 803-819.
- Sobin, L., Gospodarowicz, M., & Wittekind, C. (2009). TNM Classification of Malignant Tumours. *UICC International Union Against Cancer*.
- Stanton, A., Revensin, T., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 565-592.
- Stanton, A. (2010). *Positive consequences of the experience of cancer: perceptions of growth*. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press.
- Talhaferro B., Lemos S., & Oliveira E. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*. 14 (1), 17-22.
- Taylor, K.L., Lamdan, R.M., Siegel, J.E., Shelby, R., Hrywna, M., & Moran-Klimi, K. (2005). Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African American breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 505-517.
- Tosello (2007). *Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer*. Ed: Jama.
- Tworoger, SS., et al. (2007). A prospective study of plasma prolactin concentrations and risk of premenopausal and postmenopausal breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 25, 1482-1498.
- Tyczynski, J. E., Plesko, I., Aareleid, T., Primic-Zakelj, M., Dalmas, M., Kurtinaitis, J., Parkin, D. M. (2004). Breast cancer mortality patterns and time trends in 10 new EU member states: mortality declining in young women, but still increasing in the elderly. *Int Journal Cancer*, 112 (6), 1056-1064.
- Wade, T. Nehmy, T., & Koczwara, B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 14, 503-509.
- Weingarten, K. (2005). Cancer, meaning making, and hope: The treatment dedication project. *Families, Systems & Health*, 23, (2), 155-160.
- WHO, (2010). World Cancer Research Fund American Institute for Cancer Research. *Global Perspective, Vol. Cancer*, pp. 289:295.

- Wunsch, V., & Moncau, J. (2002). Mortalidade por câncer no Brasil: padrões regionais e tendências temporais. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*
- Veit, C., & Castro, E., (2013). *Coping* religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura: *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 1- 22.
- Veronesi, U., Galimberti, V., Mariani, L., Gatti, G., Paganelli, G., Viale, G., Zurrada, S., Veronesi, P., Intra, M., Gennari, R., Vento, A.R., Luini, A., Tullii, M., Bassani, G., & Rotmensz, N. (2005). Sentinel node biopsy in breast cancer: early results in 953 patients with negative sentinel node biopsy and no axillary dissection. *European Journal of Cancer*, 41, 231-237.
- Veronesi, U., *et al.* (2005). Avoiding axillary dissection in breast cancer surgery: a randomized trial to assess the role of axillary radiotherapy. *Ann Oncol.*
- Vicente, Sandra; Marques, Reis. (2003). Resposta Psicológica no Carcinoma da Mama. *Psiquiatria Clínica*. 24 (1), 27-34.
- Zhu, H., *et al.* (2012), Oral contraceptive use and risk of breast cancer: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 17 (6), 402-414.

ANEXOS

**ANEXO 1- Pedido de autorização à comissão ética do Hospital para realização de
investigação**

De: Andre Leite Gonçalves

Mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade Católica – Braga

Ao Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Braga –

Assunto: Pedido de autorização para a realização de uma investigação no Serviço de Oncologia do Hospital de Braga, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde

No âmbito da Dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Católica de Braga, venho por este meio solicitar a autorização do Exmo. Director deste Hospital para neste contexto efectuar uma investigação na Unidade de Oncologia. O tema da Dissertação é “Satisfação sexual e coping em mulheres mastectomizadas” . A investigação tem a orientação da Exma. Senhora Prof. Doutora Ana Cláudia Fernandes da Universidade Católica de Braga. O objectivo principal da investigação consiste em avaliar a satisfação sexual e as estratégias de coping adoptadas no contexto de internamento em doentes pós-mastectomia. A amostra será de sessenta .

A participação na investigação será voluntária com consentimento informado, respeitando-se igualmente o princípio da confidencialidade ao longo de todo o processo.

Agradecendo a atenção de V. Ex.a. para este assunto,

Subscrevo-me atenciosamente,

(André Leite Gonçalves)

**ANEXO 2- Parecer favorável para realização da Investigação por parte do
Hospital**



Aline Cabral De Vasconcelos <Aline.Vasconcelos@hospitaldebraga.pt>
para mim, Rui ▾

15/03 ★



Bom dia,

Incumbe-me a Comissão Executiva e a Comissão de Ética deste Hospital de o informar que os estudos mencionados de seguida foram autorizados:

- "A Satisfação Sexual e Coping em Mulheres Mastectomizadas"
- "Qualidade de Vida e Coping em Mulheres Mastectomizadas"
- "Morbilidade Psicológica e Coping em Mulheres Mastectomizadas"

Necessito que me informe do início e fim dos projectos para que estes possam ser devidamente registados.

Ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Melhores Cumprimentos



Aline Vasconcelos

Gestão Operacional do Centro Clínico Académico

Hospital Braga

Sete Fontes - S. Victor 4710-243 Braga

Tel.: 351 253 027 249 Ext.: 10283

Tlm.: 915 303 511

www.ccabraga.org

ANEXO 3- Declaração de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO

O presente estudo de investigação que tem por objetivo avaliar a satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e perceber a forma como lidam com esta. Para atender a este objetivo, é necessário a realização de várias entrevistas.

As respostas são anónimas e confidenciais não trazendo qualquer prejuízo ou benefício para si. As perguntas estão relacionadas com vários aspetos da sua saúde e tem o direito de não responder.

Autorização

Eu, _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado as entrevistas proposta pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 201__

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do investigador: _____

ANEXO 4- Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Adaptado de Teresa McIntyre, José Luís Gouveia, Vera Soares, Graça Pereira, 2001

Agradecemos que responda às questões que se seguem com a máxima precisão e sinceridade. Não existem respostas certas ou erradas. Nas questões com mais de uma hipótese de resposta, coloque uma cruz na que se aplica a si. As suas respostas são confidenciais, sendo apenas utilizadas pelos autores para fins de investigação.

Data: _____

Número: _____

Idade: _____

1. Estado civil:

- | | |
|------------|--------------------------|
| Solteira | <input type="checkbox"/> |
| Casada | <input type="checkbox"/> |
| Divorciada | <input type="checkbox"/> |
| Viúva | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |

2. Habilitações literárias:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Ensino primário incompleto | <input type="checkbox"/> |
| Ensino primário completo | <input type="checkbox"/> |
| 1º ciclo | <input type="checkbox"/> |
| 2º ciclo | <input type="checkbox"/> |
| 3º ciclo | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Superior | <input type="checkbox"/> |

3. Trabalha atualmente

Sim Não

4. Área de residência:

Rural Urbana

5. Estatuto profissional atual:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Profissionalmente ativa | <input type="checkbox"/> |
| Desempregada | <input type="checkbox"/> |
| Reformada | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |

6. Composição do agregado familiar:

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Sozinha | <input type="checkbox"/> |
| Casal | <input type="checkbox"/> |
| Casal e filhos | <input type="checkbox"/> |
| Com os pais | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |

7. Tem filhos?

Sim Não

Se respondeu sim, indique: o número de filhos _____

ANEXO 5- Questionário Clínico

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Agradecemos que responda às questões que se seguem com a máxima precisão e sinceridade. Não existem respostas certas ou erradas. Nas questões com mais de uma hipótese de resposta, coloque uma cruz na que se aplica a si. As suas respostas são confidenciais, sendo apenas utilizadas pelos autores para fins de investigação.

1. Data da cirurgia _____

2. Estádio da doença

- | | |
|--------------|--------------------------|
| Estádio I | <input type="checkbox"/> |
| Estádio IIA | <input type="checkbox"/> |
| Estádio IIB | <input type="checkbox"/> |
| Estádio IIIA | <input type="checkbox"/> |
| Estádio IIIB | <input type="checkbox"/> |
| Estádio IV | <input type="checkbox"/> |

3. Tratamento anterior pré-mastectomia

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> |
| Radioterapia | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia e radioterapia | <input type="checkbox"/> |
| Não se aplica | <input type="checkbox"/> |

4. Tipo de mastectomia

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Mastectomia parcial | <input type="checkbox"/> |
| Mastectomia radical modificada | <input type="checkbox"/> |
| Mastectomia total ou simples | <input type="checkbox"/> |

5. Tipo de tratamento após a mastectomia

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> |
| Radioterapia | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia e radioterapia | <input type="checkbox"/> |
| Não se aplica | <input type="checkbox"/> |

ANEXO 6- Questionário Satisfação Relacionamento Sexual

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O RELACIONAMENTO SEXUAL:

De seguida são apresentadas algumas afirmações às quais pedimos que responda consoante a sua opinião, assinalando-a com uma cruz no quadrado que melhor a expressar.

Durante as últimas quatro semanas:

	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos de metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Muitas vezes (mais de metade do tempo)	Quase sempre ou sempre
1- Senti-me à vontade ao iniciar relações sexuais com o meu companheiro.					
2- Senti-me confiante de estar suficientemente excitada durante a relação sexual.					
3- Fiquei satisfeita com o meu desempenho sexual.					
4- Senti que o sexo pode ser espontâneo.					
5- Senti-me apta a iniciar relações sexuais.					
6- Senti-me confiante no desempenho sexual.					
7- Senti-me satisfeita com a nossa vida sexual.					
8- Tenho tido boa auto-estima.					
9- Senti-me uma mulher completa.					
10- Senti-me muitas vezes falhada.					
11- Senti-me confiante.					
12- O meu companheiro mostrou-se satisfeito com a nossa relação em geral.					
13- Eu estou satisfeita com a nossa relação em geral.					

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 7- Brief COPE

BRIEF-COPE

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress neste processo de intervenção com as famílias. Há muitas maneiras de lidar com o stress/situações de dificuldade e estes itens questionam o que faz para lidar com essas situações desde que começou intervenção. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as situações de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tentou lidar com a situação. Queremos saber em que extensão fez aquilo que o item diz, quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido mais eficaz na altura, mas se fez ou não fez aquilo. Tente classificar cada item separadamente dos outros. Responda com uma cruz X nos espaços, como foi para si, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas:

	Nunca isto	faço por vezes	Faço isto isto que faço	Em média é sempre isto	Faço quase sempre isto
1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação					
2. Concentro os meus esforços para alguma coisa que me permita enfrentar a situação					
3. Tem dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”					
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor					
5. Procuro apoio emocional de alguém (família e amigos)					
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto					
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação					
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo					
9. Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos					
10. Peço conselhos a ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação					
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas					
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva					
13. Faço críticas a mim próprio					
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer					
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém					
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação					

1. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
2. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
3. Faço outar coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
4. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
5. Sinto expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
6. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
7. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
8. Tento aprender a viver com a situação				
9. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
10. Culpo-me pelo que está a acontecer				
11. Rezo ou medito				
12. Enfrento a situação com sentido de humor				