

## **ABORDAGEM DO IMPACTO PSICOSSOCIAL NO ADOECER DA MAMA**

Ivone Patrão\* & Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa

---

**RESUMO:** Este artigo tem como objectivo realizar uma abordagem ao tema do impacto psicossocial no adoecer da mama. Os factores psicossociais considerados são: Acontecimentos de Vida; Suporte Social Percebido; Qualidade de Vida; Stress; Coping; Controle Emocional e Necessidade de Harmonia; e a Personalidade. Realiza-se uma breve introdução justificando a pertinência do tema e de seguida uma apresentação de cada factor psicossocial e sua relação com o adoecer da mama.

*Palavras chave:* Cancro da Mama, Factores Psicossociais.

---

## **PSYCHOSOCIAL IMPACT OF THE BREAST CANCER**

**ABSTRACT:** This article aims to address the psychosocial impact of the breast cancer disease. The psychosocial factors considered are: Life Events; Perceived Social Support; Quality of Life; Coping; Emotional Control and Necessity of Harmony; and Personality.

The article starts with a brief introduction to explain the relevance of this issue, followed by a presentation of each psychosocial factor and its relation to the breast cancer disease.

*Key words:* Breast Cancer, Psychosocial Factors.

---

A partir do controlo das doenças contagiosas, com o aumento da esperança de vida, e com o avanço da Medicina, na área da Oncologia, o cancro tornou-se um dos principais problemas de saúde do século XX. Na Europa uma em cada quatro pessoas já teve, tem ou poderá vir a ter de enfrentar o cancro. Ao manter-se a taxa de crescimento, um europeu em cada três será atingido pela doença, que em Portugal é a segunda causa de morte desde há várias décadas, uma importante causa de incapacidade (Miranda, 1994).

O cancro da mama, é a localização neoplásica maligna mais frequente, com elevadas taxas de mortalidade, em todo o Mundo. Os elevados níveis de incidência estão na América do Norte, e os mais baixos na Ásia e em África. 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 (Tyczynski, Bray, & Parkin, 2002).

---

\* Contactar para E-mail: [iamp@sapo.pt](mailto:iamp@sapo.pt)

Investigação realizada com apoio da Bolsa Doutoramento da FCT (BD/10047/02).

As estimativas da IARC (International Agency for Research on Cancer) para Portugal, no ano 2000, apontavam para o aparecimento de 4324 novos casos por cancro da mama, que corresponde a um risco incidência de 3,9/100000 (mulheres dos 0/64 anos). Relativamente à mortalidade por cancro da mama, a IARC, aponta 1596 casos, o que indica um risco de 1,2/100000 (mulheres 0/64 anos). Uma outra fonte, menos recente estimava que, mulheres entre os 40 e 70 anos, tinham um risco de incidência de cancro da mama superior, situado nos 6/100000 (Pereira & Mestre, 1997). Por diversos motivos, o número de mulheres sobreviventes, de 5 anos, tem aumentado na Europa desde os anos 70/80 – isto depende do estágio na altura do diagnóstico (quanto menos severo melhor prognóstico), e do tipo de tratamento.

Passar pelo cancro da mama é considerada uma experiência de crise, que pode durar no tempo, até um ano depois da cirurgia, pois para muitas das mulheres a crise só se dissipa nesse tempo (Spencer et al., 1999). É uma experiência de crise, stressante, que pode ter diferentes consequências negativas a nível psicossocial.

Nem todas as mulheres têm essa atribuição, algumas sobreviventes fazem uma atribuição positiva, ou seja, não encaram o seu cancro da mama como um trauma, apesar dos seus efeitos negativos. Encaram o cancro como uma transição psicossocial, que pode dar lugar ao crescimento, que implica uma reestruturação na forma de olhar o mundo e o seu projecto de vida (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowaki, 2001).

Este aspecto apela para além da mortalidade, apela para a sobrevivência com uma doença crónica, que pode ser vivida de forma mais positiva ou não, até pelo risco de recorrência. Isto implica uma preocupação com a qualidade de vida (QDV), que depende de vários factores (Michael, Berkman, Colditz, Holmes, & Kawachi, 2002). A forma como a mulher reage à doença e ao seu tratamento é o que influencia directamente a sua QDV, ou seja, o estado emocional e as fontes de suporte determinam o impacto na QDV (Bloom, Stewart, Johnston, & Banks, 1998).

O Relatório da IARC (International Agency for Research on Cancer) indica que o caminho da investigação tem de ir nesse sentido, ao definir as áreas de interesse de investigação nas ciências sociais e do comportamento. Refere que pouco é conhecido sobre as necessidades psicossociais dos pacientes com cancro quando passam pelo diagnóstico e tratamento da doença, e depois ao longo do tempo de sobrevivência. Por isso, aponta a necessidade de se realizarem investigações que: identifiquem factores no pré-tratamento e no tratamento que se relacionem com problemas psicológicos; e perceber as consequências psicológicas de todo o percurso de tratamentos, e o impacto na qualidade de vida – de forma a desenvolver estratégias preventivas adequadas (IARC, 2003).

## FACTORES PSICOSSOCIAIS E O ADOECER DA MAMA

Acontecimentos de vida

O diagnóstico e/ou tratamento de cancro da mama poderá ser uma experiência muito negativa, com repercussões ao nível emocional, no entanto, há que ter em conta alguns factores prévios, que podem influenciar o estado emocional actual.

Passar por acontecimentos stressantes pode contribuir para alterações a nível físico e psicológico, nomeadamente: perda de uma relação emocionalmente significativa, doença própria, mudanças no estado de saúde de um familiar, problemas conjugais, acontecimentos traumáticos na infância (perda/separação dos pais, distância emocional dos pais, mãe pouco carinhosa e pai autoritário). A questão não passa por contabilizar o número de acontecimentos stressantes, mas de avaliar o impacto que tiveram na pessoa. Fica claro que, um acontecimento de vida stressante só poderá ser considerado um stressor, se for percebido como uma ameaça, que tem grande impacto, e se tem dificuldade em lidar (Hilakivi-Clarke, Rowland, Clarke, & Lippman, 1993). Tem existido muita investigação sobre acontecimentos de vida stressantes, que mostra relação com o stress, no entanto, a relação é difícil de determinar, pois muitos dos acontecimentos podem ser o resultado do stress e não a causa. Para esclarecer esta questão alguns autores consideram uma tríade patogénica de acontecimentos de vida muito negativos, que estão fora do controle do indivíduo, e que estão relacionados com pobre ajustamento: perda (ex. morte marido, filho, perda casa), doença/ameaça grave, perda significativa de suporte social (ex. separação, divórcio, perda amigo).

Não será a presença por si só do acontecimento que está relacionado com o risco de ter cancro da mama, até porque muitos estudos que avaliam a frequência de acontecimentos de vida stressantes têm resultados controversos e inconclusivos (Petticrew, Fraser, & Regan 1999).

Geralmente, mulheres com diagnóstico de cancro mama revelam acontecimentos de vida passados com impacto muito significativo (Hilakivi-Clarke et al., 1993). Tendem a passar por maior quantidade de acontecimentos familiares que são vividos como stressantes, relacionados, por exemplo, com perda de pessoas significativas (Ruiz, Bermudes, & Garde, 1999). Nestas mulheres elevado stress psicológico relaciona-se com acontecimentos de perda (ex. morte de um familiar), por doença grave antes do cancro, e por situações de perda de suporte social (ex. separação, divórcio), o que confirma a tríade patogénica acima referida (Kornblith et al., 2001).

Alguns estudos apontam a história de acontecimentos stressantes antes do diagnóstico (por ex: abuso físico, sexual, rapto, ser vítima de um assalto, de desastres naturais, ter um familiar que morreu com cancro da mama, morte da mãe na infância, experiências de separação e perda, depressão crónica) como

indicadores de uma resposta de stress mais acentuada na experiência do cancro da mama (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski, Córdoba, McGrath, Sloan, & Kennady, 2000; Butler, Koopman, Classen, & Spiegel, 1999; Carlsson & Hamrin, 1994; Green et al., 2000; Jacobs & Bovasso, 2000; McKenna, Zevon, Corn, & Round, 1999; Zakowski et al., 1997).

Quando o interesse passa pela avaliação dos acontecimentos de vida são as *stimulus oriented theories* que faz sentido abordar, que consideram as características do ambiente como desorganizadoras para o indivíduo, e fazem-no entrar em stress. A forma mensurável destas teorias passa pela avaliação das características ambientais que estimulam stress no indivíduo, uma delas os Acontecimentos de Vida (Derogatis, 1982).

A investigação na área dos Acontecimentos de Vida tem origem em diferentes fontes, nomeadamente: no conceito do antecedente emocional numa mudança física; na avaliação dos acontecimentos de vida no diagnóstico clínico – *life chart*; nos estudos com vítimas de desastres naturais ou causados pelo homem; e no *general adaptation syndrome*, que alerta para acumulação de acontecimentos vividos de forma não intensa, ainda que stressante, pode diminuir resistência do corpo e tornar-se grave (Perkins, 1982). A investigação posterior data em 1957, altura da primeira publicação do Schedule of Recent Experience (SRE), mais tarde revisado, em 1964. Posteriormente, em 1974 surge o Recent Life Changes Questionnaire (RLCQ), específico para mudanças na vida e na doença. Estas escalas começaram a ser promissoras na avaliação do stress, pois considerou-se serem menos objecto de respostas inválidas e de distorções da memória, e aceitou-se também que stress pode resultar de um processo cumulativo de acontecimentos. Muitos têm sido os estudos que os relacionam com o estado de saúde (física e mental), pois o efeito acumulativo dos acontecimentos vida stressantes influencia a resistência, diminuindo-a, e aumenta a vulnerabilidade à doença (Derogatis, 1982).

Não obstante, surgem algumas críticas, que põem em causa essa relação acontecimentos/estado de saúde, a partir de uma delas acrescenta-se um aspecto muito importante: avaliação do impacto subjectivo dos acontecimentos, e não só o seu número, e assim desenvolveu-se outra escala. Outras críticas, passaram pelo diferente peso que podem ter diferentes acontecimentos de vida, e assim seria importante existir uma medida com dimensões diferentes, para além da dificuldade de uniformidade metodológica nos estudos desta área, que colocam problemas para realizar conclusões gerais sobre a pertinência desta variável (Derogatis, 1982).

É importante também considerar que existem factores mediadores que podem interagir com as características dos acontecimentos de vida de forma a influenciar a resposta que o indivíduo tem, concretamente: características sócio-demográficas, estilo vida, suporte social, estilos de coping, personalidade (Perkins, 1982).

### Suporte social percebido

O suporte social é um factor atenuante das condições agressivas no diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Nas diversas fases de tratamento existe necessidade de diferentes tipos de suporte social. No período de tratamento e reintegração há mais necessidade de suporte instrumental e baseado na informação, enquanto que, na altura da comunicação do diagnóstico há mais necessidade de suporte emocional. Claro que também conta a fonte do suporte. É muito importante o apoio da família e da equipa médica (Winnubst, Couzjin, & Rós, 1990). Quando os outros significativos não expõem as suas capacidades de ajudar de forma eficaz fornecem um suporte negativo, pois não ajudam a aliviar o stress sentido, nem promovem a recuperação física. Por isso, não conta tanto o número de pessoas que fazem parte da rede social, mas a percepção de eficácia das relações entre as pessoas (Bolger, Vinokur, Foster, & Ng, 1996; Helgeson, Cohen, & Fritz, 1998).

Os estudos na área do cancro da mama evidenciam que a presença de suporte social (companheiro, família, amigos, profissionais), aquando o diagnóstico e ao longo do desenvolvimento da doença, é visto pelas mulheres como uma necessidade (Lindop & Cannon, 2001). Se as mulheres percebem o suporte social recebido adequado à sua necessidade, no geral, evidenciam mais baixos níveis de stress, um melhor ajustamento psicológico, melhor qualidade de vida (Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bloom, Stewart, Johnston, Banks, & Fobair, 2001; Carlsson & Hamrin, 1994; Hilakivi-Clarke et al., 1993; Komproe et al., 1997; Kornblith et al., 2001; Michael et al., 2002; Nells, McCaffrey, Blanchard, & Ruckdeschel, 1991).

O suporte social refere-se a um conjunto de mecanismos que através das relações interpessoais protegem os indivíduos dos efeitos prejudiciais do stress, na sua saúde, bem-estar e na qualidade de vida, que deveria estar presente independentemente dos acontecimentos stressantes (Serra, 2002). Pode, também, ser considerado como a percepção que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, estimado, valorizado, e que pertence a um grupo com obrigações mútuas. Ou de uma forma mais geral refere-se a diferentes graus de necessidades de afecto, aprovação, pertença e segurança de um grupo de pessoas significativas (Bloom, 2000). O que é importante é a percepção do suporte social e não só o número de pessoas à sua volta, sendo a família, amigos e os profissionais de saúde as fontes mais importantes de suporte em indivíduos com doenças graves.

De início considerava-se o suporte social pela quantidade de amigos que se tinha, mas recentemente inclui-se a avaliação da satisfação percebida do suporte social fornecido pelos outros (Ogden, 1999). Existindo, assim, diferentes tipos de suporte social (Bloom, 2000; Serra, 2002): Afectivo / Emocional – quando o indivíduo se sente estimado e acompanhado pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a sua auto-estima; Perceptivo / Informativo – permite ao indivíduo efectuar uma avaliação mais

correcta do seu problema, dar-lhe outro significado e estabelecer objectivos mais realistas, facilitando a tomada de decisão (por exemplo: que tipos de cirurgia da mama existem?); Instrumental – consiste na ajuda concreta em termos materiais/serviços que o indivíduo recebe de forma a resolver um problema (por exemplo: quem fica com as crianças enquanto a mãe vai fazer quimioterapia?).

Todos os tipos de suporte social são úteis, dependendo do grau de controlo do stress. O suporte instrumental e informativo são úteis quando a situação é controlável, pois ajudam a resolver o problema de forma definitiva. Mas, quando a situação não é controlável o apoio afectivo é o único possível, por haver pouco a fazer facilita o controlo de emoções negativas. O apoio perceptivo é útil para corrigir a distorção da realidade (Serra, 2002).

Dois teorias tentam explicar o papel do suporte social no estado de saúde (Ogden, 1999): a *hipótese do efeito principal/directo* – sugere que a simples presença de suporte social é benéfico e a sua ausência causadora de stress; a *hipótese da protecção contra o stress* – sugere que o suporte social influencia a apreciação do indivíduo sobre o stressor. Um outro autor sugere o modelo de combinação (directo/protector) (Kornblith et al., 2001). Em estudos com sobreviventes com cancro da mama comprova-se o modelo de influência directa, pois baixo suporte social, experiência de acontecimentos stressantes relaciona-se com presença de distress geral e sintomas de stress pós-traumático.

Os diferentes tipos de suporte social referidos são considerados suporte funcional, enquanto que o suporte estrutural é rede social que cada um tem – o número de papéis sociais que desempenha nessa rede. Não obstante, estes dois níveis de suporte social estão relacionados, pois dependendo do tamanho da rede social do indivíduo, terá mais ou menos oportunidade de experimentar diferentes tipos de suporte funcional, e de sentir melhor ou não física e psicologicamente (Bloom, 2000).

O importante é considerar a percepção individual desse suporte social. Perante uma situação de stress, a maioria dos indivíduos, procura ajuda, socorrendo-se de um suporte social formal (profissionais) ou informal (marido, rede amigos e família) (Lieberman, 1982). A família pode ser uma fonte importante de suporte social na vivência do cancro. No entanto, há que considerar a estrutura e cultura da família, que pode ser facilitadora ou não de um sentimento de suporte para o paciente. A família pode motivar ou reforçar o indivíduo para o objectivo saúde, e também fornecer suporte emocional, informação e assistência depois do diagnóstico (Bloom, 2000).

Na fase de diagnóstico e tratamento do cancro existem repercussões positivas no bem-estar do indivíduo, se este sentir que recebe suporte emocional da família, preferindo suporte informativo por parte dos médicos. No final do tratamento, já não é necessário tantas idas ao hospital, já não há tanto contacto com todos os técnicos, e a família e amigos podem perceber que a doença pertence ao passado e ter desejo que o indivíduo volte à sua vida

normal. Esta quebra pode ser difícil, pode existir a percepção, pelo paciente, que o suporte recebido começou a diminuir (Bloom, 2000).

A fonte do suporte recebido pode variar e pode ser combinada, não interessando tanto a quantidade, mas a qualidade do suporte social, percebida como realmente satisfatória. Uma das formas de reduzir stress psicológico em mulheres com cancro de mama será através de intervenções psicossociais, que aumentam o suporte social percebido, a qualidade de vida e o ajustamento (Carlsson & Hamrin, 1994; Kornblith et al., 2001; McLean, 1995).

### Qualidade de vida

A doença oncológica pelos tratamentos agressivos que implica, pode ter impacto na QDV. Apesar de tudo, tem existido evolução na medicina, que oferece mais vida, e não se sabe se melhor vida. No cancro da mama o impacto na QDV tem sido estudado distinguindo tipos de tratamento, nomeadamente tipos de cirurgia. A realização de uma mastectomia ou de uma cirurgia conservadora tem resultados diferentes na QDV, existindo um impacto mais significativo na mastectomia, em diversas dimensões (Ribeiro, 2001).

Uma das dimensões que podem resultar afectadas é a da imagem corporal pós-cirurgia (pela ablação da mama) e na quimioterapia (pela perda possível do cabelo). De facto, mulheres que realizaram cirurgia conservadora têm melhor imagem corporal (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000; Cohen, Hack, Moor, Katz, & Goss, 2000; Moyer, 1997). A mulher mastectomizada pode sentir uma violação da sua imagem corporal, e logo menos atractividade física, menos feminilidade, e pode em função disso diminuir a sua resistência e ter maiores níveis de stress, e isolamento das actividades sociais (Carver et al., 1998; Hopwood et al., 2000; Rowland, Desmond, Meyerowitz, Belin, Wyatt, & Ganz, 2000; Schag, Ganz, Polinnsky, Fred, Hirji, & Petersen, 1993; Spencer et al., 1999).

Não se trata só de um desafio à identidade feminina, como refere a abordagem psicanalítica, mas também a percepção do desfiguramento físico por si, e a consequente perda de confiança nas relações com outros significativos. Este aspecto é importante, nomeadamente na relação de casal, pois uma das preocupações das mulheres tem a ver com a sua sexualidade e atractividade face ao outro (Spencer et al., 1999)

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 (Carlsson & Hamrin, 1994; Kreitleir, Kreitleir, Shaked, & Shaked, 1997; Moyer, 1997; Rietman et al., 2003). Mas nem sempre esta distinção se verifica, por vezes as mulheres tumorectomizadas têm maior necessidade de suporte, talvez pelo medo potencial da recorrência (Lindop & Cannon, 2001). No entanto, pode-se

colocar a questão da verdadeira importância do tipo de cirurgia para a qualidade de vida, pois pode ser menos importante do que a experiência do diagnóstico e tratamento do cancro da mama em si. Na fase do diagnóstico as mulheres também podem evidenciar melhor imagem corporal, do que ao fim de alguns meses, isto talvez pelas preocupações iniciais com a sobrevivência e depois, mais tarde com a imagem corporal e sexualidade, nomeadamente nas mulheres mastectomizadas (Bloom et al., 1998).

A Qualidade de Vida é um conceito recente, e como tantos outros tem tido as suas dificuldades de definição e avaliação. Pode ser entendida como o bem-estar mental, físico, social e não somente a ausência de uma doença/incapacidade – que se associa na totalidade à definição de saúde da OMS (organização Mundial de Saúde). No entanto, como a QDV tem diferentes dimensões, também é considerada como o bem-estar que provem da satisfação ou não de áreas da vida do indivíduo, com especial importância (Ribeiro, 2001).

Nem sempre é fácil avaliar a qualidade de vida na vivência do cancro, em parte porque a quantidade de vida, ou seja, tempo de sobrevivência, em oncologia é o indicador da eficácia da intervenção. Mas, quantidade não implica necessariamente qualidade. Com a recente validação dos questionários de qualidade de vida, já existe oportunidade de avaliar a influência dos tratamentos para o cancro, no seu custo-benefício, dentro de outras possibilidades. Dependendo da perspectiva do paciente, um tratamento que não lhe aumenta a esperança de vida e que seja tóxico pode até não ser benéfico para a sua QDV no tempo que lhe resta (Cella, 1998).

Existe uma longa tradição em definir QDV, muitas vezes sem clareza, dada a sua subjectividade e multidimensionalidade, o que não ajudou a construção de questionários de avaliação do conceito. No entanto, é consensual que a QDV depende da satisfação que o indivíduo tem com o seu nível de funcionamento (físico, emocional e social) em comparação com o possível. Isto indica que dois indivíduos podem ter objectivamente as mesmas características, no entanto, ter uma percepção da sua qualidade de vida diferente, por isso mesmo, por ser a percepção subjectiva (Bloom et al., 1998). Quando se considera a saúde e a doença, pode-se falar de qualidade de vida relacionada com a saúde, que implica a avaliação das mesmas dimensões, e geralmente está significativa e positivamente relacionada com avaliação da QDV geral.

A avaliação da QDV é multidimensional. Avalia os aspectos funcionais em vários domínios e centra-se na perspectiva do paciente. Numa revisão de vários questionários para avaliar a QDV sugere-se sete dimensões: Preocupações físicas (sintomas e dor); nível de actividade; bem-estar em família; bem-estar emocional; satisfação com o tratamento; intimidade sexual (incluindo imagem-corporal); e o funcionamento social. De forma geral existem pelo menos três dimensões a considerar: física, psicológica e social. No caso do cancro da mama, existe benefício em avaliar a QDV com um questionário específico,



pois existem questões que só fazem sentido nessa doença e não noutra (Cella, 1998).

Um dos questionários utilizados na avaliação do cancro é o QLQ-C30, e o QLQ BR-23 como complemento no caso do cancro da mama (EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer). As dimensões avaliadas são: estado global saúde, funcionalidade (funcionamento físico, diário, emocional, cognitivo, social), sintomas (fadiga, náuseas, vômitos, dor, dispneia, insónia, perda apetite, prisão ventre, diarreia); sintomas da doença, efeitos secundários do tratamento, imagem corporal, funcionamento sexual, e perspectiva futura.

### Stress

O diagnóstico e tratamento do cancro criam por si só uma experiência de stress, pela incerteza quanto ao futuro. A reacção emocional característica na fase de diagnóstico corresponde a um período de choque inicial e descrença, seguida de uma 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. Este tipo de resposta assemelha-se muito à resposta a um acontecimento stressante, e pode persistir, com elevados níveis de depressão e ansiedade ao longo de semanas, e se assim for não é uma resposta adaptativa, é classificada no DSM IV como Perturbação de Ajustamento, com depressão e/ou ansiedade, ou misto (Massie & Popkin, 1998).

Algumas das investigações têm-se centrado na avaliação do Stress, na sintomatologia de ansiedade e depressão. Verifica-se que a prevalência de depressão em pacientes com cancro da mama oscila entre 1,5% e 40% (Massie & Popkin, 1998). Por outro lado, a prevalência de ansiedade em pacientes com cancro da mama, varia entre 1% e 40% (Russell, Craig, & Massie, 1998). Estas variâncias existem por questões metodológicas e de critério diagnóstico, que não são homogêneos em todos os estudos.

Os estudos recentes também indicam a presença de níveis de depressão (Jacobs & Bovasso, 2000; Watson, Haviland, Greer, Davidson, & Bliss, 1999) e de ansiedade ao longo do desenvolvimento da doença (Epping-Jordan, 1999; Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik, & Massie, 1999). Existem diversos factores que podem estar associados à prevalência de maior ou menor stress nas mulheres com cancro da mama. A história passada de depressão é um indicador de maior stress psicológico face cancro da mama (Carlsson & Hamrin, 1994; Green et al., 2000). Do mesmo modo, mulheres com risco superior de experimentar elevados níveis de stress, têm a sua qualidade de vida mais afectada, nomeadamente, a nível da relação conjugal, sexual, na sua imagem corporal, quando se deparam com um cancro da mama. O tipo de cirurgia também influencia, pois mulheres mais novas e que passaram por uma cirurgia

parcial, evidenciam elevado stress psicológico, em comparação com as que passaram por uma cirurgia radical (Cohen et al., 2000), talvez porque essas mulheres geralmente fazem radioterapia, que tem efeitos ao longo do tempo, pois ter a mama intacta, pode aumentar ansiedade relativamente à recorrência do cancro.

A altura em que recebem o diagnóstico também pode influenciar. As mulheres mais novas na altura do diagnóstico evidenciam maior stress psicológico do que as mais velhas (Compas, Stoll, Thomsen, Oppedisano, & Epping-Jordan, 1999), bem como estilo de coping menos adaptativo (ventilação emocional), que implica pior ajustamento (Carlsson & Hamrin, 1994; McKenna et al., 1999). Quando se compara níveis de ansiedade entre mulheres com cancro e com doença benigna da mama, verifica-se níveis similares de ansiedade, diminuindo drasticamente aquando da divulgação diagnóstico, nas mulheres com doença benigna (Woodward & Webb, 2000).

A presença de acontecimentos traumáticos e de acontecimentos stressantes recentes, antes do diagnóstico do cancro são factores que podem influenciar directamente o estado emocional na vivência do cancro, contribuindo para níveis superiores de stress (Green et al., 2000).

Actualmente, o termo stress é considerado a resposta a um stressor, a um sofrimento, que é causado pelo exterior, que envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas (Ogden, 1999).

A investigação nesta área tem tido o desejo de compreender as quebras no comportamento adaptativo observado em situações extremas, como na guerra, em campos de concentração, no luto, em situações de ameaça grave (ex. violação). Mesmo em condições extremas de stress, este não pode ser considerado só pelo acontecimento stressante em si (como nas teorias *stimulus oriented*), pois o indivíduo já tem a sua história, não é passivo, e já pode ter um determinado nível de stress com significado pessoal, e as suas estratégias para controlar e atenuar as consequências (Holroyd & Lazarus, 1982).

Por outro lado, quando o indivíduo está perante um stressor, a forma como avalia essa situação é muito importante. Se a encarar como um desafio, tem um stress construtivo (benéfico, eustress), mas se encarar como uma ameaça, já existe stress destrutivo (sofrimento, distress). O tipo de avaliação centrado no desafio implica uma resposta coping mais persistente, com diminuição do stress, comprovado também pelos padrões resposta hormonal (Holroyd & Lazarus, 1982).

### Estilos de coping

Os estilos de coping representam as estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com acontecimentos indutores de stress, internos ou externos. Estes acontecimentos são avaliados como algo que ultrapassa os recursos pessoais, para os quais, no repertório de comportamentos, não se tem uma resposta

automática. A resposta a esses acontecimentos é eficaz quando reduz a perturbação sentida, e evita, em termos futuros, um prejuízo no bem-estar e estado de saúde do indivíduo (Serra, 2002).

O indivíduo pode utilizar estratégias diferentes para lidar com o stress. Pode utilizar estratégias orientadas para a resolução directa do problema; outras para a atenuação das emoções, ou mesmo para a busca de apoio social; e outras focadas na avaliação. Estas estratégias podem surgir isoladas, ou em conjunto e são consideradas eficazes se de facto reduzirem o stress (Serra, 2002).

Nas estratégias focadas no problema o indivíduo segue um plano de acção até eliminar a causa do stress, e são a procura de informação, resolução problema, e a recompensa. De outra forma, as estratégias focadas na emoção são utilizadas para reduzir a tensão emocional, e são o controle emocional, aceitação, e o descontrolo emocional. Estas estratégias por vezes podem ser úteis, pois permitem um certo distanciamento do problema e uma análise mais objectiva, mas nem sempre (Serra, 2002). As estratégias focadas na avaliação são a análise lógica, a redefinição cognitiva, e o evitamento cognitivo (Moos & Billings, 1982).

Esta classificação dos estilos de coping é uma das possíveis e geralmente avaliada pelo questionário de Folkman e Lazarus, “Ways of coping” (Haan, 1982). Contudo, existe outra classificação e outro questionário (Watson & Greer, 1983), na área do cancro. Os estilos de coping podem ser considerados mais passivos ou mais activos. O coping passivo engloba o fatalismo, preocupação ansiosa e desamparo/desespero. Os mais activos, geralmente, englobam o espírito de luta e o evitamento (Watson & Greer, 1998).

No cancro da mama, as investigações evidenciam o desamparo/desespero (Watson et al., 1999), o evitamento (Hamptom & Frombach, 2000) como estilos de coping menos activos relacionados com uma resposta mal adaptada e pior prognóstico da doença (Watson & Greer, 1998). Enquanto que os estilos de coping mais activos estão associados a uma resposta mais adaptada e a um melhor prognóstico da doença (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996; Watson & Greer, 1998). Por exemplo a utilização do evitamento, na fase da quimioterapia e radioterapia, como defesa dos possíveis efeitos negativos do cancro da mama (Sosa, Capafóns, & Carbalheira, 1999). Apesar de nem sempre ser comprovado (Hack & Degner, 1999).

Não obstante, em alguns estudos as mulheres com um espírito de luta e evitamento têm melhor ajustamento, do que aquelas que têm aceitação estóica, preocupação ansiosa, desamparo, e fatalismo, este último significativamente associado com atitude de controlo emocional (Carlsson & Hamrin, 1994). Por outro lado, é importante considerar a forma como a mulher lida com as diferentes exigências no pré-tratamento e pós-tratamento, que pode variar ou não ao longo do tempo (Osowiecki & Compas, 1999). As mulheres com pior ajustamento emocional, antes do diagnóstico e no final dos tratamentos, tendem a utilizar o mesmo tipo de estratégias, as centradas no evitamento emocional (auto-criticismo, isolamento social) (Epping-Jordan et al., 1999).

Parece claro que o impacto das exigências do exterior na experiência de stress e no processo de avaliação e adaptação ao cancro é mediado cognitivamente. Lazarus define *coping*, como esforço para lidar com as exigências do exterior e do interior, e com o conflito entre essas exigências, como algo que está a acontecer agora, que contrasta com outras variáveis de influência na resposta ao stress, que definem diferenças individuais, como por exemplo, os acontecimentos de vida e os traços de personalidade. O *coping* numa situação de uma doença pode ser um importante determinante do curso da doença e dos cuidados médicos recebidos (Holroyd & Lazarus, 1982).

Pelo menos existem quatro abordagens teóricas na questão do coping: teoria psicanalítica, teoria do ciclo de vida, teoria da evolução e da modificação do comportamento, perspectivas cultural, social e ecológica (Moos & Billings, 1982).

Na teoria psicanalítica o ego resolve os conflitos entre os impulsos do indivíduo e os constrangimentos da realidade, através de mecanismos cognitivos, com função de defesa (da realidade) e centrado nas emoções de forma a reduzir a tensão. Na teoria do ciclo de vida dá-se importância à acumulação de recursos pessoais para lidar com diferentes situações ao longo da vida. De outra forma, a teoria da evolução e modificação do comportamento, preocupa-se com existência de competências para resolver problemas e com a avaliação que o indivíduo faz da situação em que necessita de dar resposta, sendo a auto-eficácia um dos recursos importantes. A última perspectiva referida dá relevo às fontes ambientais como uma ajuda para a avaliação que o indivíduo faz das situações, e consequente resposta.

Todas as teorias dão o seu contributo, que se for integrado, resulta um modelo integrativo, que conceptualiza a avaliação e a resposta a um acontecimento stressante mediatizada por recursos pessoais e do exterior (Moos & Billings, 1982). A questão de avaliar o stress e a forma que se reage a ele é objectivamente difícil, mas sabe-se que existem melhores e piores formas, e que nem sempre é negativo (Haan, 1982).

#### Controlo emocional / Necessidade de harmonia

O termo Personalidade Tipo C é considerado um padrão comportamental existente em pessoas com cancro. A característica principal é o controlo da expressão de emoções negativas (ira, ansiedade e depressão) no relacionamento com os outros e perante situações de conflito, com tendência para ser pouco assertivo, ter um estilo cooperativo/submisso, e baixo neuroticismo (Andreu, 2001).

Nem todas as investigações que focam controlo emocional e a necessidade de harmonia no relacionamento com os outros chegam às mesmas conclusões. Há uma tendência nas mulheres com cancro da mama para ter dificuldades na expressão de emoções negativas, especialmente, raiva. Para além disso,

também tendem a evitar problemas e conflitos, para o auto-sacrifício das suas necessidades em função dos outros (Hilakivi-Clarke et al., 1993). O controlo emocional, e a utilização da racionalização também está presente em mulheres com cancro de mama, quando comparadas com mulheres com patologia benigna, para além da tendência para manter relações interpessoais harmoniosas (Carlsson & Hamrin, 1994; Fernandez-Ballesteros & Garde, 1998; Ruiz et al., 1999).

Por outro lado, as mulheres com cancro de mama que têm maior expressividade emocional, têm melhor ajustamento (Classen et al., 1996; Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Kodama, & Okawa, 2003).

O benefício que resulta em lidar com situações traumáticas e stressantes pela expressão das emoções, é um facto, referido por muitos autores, e mais que isso, recomendam mesmo esse tipo de atitude. Spiegel é um desses autores, que recomenda a expressão emocional como forma de melhor estar na saúde, assim como, numa outra linha de investigação Pennebaker recomenda escrever e falar sobre acontecimentos stressantes, pois fortalece o estado físico e psicológico (Stanton et al., 2000). As mulheres que expressam as suas emoções ao longo do tempo (final dos tratamentos e vigilância) têm níveis de stress mais baixos e melhor qualidade de vida (Stanton et al., 2000).

Foi com Grossarth-Maticek e Cols., em 1985, na Yugoslavia (cit. Swan, Carmelli, Dame, Rosenman, & Spielberger, 1991), nos estudos epidemiológicos de acompanhamento de 1353 indivíduos, ao longo de 10 anos, que surge a repressão ou a negação de emoções negativas como variáveis associadas à mortalidade por cancro. Esta tendência foi avaliada através de uma entrevista de 11 itens de resposta sim/não. Os indivíduos com cancro respondiam positivamente a pelo menos 10 itens na entrevista de avaliação da anti-emocionalidade/ racionalidade. Posteriormente, baseado nesses estudos, Spielberger, em 1988, (cit. Swan, Carmelli, Dame, Rosenman, & Spielberger, 1991), desenvolve uma escala que avalia essas duas variáveis (R/ED), e uma outra que avalia a necessidade de harmonia na relação com outros (N/H). Comprova-se que, as escalas têm valores superiores em pacientes com cancro, do que em pessoas saudáveis – e essa tendência parece ser superior em pacientes mais velhos. São características que funcionam como mecanismos de defesa contra emoções negativas, sendo a defensividade emocional referida como a característica mais tóxica.

Swan et al. (1991, 1992) comprova também que pacientes com cancro utilizam a razão e a lógica para evitar emoções na relação com os outros; e para lidar com as situações da vida. Mesmo quando avalia esses conceitos em comparação com outras variáveis: controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade; hostilidade, comportamento tipo A; traços personalidade – neuroticismo; sintomas de depressão; deseabilidade social – confirma que a escala R/ED avalia o que pretende medir, pois relaciona-se com a medida de controlo emocional (CECS – Watson & Greer, 1983), nomeadamente a defensividade emocional com o controlo da raiva, e a racionalidade com o

controlo da ansiedade. Para além disso, relaciona-se também com baixo neuroticismo, negativamente com as medidas de ansiedade, raiva, depressão, comportamento tipo A, e hostilidade.

A escala desenvolvida por Watson e Greer (1983) avalia o controlo emocional da raiva, ansiedade e da tristeza, que diferencia mulheres com cancro de mulheres saudáveis, constructo também validado quando comparado com questionários de personalidade e de ansiedade traço.

Um outro estudo, que partiu destes dados, desenvolveu outra escala, no entanto, obteve os mesmos resultados: multidimensionalidade do construto de controlo emocional, que é constante em mulheres com cancro, em comparação com mulheres saudáveis (Bleiker, Ploeg, Hendriks, Leer, & Kleijn, 1983).

Os conceitos avaliados, como já se referiu, fazem parte dum processo defensivo de repressão/negação de pensamentos, memória, sentimentos perante estados emocionais intensivos, algo difícil de avaliar, pois implica uma distorção do estado mental e da percepção da realidade. O que se avalia, de facto, é o efeito desse processo na percepção, cognição, comportamento, experiência e expressão das emoções. Por isso, mais investigações são necessárias, tanto quantitativas, como qualitativas, que esclareçam melhor conceito de repressão emocional, e uma das formas de validar este constructo será pelas investigações que utilizem outras variáveis equivalentes (Swan et al., 1992).

### Personalidade

A personalidade é uma estrutura estável do indivíduo, que influencia a forma como reage perante ocorrências da vida, que tende a ser mais ou menos consistente ao longo do tempo. Alguns traços da personalidade são importantes na forma como o indivíduo se comporta em situações de stress (por ex. diagnóstico de um cancro), como recursos pessoais, atenuantes do stress, nomeadamente a capacidade de resiliência, optimismo, sentido de humor, bom auto-conceito, e uma auto-estima elevada. Ao contrário temos a presença de hostilidade, medo do fracasso, elevado neuroticismo, locus controlo externo, comportamento tipo A muito associado às doenças cardiovasculares (Serra, 2002).

Relativamente à associação personalidade/cancro as hipóteses colocadas por Grossarth-Maticek et al. (1989, cit. Amelang, Schmidt-Rathjens, & Matthews, 1996) têm-se revestido de alguma controvérsia. Referem que existem 6 tipos de personalidade relacionados com desenvolvimento de certas doenças, como o cancro e as doenças cardiovasculares. O Tipo 1 “Inibição” é mais susceptível ao cancro; Tipo 2 “Barreiras” será mais susceptível a doenças cardiovasculares; Tipo 3 “psicopatologia”, 4 “Saúde/Autonomia”, 5 “Racionalidade”, 6 “Anti-Social” serão personalidades respectivamente susceptíveis: a um comportamento psicótico; a um comportamento saudável e de autonomia; depressão e cancro; tendência anti-social. As críticas centram-se na metodologia utilizada. Numa replicação das investigações, mas com revisão dos aspectos

metodológicos, concluí-se que não existem diferenças nas escalas que avaliam a inibição e as barreiras, referindo que remetem para o neuroticismo. Assim, os participantes com cancro evidenciam maiores níveis na inibição do que as pessoas saudáveis, mas também na escala barreiras, e têm baixos níveis na racionalidade (Amelang, Schmidt-Rathjens, & Matthews, 1996)

A questão que se pode colocar aqui será a da influência dos problemas de saúde na personalidade, e esse efeito dependerá da natureza do problema. Pois, um paciente com cancro, em remissão, mas sem certeza quanto ao futuro, pode ter valores superiores em neuroticismo, pelo medo da recorrência. O pobre ajustamento psicológico no cancro da mama pode estar associado à presença do neuroticismo (Carlsson & Hamrin, 1994; Ruiz et al., 1999). Um estilo personalidade centrado no evitamento do conflito também pode estar associada (McKenna et al., 1999).

A definição de personalidade é uma tarefa bastante complexa, pela diferença que tem dos outros conceitos da psicologia, que se debruçam sobre um aspecto particular do indivíduo, de uma outra forma o estudo da personalidade implica ver o indivíduo como um todo, naquilo que o torna único e o distingue dos outros (Botelho & Leal, 2001). Pervin (1990), no *Handbook of Personality: Theory and Research*, refere que, desde as suas origens históricas, pela diversidade de teorias e metodologias, a personalidade não tem tido uma só definição. Lima (1997), no seu trabalho de validação do NEO-PI-R, refere que existe uma diversidade infinita de definições para o termo personalidade, e que se pode colocar a questão: se será do mesmo constructo que se escreve, ou de outros diferentes, mas com o mesmo nome. Já Allport, um dos pioneiros nesta área, referia esta diversidade, apontando vários teóricos com os seus constructos e teorias (Botelho & Leal, 2001).

A proposta feita por McAdams, em 1990, parece ter sido bom contributo nesta área. A personalidade deverá conter 3 níveis de análise: traços disposicionais (dimensões genéricas e descontextualizadas); preocupações pessoais (dimensões motivacionais, desenvolvimentistas, estratégicas da personalidade, e contextualizadas); Histórias de Vida (dimensões relativas fase adulta, que enfatizam o desenvolvimento e a individuação do self). Também Costa e McCrae, em 1994, referem-se à personalidade como um sistema composto por traços e processos dinâmicos, que influenciam funcionamento psicológico (Botelho & Leal, 2001).

Esta abordagem da personalidade pelo traço já remonta aos tempos de Galeno, que tinha uma tipologia baseada em 4 tipos de humor (sangue, fleuma, bílis amarela, bílis preta), que remetiam para diferentes temperamentos (sanguíneo, flemático, colérico e melancólico). No sec. XX outros dois autores, Krestschmer e Sheldon, apresentam diferentes tipos de temperamento relacionados com a teoria tri-partida para a classificação física, respectivamente: Tipo Pícnico (ciclotímico; endomórfico); Tipo Asténico (esquizótipo; ectomórfico); Tipo Atlético (temperamento misto; mesomórfico). Uma das razões para o

retorno actual à teoria dos traços, passou pelo desenvolvimento do Modelo dos Cinco Factores, que organiza hierarquicamente os traços de personalidade em cinco dimensões básicas: Neuroticismo (N); Extroversão (E); Abertura (O); Amabilidade (A); Conscienciosidade (C) (Botelho & Leal, 2001).

Na história do conceito Personalidade pode-se considerar quatro modelos dominantes: Traço, Psicodinâmico, Situacionismo, Interacionismo. De forma genérica os dois primeiros consideram características e fontes dinâmicas do indivíduo; o terceiro, refere-se importância das situações e do seu significado psicológico; o último interessa-se pela contribuição das duas áreas dos anteriores modelos (Endler & Edwards, 1982).

Várias são, então, as teorias e estudos que se debruçaram sobre as questões da personalidade e saúde. Com o contributo da psicossomática nos últimos 40 anos, considerou-se que os traços de personalidade importantes na relação com estado de saúde, por se ter encontrado uma associação entre determinado perfil psicológico em pacientes com a mesma patologia física. Isto, apesar da relação mente/corpo por vezes ser difícil de considerar sem controvérsia. A relação entre personalidade e saúde pode passar por 3 aspectos: os traços de personalidade podem ter um papel causal na etiologia da patofisiologia, ao produzirem alterações neuro-endócrinas e imunológicas; os traços de personalidade podem também funcionar como mediadores do stress, como estilos de coping; e por último, os traços de personalidade podem ser indicadores da probabilidade de adoptar comportamentos de risco ou não para a saúde (Botelho & leal, 2001).

Muitas são as críticas à volta do estudo da Personalidade, no entanto, Costa e McCrae apresentam o Modelo dos Cinco Factores, que disponibiliza à Psicologia da Saúde uma instrumento válido para avaliação deste conceito – personalidade – e mais do que isso, a partir das suas investigações percebe-se a importância da relação entre neuroticismo e doença. Parece que os indivíduos não contraem mais doenças, antes têm uma percepção e comunicação de sintomas enviesada, continuamente, mesmo na ausência de doença. Assim sendo, a personalidade será uma variável disposicional, que se for considerada, pode-se pensar na prevenção como estratégia.

## CONCLUSÃO

Muitos são os estudos que evidenciam o impacto psicossocial, apesar dos resultados contraditórios, ao longo do processo de doença. A mulher pode experimentar elevados níveis de ansiedade e/ou depressão como resposta emocional (Epping-Jordan, 1999; Jacobs & Bovasso, 2000; Massie & Popkin, 1998; Payne et al., 1999; Russel, Craig, & Massie, 1998; Watson et al., 1999). Associado a esta sintomatologia é comum estar presente a preocupação com a imagem corporal que ao longo do processo da doença é afectada (Spencer et



al., 1999). A intensidade e persistência dos sintomas surge se no passado de forma semelhante a mulher passou por acontecimentos traumáticos (de perda, como a morte da mãe), e se a forma de lidar com toda a situação inclui um estilo de coping menos activo, focado na emoção, sob a forma de desamparo/ /desespero, evitamento, fatalismo (Hamptom & Frombach, 2000; Watson et al., 1999), e para além disso tem um padrão de comportamento com pouca expressividade emocional negativa, tendência a sacrificar as suas necessidades, para manter bom relacionamentos com os outros, mas com pouco suporte social, e se é mais nova (Compas et al., 1999).

Daqui resulta uma resposta psicológica menos adaptada no confronto com o processo de doença (Alter et al., 1996; Andrykowsky et al., 2000; Butler et al., 1999; Butow, Hiller, Price, Thakway, Krickler, & Tennant, 2000; Córdova et al., 2001; Epping-Jordan et al., 1999; Fernandez-Ballesteros & Garde, 1998; Hack & Degner, 1999; Jacobs & Bovasso, 2000; Kreitler et al., 1997; McCaul et al., 1999; McKenna et al., 1999; Osowiecki & Compas, 1998; Primo, Compas, Oppedisano, Howell, Epping-Jordan, & Krag, 2000; Ruíz et al., 1999; Tjemsland, Soreide, & Malt, 1996; Watson et al., 1999; Widows, Jacobsen, & Fields, 2000).

De outra forma a mulher que tende a experimentar níveis baixos de ansiedade, depressão, utilizar um estilo de coping mais activo, focado no problema, sob a forma de espírito de luta, com suporte social (Komproe, Rijken, Rós, Winnubst, & Hart, 1997), com expressividade emocional, tem uma resposta psicológica mais adaptada (Alferi, Carver, Antoni, Weiss, & Dúran, 2001; Bloom et al., 2001; Hack & Degner, 1999; Osowiecki & Compas, 1999).

Ao longo do processo de adaptação ao cancro da mama, pode-se confirmar a teoria da “persistência do stress” e/ou a teoria da “evaporação do stress” (Andrykowsky & Cordova, 1998) – apesar de muitos doentes com cancro (todos os tipos) lidarem bem com a sua doença, estima-se que 25% precisam de suporte psicossocial, e alguns estudos evidenciam a persistência de sintomas de stress ao longo do tempo (Andrykowsky et al., 2000; Bleiker et al., 1993).

Por isso, a influência de determinados factores psicossociais na adaptação ao cancro da mama é uma questão importante de investigação, que enfatiza desde logo a pertinência da intervenção psicossocial individual e/ou em grupo, de forma a ajudar a melhorar o bem-estar, qualidade de vida e talvez tentar provar a teoria da “evaporação do stress” ao longo do tempo!

## REFERÊNCIAS

Alferi, S., Carver, C., Antoni, M., Weiss, S., & Dúran, R. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 41-46.

Al-Ghazal, S., Fallowfield, L., & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer, 36*, 1938-1943.

- Alter, C., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A., & Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in Cancer Survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.
- Amelang, M., Schmidt-Rathjens, C., & Matthews, G. (1996). Personality, cancer and coronary heart disease: Further evidence on a controversial issue. *British Journal of Health Psychology*, 1, 191-205.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Andreu, Y. (2001). Personalidad TIPO C. Historia y validez del concepto. In E. Durá & M. Rosario (Coords), *Territorios da Psicologia Oncológica* (pp. 399-426). Lisboa: Climepsi
- Andrykowski, M., & Cordova, M. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 189-203.
- Andrykowski, M., Cordova, M., McGrath, P., Sloan, D., & Kennady, D. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder following breast cancer treatment: A 1 year follow-up. *Psycho-oncology*, 9(1), 69-78.
- Butler, L., Koopman, Ch., Classen, C., & Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: Cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18(6), 555-560.
- Bleiker, E., Ploeg, V., Hendriks, J., Leer, J.W., & Kleijn, W. (1993). Rationality, emotional expression and control: Psychometric characteristics of a questionnaire for research in Psycho-oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(8), 861-872.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.
- Bloom, J. (2000). The role of Family Support in cancer control. In L. Baider, C. Cooper, & A. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (2nd ed., pp. 55-71). New York: John Wiley & Sons.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53, 1513-1524.
- Bolger, N., Vinokur, A., Foster, M., & Ng, R. (1996). Close relationship and adjustment to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 283-294.
- Botelho, T., & Leal, I. (2001). Personalidade materna e prematuridade. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência. Lisboa.
- Butow, P., Hiller, J., Price, M., Thackway, S., Krickler, A., & Tennant, C. (2000). Epidemiological evidence for relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.
- Carlsson, M., & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 17(5), 418-428.
- Carver, C., Harris, S., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Derhagopian, R., Robison, D., & Moffatt, F. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Cella, D. (1998). Quality of Life. In J. Holland (Ed.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 1135-1146). New York: Oxford University Press.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.
- Cohen, L., Hack, T., Moor, C., Katz, J., & Goss, P. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7(6), 427-434.
- Compas, B., Stoll, M., Thomsen, A., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J., & Krag, D. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 195-203.

- Cordova, M., Cunningham, C., Carlson, C., & Andrykowaki, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176-185.
- Degoratis, L. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 270-290). New York: Free Press.
- Endler, N., & Edwards, J. (1982). Stress and Personality. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 36-48). New York: Free Press.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology, 18*(4), 315-326.
- Fernandez -Ballesteros, R., & Garde, R. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology, 3*, 41-50.
- Green, B., Krupnick, J., Rowland, J., Epstein, S., Stockton, P., Spertus, & Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 18*(5), 1084-93.
- Hack, T. E Degner, L. (1999). Coping with breast cancer: A cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment, 54*, 185-194
- Hamptom, M., & Frombach, I. (2000). Women experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Woman International, 21*, 67-76.
- Haan, N. (1982). The assessment of coping, defense, and stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 254-269). New York: Free Press.
- Helgeson, V., Cohen, S., & Fritz, H. (1998). Social Ties and Cancer. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 99-109). New York: Oxford University Press.
- Hilakivi-Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R., & Lippman, M. (1993). Psychosocial factors in the development/progression of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 29*, 141-160.
- Holroyd, K., & Lazarus, R. (1982). Stress, coping, and somatic adaptation. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-35). New York: Free Press.
- Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baidam, A., Brain, A., Lalloo, F., Evans, G., & Howell, A. (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing ("prophylactic") mastectomy: Mental health and body image outcomes. *Psycho-oncology, 9*, 462-472.
- IARC (2003). Research in the behavioural and social sciences to improve cancer control and care. A strategy for development: Report of an expert group. Lyon: IARC Press.
- Iwamitsu, Y.M, Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neuroscience, 57*, 289-294.
- Jacobs, J., & Bovasso, G. (2000). Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological Medicine, 30*, 669-678
- Komproe, I., Rijken, M., Ros, W., Winnubst, J., & Hart, H. (1997). Available support and received support: Different effects under stressful circumstances. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*(1), 59-77.
- Kornblith, A., Herndon, J., Zuckerman, E., Viscoli, C., Horwitz, R., Cooper, M., Harris, L., Tkaczuk, K., Perry, M., Budman, D., Norton, L., & Holland, J. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer, 91*(2), 443-454.
- Kreitler, S., Kreitler, H., Chaitchik, S., Shaked, S., & Shaked, T. (1997). Psychological and Medical Predictors of disease course in breast cancer: A prospective study. *European Journal of Personality, 11*(5), 383-400.
- Lima, M. (1997). NEO-PI-R: Contextos Teóricos e Psicometricos: "Ocean ou Iceberg"? Dissertação Doutorado. Faculdade Psicologia Ciências Educação da Universidade de Coimbra.

- Lieberman, M. (1982). The effects of social supports on response to stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 764-783). New York: Free Press.
- Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 760-771.
- Massie, M., & Popkin, M. (1998). Depressive disorders. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 518-540). New York: Oxford University Press.
- Mccaul, K., Sandgren, A., King, B., O'donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 8, 230-236.
- Mckenna, M., Zevon, M., Corn, B. & Round, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531.
- McLean, B. (1995). Social support, support groups, and breast cancer: A literature review. *Canadian Journal*, 14(2), 207-227.
- Michael, Y., Berkman, L., Colditz, G., Holmes, M. & Kawachi, I. (2002). Social Networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 285-293.
- Miranda, A. (1994). Rastreo do cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12(3), 57-60.
- Moos, R., & Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: Free Press.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16(3), 284-298.
- Nelles, W., McCaffrey, R., Blanchard, C., & Ruckdeschel, J. (1991). Social supports and breast cancer: A review. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 21-34.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi
- Osowiecki, D., & Compas, B. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.
- Payne, D., Hoffman, R., Theodoulou, M., Dosik, M., & Massie, M. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 40, 64-69.
- Perkins, D. (1982). The assessment of stress using life events scales. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 320-331). New York: Free Press.
- Petticrew, M., Fraser, J., & Regan, M. (1999). Averse life events and risk of breast cancer: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 4, 1-17.
- Ribeiro, J. (2001). Qualidade de Vida e doença oncológica. In E. Durá & M. Rosário (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi.
- Primo, K., Compas, B., Oppedisano, G., Howell, D., Epping-Jordan, D., & Krag, D. (2000). Intrusive thoughts and avoidance in breast cancer: Individual differences and association with psychological distress. *Psychology and Health*, 14, 1141-1153.
- Rietman, J., Dijkstra, P., Hoekstra, H., Eisma, W., Szabo, B., Groothoff, J., & Geertzen, H. (2003). Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: A systematic review. *European Journal of Surgical Oncology*, 29, 229-238.
- Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Belin, T., Wyatt, G., & Ganz, P. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(17), 1422-1429.
- Ruíz, M., Bermudez, M., & Garde, A. (1999). Factores psicosociales en el cáncer de mama: Un estudio cuasi-prospectivo. *Boletín de Psicología*, 64, 57-80.
- Russell, J., Craig, H., & Massie, M. (1998). Anxiety disorders. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 548-563). New York: Oxford University Press.

- Schag, C., Ganz, P., Polinsky, M., Fred, C., Hirji, K., & Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11(4), 783-793.
- Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra (Ed.), *O stress na vida de todos os dias* (pp. 365-439). Coimbra: Edição do Autor.
- Sosa, C., Capafóns, J., & Carbalheira, M. (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedade y Estrés*, 5(1), 47-60.
- Spencer, S., Lehman, J., Wynings, C., Arena, P., Carver, C., Antoni, M., Derhagopian, R., & Irosos, G. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18(2), 159-168.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C. Kirk, S., Sworowski, L., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Swan, G., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R., & Spielberger, C. (1991). The rationality/emotional defensiveness scale – I. Internal structure and stability. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(4/5), 545-554.
- Swan, G., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R., & Spielberger, C. (1992). The rationality/emotional defensiveness scale – II. Convergent and discriminant correlational analysis in males and females with and without cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(4), 349-359.
- Tjemsland, L., Soreide, J., & Malt, U. (1996). Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II: Outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5, 295-303.
- Tyczynski, J., Bray, F., & Parkin, D. (2002). Breast cancer in Europe. ENCR, *European Network of Cancer Registries*, IARC, 2, 1-4.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatics Research*, 27(4), 299-305.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bills, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychological Oncology*, 12 (3), 33-46.
- Watson, M., & Greer, S. (1998). Personality and coping. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. (1999). Influence of Psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1320.
- Widows, M., Jacobsen, P., & Fields, K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 873-882.
- Winnubst, J., Couzjin, A., & Ros, W. (1990). Social support and cancer: Main themes and problems. In L. Schmidt, P. Schwenkmezger, J. Weiman, & S. Maes (Eds.), *Theoretical and Applied Aspects of Health Psychology* (pp. 203-212). New York: Harwood Academic Publishers.
- Woodward, V., & Webb, C. (2001). Women's anxieties surrounding breast disorders: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 29-41.
- Zakowski, S., Valdimarsdottir, H., Bovbjerg, D., Borgen, P., Holland, J., Kash, K., Miller, D., Mitnick, J., Osborne, M., & Van Zee, K. (1997). Predictors of intrusive thoughts and avoidance in women with family histories of breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 362-369.