



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional de Braga**

**Avaliação da qualidade de vida 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.**

**Janete Karine Moreira Rocha**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
JANEIRO 2014



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional de Braga**

*Avaliação da qualidade de vida 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.**

**Janete Karine Moreira Rocha**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Ana Cláudia  
Fernandes**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
JANEIRO 2014

## **Agradecimentos**

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta Dissertação de Mestrado, os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço particularmente à Professora Doutora Ana Cláudia Fernandes pela sua colaboração, partilha do saber e pela disposição do seu tempo para me fornecer orientações essenciais o meu crescimento académico e profissional.

Ao Hospital de Braga em especial à Unidade de Senologia, por terem concordado com a realização deste estudo. À equipa da Unidade de Senologia, em especial aos médicos que me apoiaram na recolha dos dados.

A todas as mulheres que acederam participar neste trabalho, pelo seu tempo, honestidade e pela partilha das suas vidas, sem as quais o mesmo não seria possível.

Agradeço ainda, os meus colegas pela partilha de ideias, ao meu namorado, aos meus familiares e á todos os meus amigos.

Por último, e não menos importante, não posso deixar de manifestar o meu apreço pelo incentivo, compreensão e apoio incondicional dos meus pais e da minha irmã.

A todos o meu profundo reconhecimento.

## Resumo

O presente estudo teve por objetivo geral caracterizar uma amostra de mulheres durante o período de tratamento pós-mastectomia em relação à qualidade de vida (QdV) e estratégias de *coping*. Procurou-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 trabalho foi realizado numa amostra de mulheres em consulta pós-mastectomia num hospital central da região norte de Portugal (N=62). O desenho de estudo é transversal. Foram utilizadas as versões portuguesas dos seguintes instrumentos de avaliação: *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)* e o *Breif Cope*. Foram realizadas estudos descritivos das variáveis, ainda realizadas análises exploratórias sobre a influência das variáveis sociodemográficas: estado civil, meio de proveniência e idade nas variáveis psicossociais. Verificou-se associações entre as estratégias de *coping* reinterpretação positiva com o estado civil e a estratégias religião com a idade. Não se verificou associação entre a de QvD com as variáveis sociodemográficas. No final foram discutidas as limitações do estudo e discutidas as implicações dos resultados em termos de investigação futura e no desenvolvimento de programas de intervenção para melhorar a qualidade do processo de recuperação pós-mastectomia.

Palavras-chave: cancro da mama, mastectomia, qualidade de vida, *coping*

## **Abstract**

The study at hands main objective is to characterize a range of women during the therapy after a mastectomy referring to the quality of life and the strategy of coping. Nevertheless there still has to be collected relevant information for the future construction of programs of psychological intervention for, briefly said, mastectomy women, with the intention to improve the quality of recovery after a mastectomy. This work was made with a selection of women during the therapy after a mastectomy at a central hospital in the northern region of Portugal (N=62). The sources for this study are transversal. The Portuguese editions of the following evaluations were used: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) and Breif Cope. Describable surveys were executed with the help of fluctuating or still being undertaken investigating analysis under the influence of mutable sociodemografics: marital status or by origin or age as mutable psycho-social measures. One can assert correlations between the strategy of coping and the marital status as well as between the strategy of religion and age. However no connection could be made between QvD and any of the mutable sociodemografics. To finish off, the limits to the study and the impact of the results on future investigations as well as on the development of programs of intervention to improve the quality of the recovery process after a mastectomy were discussed.

Keywords: breast cancer, mastectomy, quality of life, coping

## Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Índice .....	vi
Índice de Anexos .....	ix
Índice de Quadros.....	ix
Lista de abreviaturas.....	xi
Introdução.....	12
Parte I - Enquadramento teórico .....	14
1. Cancro da mama e mastectomia.....	14
1.1. Epidemiologia .....	14
1.2. Definição e tipos de cancro.....	15
1.3. Fatores de risco e sintomas .....	16
1.4. Diagnóstico e tratamento .....	18
1.4.1. Mastectomia .....	20
1.5. Recorrência .....	22
2. Variáveis psicossociais do cancro da mama e da mastectomia nas mulheres.....	23
2.1. Impacto psicossocial: familiar, satisfação sexual e laboral .....	23
2.2. Impacto psicológico: depressão e ansiedade.....	24
2.3. Qualidade de vida .....	25
2.3.1. Conceito da qualidade de vida no contexto da saúde .....	25
2.3.2. Qualidade de vida no cancro da mama e na mastectomia .....	27
2.4. Coping.....	31

2.4.1.	Conceito do <i>coping</i> no contexto da saúde .....	31
2.4.2.	<i>Coping</i> no cancro da mama e mastectomia .....	32
2.5.	Qualidade de vida e coping em mulheres com cancro da mama e mastectomizadas .....	34
Parte II- Estudo empírico.....		36
3.	Metodologia .....	36
3.1.	Objetivos e desenho de investigação .....	36
3.2.	Variáveis estudadas.....	37
3.3.	Procedimentos de recolha de dados .....	37
3.4.	Amostra.....	38
3.4.1.	Caracterização sociodemográfica da Amostra .....	38
3.4.2.	Caracterização Clínica da amostra .....	40
3.4.3.	Caracterização sociodemográfica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia (parcial ou radical/total) .....	41
3.4.4.	Caracterização clínica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia (parcial ou radical/total).....	44
3.5.	Instrumentos de avaliação.....	45
3.5.1.	Questionário sociodemográfico.....	46
3.5.2.	Questionário clínico.....	46
3.5.3.	<i>World Health Organization Quality of Life</i> .....	46
3.5.3.1.	Características Psicométricas do Questionário da Qualidade de Vida na amostra em estudo .....	47
3.5.4.	<i>Brief Cope</i> .....	48
3.5.4.1.	Características Psicométricas do Questionário do <i>coping</i> amostra em estudo.....	49
3.6.	Procedimentos estatísticos .....	50
4.	Apresentação dos resultados .....	51

4.1.	Resultados descritivos na amostra total .....	51
4.1.1.	Qualidade de vida .....	51
4.1.2.	<i>Coping</i> .....	51
4.2.	Comparação dos grupos: mastectomia parcial e radical/total.....	53
4.2.1.	Qualidade de vida .....	53
4.2.2.	<i>Coping</i> .....	54
4.3.	Associação entre as variáveis.....	56
4.3.1.	Associação entre variáveis na amostra total .....	56
4.3.2.	Associação entre variáveis nas subamostras .....	57
4.4.	Variação dos resultados .....	59
4.4.1.	Variação dos resultados em função do estado civil dos participantes.....	59
4.4.1.1.	Qualidade de Vida: variação com o estado civil .....	59
4.4.1.2.	<i>Coping</i> : variação com o estado civil .....	60
4.4.2.	Variação dos resultados em função do meio de proveniência.....	62
4.4.2.1.	Qualidade de Vida: variação com o meio de proveniência.....	62
4.4.2.2.	<i>Coping</i> : variação com o meio de proveniência .....	62
4.4.3.	Variação dos resultados em função da idade.....	64
4.4.3.1.	Qualidade de Vida: variação com a idade.....	64
4.4.3.2.	<i>Coping</i> : variação com a idade.....	65
5.	Discussão dos Resultados .....	66
5.1.	Resultados descritivos.....	66
5.2.	Comparação dos grupos: mastectomia parcial e radical/total.....	67
5.3.	Associação entre as variáveis.....	68
5.4.	Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas.....	69
6.	Conclusão, limitações do estudo e sugestões para futuras investigações .....	71
	Referências bibliográficas .....	73

## Índice de Anexos

Anexo I: Pedido de autorização para a realização de uma investigação no Serviço de Oncologia do Hospital de Braga.....	82
Anexo II: Consentimento Informado.....	84
Anexo III: Questionário sociodemográfica .....	86
Anexo IV: Questionário clínico.....	88
Anexo V: Autorização ( <i>WHOQOL-Bref</i> ).....	90
Anexo VI: <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)</i> .....	92
Anexo VII: Autorização ( <i>Brief Cope</i> ) .....	98
Anexo VIII: <i>Brief Cope</i> .....	100
Anexo IX: Artigo de validação do <i>WHOQOL-Bref</i> para a população portuguesa.....	102
Anexo X: Artigo de validação do <i>Brief-cope para a população portuguesa</i> .....	103

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Características sociodemográficas da amostra (N=62).....	39
Quadro 2 - Características Clínicas (N=62) .....	40
Quadro 3 - Característica sociodemográfica para as sub amostras (mastectomia parcial n=30 e mastectomia radical/total n=32) .....	42
Quadro 4 - Característica Clínicas para as sub amostras (mastectomia parcial n=30 e mastectomia radical/total n=32).....	45
Quadro 5 - Resultados da análise de consistência interna do domínio físico dos <i>WHOQUOL Bref (N=62)</i> .....	47
Quadro 6 - Resultados da análise de consistência interna do domínio psicológico dos <i>WHOQUOL Bref (N=62)</i> .....	48
Quadro 7 - Resultados da análise de consistência interna do domínio de relações sociais dos <i>WHOQUOL- Bref (N=62)</i> .....	48
Quadro 8 - Resultados da análise de consistência interna do domínio meio ambiente dos <i>WHOQUOL -Bref (N=62)</i> .....	48

Quadro 9 - Resultados da análise de consistência interna do <i>Brief Cope</i> (N=62).....	49
Quadro 10 - Resultados descritivos da QdV e domínios na amostra total (N=62).....	51
Quadro 11- Resultados descritivos de <i>coping</i> e subescalas (N=62).....	52
Quadro 12 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes que realizaram mastectomia parcial e mastectomia radical/total) na QdV na amostra total (N=62).....	53
Quadro 13 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes que realizaram mastectomia parcial e mastectomia radical/total) no <i>coping</i> na amostra total (N=62).....	55
Quadro 14 - Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as sub escalas da QdV e do <i>Cope</i> , na amostra total (N=62).....	56
Quadro 15 - Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as sub escalas da QdV e do <i>Cope</i> , na amostra de mastectomia parcial (N=30).....	57
Quadro 16 - Coeficientes de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as sub escalas da QdV e do <i>Cope</i> , na amostra de mastectomia radical/total (N=32).....	58
Quadro 17 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes casadas e sem companheiros) na QdV na amostra total (N=62) .....	60
Quadro 18 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes casadas e sem companheiros) no <i>coping</i> a amostra total (N=62).....	61
Quadro 19 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes que vivem no meio rural e meio urbano) na QdV na amostra total (N=62).....	62
Quadro 20 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes que vivem no meio rural e meio urbano) no <i>coping</i> na amostra total (N=62) .....	63
Quadro 21 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes mais novas e mais velhas) na QdV na amostra total (N=62).....	64
Quadro 22 - Resultados do teste de <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes mais novas e mais velhas) no <i>coping</i> na amostra total (N=62) .....	66

## Lista de abreviaturas

DP – Desvio-padrão

M – Média

Máx – Valores máximos

Min – Valores mínimos

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – nível de significância estatístico

QdV- Qualidade de vida

t – teste t de medidas independentes

% – Percentagem

## **Introdução**

As doenças oncológicas têm sido vistas como a grande epidemia dos últimos tempos (Macedo et al., 2008). O cancro é atualmente uma das principais causas de morte em Portugal e, uma das situações com maior impacto ao nível da pessoal e social (Registo Oncológico, 2012). Estima-se na Europa, por ano 3,2 milhões de novos casos e 1,7 milhões de mortes (Ferlay et al., 2007).

O cancro da mama é o tipo de tumor maligno mais frequente em mulheres (Ogden, 2004). Segundo os dados do Instituto Português de Oncologia do Porto (2012) relativamente ao ano de 2010, a prevalência do cancro da mama em Portugal é nos homens de 0,6% e nas mulheres de 39,8%. De acordo com os dados da OMS (2012), por ano há cerca de 1.380 mil novos casos com maior prevalência nos países industrializados e 458.000 mortes, sendo que a maioria acontecem em países mais pobres. Em Portugal são detetados por ano cerca de 4500 novos casos de cancro da mama e cerca de 1500 destas mulheres não sobrevivem (Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011).

A vivência com cancro da mama é constituída por diversas fases, incluindo diferentes desafios e adaptações, que podem ser ao nível pessoal, familiar, laboral, psicológico, sexual e social (Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011).

Na fase do tratamento, mais precisamente o tratamento por mastectomia, a cirurgia procura remover todo ou o mais possível do tecido da mama (Ogden, 2004), o que tem implicações que podem ser de vários níveis (físicas, psicológicas, sociais e familiares) (Stumm, et al., 2009). Ao longo dos últimos anos, vários estudos têm sido feitos para avaliar a qualidade de vida nas mulheres com cancro da mama nas várias trajetórias da doença. De fato num estudo feito em Portugal verificou-se que as mulheres tumorectomizadas (cirurgia conservadora da mama) apresentam melhor qualidade de vida que as mulheres mastectomizadas (Rebelo, et al., 2007; Ohsumi, et al., 2009). A qualidade de vida tem variações em mulheres mastectomizadas consoante as variáveis sociodemográficas, mais propriamente a idade, o estado civil e a escolaridade (Cui, et al., 2004).

É importante ter em atenção o processo de adaptação ao cancro da mama e a mastectomia, ou seja que estratégias as mulheres com cancro utilizam para adaptarem-se as estas fases (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). A literatura tem apontado para resultados idênticos relativamente as estratégias de *coping* utilizadas por mulheres com cancro da mama e mulheres mastectomizadas. De facto Varela e Leal (2007),

verificaram-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas nas mulheres com cancro da mama são o espírito de luta e o fatalismo, a estratégia de *coping* menos utilizada foi a estratégia desânimo/ fraqueza. Vários são estudos nesta área, mas a grande maioria foca-se apenas na fase do diagnóstico, sendo ainda escassos os estudos que avaliam a qualidade de vida e *coping* em mulheres com cancro da mama na fase do tratamento. Tentando dar resposta às limitações da literatura, surgiu o interesse em investigar a qualidade de vida e o *coping* nas mulheres mastectomizadas e as suas variações. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e o *coping* em mulheres mastectomizadas, esperando contribuir para melhor entendimento desta etapa da vida das mesmas.

## **Parte I - Enquadramento teórico**

A primeira parte o enquadramento teórico tem dois capítulos. O primeiro capítulo é dedicado à apresentação do cancro da mama, epidemiologia, definição, fatores de risco e tratamento. O segundo capítulo é dedicado as variáveis psicossociais do cancro da mama e da mastectomia nas mulheres explana as implicações da doença a nível psicossocial e a nível psicológica em relação a qualidade de vida e *coping*.

### **1. Cancro da mama e mastectomia**

Este é um ponto para a compreensão desta doença e de quais as suas implicações a nível físico e ao nível dos regimes de tratamento. Iniciamos o capítulo com alguns dados epidemiológicos do cancro da mama. Segue-se a definição e os tipos de cancro da mama. Um outro ponto procura esclarecer acerca dos fatores de risco que têm sido mais frequentemente associados ao cancro da mama e, que podem ser divididos em fatores não modificáveis e fatores modificáveis. São analisados ainda alguns aspetos relacionados com o diagnóstico do cancro da mama, seguindo-se os vários tipos de tratamento que são mais comuns no tratamento desta doença. Para finalizar uma reflexão breve sobre a da recorrência da doença

#### **1.1. Epidemiologia**

Estima-se na Europa, por ano 3,2 milhões de novos casos e 1,7 milhões de mortes de pessoas com cancro (Ferlay et al., 2007). A doença oncológica encontra-se incluída no grupo das enfermidades que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo, logo, tem um impacto profundo na forma como os indivíduos se percecionam e tudo o que os rodeia (Soares, Moura, Carvalho & Baptista. 2000)

O cancro é atualmente uma das principais causas de morte em Portugal. No ano de 2010 foram detetados 7050 tumores malignos, sendo o mais comum o do aparelho digestivo, seguido dos órgãos génito-urinários e da mama (Registo Oncológico, 2012). Segundo o mesmo registo o tipo de cancro que teve maior taxa de prevalência no homem foi o cancro de próstata e na mulher, o cancro da mama.

O cancro da mama é o tipo de tumor maligno mais frequente em mulheres em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (Ogden, 2004). Segundo os dados da OMS (2012), por ano há cerca de 1.380 mil novos casos com maior prevalência nos países industrializados e (Moreira, Silva & Canavarro, 2008) e 458.000 mortes. A maioria das mortes acontece em países mais pobres ou

africanos, o que pode ser devido as desigualdades no acesso e permissão dos cuidados de saúde de qualidade (Jemal, et al., 2008).

Em Portugal verificou-se no ano 2010, 1400 novos casos de cancro da mama (registo oncológico, 2012). Na Europa uma em cada onze mulheres é diagnosticada com esta doença (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Em Portugal são detetados por ano cerca de 4500 novos casos de cancro da mama e cerca de 1500 mulheres não sobrevivem (Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011).

Segundo os dados do portal de oncologia português (2013) hoje, em Portugal, 11 a 13 mulheres vão ser informadas de que têm a cancro da mama e aproximadamente 90% dos cancros da mama são curáveis, se forem detetados na fase inicial e tratados corretamente. Assim como nos outros países, em Portugal cancro da mama é mais frequente nas mulheres do que nos homens. Segundo os dados do Instituto Português de Oncologia do Porto (2012) relativamente ao ano de 2010, verificou-se uma prevalência do cancro da mama nos homens de 0,6% nas mulheres de 39,8%.

Nos Estados Unidos anualmente meio milhão de mulheres são diagnosticadas com cancro da mama, sendo que mais de 80% destas mulheres vivem cinco anos após o tratamento (Vacek, et al., 2003).

Com a emergência de novos meios de diagnóstico e tratamento médicos a mortalidade do cancro da mama tem declinado em diversos países. Em Portugal a taxa de mortalidade aumentou 1,55% por ano, de 1955 até 1992 nas mulheres com idades entre 35 e 74 anos, e diminuiu em cerca de 2% por ano de 1992 até 2002 nos vários distritos do país (Bastos, Barros & Lunet, 2007). Atualmente é a segunda causa da morte (Patrão & Leal, 2004; Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

Este fato alerta-nos para a importância de promoção da qualidade do ajustamento psicossocial na vivência deste doente.

## **1.2. Definição e tipos de cancro**

Existem muitos tipos de cancro, mas todos eles começam por causa do crescimento anormais das células (*American Cancer Society*, 2012). As células perdem o mecanismo de se dividirem e autodestruírem de forma normal, tornam-se anormais e continuam a dividir-se mesmo que não seja necessário, produzindo assim por vezes tumores (Ogden, 2004).

Existem dois tipos de tumores, os benignos os quais não são considerados cancerosos ou perigosos para a saúde e os malignos que são cancerosos. Este último se

não forem controlados pode espalhar-se para outras partes do corpo para além do tumor original (*Breast Cancer*, 2012).

O cancro da mama desenvolve-se nas células do tecido mamário que está em crescimento descontrolado, isto é, ocorre como resultado de mudanças anormais (*American Cancer Society*, 2012). Geralmente o cancro da mama começa nas células dos lóbulos, que são as glândulas que produzem leite, ou através do ductos que são canais que transportam o leite (*Breast Cancer*, 2012).

Existem vários tipos de cancro da mama, sendo alguns são muito raros (*American Cancer Society*, 2012). Os dois principais tipos de cancro da mama são, os não invasivos ou *in situ* e os invasivos (Ogden, 2004). Os não invasivos que são cancros confinados aos dutos que não se espalharam para além da camada de tecido onde de desenvolveram, estão divididos em carcinoma ductal *in situ* e o carcinoma lobular *in situ*. O outro tipo de cancro são os invasivos, são os cancros que começam a espalhar-se ao tecido circundante e classificam-se em carcinoma ductal, carcinoma lobular, cancro inflamatório da mama e a doença de *paget* (Ogden, 2004, *Breast Cancer*, 2012). Por vezes o cancro da mama pode resultar das combinações destes dois tipos (*American Cancer Society*, 2012). Nove em cada dez cancros da mama são carcinomas ductais enquanto um em cada dez é um carcinoma lobular (Bergh, Jonsson, Glimelius & Nygren, 2001).

### **1.3. Fatores de risco e sintomas**

Vários estudos têm sido feitos na tentativa de descobrir as causas do aparecimento do cancro da mama, contudo ainda não há um conhecimento concreto acerca da sua etologia (Ogden, 2004; OMS, 2012). Existem dois tipos classificação de riscos para o desenvolvimento do cancro da mama: o absoluto (é utilizado para descrever a probabilidade de um indivíduo de desenvolver o cancro da mama) e o relativo (que é um número ou percentagem que compara um grupo de risco de desenvolver o cancro da mama) (*Breast Cancer*, 2012). O fato de um indivíduo ter um fator de risco ou vários não significa necessariamente que vai desenvolver a doença (*American Cancer Society*, 2012). O risco de cancro da mama acumula-se ao longo do curso de vida (Colditz, 2005).

Os fatores de risco do aparecimento do cancro da mama estão agrupados em dois grupos, os que podem ser controlados e os que não podem ser controlados, alguns com

risco elevados, outras com risco moderado a baixo (Kelsey & Bernstein, 1996; *American Cancer Society*, 2012).

Os fatores de risco que podem ser controlados são: o excesso de peso principalmente em mulheres em menopausa, a dieta, o exercício físico, ou seja, a falta de prática de exercício físico, o consumo de álcool, visto que o álcool pode limitar a capacidade do fígado para controlar os níveis sanguíneos do hormônio estrógeno, que por sua vez pode aumentar o risco, o consumo de tabaco, o uso oral recente de contraceptivos, o *stress* e a ansiedade (Kelsey & Bernstein, 1996; Ogden, 2004; *American Cancer Society*, 2011).

Relativamente aos fatores que não podem ser controlados incluem-se: o género, sendo que as mulheres estão mais predispostas do que os homens, a idade, ou seja, quanto mais idade tiver a mulher, maior é o risco para cancro da mama; os fatores genéticos, a história familiar, caso exista na família um parente de primeiro grau (mãe, filha, irmã) que teve cancro da mama, ou de ovário (especialmente antes de completar 50 anos de idade), as alterações da mama, alterações excecionais nas células da mama encontrados durante uma biópsia da mama, a história pessoal anterior de cancro da mama, a terapia de radioterapia no peito, tendo feito a terapia de radiação para a área do peito quando criança ou jovem, principalmente na fase em que os seios estavam ainda em desenvolvimento, a etnia, sendo que as mulheres brancas são um pouco mais predispostas a desenvolver cancro de mama, o início precoce da menstruação, normalmente antes dos 12 anos, o início tardio da menopausa, normalmente após os 55 anos, a gravidez e amamentação e a primeira gravidez depois dos 31 anos (Kelsey & Bernstein, 1996; Ogden, 2004; *American Cancer Society*, 2012).

Outras classificações têm sido sugeridas. Por exemplo Colditz e colaboradores (2004) consideram que os fatores de risco para o cancro da mama devem ser divididos de acordo com o receptor de estrógeno, o receptor de progesterona e o estágio do tumor. Num estudo realizado com mulheres mastectomizadas, para além do que já foram nomeados acima atribuíram-se como fatores do risco do cancro da mama, os sentimentos reprimidos, o trauma físico e falta de cuidado com o corpo (Fernandes & Mamede, 2004).

Quanto ao diagnóstico e despiste de sintomas, a *American Cancer Society* (2012), considera as seguintes alterações incomuns no peito como sintomas do cancro da mama: inchaço da totalidade ou de parte da mama, irritação da pele, dor na mama ou nos mamilos, o mamilo voltar-se para dentro, escamação ou vermelhão e um nódulo na área

das axilas. Ogden (2004), chama a atenção ainda, para os sintomas como caroço na mama ou perto dela, caroço ou inchaço debaixo do braço, mudança no tamanho da mama e sangramento ou corrimento do mamilo. Os autores alertam ainda que o cancro da mama pode não causar qualquer sintoma e que estes podem ser sinais de condições menos graves que não são cancerosas, como uma infeção ou um quisto.

#### **1.4. Diagnóstico e tratamento**

Para o diagnóstico do cancro da mama são utilizados os seguintes exames: palpação, mamografia, ecografia, aspiração de agulha fina, biopsia com agulha grossa, biopsia cirúrgica (Ogden, 2004), ressonância magnética da mama, ultra sonografia da mama (*American Cancer Society*, 2012).

Após o tumor removido, este é analisado e descrito consoante a gravidade e estágio, ajudando assim na decisão do melhor tratamento. O grau de gravidade pode ir de 1 a 3: o grau 1 refere que as células estão em crescimento lento, o grau 2 refere que as células estão em crescimento moderado e o grau 3 refere que o crescimento é acelerado (Ogden, 2004). Os estádios que classificam o tamanho e tipo de tumor vão de 0 a IV. Cada estágio é constituído por letra T, que descreve o tamanho do tumor e propagação à pele ou às paredes do peito por baixo da mama, seguido por um número de 0 a 4; a letra N, que indica ou não se o cancro se propagou aos nódulos linfáticos próximos da mama e, se sim, se os nódulos afetados estão ou não fixados a outras estruturas por baixo do braço, é seguida de um número de 0 a 3; e a letra M, indica se o cancro se propagou, ou não, a órgãos mais distantes, é seguida de 0 ou 1 (Bergh et al., 2007).

A classificação dos estádios do cancro da mama pode ser feita da seguinte forma (Ogden, 2004; Bergh, et al., 2007): estágio 0, diz respeito carcinoma *ductal in situ*, ou ao carcinoma *lobular in situ* e não há sinais de propagação para gânglios linfáticos ou tecido fora da mama; o estágio I, no qual o tumor tem menos de 2 cm de diâmetro, não se espalhou para os gânglios linfáticos da axila e o cancro não se espalhou para outras partes do corpo; o estágio IIA, em que o tumor tem mais de 2 cm e menos de 5 cm de diâmetro e/ou espalhou-se aos nódulos linfáticos por baixo do braço, no mesmo lado da mama com cancro; o estágio IIB, no qual o tumor tem entre 2 a 5 cm e nódulos linfáticos por baixo do braço do lado da mama com cancro ou tem mais de 5 cm e não apresenta o envolvimento de nódulos linfáticos; no estágio IIIA, o tumor tem mais de 5 cm de diâmetro ou espalhou-se aos nódulos linfáticos que se encontram presos um ao

outro ou aos tecidos circundantes; também poderá encontrar-se uma situação de ausência de tumor (T0) mas a presença de nódulos linfáticos afetados (N2); o estágio IIIB caracteriza-se por um tumor que independentemente do tamanho se propagou às paredes do peito, com a presença ou não de nódulos linfáticos afetados; no estágio IV, o cancro, pode ser de qualquer tamanho e deu origem a metástases em órgãos distantes, como os ossos ou pulmões, ou nos nódulos linfáticos que não estão próximo da mama.

Depois de estar devidamente identificado o estágio da doença, o médico poderá planejar o tratamento mais adequado.

O tratamento do cancro da mama é multidisciplinar. O tratamento tem como objetivo prolongar a vida, mas também diminuir os efeitos colaterais da doença e potenciar a qualidade de vida (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006). Segundo Ogden (2004) os tratamentos podem ser locais, usados para remover, destruir ou controlar as células cancerosas em uma área específica e incluem: a cirurgia (pode ser cirurgia conservadora ou ainda a mastectomia) e a radioterapia. Quando o cancro da mama estiver espalhado noutras partes do corpo (metastizado), a medicação local pode ser usada apenas para controlar a doença, nessa área específica, mas não noutros locais do organismo.

Também existem os chamados tratamentos sistémicos usados para destruir ou controlar as células cancerosas em todo corpo que são a quimioterapia, a terapia hormonal e a imunoterapia (*American Cancer Society*, 2012).

Muitas vezes, fazem-se tratamentos antes do tratamento principal que são designados de tratamento neo-adjuvantes, que são tratamentos sistémicos administrada para diminuir o tamanho do tumor (Portal de oncologia português, 2013), também tem os chamados de tratamentos adjuvantes que pode ser feito após a cirurgia para aumentar a probabilidade da cura que ou seja, para prevenir que alguma célula cancerígena tenha permanecido no organismo e possa ser responsável pelo reaparecimento do cancro, e incluem a radioterapia, a quimioterapia e a terapia hormonal (Zurrída, et al., 2011).

A cirurgia é muitas vezes a primeira opção para o tratamento do cancro da mama. A cirurgia conservadora ou tumorectomia é uma cirurgia que remove apenas o tumor e uma pequena quantidade de tecido que se encontra a volta deste e tem com objetivo a preservação da mama (Ogden, 2004). Segundo Benda e colaboradores (2003), a cirurgia conservadora da mama é um método apropriado para a maioria das mulheres com cancro da mama no estágio I ou II. A cirurgia conservadora pode ser, nodulectomia ou quadrantetomia, que têm procedimentos semelhantes na medida em que a maioria do

tecido mamário é preservada, mas diferem na quantidade de tecido removido juntamente com o tumor (Benda et al., 2003).

Esta opção é utilizada para enfraquecer as células cancerosas e/ou para tratar o cancro da mama em estágio inicial, geralmente para acabar com quaisquer células cancerosas que podem ser deixados para trás após a cirurgia e para reduzir o risco do cancro da mama voltar e em estágio mais avançado do cancro da mama é utilizado para destruir ou danificar as células cancerosas, também em alguns casos é usada antes da cirurgia para reduzir o cancro (*Breast Cancer*, 2012).

A quimioterapia é um tratamento que, usa medicamentos anticancerosos para matar ou atingir as células cancerosas. Os fármacos que normalmente, usados são citotóxicos, geralmente os fármacos podem ser administrados de duas formas oralmente, sob a forma de comprimidos, ou através de uma injeção intravenosa na veia, contudo as duas vias fazem com que os fármacos entrem na corrente sanguínea e circulam por todo o organismo (Ogden, 2004).

A radioterapia é um tratamento que é utilizada para tratar ou parar o crescimento do cancro, e consiste na utilização de radiação, raio X de alta potência (Ogden, 2004). Segundo o *Breast cancer* (2012), a radiação pode reduzir o risco de recorrência do cancro da mama em cerca de 70%.

Ainda um outro tipo de tratamento é as terapias hormonais é utilizado para tratar o cancro da mama antes ou depois da remoção do tumor, são utilizados fármacos, e os mais utilizados são o goserelina, tamoxifeno e inibidores da aromatase (anastrozol) (Ogden, 2004). Também pode ser utilizado no tratamento do cancro que voltou a aparecer após o tratamento ou se espalhou (*American Cancer Society*, 2011).

Por fim, hormonoterapia que é um tratamento que usa o sistema imunitário do doente para lutar contra o cancro da mama ou diminuir o seu efeito, estimulando, reparando e melhorando as suas repostas, e o fármaco usado é o trastuzumab (Ogden, 2004).

#### **1.4.1. Mastectomia**

A mastectomia é a cirurgia para remover todo a mama (Ogden, 2004) e todo o tecido mamário e por vezes é realizada em conjunto com outros tecidos próximos (*American Cancer Society*, 2011).

A história desta cirurgia é longa, remontando ao século XIX, quer nos Estados Unidos quer noutros países ocidentais. Segundo Menke (1991), citado por Bruges

(2007), a evolução histórica da mastectomia é marcada por três eras, a era antes do Halsted, a era do Halsted e a era depois de Halsted.

O primeiro tratamento pela mastectomia radical foi realizado em 1890 por Halsted e Meyer (Zurrida, et al., 2011). Quatro anos mais tarde publicaram a técnica de mastectomia, que por muitos anos foi a única e a melhor cirurgia para o cancro da mama. Só na década de 70 começou a realizar-se a mastectomia radical modificada (Ogden, 2004; Bruges, 2007). Antigamente a mastectomia implicava a remoção dos músculos do peito e todos os gânglios linfáticos até a clavícula, mas hoje em dia a cirurgia é menos invasiva, atualmente existe uma maior preocupação em conservar o corpo da paciente e a sua mobilidade (Ogden, 2004) porque na maioria dos casos, os músculos sob o peito já não são removidos (*American Cancer Society*, 2011).

A mastectomia é utilizada nas seguintes situações: carcinoma lobular *in situ*, carcinoma ductal *in situ* e em doença invasiva precoce (Bruges, 2007).

Segundo Long (1988), citado por Bruges (2007) a mastectomia está classificada de acordo com as áreas e tecido removido e da seguinte forma: mastectomia simples ou total, mastectomia parcial, mastectomia subcutânea, mastectomia radical modificada e mastectomia radical. Segundo *American Cancer Society*, (2011), a mastectomia "simples" ou "total", concentra-se no tecido da mama em si, é retirada toda a mama em exceção os nódulos linfáticos a nível axilar e os tecidos musculares por baixo do peito, geralmente é mais apropriada para as mulheres com múltiplas áreas ou grandes de carcinoma ductal *in situ*. A mastectomia radical modificada envolve para além da remoção total da mama, remove alguns nódulos linfáticos que estão por baixo do braço, mas nenhum músculo do peito é removido (Bruges, 2007). A mastectomia radical é a cirurgia mais completa onde é retirada toda a mama, assim como os nódulos linfáticos e os músculos da parede do peito (Ogden, 2004). A mastectomia radical é raramente utilizada, visto que, é extremamente agressivo e há uma desfiguração do peito é recomendada somente quando o cancro da mama espalhou para os músculos do peito (*Breast Cancer*, 2012). A mastectomia parcial é a remoção da parte do tecido canceroso da mama e algum tecido normal em torno dele (*American Cancer Society*, 2011). A mastectomia subcutânea, remove todo o tecido da mama, mas o mamilo é deixado sozinho, raramente é utilizada visto que o tecido mamário é deixado para trás podendo mais tarde cancro novamente (*Breast Cancer*, 2012).

Ainda existe um outro tipo de mastectomia a mastectomia preventiva ou profilática que diz respeito a cirurgia para a remoção da mama a fim de evitar qualquer

possibilidade de ocorrência de cancro da mama (*Breast cancer*, 2012). Normalmente é feita por mulheres que tem levado risco de desenvolver o cancro da mama (Bruges, 2007). As mastectomias mais comuns e mais utilizadas são a mastectomia simples ou total e a mastectomia radical modificada (Ogden, 2004).

Os efeitos secundários da mastectomia podem ser temporais, isto é com o tempo volta ao normal ou permanentes que ficam para sempre (Ogden, 2004). E são: dormência da pele ao longo do local da corte e nas áreas próximas; sensibilidade extra ao toque na área de cirurgia; demora na cicatrização de feridas; aumento do risco de infeção na área cirúrgica (*Breast Cancer*, 2012).

Ainda existe uma cirurgia que é feita meses ou até anos após a mastectomia designada de reconstrução mamária que tem o intuito de reconstruir a mama as mulheres decidem não ter reconstrução e optar por uma prótese no lugar (Bruges, 2007). Esta cirurgia normalmente o mamilo e a área mais escura ao redor do mamilo também podem ser adicionados é realizado por um cirurgião plástico (*American Cancer Society*, 2012). Há muitas maneiras de reconstruir uma mama, pode-se utilizar diferentes técnicas, que incluem a inserção de um implante, inserindo o tecido a partir de uma outra parte do corpo, ou através de uma combinação (*Breast Cancer*, 2012).

Atualmente a cirurgia de reconstrução mamária está a ser feita logo a seguir a mastectomia, sendo assim menos dolorosa para a mulher em termos de aspetos físicos.

É importante que para cada paciente, deve ser discutida a probabilidade dos riscos e dos benefícios em cada modalidade de tratamento.

Assim sendo, os tratamentos são muitos eficazes para a sobrevivência das pacientes. Fann e colaboradores (2008) consideram que as taxas de sobrevivência depois do tratamento têm aumentado na medida em que 89% agora sobrevivem cinco anos depois do diagnóstico do cancro da mama.

### **1.5. Recorrência**

Em muitos casos existe um alto risco de recorrência do cancro da mama. Vários são os fatores que influenciam esse regresso, alguns dos quais ainda não se encontram totalmente definidos (portal de oncologia português, 2012). Existem múltiplas variáveis que determinam a probabilidade de recorrência, contudo, é necessário considerar o tamanho do tumor, o estatuto dos nódulos linfáticos, o tipo de cancro da mama, entre outros fatores (*Breast Cancer*, 2012). Segundo Ogden (2004) o cancro da mama pode ocorrer a qualquer momento, mas a maioria das recorrências ocorrem nos primeiros três

a cinco anos após o tratamento inicial, pode voltar como uma recorrência local (na mama tratada ou perto da cicatriz da mastectomia) ou em algum outro lugar do corpo (os gânglios linfáticos, ossos, fígado, pulmões ou cérebro).

Após a revisão efetuada neste capítulo pode ser concluído que o diagnóstico do cancro da mama e o seu tratamento constituem um acontecimento de vida que provoca *stress* intenso na vida do doente.

## **2. Variáveis psicossociais do cancro da mama e da mastectomia nas mulheres**

Neste capítulo é feita uma revisão da possível relação entre os variáveis psicossociais e o cancro da mama e mastectomia. Iniciaremos o capítulo a procura de um entendimento acerca do impacto do cancro da mama e mastectomia a nível familiar, a nível de satisfação sexual, a nível laboral e a nível de ansiedade e depressão. Segue-se depois a descrição da relação entre o cancro da mama e mastectomia com a qualidade de vida e *coping*.

### **2.1. Impacto psicossocial: familiar, satisfação sexual e laboral**

O cancro da mama não só tem implicações na mulher mais também nos seus familiares. Assim sendo, num estudo qualitativo com mulheres brasileiras com objetivos de identificarem as implicações da mastectomia, verificou-se implicação na relação familiar na medida que, mulheres com cancro da mama ficam impossibilitadas de cuidar dos familiares ficando por vezes dependentes dos cuidados deste, surgindo assim sentimento de impotência (Talhaferro, Lemos & Oliveira, 2007). Um outro estudo com mulheres mastectomizadas verificou implicações na família, onde há mudanças na dinâmica familiar, contribuindo para fortalecer os laços familiares ou para o rompimento do sistema familiar (Bervian & Girardon-Perlini, 2006).

Uma das implicações do cancro da mama e do tratamento na mulher com cancro da mama é ao nível sexual. Neste sentido Ramos e Patrão (2005), verificaram-se que após o tratamento uma enorme insatisfação relativamente à sua sexualidade. Constatou-se ainda que ao melhorar a qualidade do relacionamento conjugal, diminui a insatisfação sexual. Igualmente num outro estudo, não encontraram implicações significativos na relação conjugal mas sim algumas mulheres relataram que houve alterações na vida sexual, que de alguma forma tem repercussões na relação conjugal, (Talhaferro, Lemos & Oliveira, 2007). Um estudo verificou que as mulheres mais

jovens têm mais dificuldades em relação à sexualidade. Os autores justificaram que pode ser pelo fato de elas terem menos preparo para trabalhar a questão e também pelo fato de serem jovens e verem os planos de maternidade adiados ou mesmo abandonados em consequência do tratamento (Huguet, et al., 2009).

Um estudo com o intuito de investigar as repercussões em mulheres com cancro da mama que foram submetidas a vários tratamentos verificou que no momento pós-tratamento, as repercussões mais significativas foram no plano afetivo, sexual e também as dificuldades de adaptação à nova situação de vida (Rossi & Santos, 2003). Duarte e Andrade (2002) verificaram implicações ao nível sexual mas a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela torna-se mais receptiva, o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento torna-se melhor.

Ainda num outro estudo qualitativo, com mulheres com cancro da mama submetidas aos diferentes tratamentos, constatou-se que as implicações e/ou mudanças foram mais de natureza psicológica do que problemas físicos, isto é, dependência dos outros, o medo, a vergonha de se vestir, o distanciamento das pessoas, os problemas com alimentação e sono e problemas na atividade laboral (Sales, et al., 2001).

Em suma, pode-se verificar que as implicações do cancro da mama e do tratamento são mais ao nível físico, incidindo na perda da imagem corporal e na sexualidade.

## **2.2. Impacto psicológico: depressão e ansiedade**

As implicações psicológicas variam nas várias trajetórias das mulheres com cancro da mama. Um estudo qualitativo identificou implicações psicológicas em quatro momentos distintos: o momento pré-diagnóstico, a etapa do diagnóstico, a etapa do tratamento e por fim o momento pós-tratamento (Rossi & Santos, 2003). Para além da depressão e ansiedade as mulheres mastectomizadas podem ainda experimentar outros distúrbios, os emocionais como a raiva e a angústia (Silverman-Dresner & Restaino, 1979).

A fase de diagnóstico é um período de grande crise onde a mulher pode experienciar níveis elevados de depressão e ansiedade. Nos últimos anos vários são os estudos realizados com o intuito de analisar os níveis de ansiedade e depressão. De fato, um estudo de revisão sistemática concluiu-se que as pacientes com cancro da mama sofrem de depressão (Fann, et al., 2008). Num estudo com o objetivo de analisar o impacto do cancro da mama, no ajustamento psicológico de um grupo de mulheres

recentemente diagnosticadas com esta doença e de um grupo de sobreviventes, verificou-se que não houve números clinicamente significativos de depressão e ansiedade nas mulheres, mesmo assim, constatou-se que esses resultados são elevados em relação aos outros estudos. No que concerne às sobreviventes, estas apresentaram níveis normais de ansiedade e depressão (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Deste modo constatou diferenças nos níveis de ansiedade e depressão entre etapa de diagnóstico e pós-tratamento. Igualmente as mesma autoras um ano mais tarde verificou-se que mulheres recentemente diagnosticadas estão significativamente mais ansiosas que as sobreviventes (Silva, Moreira & Canavarro, 2009).

Ainda um outro estudo relativamente antigo, com o objetivo de avaliar a morbidade psicológica em mulheres mastectomizadas no primeiro anos após a cirurgia, verificou níveis elevados de ansiedade e depressão no momento do diagnóstico de cancro da mama, e também no primeiro ano após a mastectomia. Constatou-se ainda que a radioterapia pode ter contribuído para as taxas elevadas de morbidade psicológica após a cirurgia (Maguire, et al., 1978). Deste modo constatou que não existem diferenças nos níveis de ansiedade e depressão entre a fase do diagnóstico e após a cirurgia.

As perdas associadas à mastectomia geram sofrimento psicológico importante (Vianna, 2004). Ao que podemos verificar vários estudos confirmam a existência de morbidade psicológica ao longo da trajetória de cancro da mama. Sendo o pico com taxa elevado no momento após o diagnóstico da doença.

### **2.3. Qualidade de vida**

#### **2.3.1. Conceito da qualidade de vida no contexto da saúde**

Hoje em dia a qualidade é utilizado em vários contextos pelo senso comum. É uma área que começou a ser investigada relativamente recente, foi desenvolvido para as doenças oncológicas e cardiovasculares, a expressão ficou mais popular nos meados dos da década 60, aumentado assim o número de investigação sobre os níveis de QdV, na área da psicologia o interesse surgiu mais tarde (Pimentel, 2006).

O conceito qualidade de vida é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, e no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação,

medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Não existe uma definição clara da qualidade de vida, sim várias tentativas de definição. Segundo Pimentel (2006), a qualidade de vida era visto até pouco tempo como a ausência de sintomas de doença e sobrevivência após o diagnóstico de doença.

Tiel, McNeiel e Buch (1984), citado por Pimentel (2006), definiram a QdV da seguinte forma “um conceito global que...inclui as vertentes psicológicas, social e físicas e incorpora tanto s aspetos positivos de bem-estar, como os aspetos negativos da doença”. A OMS (2012) define “QdV como percepção dos indivíduos da sua posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expetativas e interesses.

No contexto da doença, a qualidade de vida refere-se ao grau de satisfação com a vida, apesar das limitações impostas pela doença e pelo tratamento (Santos & Pais-Ribeiro, 2001). Desta forma a qualidade de vida é um conceito dinâmico, alterando de acordo com o tempo e as situações.

A definição de Tiel e colaboradores (1984) sugere que a qualidade de vida é multifactorial, ou seja, existem várias dimensões, agrupando quatro grandes dimensões: física, psicológica, social e espiritual (Pais-Ribeiro, 2009; Menezes, Pais-Ribeiro & Silva, 2002).

As definições de Pimentel (2006) e McCray (2000) explicam estas dimensões da seguinte forma: a dimensão física e biológica, em que se destacam todos os aspetos que se relacionam com a doença e as suas implicações, nomeadamente sintomas, tratamentos e desconfortos, onde se incluem a dor, fadiga, náuseas, vômitos e outros; a dimensão psicológica, que diz respeito ao impacto da doença a nível emocional e que se traduz por vezes em ansiedade e depressão; a dimensão social percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; e a dimensão espiritual que inclui o bem-estar espiritual e significado da doença, esperança, transcendência, incerteza, religiosidade e força interior, existindo mesmo quando a pessoa não tem crenças religiosas; ainda Seidl e Zannon (2004) acrescentaram a dimensão ambiente que é a percepção do indivíduo sobre aspetos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

Em Portugal, os estudos sobre a QdV e psicologia começou a dar os primeiros passos após a publicação de dois estudos de Pais-Ribeiro em 1994 e 1995, sendo que,

são um dos primeiros artigos que abordam a relação entre a psicologia e a QdV (Pais-Ribeiro, 2009).

Nos últimos tempos houve um crescente interesse pela qualidade de vida na área da saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006). Para Pimentel (2006), não existe uma única definição de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS), mas pode-se descrevê-la como a percepção dos doentes sobre as suas capacidades em relação ao bem-estar físico e atividades quotidianas, ao bem-estar psicológico, as relações sociais e aos sintomas.

A avaliação da qualidade de vida nos doentes oncológicos começou no início dos anos 80 e aumentou rapidamente a partir de 1976, ao longo do tempo as investigações incidiu centrou em mulheres com cancro da mama (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006; Pimentel, 2006). A qualidade de vida em doentes com cancro da mama varia de acordo com o diagnóstico, a sobrevivência e o curso de tratamento (Chopra & Kamal, 2012).

Atualmente existe um vasto leque de instrumento para a avaliação da qualidade de vida na doença, como por exemplo no cancro existem instrumento que avaliam o cancro de uma forma mais geral e outros que são específicos para determinados tipo de cancro (Pais-Ribeiro, 2002).

Como foi referido pontos nos anteriores o cancro da mama tem várias implicações na mulher, traduzindo-se em níveis elevados ansiedade e depressão, na capacidade reduzida para o trabalho, em dificuldades em lidar com a imagem corporal, a falta de interesse ou insatisfação no relacionamento sexual. Todas estas implicações se não forem devidamente detetadas e tratadas atempadamente, podem comprometer a QdV da mulher.

### **2.3.2. Qualidade de vida no cancro da mama e na mastectomia**

O tratamento do cancro da mama tem evoluído notavelmente nos últimos tempos, contudo hoje questiona a quantidade de vida sem qualidade (Pais-Ribeiro, 2002).

Os estudos para avaliar a de qualidade de vida são importantes porque ajudam na identificação específica das necessidades dos sobreviventes de cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006).

As variáveis sociodemográficas têm sido descritas como um dos fatores que tem implicações sobre a qualidade de vida nas mulheres com o cancro da mama. Nomeadamente a idade, o estado civil, a escolaridade e o nível socioeconómico (Cui, et al., 2004). No que refere a idade num estudo português realizado com o objetivo de

avaliar a qualidade de vida em 60 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, já submetidas a cirurgia (mastectomia ou tumorectomia) em tratamento de quimioterapia, verificaram que as mulheres mastectomizadas mais velhas e casadas apresentam melhor qualidade de vida comparando com as restantes amostra (Rebelo, et al., 2007; Pacian, et al., 2012). Huguet e colaboradores (2009) justificaram que mulheres mais jovens têm qualidade de vida inferior que as mais velhas, pelo fato que estas são mais resilientes, aceitam melhor a doença e seu tratamento, diferentemente das primeiras, as quais possuem maior risco de disfunção sexual e *stress* psicológico, menos preparo para lidar com o processo de adoecimento.

Em relação ao estado civil, a intimidade entre os conjugues foi observada como protetor da qualidade de vida, visto que, quando aumenta a intimidade conjugal aumenta a qualidade de vida nos domínios psicológicos, relações sociais e ambiente (Moreira, Silva & Canavarro, 2009). Observou-se que o estado civil, mais do que os outros fatores demográfico e social influenciou na qualidade de vida das mulheres (Bulotiene, Veseliunas & Ostapenko, 2007). As mulheres separadas e casadas tem índice baixo de qualidade de vida em relação as mulheres viúvas. As separadas pode ser pelo fato de não possuírem uma rede de apoio psicossocial e amorosa fortalecida (Amaral, et al., 2009). Resultado idêntico foi constatado num estudo onde as mulheres com cancro da mama casadas relataram uma pior qualidade de vida comparadas com as outras (McCaul, et al., 1999).

Contrariamente num estudo recente não encontraram associações significativos entre a qualidade de vida e as variáveis idade e estado civil, verificaram sim uma associação entre a escolaridade e qualidade de vida, isto é, quanto mais elevada for a escolaridade melhor qualidade de vida das mulheres com cancro da mama (Silva, et al., 2011).

De fato, quanto melhor a escolaridade e o nível socioeconômico melhor é a qualidade de vida. Estes dados podem estar relacionados como o fato de que pessoas com maiores níveis de escolaridades têm melhor capacidade de entender e processar acerca da doença e de seu tratamento (Amaral, et al., 2009; Huguet, et al., 2009). Outro estudo demonstrou que a situação financeira das pacientes é um importante preditor de uma boa qualidade de vida (Safae, et al., 2008). Assim como Amaral e colaboradores (2009) verificou-se que as mulheres mastectomizadas de altas rendas e com um salário fixo tem melhor qualidade de vida do que das mulheres com baixa renda, isso pode ser

pelo fato do que as primeiras tem uma segurança à sua situação financeira e sua condição de vida.

O trabalho e a ocupação também têm uma associação positiva com a qualidade de vida, de fato verificou-se num estudo que as mulheres mastectomizadas que tinham uma ocupação dentro do mercado de trabalho apresentaram boa qualidade de vida em contrapartida mulheres que possuem o cargo de empregadas domésticas no mercado de trabalho tiveram pior qualidade de vida apesar de terem uma ocupação (Amaral, et al., 2009), neste sentido o tipo de trabalho é importante para a qualidade de vida. Para além das mencionadas acima, verificou-se um achado novo, que é, mulheres com cancro da mama que vivem em áreas rurais tem melhor qualidade de vida (Pacian, et al., 2012).

Para além dos vários estudos para avaliarem a QdV associados as variáveis sociodemográficos, existem também muitos estudos que avaliam a QdV em paciente com cancro da mama em função do tipo de tratamento e nas várias trajetórias da doença.

Neste sentido um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida das mulheres da Lituânia numa fase precoce e nove meses depois das cirurgias verificou-se que houve um declínio na qualidade de vida em geral nove meses depois a cirurgia em ambos os grupos de pacientes (após a mastectomia e após a cirurgia conservadora) (Bulotiene, Veseliunas & Ostapenko, 2007).

Num estudo para comparar a qualidade de vida em doentes com diagnóstico de cancro da mama recente com as sobreviventes, verificou-se que a QdV das mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama apresentam uma menor QdV geral comparadas com a QdV das mulheres sobreviventes de cancro da mama e uma menor QdV no domínio físico relativamente às mulheres da população geral sem história pessoal de doença oncológica (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Um ano mais tarde as mesmas investigadoras realizaram um estudo com o intuito de conhecer a relação entre a intimidade conjugal e a qualidade de vida destas mulheres, numa amostra de mulheres recentemente diagnosticado com cancro da mama e em sobreviventes verificou-se que a qualidade de vida só deferência nos dois grupos em relação ao domínio de relações sociais. Constataram que em mulheres sobreviventes de cancro da mama a QdV pode ser comparável à da população geral ou até superior (Moreira, Silva & Canavarro, 2009).

Num outro estudo comparando a qualidade de vida em mulheres tumorectomizadas (cirurgia conservadora da mama) com as mulheres mastectomizadas, verificou-se que o primeiro grupo de mulheres apresentam melhor qualidade de vida

que as mulheres mastectomizadas (Rebelo, et al., 2007; Ohsumi, et al., 2009). Os investigadores justificaram este dado pelo fato da QdV estar relacionada com a imagem corporal que cada cirurgia implica na mulher. Contrariamente, que não era de se esperar a cirurgia conservadora da mama apresentou piores níveis de QdV meses após a cirurgia em relação as mulheres que fizeram a mastectomia. Também verificaram que o tempo desde a cirurgia está associado com uma melhor qualidade de vida (Cohen, et al., 2000).

Outros resultados interessantes abordam o efeito do tempo na qualidade de vida na adaptação do cancro da mama. Assim sendo, um estudo de revisão da literatura, feita a partir de várias bases de dados, obtiveram os seguintes resultados: a QdV tende a melhorar com o passar do tempo, o momento mais crítico para a QdV refere-se aos primeiros meses após a cirurgia, alguns estudos consideraram que houve piora na QdV de mulheres que realizaram mastectomia em comparação com as que realizaram cirurgia de conservação da mama e outras não, muitas vezes não houve consenso entre os autores na medida que utilizam amostra, instrumentos diferentes, até a definição de QdV são diferentes (Majewski, et al., 2012). Resultado diferente foi verificado num estudo longitudinal Chines que avaliou a qualidade de vida em mulheres com cancro da mama desde diagnóstico até o tratamento, concluíram que o tipo de tratamento não tem impacto relevante a longo prazo na qualidade de vida das mulheres sobreviventes com o cancro de mama (Cui, et al., 2004).

Quanto ao tipo de tratamento, os domínios da qualidade de vida que as mulheres mastectomizadas apresentam mais dificuldades são a sexualidade e os problemas ao nível da sua imagem corporal (Rebelo, et al., 2007). Um resultado idêntico foi encontrado num estudo realizado por Veiga (2010), em que verificou que as pacientes mastectomizadas apresentaram piores resultados no componente físico, da qualidade de vida, e foi mais acentuado entre pacientes mais jovens e com menor escolaridade. Sales e colaboradores (2001) verificaram que a das mulheres mastectomizadas avaliam a qualidade de vida positivamente, isto é, consideram ter uma boa qualidade de vida naquela fase de vida. Observaram ainda que o apoio social e familiar contribui para um bom funcionamento social e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Os estudos que comparam a qualidade de vida em relação ao tipo de mastectomia, não relatam diferenças entre a mastectomia parcial e total em relação à qualidade de vida ao longo do tempo. Estes estudos sugerem que o aumento da realização da mastectomia parcial pode diminuir os efeitos negativos na qualidade de vida em

sobreviventes jovens com cancro da mama (Dorval, et al., 1998). Parece assim claro que os tipos de tratamentos têm impacto na QvD.

A cirurgia de reconstrução da mama que foi abordado no capítulo anterior é uma forma de aumentar a qualidade de vida e bem estar das mulheres mastectomizadas. Num estudo realizado por Vianna (2004), verificou-se que a cirurgia de reconstrução mamária melhora a auto-imagem, o senso de feminilidade e o relacionamento sexual. Essas mulheres tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência, logo melhor qualidade de vida. Uma outra pesquisa que avaliou os efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas foram avaliadas dois grupos: um primeiro realizou só a mastectomia e o segundo realizaram a mastectomia e depois a cirurgia de reconstrução da mama, verificou que este último tinha níveis superior de qualidade de vida comparado com o outro grupo sobretudo nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais, na medida que ao reconstruir o seio que é considerado como símbolo da feminilidade a mulher passa a sentir bem com a imagem corporal, logo uma melhor QdV (Oliveira, Morais & Sarian, 2010).

Após a revisão da literatura pode-se dizer que a cirurgia da reconstrução da mama após a mastectomia tem tido resultados positivos nos aspetos psicológicos e físicos, consequentemente numa melhor qualidade de vidas das mulheres.

## **2.4. *Coping***

### **2.4.1. Conceito do *coping* no contexto da saúde**

Segundo Lazarus & Folkman (1986), há muito tempo que o conceito de *coping* tem tido uma grande importância no campo da psicologia. Na década de 80 o *coping* estava no centro de toda a psicoterapia e de programas educativos que tinham como os objetivos de desenvolver recursos adaptativos. Num modelo mais tradicionais, podemos encontrar dois tipo de conceito de *coping* muitos distintos, uma que deriva da experimentação com animais e a outra que deriva da teoria psicanalítica do ego.

O *coping* é definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que estão em permanente mudança e que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos do indivíduo (Lazarus, 1993). O *coping* tem sido descrito como o conjunto

das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001).

Muitas vezes, confunde-se os conceitos estilos de *coping* e estratégias de *coping*. O primeiro está relacionado a características de personalidade ou a resultados de *coping*, já a estratégias de *coping* refletem a ações cognitivas ou de comportamento tomadas em uma situação de *stress* (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

Lazarus & Folkman (1986) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção ou sentimento. No que se refere ao primeiro, o *coping* focado no problema, consiste em procurar formas ativa ou indireta de diminuir ou eliminar o problema, enquanto o *coping* focadas nas emoções, estão orientadas para a modificação das reações ao problema como o pensamento positivo (Maia & Correia, 2008). Os dois têm o objetivo diminuir os efeitos negativos do acontecimento, proporcionando a qualidade de vida (Varela & leal, 2007). Pais-Ribeiro & Rodrigues (2004) referem que o *coping* focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que pode ser feito algo de construtivo, e que o *coping* focado nas emoções tende a predominar quando as pessoas sentem que o stressor tende a persistir.

Existi uma controvérsia entre o estilo e estratégias de *coping*, relativamente aos estilos, estes estão relacionados com a personalidade e estratégias mais ligadas às ações e comportamentos no decurso de situações de *stress* (Antoniazzi et al., 1998).

A investigação sobre *coping* na área da saúde teve seu pico na década de 90 (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). O *coping* face à doença para Kann (1995) citado por Varela e leal (2007), refere-se ao conjunto de processos utilizados para reduzir as ameaças à integridade individual e conservar o equilíbrio emocional.

Neste sentido no ponto a seguir fala-se das estratégias de *coping* utilizadas em pessoas doentes, incidindo no cancro da mama e na mastectomia. Será particularmente salientada a forma como as pessoas com cancro da mama e mastectomizadas se adaptam a uma nova condição de vida nas várias trajetórias da doença.

#### **2.4.2. *Coping* no cancro da mama e mastectomia**

A capacidade da pessoa em utilizar as estratégias de *coping* em saúde depende da avaliação e dos mecanismos concedidos por ela, de maneira particular e coletiva, isto é, dos recursos pessoais, bem como dos oferecidos pela família e profissionais da saúde, ou por toda a sociedade (Stumm, et al., 2009). O ajustamento adaptado ao cancro da

mama depende de recursos cognitivos, emocionais e das respostas comportamentais para o diagnóstico por parte dos pacientes e os seus familiares (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001).

Vários estudos têm chamado atenção das estratégias de *coping* utilizados em mulheres com cancro da mama nas várias trajetória da doença. As estratégias de *coping* utilizadas por mulheres com cancro da mama variam em relação as variáveis sociodemográficas, como a nível socioeconómico e o tempo após o diagnóstico ou depois da cirurgia (Oh, 2000). Segundo Dorval e colaboradores (1998) existe uma melhoria significativa no ajustamento psicológico de pacientes com cancro da mama entre 18 meses e 8 anos após a cirurgia.

Num estudo para avaliar a estratégias de *coping* utilizadas por mulheres com cancro da mama para o ajustamento a doença, verificou-se que as mulheres com cancro da mama que utilizam o *coping* de evitamento têm pior ajustamento a doença (Mccaula, et al., 1999). Ainda um outro estudo, com objetivo de verificar as estratégias de *coping* utilizados por doentes oncológicos, verificou-se que o *coping* utilizados estão relacionados com a procura de suporte social, com as crenças na possibilidade de controlo e cura da doença, com a manutenção das atividades e da independência, com a forma de lidar com os tratamentos, com a forma de manter uma atitude positiva e a procura de compreensão de informação médica (Soares, Moura, Carvalho & Baptista, 2000). Varela e Leal (2007) verificaram que as mulheres utilizam as estratégias de *coping* para lidar com a doença, e as mais utilizadas são a estratégia espírito de luta e a estratégia fatalismo, a estratégia de *coping* menos utilizada foi a estratégia desânimo/fraqueza.

Num estudo onde um dos objetivos é explorar as estratégias de *coping*, em duas fases distintas da trajetória do cancro da mama, verificou-se que as mulheres recorriam aos seguintes estratégias de *coping*: o humor, a aceitação, a reintegração positiva e a negação. Sendo que as estratégias que promovem adaptação emocional ao diagnóstico durante a fase da sobrevivência são, o humor e a aceitação e o recurso à negação, bem como à expressão de sentimentos (Silva, Moreira & Canavarro, 2009).

Também neste sentido Fernandes e McIntyre (2009) verificaram-se que os benefícios percebidos aumentam a utilização das estratégias do *coping* em mulheres com cancro da mama nomeadamente a estratégias o espírito de luta, evitamento cognitivo e o fatalismo. Ainda um outro estudo qualitativo com o objetivo de identificar as estratégias de *coping* utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o

*stress* verificou-se que as estratégias utilizadas são: o apoio familiar percebido, a participação no grupo de apoio e a atuação dos profissionais da saúde, dando grande importância à família no acompanhamento e apoio prestado (Stumm, Maçalai, Leite & Loro, 2009). As mesmas autoras um ano mais tarde num estudo onde analisaram as estratégias de *coping* em relação ao tratamento. Verificaram que não existe diferenças significativas ao *coping* utilizados em função do tratamento, verificou-se ainda que o domínio do *coping* mais utilizados por mulheres mastectomizadas é o evitamento cognitivo (Fernandes & McIntyre, 2010).

A percepção das mulheres com cancro da mama quanto ao apoio social recebido pode influenciar a escolha em um determinado tipo de estratégias de *coping* para lidar com a doença (Kim, et al., 2010). Num estudo recente com o objetivo de identificar as estratégias de *coping* utilizadas por mulheres mastectomizadas, verificou-se que a estratégia de *coping* mais utilizada foi a negação (Gupta, et al., 2012). Feher e Maly (1999) verificaram que a fé religiosa e espiritual é uma importante estratégia de *coping* nas idosas recentemente diagnosticadas com cancro da mama para lidarem com a doença. Igualmente Howsepian e Merluzzi (2009) observaram que a prática religiosa é muitas vezes utilizados como estratégias de *coping* para lidar com cancro da mama, sendo que percepção pessoal de estar próximo de Deus poderiam auxiliar o indivíduo em enfrentar a doença. Segundo Oh (2000) o *coping* utilizado mais vezes por mulheres mastectomizadas é *coping* focado no problema. Ainda no seu estudo verificou associação entre as estratégias de *coping* e com a ansiedade.

Assim sendo, as mulheres com cancro da mama utilizam as estratégias de *coping* para lidarem melhor com a doença e para uma melhor QdV. Daí a importância de realizar um estudo para compreender as estratégias de *coping* utilizadas por mulheres com cancro da mama.

## **2.5. Qualidade de vida e *coping* em mulheres com cancro da mama e mastectomizadas**

Existe uma associação entre o *coping* e a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas. Confirmada por várias etapas, num estudo recente realizado em Portugal por Silva e colaboradores (2011), onde verificaram que os recursos a estratégias de *coping* cognitivas ativas associam a uma melhor qualidade de vida geral e psicológica, após o diagnóstico e o *coping* evitamento está associado a pior qualidade e

vida de durante o tratamento. Assim como no estudo com objetivo de examinar preditores de para o ajustamento ao cancro da mama constatou que a estratégia *coping* evitação está associada a um pior qualidade de vida (McCaul, et al., 1999).

Num estudo com mulheres com cancro da mama onde utilizaram a estratégias de *coping* expressão de sentimentos foi relacionada à melhoria da qualidade de vida (Stanton, et al., 2000).

A fé religiosa utilizada por mulheres com cancro da mama como estratégias de *coping* está associada a uma melhor qualidade de vida, observou-se que as pacientes com cancro da mama com níveis de religiosidade elevado estavam correlacionadas positivamente com a QdV (Wildes, et al., 2010).

Devido à escassez de estudo da relação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida, no cancro da mama e em mulheres mastectomizadas, o presente estudo auxiliou-se em literatura que trate o *coping* noutros problemas de saúde.

Assim sendo num estudo realizado pacientes em estágio final de doença pulmonar, verificou que elevado *coping* ativo e menor desinvestimento comportamental estavam associados a melhor qualidade de vida (Taylor & colaboradores, 2008). Em contrapartida, um estudo com pacientes com insuficiência respiratória, verificou-se que os pacientes utilizam estratégias de *coping* não adaptativos, como a negação, a auto-distração e auto-culpabilização. Estas estratégias estavam associadas negativamente a qualidade de vida, ou seja diminuindo-o (Klein, Turvey & Pies, 2007).

Abbott e colaboradores (2008) realizaram um estudo com doentes com fibrose cística, averiguaram que os pacientes que aceitavam optimistamente a doença tinham uma melhor qualidade de vida. Desta forma, a revisão da literatura do cancro da mama e mastectomia apurou a existência de associação de alguns domínios do *coping* com a qualidade de vida nas várias trajetórias da doença.

A partir da revisão feita neste capítulo pode concluir-se que o cancro da mama tem implicações aos vários níveis na vida da pessoa. A forma como a paciente vai lidar com a doença varia de acordo com as fases distintas. Normalmente a nível psicológico a ansiedade e a depressão são detetados muitas vezes em mulheres com cancro da mama que estão em tratamentos. As mulheres com uma predisposição para a depressão, com estratégias de *coping* ineficazes com um nível elevado de acontecimentos de vida que provocaram *stress*, tem uma pior qualidade de vida e por vezes podem possuir um risco elevado de vir a desenvolver problemas psiquiátricos.

## Parte II- Estudo empírico

### 3. Metodologia

Este capítulo tem por objetivo fazer uma apresentação da metodologia utilizada para a realização do estudo. Inicialmente apresentam-se os objetivos da investigação e o desenho da investigação, em seguida apresentam-se os critérios de seleção da amostra e a sua descrição, seguindo-se a descrição dos procedimentos de recolha de dados, das variáveis estudadas e dos instrumentos utilizados, e, finalizando com a descrição dos procedimentos estatísticos realizadas.

Este estudo foi realizado com uma amostra de mulheres que tiveram cancro da mama, a efetuar tratamento de *follow up* num hospital central de região norte de Portugal.

#### 3.1. Objetivos e desenho de investigação

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

Por outro lado em relação às técnicas inerentes, podem considerar-se as investigações como quantitativas e qualitativas. Esta investigação recorre a técnicas quantitativas na medida em que recorre a meios numéricos, grandes quantidades de informação, com objetivo à obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas, com recurso a métodos variados e também porque garantam a validade e a fidelidade dos dados recolhidos (Pais-Ribeiro, 2008).

O objectivo geral desta investigação consiste em caracterizar uma amostra de mulheres durante o período de tratamento pós-mastectomia em relação à qualidade de vida 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 qualidade de vida e as estratégias de *coping*;
- Investigar a variação da qualidade de vida e das estratégias de *coping* em função do tipo mastectomia (radical/total 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 estudadas**

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

- Variáveis psicológicas: qualidade de vida e estratégias de *coping*.
- Variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, número de filhos, área de residência, escolaridade e profissão.
- Variáveis clínicas: a data da cirurgia, tipo de tratamento pré- mastectomia, tratamento depois da mastectomia e o tipo de mastectomia (parcial ou radical/total).

### **3.3. Procedimentos de recolha de dados**

Inicialmente procedeu-se ao pedido de autorização, por escrito, ao Presidente Executivo da Comissão do Hospital central da região norte. Com a autorização em seguida encaminhado para o serviço de senologia, onde decorrem as consultas de *follow up*.

Quanto à seleção da amostra, procedeu-se da seguinte forma: selecionaram-se mulheres que seguiu à consulta *de follow up*, de forma consecutiva, durante o período (nos dias) em que havia consultam.

As pacientes eram encaminhadas pelo médico que estava de serviço para um contacto com a investigadora. Antes dos contactos com as participantes os médicos explicavam de forma sucinta o objetivo da investigação e convidavam a participar, caso as pacientes aceitassem era encaminhados para a investigadora.

Os dias em que decorreu o levantamento de dados foram estabelecidos em função da disponibilidade da própria instituição, sendo que foram todas as terça feiras (consultas de *follow up*), no período que decorreu entre Abril de 2013 e Setembro de 2013.

No primeiro contacto, a investigadora apresentava oralmente e resumidamente o objetivo da investigação, pedindo a colaboração das pacientes para a participação no mesmo. Apresentava-se o consentimento informado (Anexo II), dando-se a oportunidade de esclarecimento de algum ponto que pudesse suscitar alguma dúvida. A participação das pacientes foi voluntária e gratuita. Foi realçado a todas os participantes do estudo a confidencialidade dos dados pessoais.

A administração dos questionários foi realizada num único só momento de avaliação. Primeiramente, procedeu-se ao preenchimento do questionário sociodemográfico. Em seguida o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* para a avaliação da qualidade de vida e por fim *Brief Cope* para a avaliação do  *coping*. Devido à baixa literacia das pacientes muitas vezes optou-se pela leitura dos itens em voz alta (hétero-relato), assinalando as respostas das participantes.

Em relação ao preenchimento dos dados clínicos, foi pedido a autorização do médico que encontrava de serviço para fornecer essas informações clínicas das participantes.

### **3.4. Amostra**

A amostra foi constituída por 62 mulheres em consulta 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. A amostra é não probabilística ma medida que a probabilidade relativa de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida e neste caso amostra de conveniência, visto que, o investigador optou por escolher mulheres mastectomizadas em tratamento numa unidade de senologia do Hospital de Braga, por razões de conveniência pessoal, isto é, o investigador optou pelo hospital da sua residência (Pais Ribeiro, 2008).

#### **3.4.1. Caracterização sociodemográfica da Amostra**

A caracterização sociodemográfica da amostra total é apresentada no quadro 1. A amostra é constituída por 62 utentes de uma unidade de oncologia num hospital central da região norte de Portugal com idades compreendidas entre o 31 e os 86 anos (M= 59.5, DP= 13.1). Das participantes que participaram no estudo 8 (12.9%) são solteiras, 42 (67.7%) são casadas, 6 (9.7%) são divorciadas e 6 (9.7%) são viúvas. Em relação a

habilitações literárias 14 (22.6%) têm ensino primário incompleto, 24 (38.7%) têm o ensino primário completo, 3 (4.8%) têm primeiro ciclo, 10 (16.1%) têm segundo ciclo, 3 (4.8%) têm o terceiro ciclo e 8 (12.9%) têm ensino superior.

Em relação a área de residência das participantes, 30 (48.4%) vivem no meio rural e 32 (51.6%) vivem no meio urbano. Verificou-se ainda que no que diz respeito ao estatuto profissional atual, 13 (21.0%) têm estatuto profissionalmente ativo, 14 (22.6%) estão desempregadas 31 (50%) estão reformadas e 4 (6.5%) têm outro estatuto profissional atual. No que refere a composição do agregado familiar 6 (6.7%) moram sozinha, 17 (27.4%) moram com o companheiro, 25 (40.3%) moram com o companheiro e filhos e 14 (22.6%) moram com outras pessoas. Das participantes 55 (88.7) têm filhos e 7 (11.3%) não têm filhos. A média do número de filhos é 2.23, DP= 1.75, o número mínimo de filho é 0 e o máximo são 8.

#### **Quadro 1- Características sociodemográficas da amostra (N=62)**

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>
<b>Idade</b>	62		59.5	13.1	86	31
<b>Estado civil</b>						
Solteira	8	12.9				
Casada	42	67.7				
Divorciada	6	9.7				
Viúva	6	9.7				
<b>Habilitações literárias</b>						
Ensino primário incompleto	14	22.6				
Ensino primário completo	24	38.7				
1º ciclo	3	4.8				
2º ciclo	10	16.1				
3º ciclo	3	4.8				
Ensino Superior	8	12.9				
<b>Trabalha atualmente</b>						
Sim	11	17.7				
Não	51	82.3				
<b>Área de residência</b>						
Rural	30	48.4				
Urbana	32	51.6				
<b>Estatuto profissional atual</b>						
Profissionalmente ativa	13	21.0				
Desempregada	14	22.6				
Reformada	31	50.0				
Outro	4	6.5				

<b>Composição do agreg. familiar:</b>				
		6	6.7	
Sozinha		17	27.4	
Casal		25	40.3	
Casal e filhos		14	22.6	
Outro				
<b>Tem filhos</b>				
Sim		55	88.7	
Não		7	11.3	
<b>Números de filhos</b>			2.23	1.75 8 0

M- média; DP- desvio padrão; Máx. – máximo; Min. - mínimo

### 3.4.2. Caracterização Clínica da amostra

No que respeita à informação clínica (quadro 2) verificou-se que do total das 62 participantes 15 (22.2%) das participantes realizaram a cirurgia à cerca de 1 ano, 16 (25.8%) realizaram a cirurgia à cerca de 2 a 3 anos, 17 (27.4%) realizaram a cirurgia à cerca de 4 a 5 anos, 6 (9.7%) realizaram a cirurgia à cerca de 6 a 7 anos e 8 (12.9%) realizaram à cerca de 8 a 9 anos. Quanto ao estágio da doença, 20 participantes (32.3%) estavam no estágio I, 33 (53.2%) no estágio II, e 9 (14.5%) no estágio III. No que respeita ao tratamento antes da cirurgia, 9 (14.5%) fizeram a quimioterapia antes da cirurgia, 1 (1.6%) fez a radioterapia, 1 (1.6%) fez a quimioterapia e radioterapia, 1 (1.6%) fez a hormonoterapia e 50 (80.6%) não realizaram qualquer tratamento antes da cirurgia.

Em termos do tipo de mastectomia, 30 (48.4%) realizaram a mastectomia parcial, 32 (51.6%) realizaram a mastectomia radical/total. Em relação ao tratamento após a mastectomia 1 (1.6%) fez a quimioterapia, 2 (3.2%) fizeram a radioterapia, 11 (17.7%) fizeram a quimioterapia e a radioterapia, 27 (45.5%) fizeram a hormonoterapia, 4 (6.5%) fizeram a quimioterapia e hormonoterapia, 7 (11.3%) fizeram a radioterapia e hormonoterapia e 9 (14.5%) fizeram a quimioterapia, a radioterapia e hormonoterapia e 1 (1.6%) não realizou nenhum tratamento após a mastectomia.

### Quadro 2- Características Clínicas (N=62)

<b>Variáveis Clínicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Data da cirurgia</b>		
≤1	15	24.2
2-3	16	25.8
4-5	17	27.4

6-7	6	9.7
8-9	8	12.9
<b>Estádio da doença</b>		
Estádio I	20	32.3
Estádio II	33	53.2
Estádio III	9	14.5
<b>Tratamento anterior pré-mastectomia</b>		
Q	9	14.5
R	1	1.6
Q + R	1	1.6
H	1	1.6
Nenhum	50	80.0
<b>Tipo de mastectomia</b>		
Mastectomia parcial	30	48.4
Mastectomia radical/ total	32	51.6
<b>Tipo de tratamento após a mastectomia *</b>		
Q	1	1.6
R	2	3.2
Q +R	11	17.7
H	27	45.5
Q + H	4	6.5
R + H	7	11.3
Q + R + H	9	14.5
Nenhum	1	1.6

(\*) Quimioterapia (Q); Radioterapia (R); Hormonoterapia (H).

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

As características sociodemográficas dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia são apresentadas no quadro 3. Utilizou-se o *t-test* para testar as diferenças entre as duas condições nas variáveis de natureza intervalar ou contínua (e.g. idade) e o teste de Qui-quadrado nas variáveis categóricas (e.g. estado civil). As participantes que realizaram a mastectomia parcial (n=30) têm idades entre o 31 e os 84 anos (M= 1.87, DP= 1.52) e as que realizaram mastectomia radical/total (n=32), têm entre 53 e 86 anos. Das participantes que realizam a mastectomia parcial 2 (6.7%) são solteiras, 24 (80.0%) são casadas, 1 (3.3%) são divorciadas e 3 (10.0%) são viúvas. Das participantes que realizam a mastectomia radical/total 6 (18.8%) são solteiras, 18 (56.3%) são casadas, 5 (15.6%) são divorciadas e 3 (9.4%) são viúvas. Das que realizaram a mastectomia parcial, 6 (20.0%) têm ensino primário incompleto, 12 (40.0%) têm ensino primário

completo, 1 (3.3%) têm primeiro ciclo, 4 (13.3%) têm segundo ciclo, 2 (6.7%) têm terceiro ciclo e 5 (16.7) têm ensino superior e as que realizaram a mastectomia radical/total, 8 (25.0%) têm ensino primário incompleto, 12 (37.5%) têm ensino primário completo, 2 (6.3%) têm primeiro ciclo, 6 (18.8%) têm segundo ciclo, 1 (3.1%) têm terceiro ciclo e 13 (9.4) têm ensino superior.

Das que realizaram a mastectomia parcial 14 (46.7%) vivem no meio rural e 16 (53.3%) vivem no meio urbano e as que realizaram a mastectomia radical/total 16 (50.0%) vivem na cidade e 16 (50.0%) vivem no meio rural. Das que realizaram a mastectomia parcial 7 (23.3%) tem estatuto profissionalmente ativo, 8 (16.7%) estão desempregadas, 13 (43.3%) estão reformadas e 2 (6.7%) têm outro estatuto profissional atual e as que realizaram a mastectomia radical/total 6 (18.8%) tem estatuto profissionalmente ativo, 6 (18.8%) estão desempregadas, 18 (56.3%) estão reformadas e 2 (6.7%) têm outro estatuto profissional atual.

Das que realizaram a mastectomia parcial 1 (3.3%) moram sozinha, 9 (30.0%) moram com o companheiro, 15 (50.0%) moram com o companheiro e filhos e 5 (16.7%) moram com outras pessoas e as que realizaram a mastectomia radical/total 5 (15.6%) moram sozinha, 8 (25.0%) moram com o companheiro, 10 (31,3%) moram com o companheiro e filhos e 9 (28.1%) moram com outras pessoas. Das que realizaram a mastectomia parcial 28 (93.3) têm filhos e 2 (6.7%) não têm filhos, e as que realizaram a mastectomia radical/total 27 (84.4) têm filhos e 5 (15.6%) não têm filhos. Das que realizaram a mastectomia parcial em relação ao número de filhos a  $M= 1.87$ ,  $DP= 1.25$ , o número mínimo de filho é 0 e o máximo são 7, e as que realizaram a mastectomia radical/total a  $M= 2.56$ ,  $DP= 2.09$ , o número mínimo de filho é 0 e o máximo são 8, revelou haver diferenças significativas entre os grupos ( $t(60)= -.158$ ,  $p= .004$ ).

**Quadro 3- Características sociodemográficas para as sub amostra (mastectomia parcial n=30 e mastectomia radical/total n=32)**

Variáveis sociodemográficas	Mastectomia parcial (n=30)				Mastectomia radical/total (n=32)				t/X2	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
Idade			59.58	1.87			61.44	14.19	-1.15	1.66

<b>Estado civil</b>				5.47	.141
Solteira	2	6.7	6	18.8	
Casada	24	80.0	18	56.3	
Divorciada	1	3.3	5	15.6	
Viúva	3	10.0	3	9.4	
<b>Hab. literárias</b>				1.79	.887
Ensino					
primário	6	20.0	8	25.0	
incompleto					
Ensino	12	40.0	12	37.5	
primário	1	3.3	2	6.3	
completo	4	13.3	6	18.8	
1º ciclo	2	6.7	1	3.1	
2º ciclo	5	16.7	13	9.4	
3 ciclo					
Ensino Superior					
<b>Área de</b>					0.69 .793
<b>residência</b>					
Rural	14	46.7	16	50.0	
Urbana	16	53.3	16	50.0	
<b>Estatuto profissional</b>				1.11	.776
Profissionalmente ativa					
Profissionalmente ativa	7	23.3	6	18.8	
Desempregada	8	16.7	6	18.8	
Reformada	13	43.3	18	56.3	
Outro	2	6.7	2	6.3	
<b>Comp. do agreg. familiar:</b>				4.81	.186
Sozinha					
Sozinha	1	3.3	5	15.6	
Casal					
Casal	9	30.0	8	25.0	
Casal e filhos					
Casal e filhos	15	50.0	10	31.3	
Outro					
Outro	5	16.7	9	28.1	
<b>Tem filhos</b>				1.24	.265
Sim	28	93.3	27	84.4	
Não	2	6.7	5	15.6	
<b>Números de</b>		1.87	13.1	5.56	-1.58 .004
<b>filhos</b>			9		

#### **3.4.4. Caracterização clínica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia (parcial ou radical/total)**

A caracterização clínica dos participantes de acordo com o tipo de mastectomia é apresentada no quadro 4. Utilizou-se o teste de Qui-quadrado. Das participantes que realizaram a mastectomia parcial (n= 30), 8 (26.7%) realizaram a cirurgia à cerca de 1 ano, 6 (20.0%) realizaram a cirurgia a cerca de 2 a 3 anos, 6 (20.0%) realizaram a cirurgia à cerca de 4 a 5 anos, 3 (10%) realizaram a cirurgia à cerca de 6 a 7 anos e 4 (13.3%) realizaram à cerca de 8 a 9 anos. Quanto às participantes que realizaram a mastectomia radical/total (n=32), 7 (21.9%) das participantes realizaram a cirurgia à cerca de 1 ano, 10 (31.3%) realizaram a cirurgia à cerca de 2 a 3 anos, 8 (25.0%) realizaram a cirurgia à cerca de 4 a 5 anos, 3 (9.4%) realizaram a cirurgia à cerca de 6 a 7 anos e 4 (12.5%) realizaram à cerca de 8 a 9 anos.

Das participantes que realizaram a mastectomia parcial 14 (46.7%) estavam no estágio I, 14 (46.7%) participantes estavam no estágio II e 2 (6.7%) estavam no estágio III. Das participantes que realizaram a mastectomia radical/total 6 (18.8%) estavam no estágio I, 19 (59.4%) participantes estavam no estágio II, e 7 (21.9%) estavam no estágio III. Esta comparação revelou diferenças significativas entre os grupos ( $X^2= 6.68$ ;  $p=.035$ ).

Das participantes que realizaram a mastectomia parcial 4 (13.3%) fizeram a quimioterapia antes da cirurgia, 1 (3.3%) fez a quimioterapia e radioterapia, 1 (3.3%) fez a hormonoterapia e 24 (80.0%) não realizaram qualquer tratamento antes da cirurgia. Das participantes que realizaram a mastectomia radical/total 5 (15.6%) fizeram a quimioterapia antes da cirurgia, 1 (3.1%) fez radioterapia e 26 (81.3%) não realizaram qualquer tratamento antes da cirurgia.

Das participantes que realizaram a mastectomia parcial 1 (3.3%) fez a quimioterapia, 5 (16.7%) fizeram a quimioterapia e a radioterapia, 14 (20.0%) fizeram a hormonoterapia, 4 (13.3%) fizeram a radioterapia e hormonoterapia e 6 (14.5) fizeram a quimioterapia, a radioterapia e hormonoterapia. Das que realizaram a mastectomia radical/total 2 (6.3%) fizeram a radioterapia, 6 (18.8%) fizeram a quimioterapia e a radioterapia, 13 (40.6%) fizeram a hormonoterapia, 4 (12.5%) fizeram a quimioterapia e hormonoterapia, 3 (9.4%) fizeram a radioterapia e hormonoterapia e 3 (9.4) fizeram a quimioterapia, a radioterapia e hormonoterapia e 1 (3.1%) não realizou nenhum tratamento após a mastectomia.

**Quadro 4- Características Clínicas para amostra as sub amostra (mastectomia parcial n=30 e mastectomia radical/total n=32)**

Variáveis Clínicas	Mastectomia parcial (n=30)		Mastectomia radical/total (n=32)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Data da cirurgia</b>					9.64	.380
≤1	8	26.7	7	21.9		
2-3	6	20.0	10	31.3		
4-5	9	30.0	8	25.0		
6-7	3	10.0	3	9.4		
8-9	4	13.3	4	13.3		
<b>Estádio da doença</b>					6.68	.035
Estádio I	14	46.7	6	18.8		
Estádio II	14	46.7	19	59.4		
Estádio III	2	6.7	7	21.9		
<b>Tipo de trat. anterior -mastectomia</b>					3.13	.536
Q	4	13.3	5	15.6		
R	0	0	1	3.1		
Q + R	1	3.3	0	0		
H	1	3.3	0	0		
Nenhum	24	80.0	26	81.3		
<b>Tipo de tratamento após a mastectomia</b>					9.22	.238
Q	1	3.3	0	6.3		
R	0	0	2	0		
Q +R	5	16.7	6	18.8		
H	0	0	13	40.6		
Q + H	14	46.7	4	12.5		
R + H	4	13.3	3	9.4		
Q + R + H	6	20.0	3	9.4		
Nenhum	0	0	1	3.1		

### 3.5. Instrumentos de avaliação

A investigação quantitativa caracteriza-se pela utilização de técnicas rigorosas de recolha de dados, que passam muitas vezes pela utilização de instrumentos standardizados que permitem assegurar a validade e a fidelidade dos resultados

(Ribeiro, 2008). Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas foram o questionário sociodemográfico e clínico desenvolvido para o efeito, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF) e o *Breif Cope*.

### **3.5.1. Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico (Anexo III) foi o primeiro a ser utilizado, com o objetivo de recolher informação relativa às variáveis demográficas. O questionário é constituído por 7 itens de diferentes formatos. Os itens são relativos: a idade, a profissão, a nível de escolaridade, ao estado civil, o estatuto de emprego, se tem filhos e o número de filhos.

### **3.5.2. Questionário clínico**

O questionário clínico (Anexo IV) 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 o estágio da doença, o tipo de tratamento anterior à mastectomia, o tipo de tratamento atual, e o tipo de mastectomia (parcial ou radical/total).

### **3.5.3. *World Health Organization Quality of Life* (World Health Organization Quality of Life Group, 1994; adaptado para a população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores, 2006)**

O instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) nas suas versões longas (*WHOQOL-100*) e breves (*WHOQOL-Bref*), destina-se à avaliação da qualidade de vida. Foi desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial da Saúde. O *WHOQOL* na versão longa e abreviada estão disponíveis em mais de 40 idiomas diferentes, incluindo em português de Portugal. É dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida (Canavarro, et al., 2007; Canavarro, et al., 2010).

World Health Organization Quality of Life Group (1994) autores da versão original de WHOQOL-BREF.

O estudo de validação para português de Portugal foi realizado através de colaboração de vários investigadores de diferentes universidades portuguesa (Vaz Serra, et al., 2006), é uma medida genérica multidimensional e multicultural para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de

distúrbios psicológicos e físicos bem como com indivíduos saudáveis. Composta por 26 itens que está organizada em 4 domínios: físico. Psicológico, relações sociais e ambiente é constituído por um conjunto de facetas, inclui ainda uma faceta sobre qualidade de vida geral (Canavarro, et al., 2007). Cada faceta é avaliada através de uma pergunta correspondente a um item, à exceção da faceta sobre a qualidade de vida em geral que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde (Canavarro, et al., 2010). As respostas de cada participante indicam a sua concordância ou discordância e são avaliadas por scores de 1 a 5, através de uma escala de *Likert*. Pode ser aplicada a partir de autopreenchimento ou através de entrevista por isso não requer um nível mínimo de instrução (Canavarro, et al., 2007).

A interpretação dos resultados é feita a partir das pontuações obtidas nos quatros domínios não existindo uma pontuação total do instrumento, resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. E a qualidade de vida em geral só podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a qualidade de vida em geral e a percepção de saúde (Canavarro, et al., 2010).

### **3.5.3.1. Características Psicométricas do Questionário da Qualidade de Vida na amostra em estudo**

A versão portuguesa deste instrumento apresenta boas propriedades psicométricas (Vaz Serra, et al., 2006).

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 e 8 são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna da escala total e das subescalas.

Os itens da sub-escala apresentam correlações com o total da escala entre .23 e .53, e o alfa de *Cronbach* é de .81. No estudo de validação é .92, logo o alfa de *cronbach* é aceitável. A consistência interna em relação aos domínios *do WHOQUOL-Bref* e comprando com a consistência interna da escala de validação só o domínio físico (.87; .87) teve o valor idêntico. Os outros domínios tiveram valores inferiores, o domínio psicológico (.38;.84), o de relações sociais (.38; .64) e o ambiente (.41; .78).

#### **Quadro 5- Resultados da análise de consistência interna do domínio físico dos WHOQUOL-Bref (N=62)**

	Correlação do item com o total de escala (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Domínio Físico	.23	.87

**Quadro 6- Resultados da análise de consistência interna do domínio psicológico dos *WHOQUOL-Bref* (N=62)**

	Correlação do item com o total de escala (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Domínio Psicológico	.56	.38

**Quadro 7- Resultados da análise de consistência interna do domínio de relações sociais dos *WHOQUOL-Bref* (N=62)**

	Correlação do item com o total de escala (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Domínio de relações sociais	.46	.41

**Quadro 8- Resultados da análise de consistência interna do domínio meio ambiente dos *WHOQUOL-Bref* (N=62)**

	Correlação do item com o total de escala (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Domínio meio ambiente	.53	.41

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

O *Brief Cope* é uma medida mais breve do *Cope* que é inventário que Carver e colaboradores desenvolveram para avaliar estilos e estratégias de *coping*. Numa primeira fase, o *Cope* era constituído por 52 itens distribuídos por 13 escalas. Posteriormente passa a incluir 53 itens em 14 escalas e, finalmente 60 itens em 15 escalas com quatro itens por escala (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *Brief Cope* é um questionário desenvolvido por Carver (1989) foi desenvolvido visto as medidas existentes, nomeadamente o *COPE*, pretende responder à

necessidade de medidas que avaliem adequadamente qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível.

Foi desenvolvido para ser utilizados em vários contextos. É um instrumento multidimensional constituído por 14 escalas com dois itens cada escala: " *coping* activo, 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 (medicamentos/ álcool) e humor". A resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de "0" a "3") entre "nunca faço isto" até "faço sempre isto".

#### 3.5.4.1. Características Psicométricas do Questionário do *coping* amostra em estudo

A versão original segundo Carver (1997) refere uma boa fidelidade para a maioria das sub-escalas, em exceção as estratégias de  *coping* expressão de sentimentos, negação e aceitação com valores de *Alpha* inferiores a .60.

A estrutura fatorial da versão Portuguesa da *Brief Cope* apresenta características idênticas à escala original. Só 3 escalas apresentaram valores inferiores a 0.70, o  *coping* activo .65, a auto-culpabilização .62 e a aceitação .55 (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

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. No quadro são apresentados respetivamente os coeficientes de consistência interna da escala total e das subescalas.

Os itens da sub-escala apresentam correlações com o total da escala entre .31 e .55, e o alfa de *Cronbach* é de .51. Todas as escalas apresentam valores inferiores da escala original e também da escala da validação para a população portuguesa.

#### Quadro 9- Resultados da análise de consistência interna do *Brief Cope* (N=62)

Itens	Correlação do item com o total de escala (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<i>Coping</i> activo	.31	.47
Planear	.54	.42
Utilizar suporte instrumental	.38	.43
Utilizar suporte social emocional	.55	.43
Religião	.16	.52

Reinterpretação positiva	.50	.51
Auto culpabilização	.31	.52
Aceitação	.43	.55
Expressão de sentimentos	.43	.46
Negação	.49	.50
Auto distração	.57	.42
Desinvestimento comportamental	.47	.52
Uso de substâncias	.26	.52
Humor	.50	.53

Alfa de *crombach* = .51

### 3.6. Procedimentos estatísticos

Para a análise dos dados, utilizamos uma base de dados informática onde os dados foram processados pelo programa estatístico SPSS (*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 / Shapiro Wilk* 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.

##### 4.1. Resultados descritivos na amostra total

###### 4.1.1. Qualidade de vida

No que respeita aos resultados descritivos da faceta qualidade de vida na amostra total (quadro 10), verificou-se uma média de 59.88 (DP=22.04), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 100. No domínio físico na amostra total, verificou-se uma média de 68.19 (DP=77.93), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 653.5. No domínio psicológico na amostra total, verificou-se uma média de 66.01 (DP=18.98), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 100. No domínio de relações sociais na amostra total, verificou-se uma média de 69.56 (DP=18.94), sendo a resposta mínima encontrada de 6.6 e a máxima de 100. Por fim, no domínio meio ambiente na amostra total, verificou-se uma média de 66.30 (DP=15.20), sendo a resposta mínima encontrada de 3.1 e a máxima de 100.

**Quadro 10- Resultados descritivos da QDV e domínios na amostra total (N=62)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Qualidade de vida geral	59.88	22.04	0	100
Domínio Físico	68.19	77.93	0	653.5
Domínio Psicológico	66.01	18.98	0	100
Domínio de relações sociais	69.56	18.94	6.6	100
Domínio meio ambiente	66.30	15.20	3.1	100

M - Média; Dp - Desvio padrão

###### 4.1.2. Coping

No que respeita aos resultados descritivos da sub escala de *coping* na amostra total (quadro 11), na escala *coping* ativo verificou-se uma média de 3.08 (DP=1.57), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 7. Na escala planear na amostra total verificou-se uma média de 2.97 (DP=1.72), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala utilizar suporte instrumental na amostra total verificou-se

uma média de 1.73 (DP=1.95), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala utilizar suporte social emocional na amostra total verificou-se uma média de 3.03 (DP=2.04), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala religião na amostra total verificou-se uma média de 4.27 (DP=1.96), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala reinterpretação positiva na amostra total verificou-se uma média de 3.60 (DP=1.66), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala auto culpabilização na amostra total verificou-se uma média de 0.87 (DP=1.03), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 4. Na escala aceitação na amostra total verificou-se uma média de 3.98 (DP=1.67), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala expressão de sentimentos na amostra total verificou-se uma média de 2.34 (DP=1.76), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala negação na amostra total verificou-se uma média de 2.08 (DP=1.81), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6. Na escala auto distração na amostra total verificou-se uma média de 2.60 (DP=1.44), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 5. Na escala desinvestimento comportamental na amostra total verificou-se uma média de 0.71 (DP=1.04), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 4. Na escala uso de substância na amostra total verificou-se uma média de 0.05 (DP=0.28), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 2. Por fim, na escala humor na amostra total verificou-se uma média de 2.94 (DP=2.14), sendo a resposta mínima encontrada de 0 e a máxima de 6.

**Quadro 11- Resultados descritivos de *coping* e subescalas (N=62)**

<i>Escala do Brief Cope</i>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<i>Coping</i> activo	3.08	1.57	0	7
Planear	2.92	1.72	0	6
Utilizar suporte instrumental	1.73	1.95	0	6
Utilizar suporte social emocional	3.03	2.04	0	6
Religião	4.27	1.96	0	6
Reinterpretação positiva	3.60	1.66	0	6
Auto culpabilização	0.87	1.03	0	4
Aceitação	3.98	1.67	0	6
Expressão de sentimentos	2.34	1.76	0	6
Negação	2.08	1.81	0	6
Auto distração	2.60	1.44	0	5
Desinvestimento comportamental	0.71	1.04	0	4
Uso de substâncias	0.05	0.28	0	2

Humor	2.94	2.14	0	6
-------	------	------	---	---

M - Média; Dp - Desvio padrão

#### 4.2. Comparação dos grupos: mastectomia parcial e radical/total

Previamente à comparação dos grupos procedeu-se ao estudo da normalidade e da homogeneidade das subescalas nas subamostras (mastectomia parcial e radical/total). 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 12 e 13).

##### 4.2.1. Qualidade de vida

Os resultados do teste de *U de Mann Whitney* de comparação faceta qualidade de vida nos dois grupos foram os seguintes, para a mastectomia parcial o valor de *Mean Rank* é 30.93 e para a mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 32.03, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z=-.246$ ;  $p=.806$ ). No domínio físico o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 27.93 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 35.20, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -1.672$ ;  $p=.095$ ). No domínio psicológico o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 30.75 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 32.20, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.318$ ;  $p=.750$ ). No domínio de relações sociais o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 31.20 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 31.78, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.129$ ;  $p=.898$ ). No domínio de meio ambiente o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 28.57 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 34.25, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -1.247$ ;  $p=.212$ ).

**Quadro 12- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que realizaram mastectomia parcial e mastectomia radical/total) na QDV na amostra total (N=62)**

	<b>Mastectomia parcial (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical/total</b>
--	-----------------------------------	----------------------------------

(n=32)				
	<i>Mean rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Qualidade de vida geral	30.93	32.03	-.246	.806
Domínio Físico	27.55	35.20	-1.672	.095
Domínio Psicológico	30.75	32.20	-.318	.750
Domínio de relações sociais	31.20	31.78	-.129	.889
Domínio meio ambiente	28.57	34.25	-1.247	.212

#### 4.2.2. Coping

Os resultados do teste de *U de Mann Whitney* de comparação as sub escalas do *coping* com os dois grupos foram os seguintes, a escala de *coping* activo para a mastectomia parcial o valor de *Mean Rank* é 31.77 e para a mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 31.25, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z=-.115$ ;  $p=.909$ ). Para a escala planear o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 35.68 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 27.58, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -1.809$ ;  $p=.070$ ). O utilizar suporte instrumental, o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 31.88 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 31.14, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z=-.172$   $p=.864$ ). No utilizar suporte social emocional o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 34.32 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 28.83, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z=-1.222$ ;  $p=.222$ ). Na escala religião o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 32.50 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 30.56, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.448$ ;  $p=.654$ ). Na escala reinterpretação positiva o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 32.00 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 31.03, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.216$ ;  $p=.829$ ). Na escala auto culpabilização o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 31.75 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 31.27, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.216$ ;  $p=.829$ ). Na escala aceitação o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 34.47 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 28.72, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -1.291$ ;  $p=.197$ ). Na escala expressão de sentimentos o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 32.30 e para mastectomia radical/total o valor de *Mean Rank* é 30.75, não mostraram

diferenças significância estatística ( $Z= -.343$ ;  $p=.731$ ). Na escala negação o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 32.87 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 30.22, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.590$ ;  $p=.555$ ). Na escala auto distração o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 31.82 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 31.20, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.137$ ;  $p=.891$ ). Na escala desinvestimento comportamental o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 30.62 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 32.33, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.427$ ;  $p=.669$ ). Na escala uso de substância o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 31.52 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 31.48, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.023$ ;  $p=.982$ ). E na escala humor o valor de *Mean Rank* para mastectomia parcial é 30.57 e para mastectomia radical/total o valor de *Meam Rank* é 32.56, não mostraram diferenças significância estatística ( $Z= -.485$ ;  $p=.628$ ).

**Quadro 13- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que realizaram mastectomia parcial e mastectomia radical/ total) no coping na amostra total (N=62)**

	<b>Mastectomia parcial (n=30)</b>	<b>Mastectomia radical/total (n=32)</b>		
	<i>Mean rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<i>Coping activo</i>	31.77	31.25	-.115	.909
Planear	35.68	27.58	-1.809	.070
Utilizar suporte instrumental	31.88	31.14	-.172	.864
Utilizar suporte social emocional	34.32	28.83	-1.222	.222
Religião	32.50	30.56	-.448	.654
Reinterpretação positiva	32.00	31.03	-.216	.829
Auto culpabilização	31.75	31.27	-.144	.910
Aceitação	34.47	28.72	-1.291	.197
Expressão de sentimentos	32.30	30.75	-.343	.731
Negação	32.87	30.22	-.590	.555
Auto distração	31.82	31.20	-.137	.891
Desinvestimento comportamental	30.62	32.33	-.427	.669
Uso de substâncias	31.52	31.48	-.023	.982
Humor	30.37	32.56	-.485	.628

### 4.3. Associação entre as variáveis

#### 4.3.1. Associação entre variáveis na amostra total

Os resultados coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as sub escalas da QdV e do *Cope*, na amostra total (N=62), estão apresentados no quadro 14. A escala auto culpabilização correlaciona-se negativamente com a faceta de qualidade de vida geral ( $r = -.267$ ;  $p = .033$ ), com o domínio físico ( $r = -.267$ ;  $p = .036$ ), o domínio psicológico ( $r = -.498$ ;  $p = .000$ ), o domínio de relações sociais ( $r = -.435$ ;  $p = .000$ ) e o domínio ambiente ( $r = -.413$ ;  $p = .001$ ). A escala desinvestimento comportamental correlaciona-se negativamente com a faceta de qualidade de vida geral ( $r = -.268$ ;  $p = .061$ ), com o domínio físico ( $r = -.364$ ;  $p = .004$ ), o domínio psicológico ( $r = -.377$ ;  $p = .003$ ), o domínio de relações sociais ( $r = -.353$ ;  $p = .005$ ) e o domínio ambiente ( $r = -.266$ ;  $p = .037$ ). A escala negação correlaciona negativamente com a faceta de qualidade de vida geral ( $r = -.257$ ;  $p = .044$ ), com o domínio físico ( $r = -.445$ ;  $p = .000$ ), o domínio psicológico ( $r = -.408$ ;  $p = .001$ ) e o domínio ambiente ( $r = -.303$ ;  $p = .017$ ). Já a escala humor correlaciona-se positivamente com a faceta de qualidade de vida geral ( $r = .420$ ;  $p = .001$ ), com o domínio físico ( $r = .393$ ;  $p = .002$ ), o domínio psicológico ( $r = .518$ ;  $p = .000$ ) e o domínio ambiente ( $r = .252$ ;  $p = .049$ ). A escala reinterpretação positiva correlaciona-se positivamente com o domínio físico ( $r = .274$ ;  $p = .031$ ) e o domínio psicológico ( $r = .423$ ;  $p = .001$ ). A escala aceitação correlaciona-se positivamente com a faceta de qualidade de vida geral ( $r = .318$ ;  $p = .012$ ), com o domínio psicológico ( $r = .348$ ;  $p = .006$ ) e o domínio ambiente ( $r = .330$ ;  $p = .004$ ). Em relação a escala uso de substância correlaciona-se negativamente com o domínio ambiente ( $r = -.303$ ;  $p = .017$ ).

**Quadro 14- Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as sub escalas da QdV e do Cope, na amostra total (N=62)**

Escala do <i>Brief Cope</i>	Qualidade de vida geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio de relações sociais	Domínio meio ambiente
<i>Coping</i> activo	-.142	-.173	-.058	-.095	-.054
Planear	-.182	.001	-.032	.039	-.104
Utilizar suporte instrumental	-.166	.093	-.019	.137	-.007
Utilizar suporte social emocional	-.214	-.105	-.136	.048	-.060
Religião	-.028	-.114	-.060	-.033	-.017

Reinterpretação positiva	.091	.274*	.423**	.186	.244
Auto culpabilização	-.271*	-.267*	-.498**	-.435*	-.413**
Aceitação	.318*	.209	.346**	.207	.330**
Expressão de sentimentos	-.176	-.089	-.082	.051	-.079
Negação	-.257*	-.445**	-.408**	-.240	-.303*
Auto distração	-.222	-.101	-.064	.084	-.012
Desinvestimento comportamental	-.268*	-.364**	-.377**	-.353	-.266*
Uso de substâncias	-.239	-.126	-.166	-.201	-.303*
Humor	.420**	.393**	.518**	.168	.252*

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

#### 4.3.2. Associação entre variáveis nas subamostras

Os resultados coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as sub escalas da QdV e do *Cope*, na amostra de mastectomia parcial (n=30), estão apresentados no quadro 15. A faceta de qualidade de vida geral correlaciona-se positivamente com o humor (r=.395; p=.031). O domínio físico correlaciona-se negativamente com a religião (r=-.370; p=.044). O domínio psicológico correlaciona-se positivamente com aceitação (r=.463; p=.010), com humor (r=.463; p=.010) e correlaciona-se negativamente com a negação (r=-.421; p=.020) e com o desinvestimento comportamental (r=-.549; p=.002). O domínio de relações sociais correlaciona-se negativamente com a auto-culpabilização (r=-.442; p=.014). Não foi encontrada nenhuma correlação entre domínio meio ambiente com as escalas de *coping*.

**Quadro 15- Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as sub escalas da QdV e do *Cope*, na amostra de mastectomia parcial (N=30)**

Escala do <i>Brief Cope</i>	Qualidade de vida geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio de relações sociais	Domínio meio ambiente
<i>Coping</i> activo	-.048	-.128	.234	-.075	.142
Planear	.115	.197	.180	.296	.315
Utilizar suporte instrumental	.000	.130	-.078	.265	.051
Utilizar suporte social	-.013	.063	-.035	.295	.294

emocional					
Religião	-.233	-.370*	.097	-.064	-.001
Reinterpretação positiva	.020	.207	.288	.012	.120
Auto culpabilização	-.089	-.216	-.359	-.442**	-.321
Aceitação	.306	.319	.463**	.127	.251
Expressão de sentimentos	-.216	-.080	-.063	.106	-.079
Negação	-.262	-.359	-.421*	-.208	-.183
Auto distração	-.090	-.134		.000	.156
Desinvestimento comportamental	-.061	-.309	-.549**	-.285	-.230
Uso de substâncias	-.154	.097	-.032	-.065	-.315
Humor	.395*	.350	.463**	.133	.125

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

Os resultados Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as subescalas da QdV e do Cope, na amostra de mastectomia radical/total (n=32), estão apresentados no quadro 15. A faceta de qualidade de vida geral correlaciona-se positivamente com o humor (r=.449; p=.010) e correlaciona-se negativamente com o planejar (r=-.447; p=.006), utilizar suporte social emocional (r=-.377; p=.034) e com desinvestimento comportamental (r=.471; p=.006). O domínio físico correlaciona-se positivamente com o humor (r=.468; p=.007) e negativamente com a reinterpretação positiva (r=-.374; p=.035), com a negação (r=-.523; p=.002) e com o desinvestimento comportamental (r=-.437; p=.012). O domínio psicológico correlaciona-se positivamente com reinterpretação positiva (r=.558; p=.001), com humor (r=.555; p=.001) e correlaciona-se negativamente com a negação (r=-.409; p=.020) e com auto culpabilização (r=-.591; p=.000). O domínio de relações sociais correlaciona-se positivamente com a reinterpretação positiva (r=-.369; p=.038) e correlaciona-se negativamente com a aceitação (r=-.444; p=.011) e com desinvestimento comportamental (r=-.430; p=.014). O domínio meio ambiente correlaciona-se positivamente como humor (r=-.378; p=.033) e negativamente com o planejar (r=-.368; p=.038), auto culpabilização (r=-.463; p=.008), aceitação (r=-.423; p=.016) e negação (r=-.4234; p=.016).

**Quadro 16- Coeficientes de correlação de *Spearman's Rho* entre as sub escalas da QdV e do Cope, na amostra da mastectomia radical/total (N=32)**

Escala do <i>Brief Cope</i>	Qualidade de vida geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio de relações sociais	Domínio meio ambiente
<i>Coping</i> activo	-.209	-.223	-.280	-.127	-.233
Planear	-.447**	-.155	-.282	-.325	-.368*
Utilizar suporte instrumental	-.327	.011	.041	-.013	-.042
Utilizar suporte social emocional	-.377*	-.210	-.232	-.193	-.263
Religião	.197	.127	-.068	.000	-.035
Reinterpretação positiva	.183	-.374*	.558**	.369*	.332
Auto culpabilização	-.426*	-.305	-.591**	-.444**	-.463*
Aceitação	.328	.185	.262	.302	-.423*
Expressão de sentimentos	-.123	-.109	-.139	-.007	-.063
Negação	-.235	-.523**	-.409*	-.300	-.423*
Auto distração	.343	-.077	-.136	-.198	-.142
Desinvestimento comportamental	-.471	-.437*	-.266	-.430*	-.317
Uso de substâncias	-.300	-.302	-.303	-.308	-.303
Humor	.449**	.468**	.555**	.214	.378*

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

#### 4.4. Variação dos resultados

##### 4.4.1. Variação dos resultados em função do estado civil dos participantes

###### 4.4.1.1. Qualidade de Vida: variação com o estado civil

No quadro 17 estão apresentados os resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes casadas e sem companheiro) da QdV na amostra total (N=62). Verificou-se que para a faceta qualidade de vida geral as participantes casadas o valor de *Mean Rank* é 33.60 e para as participantes sem companheiro o valor de *Mean Rank* é 27.10. No domínio físico as casadas, o valor de *Mean Rank* é 33.71 e para as sem companheiro o valor de *Mean Rank* é 26.85. No domínio psicológico as casadas, o valor de *Mean Rank* é 34.37 e para as sem companheiro o valor de *Mean*

*Rank* é 25.48. No domínio de relações sociais o casado o valor de *Mean Rank* é 33.21 e para as sem companheiro o valor de *Mean Rank* é 27.90. No domínio meio ambiente as casadas, o valor de *Mean Rank* é 32.33 e para as sem companheiro o valor de *Mean Rank* é 29.75. Não mostraram diferenças significância estatística para todas os domínios em relação ao estado civil das participantes.

**Quadro 17- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes casadas e sem companheiros) na QdV na amostra total (N=62)**

	Casada (n=42)	Sem companheiro (n=20)		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Qualidade de vida geral	33.60	27.10	-1.360	.174
Domínio Físico	33.71	26.85	-1.403	.161
Domínio Psicológico	34.37	25.48	-1.822	.069
Domínio de relações sociais	33.21	27.90	-1.101	.271
Domínio meio ambiente	32.33	29.75	-.530	.596

**4.4.1.2. *Coping*: variação com o estado civil**

No quadro 18 são apresentados os resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes casadas e sem companheiro) no *coping* na amostra total (N=62). Averiguou-se que na escala de *coping* activo para as casadas, o valor de *Mean Rank* é 31.79 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 30.79, para a planejar para as casadas, o valor de *Mean Rank* é 33.82 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 26.63, a escala utilizar suporte instrumental, o valor de *Mean Rank* para as casadas é 31.81 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 30.85, na escala utilizar suporte social emocional o valor de *Mean Rank* para as casadas é 31.18 e as para sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 32.18, na escala religião o valor de *Mean Rank* para as casadas é 31.27 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 31.98. Na escala auto culpabilização o valor de *Mean Rank* para as casadas é 31.17 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 32.20. Na escala aceitação o valor de *Mean Rank* e para as casadas é 31.40 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 31.70, na escala expressão de sentimentos o valor de *Mean Rank* para as casadas é 30.74 para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 33.10, na

escala negação o valor de *Mean Rank* para as casadas é 30.43 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 33.75, na escala auto distração o valor de *Mean Rank* para as casadas é 32.29 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 29.85, na escala desinvestimento comportamental o valor de *Mean Rank* para as casadas é 31.36 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 31.80. Na escala uso de substância o valor de *Mean Rank* para as casadas é 31.23 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 32.08 e na escala humor o valor de *Mean Rank* para as casadas é 32.23 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 29.98. A escala reinterpretação positiva o valor de *Mean Rank* para as casadas é 34.79 e para as sem companheiro o valor de *Meam Rank* é 24.60, mostraram diferenças significância estatística ( $Z = -125$ ;  $p = .034$ ).

Para as restantes sub escalas não mostraram diferenças de significância estatística em relação ao estado civil.

**Quadro 18- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes casadas e sem companheiros) no *coping* a amostra total (N=62)**

	<b>Casada (n=42)</b>	<b>Sem companheiro (n=20)</b>		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<i>Coping</i> activo	31.78	30.79	-.184	.854
Planear	33.82	26.63	-1.502	.133
Utilizar suporte instrumental	31.81	30.85	-.207	.836
Utilizar suporte social emocional	31.18	32.18	-.206	.837
Religião	31.27	31.98	-.152	.880
Reinterpretação positiva	34.79	24.60	-.125	.034
Auto culpabilização	31.17	32.20	-.227	.821
Aceitação	31.40	31.70	-.062	.951
Expressão de sentimentos	30.74	33.10	-.489	.625
Negação	30.43	33.75	-.692	.489
Auto distração	32.29	29.95	-.509	.611
Desinvestimento comportamental	31.36	31.80	-.103	.918
Uso de substâncias	31.23	32.08	-.556	.572
Humor	32.23	29.98	-.465	.642

#### 4.4.2. Variação dos resultados em função do meio de proveniência

##### 4.4.2.1. Qualidade de Vida: variação com o meio de proveniência

No quadro 19 está representada os resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que residem no meio rural e no meio urbano) na QdV na amostra total (N=62). Verificou-se que para a faceta qualidade de vida geral as participantes que residem no meio rural o valor de *Mean Rank* é 29.93 e para as participantes que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 33.91. No domínio físico as que residem no meio rural o valor de *Mean Rank* é 29.40 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 33.47. No domínio psicológico as que residem no meio rural o valor de *Mean Rank* é 29.78 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 33.11. No domínio de relações sociais físico as que residem no meio rural o valor de *Mean Rank* é 29.18 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 33.67. No domínio meio ambiente físico as que residem no meio rural o valor de *Mean Rank* é 29.55 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 33.23.

Não mostraram diferenças significância estatística entre as pessoas que vivem no meio rural e meio urbano em relação aos domínios de QdV.

**Quadro 19- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que vivem no meio rural e meio urbano) na QdV na amostra total (N=62)**

	Rural (n=30)	Urbano (n=32)	Z	p
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Qualidade de vida geral	28.93	33.91	-1.113	.266
Domínio Físico	29.40	33.47	-.889	.374
Domínio Psicológico	29.78	33.11	-.728	.466
Domínio de relações sociais	29.18	33.67	-.994	.320
Domínio meio ambiente	29.55	33.23	-.786	.432

##### 4.4.2.2. Coping: variação com o meio de proveniência

No quadro 20 estão apresentados os resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que residem no meio rural e no meio urbano) do *coping* na amostra total (N=62). Na escala de *coping* activo para as participantes que

residem no meio rural o valor de *Mean Rank* é 30.92, e para as participantes que residem no meio urbano o valor de *Meam Rank* é 32.05, a escala planejar para as que residem no meio rural o valor de *Mean Rank* é 30.38 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 32.55, o utilizar suporte instrumental, o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 30.13 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 32.78. No utilizar suporte social emocional o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 32.45, e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 30.63, na escala religião o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 34.93 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 28.28, na escala reinterpretação positiva o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 31.70, e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 31.31. Na escala auto culpabilização o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 31.43 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 31.56, na escala aceitação o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 31.30 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 31.69, na escala expressão de sentimentos o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 32.95 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 30.14, na escala negação o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 32.72, e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 29.42. Na escala auto distração o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 31.07, e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 31.91, na escala desinvestimento comportamental o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 28.72 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 34.11, na escala uso de substância o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 31.55 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 31.45. E na escala humor o valor de *Mean Rank* para as que residem no meio rural é 31.43 e para as que residem no meio urbano o valor de *Mean Rank* é 31.56.

As escalas do *coping* não mostraram diferenças significância estatística entre as pessoas que vivem no meio rural e meio urbano.

**Quadro 20- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes que vivem no meio rural e meio urbano) no *coping* na amostra total (N=62)**

	<b>Rural (n=30)</b>	<b>Urbano (n=32)</b>		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Z</b>	<b>p</b>

<i>Coping</i> activo	30.92	32.05	-.251	.802
Planear	30.38	32.55	-.483	.629
Utilizar suporte instrumental	30.13	32.78	-.612	.541
Utilizar suporte social emocional	32.43	30.63	-.400	.689
Religião	34.93	28.28	-1.537	.124
Reinterpretação positiva	31.70	31.31	-.086	.931
Auto culpabilização	31.43	31.56	-.030	.976
Aceitação	31.30	31.69	-.087	.931
Expressão de sentimentos	32.95	30.14	-.622	.534
Negação	32.72	29.42	-.956	.339
Auto distração	31.07	31.91	-.188	.851
Desinvestimento comportamental	28.72	34.11	-1.347	.178
Uso de substâncias	31.55	31.45	-.069	.945
Humor	31.43	31.56	-.029	.977

#### 4.4.3. Variação dos resultados em função da idade

##### 4.4.3.1. Qualidade de Vida: variação com a idade

No quadro 21 estão apresentados os resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (mais novas e mais velhas) na QdV na amostra total (N=62). Verificou-se que para a faceta qualidade de vida geral nas participantes mais novas o valor de *Mean Rank* é 32.39 e para as participantes mais velhas o valor de *Mean Rank* é 30.48. No domínio físico as mais novas o valor de *Mean Rank* é 32.44 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 30.43. No domínio psicológico mais novas o valor de *Mean Rank* é 30.30 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 32.86. No domínio de relações sociais as mais novas o valor de *Mean Rank* é 31.39 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 31.62. No domínio meio ambiente as mais novas o valor de *Mean Rank* é 29.50 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 33.78.

Os domínios da QdV não mostraram diferenças significância estatística quando comparados as participantes mais novas das participantes mais velhas.

#### Quadro 21- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes mais novas e mais velhas) na QdV na amostra total (N=62)

	Mais novas (n=33)	Mais velhas (n=29)		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Qualidade de vida geral	32.29	30.48	-.427	.669

Domínio Físico	32.44	30.43	-.438	.661
Domínio Psicológico	30.30	32.86	-.559	.576
Domínio de relações sociais	31.39	31.62	-.050	.960
Domínio meio ambiente	29.50	33.78	-.937	.349

#### 4.4.3.2. *Coping*: variação com a idade

No quadro 22 estão apresentados os resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (mais novas e mais velhas) da *coping* na amostra total (N=62). Na escala de *coping* activo para as participantes mais novas o valor de *Mean Rank* é 33.80, e para as participantes as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 28.88, a escala planejar para as mais novas o valor de *Mean Rank* é 33.65 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 29.05, o utilizar suporte instrumental, o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 31.59 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 31.40, no utilizar suporte social emocional o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 29.98, e para as mais velhas de *Mean Rank* é 33.22. Na escala reinterpretação positiva o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 32.39, e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 30.48, na escala auto culpabilização o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 34.52 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 28.07, na escala aceitação o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 30.85 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 32.24, na escala expressão de sentimentos o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 31.32 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 31.71. Na escala negação o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 31.06 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 32.00. Na escala auto distração o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 33.42 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 29.41, na escala desinvestimento comportamental o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 33.86 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 28.81. Na escala uso de substância o valor de *Mean Rank* é 32.38 e para as mais novas é e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 30.50 e na escala humor o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 30.98 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 32.09. A escala religião o valor de *Mean Rank* para as mais novas é 24.45 e para as mais velhas o valor de *Mean Rank* é 39.52, mostraram diferenças significância estatística ( $Z = -3.476$ ;  $p = .001$ ). Em contrapartida as restantes escalas não mostraram diferenças estatisticamente significativas em relação a idade.

**Quadro 22- Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes mais novas e mais velhas) no *coping* na amostra total (N=62)**

	<b>Mais novas (n=33)</b>	<b>Mais velhas (n=29)</b>		
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<i>Coping</i> activo	33.80	28.88	-1.092	.275
Planear	33.65	29.05	-1.025	.305
Utilizar suporte instrumental	31.59	31.40	-.045	.964
Utilizar suporte social emocional	29.98	33.22	-.716	.474
Religião	24.45	39.52	-3.476	.001
Reinterpretação positiva	32.39	30.48	-.426	.670
Auto culpabilização	34.52	28.07	-1.510	.131
Aceitação	30.85	32.24	-.312	.755
Expressão de sentimentos	31.32	31.71	-.086	.931
Negação	31.06	32.00	.209	.835
Auto distração	33.42	29.41	-.918	.358
Desinvestimento comportamental	33.86	28.81	-1.260	.208
Uso de substâncias	32.38	30.50	-1.337	.181
Humor	30.98	32.09	-.243	.808

## 5. Discussão dos Resultados

A revisão da literatura, acerca da qualidade de vida e *coping* em mulheres mastectomizadas e com cancro da mama, permite concluir vários fatores sociodemográficos (e.g. idade) e clínicos (e.g. tipo de mastectomia), que poderão influenciar o percurso da mulher que sofre desta doença.

Neste capítulo, temos por objetivo proceder à discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior, integrando os dados obtidos com o conhecimento científico acumulado nesta área e apresentado no capítulo da revisão da literatura. A discussão dos resultados será efetuada pela ordem de apresentação dos mesmos.

### 5.1. Resultados descritivos

Uma vez que este estudo procurou avaliar a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas verificou-se, que a mulheres revelam no momento da avaliação ter uma boa QdV na medida que, as médias dos domínios indicam valores razoáveis, que segundo Canavarro e colaboradores (2007) os resultados mais elevados correspondem a uma melhora qualidade de vida (Canavarro, et al., 2007). Encontrou-se resultados semelhantes em quase todos os domínios comparando com os resultados do estudo de validação para população portuguesa realizado por Vaz Serra e colaboradores (2006) e

Canavarro e colaboradores (2007) e também semelhantes ao estudo de Silva e colaboradores (2011).

No que se refere às estratégias de *coping* utilizadas, as pacientes utilizam várias estratégias de *coping* para lidarem com a doença, conforme foi referido por Silva e colaboradores (2011). No nosso estudo as estratégias de *coping* preferenciais das participantes foram a estratégias religião. Segundo Ribeiro e Rodrigues (2004), quanto maior for a nota obtida maior é o uso de determinada estratégia de *coping*. De fato Feher e Marly (1999) e Howsepian e Merluzzi (2009), verificaram que a fé religiosa e espiritual é uma das estratégias mais utilizada por mulheres com cancro da mama. Ainda a aceitação, a reinterpretação positiva, o *coping* ativo e o humor são estratégias mais utilizadas, apoiando resultados idênticos averiguados por Silva e colaboradores (2011).

## **5.2. Comparação dos grupos: mastectomia parcial e radical/total**

Na comparação entre os grupos para a qualidade de vida os resultados não mostraram diferenças estatisticamente significativas, isto é, o tipo de cirurgia não tem impacto na qualidade de vida das mulheres sobreviventes de cancro da mama. Resultados idênticos foram verificados por Cui e colaboradores (2004). Contrariamente num outro estudo consideram-se diferenças na QdV entre o tipo de cirurgia realizada, justificando-se este fato, estar relacionada com a imagem corporal que cada cirurgia implica na mulher (Rebelo, et al., 2007). Assim como Pais-Ribeiro e Santos (2000) os resultados mostram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os dois grupos, com os pacientes submetidos a tumorectomia mostrando uma melhor QdV. O nosso resultado pode ser explicado por algumas influências na recolha dos dados, como o tamanho da amostra, a forma da administração do instrumento.

Os resultados de comparação dos grupos não mostram diferenças significativas no *coping* entre os dois grupos, sugerindo a inexistência de diferenças na escolha de estratégias de *coping* entre mulheres que realizaram mastectomia parcial com mulheres que realizaram mastectomia radical/total. Igualmente o nosso resultados coincidem com os do Varela e Leal (2007), onde não verificaram diferenças entre os dois grupos no que concerne as estratégias de *coping* utilizadas. Esses resultados podem explicar pela influência na recolha dos dados como o tamanho e características da amostra e também a aplicação que foi na maioria de hétero-relato.

### 5.3. Associação entre as variáveis

Para amostra total as associações entre QdV e *Cope* indicaram algumas associações positivas e negativas variando entre uma baixa correlação e uma correlação moderada, revelando assim uma correlação parcial na medida que nem todas as variáveis se correlacionaram entre si. As estratégias de  *coping* nomeadamente o humor, a aceitação, a negação, o uso de substância, a reinterpretação positiva e o desinvestimento comportamental associam-se a uma melhor QdV. Quanto mais estas estratégias são utilizadas melhor será a QdV. Como podemos ver as estratégias de  *coping* focada na emoção está associada a QdV. O recurso as estratégias de  *coping* como a religião, o planejar o  *coping* ativo, a utilização de suporte instrumental, a utilização de suporte social e emocional, a expressão de sentimentos e a auto distração associam-se a uma pior QdV. Quanto menos as participantes utilizam estas estratégias pior é a QdV. Conforme verificado no estudo de Silva e colaboradores (2011), estratégias de  *coping* cognitivas activas associam-se a uma melhor QdV global e psicológica, após o diagnóstico e durante o tratamento. O recurso a um  *coping* de evitamento associa-se a uma pior QdV em todas as fases da doença.

Na análise das associações para a sub-amostra também se verificou uma correlação parcial, sendo que algumas variáveis se correlacionaram entre si, tendo as correlações variando entre baixa a moderada, tanto no sentido negativo como positivo. Para amostra de mastectomia parcial as estratégias de  *coping* nomeadamente o humor, a aceitação, a negação, a religião, o desinvestimento comportamental e a auto culpabilização associam-se a uma melhor QdV. Estes tipos de estratégias, ao basearem-se em esforços cognitivos para lidar com a doença, promove envolvimento em comportamentos mais adaptativos, promotores da QdV. Os recursos as restantes estratégias de  *coping* associam-se a uma pior QdV.

Em relação à mastectomia radical/total verificou-se que as estratégias de  *coping* humor, planejar, a reinterpretação positiva, a negação, a aceitação, o utilizar suporte social e emocional, a auto culpabilização e o desinvestimento comportamental associam-se a uma melhor QdV. Já o recurso as estratégias de  *coping* ativo utilizar suporte instrumental, religião, auto distração, expressão de sentimentos e uso substância associam-se a uma pior QdV.

#### **5.4. Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas**

Vários estudos consideram a importância das variáveis sociodemográficas na QdV, nomeadamente o estado civil, verificando-se que as mulheres casadas têm melhor QdV que as mulheres sem companheiro (Bulotiene, Veseliunas & Ostapenko, 2007; Rebelo, 2007; Amaral, et al., 2009; Moreira, et al., 2011). Os resultados da nossa amostra igualmente com os resultados do estudo de Varela e Leal (2007) vieram contrariar os outros estudos, na medida que os resultados de comparação da qualidade de vida e do estado civil não mostraram significância estatística, assim como os resultados de Silva e colaboradores (2011), assim sendo não há diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os sujeitos solteiros e os sujeitos casados. Não era o que se esperava, na medida as casadas tem apoio dos companheiros e o apoio é considerado como um facilitador para aumentar a QdV (Moreira, et al., 2011).

Um outro variável sociodemográfico muito associado à QdV é o meio de proveniência. Os resultados do estudo de comparação dos grupos não mostraram significância estatística, logo não há diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre as participantes que residem no meio rural e as participantes que vivem no meio urbano. Este resultado, contraria o achado de Pacian e colaboradores (2012), que verificaram que as participantes que vivem em áreas rurais têm melhor qualidade de vida. O nosso resultado poderá ser devido ao número reduzido da amostra.

A idade é das variáveis sociodemográficas mais associadas a QdV na literatura. Apesar do que era esperado no nosso estudo não foi possível averiguar diferenças em relação à idade nas participantes, assim como no estudo de Silva e colaboradores (2011). Em contrapartida outros estudos consideram que as mulheres mastectomizadas mais velhas apresentam melhor qualidade de vida (Rebelo, et al., 2007; Hughet, 2009; Pacian, et al., 2012), umas das explicações pelo fato das mais velhas aceitarem melhor a doença e o seu tratamento.

Em relação as implicações das variáveis sociodemográficas no *coping*, no que concerne ao estado civil, no nosso estudo foi possível averiguar uma diferença estatisticamente significativa na uma das várias sub escala do *coping*. Há diferenças entre mulheres casadas e as sem companheiros em relação à estratégia reinterpretação positiva. As mulheres casadas consideram extraírem valor positivo à situação de doença de forma a torná-la mais favorável, sendo este valor superior em contraste com as mulheres sem companheiros. Contrariamente de um outro estudo, onde não encontrarão

diferenças significativas entre as estratégias de *coping* utilizadas quando comparados as mulheres com cancro da mama de acordo com o seu estado civil (Varela & Leal, 2007). Essa diferença pode ser explicada pela diferença do instrumento utilizado ou ainda também pelo tamanho da amostra.

Os resultados não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre o *coping* e o meio de proveniência, ou seja, as mulheres que vivem no meio rural e meio urbano não utilizam estratégias de *coping* diferentes. Igualmente, o nosso resultado pode ter sido influenciado pelo tamanho da amostra e na forma da administração dos instrumentos.

Em relação à idade e o *coping*, foi possível encontrar uma diferença nas estratégias utilizadas nos dois grupos (mais novas e mais velhas). Verificou-se que as mulheres mais velhas utilizam mais a estratégias religião comparando com as mais novas. O resultado não foi surpreendente na medida em que, conforme ilustrado na literatura científica neste domínio, as mulheres mais velhas geralmente são mais religiosas e espirituais, refugiando-se nas suas crenças religiosas e espirituais (Feher e Maly, 1999).

## 6. Conclusão, limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Na Europa estima-se por ano 3,2 milhões de novos casos de cancro da mama (Ferlay et al., 2007). O cancro da mama tem severas implicações, comprometendo algumas áreas da QdV da mulher, especialmente a nível físico, sexual, auto-estima e percepção de saúde em geral (Silva et al., 2011). Varela e Leal (2007) chamam a atenção que, as estratégias de *coping* não devem ser consideradas em si mesmas como adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes.

Não obstante, os resultados deste estudo permitem-nos, por outro lado, destacar a relevância do *coping* na explicação da variabilidade atribuída a cada domínio da QdV. De forma geral, tanto na amostra total como as sub amostras, as estratégias planejar, humor, desinvestimento comportamental, reinterpretação positiva, negação, aceitação, utilizar suporte emocional e social, religião, auto culpabilização, uso substancia estão associadas a uma melhor qualidade de vida e as estratégias auto distração, expressão de sentimentos *coping* ativo e utilizar suporte instrumental estão associadas a uma maior qualidade de vida. Ou seja, quanto mais as estratégias de *coping* utilizadas melhor será a QdV das mulheres mastectomizadas e quanto menos recorrem as estratégias de *coping* pior será a QdV.

De forma geral os resultados obtidos a partir da população de mulheres mastectomizadas em relação à avaliação da QdV podemos considerar que as participantes avaliaram como boa. A idade e o estado civil, e o meio de proveniência não mostraram ter relação significativa com a QdV apesar do que se esperava. No entanto, é importante referir que o reduzido tamanho da amostra, a estratégias de recolha da amostra poderão ter contribuído para a ausência de resultados significativos. Assim salientamos a importância de outra contemplar esses e outros aspetos referidos em futuros estudos.

As estratégias de *coping* mais utilizadas pelas participantes foram a religião, a aceitação, a reinterpretação positiva *coping* ativo e o humor. O *coping* teve resultados significativos com algumas das variáveis sociodemográficas. As mulheres casadas consideram extraírem valor positivo à situação que passaram de forma a torna-la mais favorável, sendo esta tendência maior em comparação com as mulheres sem companheiros. Verificou ainda que, como era de se esperar, as crenças religiosas e espirituais são mais utilizadas em mulheres mais velhas. As outras variáveis sociodemográficas não se associaram ao *coping*. Conforme referimos em seguida, é

necessário considerar na interpretação destes resultados as limitações verificadas neste estudo que podem ter influenciado os dados obtidos.

Algumas limitações foram encontradas neste estudo, das quais algumas e já foram referenciados na parte da discussão dos resultados. Primeiramente a dificuldade de encontrar bibliografia relativamente a QdVe ao *coping* nas pessoas mastectomizadas. O fato da amostra ser numa amostra por convivência, não sendo representativa da população. O fato de a recolha ter ocorrido num único momento, impossibilitando a avaliação da variação da resposta das participantes ao longo do tempo. O reduzido número de sujeitos da amostra constitui-se como uma relevante limitação à generalização dos resultados. A administração dos instrumentos foi maioritariamente por hétero-relato e também pelo tempo da cirurgia ser elevado em alguns casos.

Em investigações futuras, sugere-se o aumento do tamanho da amostra, a realização da recolha dos dados seja em mais em instituições distintas geograficamente, bem como uma recolha aleatória. Assim sendo, são necessários mais estudos de natureza longitudinal de forma a compreender e avaliar a QdV e *coping* antes, durante e após os tratamentos, incluindo intervalos de tempo mais longos.

Espera-se que o estudo aqui apresentado, bem como a reflexão acerca dos resultados obtidos, possam constituir um ponto de referência para a compreensão e para futuras pesquisas. Assim como contribuir com informação pertinente para o desenvolvimento futuro de um programa de intervenção psicológica que promove uma melhor adaptação à condição da mastectomia.

## Referências bibliográficas

- Abbott, J., Hart, A., Morton, A., Gee, L., & Conway, S. (2008). Health-related quality of life in adults with cystic fibrosis: the role of coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 149-157. Abstract. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.08.017
- Amaral, A., Melo, R., Santos, N., Lôbo, R., Benute, G. & Lucia, M. (2009). Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 36-54. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v7n2/v7n2a04.pdf>.
- American Cancer Society (2011). *Breast cancer facts & figures 2011-2012*. Atlanta. Retirado de: <http://www.cancer.org/>
- American Cancer Society (2012). *Find and support treatment*. Retirado de: <http://www.cancer.org/treatment/index>
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*. 3(2), 273-294. doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006.
- Bastos, J., Barros, H. & Lunet, N. (2007). Evolução da Mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Médica Portuguesa*, 20(2), 139-144. Retirado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/2/139-144.pdf>.
- Benda, K., Mendenhall, P., Lind, S., Cendan, C., Shea, F., Richardson, C., Copeland, M. (2003). Breast conserving therapy (BCT) for early-stage breast cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 85 (1), 14-27. doi: 10.1002/jso.20000.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O. & Lev, S. (2004). Coping With Breast Cancer: Patient, Spouse, and Dyad Models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39. Retirado de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/63/1/32.full.pdf+html>.
- Bergh, J., Jonsson, P., Glimelius, B. & Nygren, P. (2007). A Systematic Overview of Chemotherapy Effects in Breast Cancer. *Acta Oncologica*, 40(2), 253-281. Retirado de <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/02841860120784>.
- Bervian, P. & Girardon-Perlini, N. (2006). A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2), 121-128. Retirado de [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v02/pdf/artigo1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf).
- Breast Cancer Organization (2012). Retirado de: <http://www.breastcancer.org/>
- Bruges, M. (2007). *Mastectomia e autoconceito*. Lisboa: Lusociência.

- Bulotiene, G., Veseliunas, J. & Ostapenko, V. (2007). Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *BioMed Central Public Health*. 7, 124 doi:10.1186/1471-2458-7-124.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J. & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa 3*, 77-100. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D. & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*, 171-190. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. Retirado de [http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p97Brief\\_COPE.pdf](http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p97Brief_COPE.pdf).
- Cohen, L., Hack, T., De 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):427-34. Retirado de
- Colditz, G., Rosner, B., Chen, W., Holmes, M. & Hankinson, S. (2004). Risk factors for breast cancer according to estrogen and progesterone receptor Status. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(3), 218-228. doi: 10.1093/jnci/djh025.
- Cui, Y, Shu, X, Gao, Y. Cai, H., Wen, W., Ruan, Z., Jin, F. & Zheng, W. (2004). The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 87(2), 135–147. doi.org/10.1023/B:BREA.0000041620.76871.97.
- Dorval, M., Maunsell E., Deschênes L. & Brisson J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*. 83(10), 2130-2138. Retirado de [http://www.uresp.ulaval.ca/IMG/pdf/Dorval\\_Type\\_of\\_Mastectomy.pdf](http://www.uresp.ulaval.ca/IMG/pdf/Dorval_Type_of_Mastectomy.pdf).

- Duarte, T. & Andrade, A. (2002). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163. doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100017.
- Fann, J., Thomas-Rich, A., Katon, W., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 112–126. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.10.008.
- Feher, S. & Maly, R. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8(5), 408–416. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<408.
- Ferlay, J. Autier, P. Boniol, M. Heanue, M. Colombet, M. & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592. Abstract. doi: 10.1093/annonc/mdl498.
- Fernandes, F. & Mamede, V. (2004). O surgimento do cancro da mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. *Textos e Contextos de Enfermagem*, 13(1), 35-40. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413106.pdf>.
- Fernandes, S. & McIntyre, T. (2009). Benefícios percebidos e ajustamento psicossocial ao cancro da mama. *Pessoas e sintomas*, 7, 27-35.
- Fernandes, S. & McIntyre, T. (2010). Ajustamento psicossocial ao cancro da mama em função do tipo de cirurgia. *Pessoas e sintomas*, 10, 27-35.
- Ganz, P., Guadagnoli, E., Landrum, M., Lash, T., Rakowski, W. & Silliman, R. (2003). Breast Cancer in Older Women: Quality of Life and Psychosocial Adjustment in the 15 Months After Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 21(21) 4027-4033. DOI: 10.12 00/JCO.2003.08.097.
- Gupta, B., Yaduvanshi, R., Trivedi, J. & Nischal, A. (2012). Comparative study of body image and coping style in breast cancer patients. *Delhi Psychiatry Journal*, 15(1), 177-182. Retirado de <http://medind.nic.in/daa/t12/i1/daat12i1p177.pdf>.
- Hartmann, L., Schaid, J., Woods, J., Crotty, T., Myers, J., Arnold, P., Petty, P., Sellers, T., Johnson, J., McDonnell, S., Frost, M. & Jenkins, R. (1999). Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340(2), 77-84. doi: 10.1056/NEJM199901143400201.

- Howsepian, A. & Merluzzi, V. (2009). Religious beliefs, social support, 24. self-efficacy and adjustment to cancer. *Psychooncology*, 18(10), 1069-1079. Abstract. doi: 10.1002/pon.1442.
- Huguet, P., Morais, S., Osi, M. & Pinto-Neto, A. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 61-67. doi.org/10.1590/S0100-72032009000200003.
- Instituto Português de Oncologia do Porto, (2012). *Registo oncológico 2010*. Retirado de <http://ipoporto.pt/>.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T. & Thun, M., (2008). Cancer Statistics, 2008. *A Cancer Journal for Clinicians*, 58(2), 71–96. doi: 10.3322/CA.2007.0010.
- Kim, J., Han, J., Shaw, B., Mctavish, F. & Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: Testing mediation and moderation models. *Journal Health Psychology*, 15(4), 543–552. doi:10.1177/1359105309355338.
- Klein, M., Turvey, L., & Pies, J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health*, 19(1), 22–38. Abstract. doi: 10.1177/0898264306296398.
- Kelsey J. & Bernstein L. (1996). Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annual Reviews of Public Health*, 17, 47-67. doi: 10.1146/annurev.pu.17.050196.000403.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247. Retirado de <http://www.emotionalcompetency.com/papers/coping%20research.pdf>.
- Macedo, A., Andrade, S., Moita, I., Moreira, A., Pimentel, F., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N. & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal: Racional, objetivos e metodologia: estudo perfil. *Acta Médica Portuguesa*, 21(4), 329-334. Retirado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/4/329-334.pdf>.
- Maia, L. & Correia C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de *coping* e intervenção na doença oncológica: uma revisão de literatura para aplicação

- pratica. *Portal dos psicólogos*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0445.pdf>.
- Maguire, G. Lee, E., Bevington, D., Kuchemann, C., Crabtree, R. & Cornell, C. (1978). Clinical Topics Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, 1(6118), 963-965. Retirado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/20418616?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21103117220187>.
- Majewski J., Lopes, A., Davoglio, T. & Leite, J. (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 707-716. doi.org/10.1590/S1413-81232012000300017.
- McCaul, K. Sandgren, A., King, B., O'Donnell, S., Branstetter A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(3), 230-236. Abstarct. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10390735>.
- Meneses, R., Pais- Ribeiro, J. & Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia II. Facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, saúde & doenças*, 3(2), 119-139. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a02.pdf>.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a14.pdf>.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. (2009). O papel da intimidade conjugal na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 127-147. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v10n1/v10n1a10.pdf>.
- Oh, C. (2000). Uncertainty, Anxiety and Coping with Mastectomy for Breast Cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30(4), 1006-1017. Abstract. Retirado de <http://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=1006JKAN/2000.30.4.1006&DT=1>.
- Ogden, J. (2004). Compreender o cancro da *mama*. Lisboa: Climepsi.
- Ohsumi, S., Shimosuma, K., Morita, S., Hara, F., Takabateke, D., Takashima, S., Taira, N., Aoagi, K. & Takashima, S. (2009). Factors Associated with Health-related

- Quality-of-life in Breast Cancer Survivors: Influence of the Type of Surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(8), 491-496. doi:10.1093/jjco/hyp060.
- Oliveira, R., Morais, S. & Sarian, L. (2010). Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(12), 602-608. doi.org/10.1590/S0100-72032010001200007.
- Pacian, A., Kulik, B., Pacian, J., Chruściel, P., Żołnierczuk-Kieliszek, D. & Jarosz, J. (2012). Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 509-512. Retirado de [http://aaem.pl/abstracted.php?level=4&id\\_issue=860744](http://aaem.pl/abstracted.php?level=4&id_issue=860744).
- Pais-Ribeiro J & Santos, T. (2000). Impacto f radical mastectomy versus tumorectomy of the quality. Stockholm, Sweden. XXVII International Congress of Psychology. Abstract.
- Pais-Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida em doença oncológica. In Dias, M. & Durá, E. (Coord.), *Territórios da psicologia oncológica* (p. 75-98). Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do *brief Cope*. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(1), 3-15. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: Cruz, J. Jesus, S. & Nunes, C. (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (31-49). Alcochete: Textiverso.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a04.pdf>.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 24(1), 37-56.
- Ramos, A. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23(3), 295-304. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a07.pdf>.
- Rebello, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida m mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres

- portuguesas. *Psicologia, saúde & doenças*, 8(1), 13-32. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>.
- Rossi, L. & Santos, M. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia ciência e profissão*, 23(4), 32-41. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>.
- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, R. & Pourhoseingholi, M. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3), 107-111. doi:10.4103/0019-509X.44066.
- Sales, C., Paiva, L., Scanduzzi, D. & Anjos, A. (2001). Qualidade de vida em mulheres tratadas de cancer de mama: Funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-72. Retirado de [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_47/v03/pdf/artigo2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo2.pdf).
- Santos, C. & Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida do doente oncológico. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 5-16.
- Seidl e Zannon (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2):580-588. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
- Silva, S., Moreira, H. & Canavarro, M. (2009). Ansiedade e Depressão após o Diagnóstico e Sobrevivência para o Cancro da Mama: Um Estudo Transversal Sobre o Papel das Estratégias de Coping. *Saúde Mental*, 11(5), 28-42. Abstract. Retirado de <http://revista.saude-mental.net/index.php?article=1185&visual=17>.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H. & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76. Retirado de <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/-/artigo/qualidade-vida-mulheres-com-cancro-da-mama-nas-90021436>.
- Silverman-Dresner, T & Restaino, L. (1979). Coping with mastectomy. *Rehabilitation Psychology*, 26(3), 113-121. Abstract. doi: 10.1037/h0090943.
- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença de foro oncológico. *Psicologia, saúde & doenças*, 1(1), 19-25. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a03.pdf>.

- Stanton, L., Danoff-Burg, S., Cameron, L., Bishop, M., Collins, A., Kirk, SB. Sworowski, A. & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068973>.
- Stumm, E., Maçalai, C., Leite, M. & Loro, M. (2009). Mecanismos de *coping* utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. *Scientia Medica*, 19(3), 108-114. Retirado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4773/4283>.
- Talhaferro, B., Lemos, S., & Oliveira, E. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 14(1), 17-22. Retirado de [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf).
- Taylor, L., Smith, J., Babyak, A., Barbour, A., Hoffman, M., Sebring, L. & Blumenthal, A. (2008). Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 71-79 .doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.04.009.
- Vacek, P., Winstead-Fry, P., Secker-Walker, R., Hooper, G. & Plante, D. (2003). Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 12(5), 527-537.
- Varela, M. & Lael, I. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 25(3), 479-488. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a13.pdf>.
- Veiga, D. (2010). Mastectomia versus tratamento cirúrgico conservador: impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(1), 51-57. Abstract. doi.org/10.1590/S1519-38292010000100005.
- Vianna, A. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 203-210. doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300005.
- Wildes, A., Miller, R., De Majors, S. & Ramirez, G. (2009). The religiosity spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psychooncology*, 18(8), 831-840. Abstract. doi. 10.1002/pon.1475.

Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

World health organization (2012). *Cancer*. Retirado de <http://www.who.int/cancer/en/index.html>

Zurrída, S. Bassi, F., Arnone, P., Martella, S., Del Castillo, A., Martini, R., Semenkiv, E. & Caldarella, P. (2011). The Changing Face of Mastectomy (from Mutilation to Aid to Breast Reconstruction). *International Journal of Surgical Oncology* 2011(2011), 1-7. doi:10.1155/2011/980158.

**Anexo I:** Pedido de autorização para a realização de uma investigação no Serviço de Oncologia do Hospital de Braga, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

**De: Janete Karine Moreira Rocha**  
**Licenciada em Psicologia**  
**Universidade Católica Portuguesa – Braga**

**Ao Ex.mo Senhor**  
**Presidente do Comissão Executiva 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 Clínica e da Saúde.

No âmbito da Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, venho por este meio solicitar a autorização do Ex.mo Director deste Hospital para neste contexto efetuar uma investigação na Unidade de Oncologia. O tema da Dissertação é “**Qualidade de vida e coping em mulheres mastectomizadas**”. A investigação tem a orientação da Ex.ma Senhora Prof. Doutora Ana Cláudia Fernandes da Universidade Católica Portuguesa.

O objetivo principal da investigação consiste em avaliar a qualidade de vida e *coping* em mulheres mastectomizadas. Estima uma amostra de oitenta doentes. A recolha será realizada por três investigadores da mesma universidade. A aplicação dos instrumentos será realizada entre duas a três sessões (duração máximo 30 minutos por paciente). A participação na investigação será voluntária com consentimento informado, respeitando-se igualmente o princípio da confidencialidade ao longo de todo o processo.

Junto envio um breve resumo do projecto de Dissertação do Mestrado.

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

Subscrevo-me atentamente,

---

(Janete Karine Moreira Rocha)

## **Anexo II: Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo de investigação que tem por objetivo avaliar a qualidade de vida 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 III: Questionário sociodemográfica**

## 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.

**Idade:** \_\_\_\_\_

### 1. Estado civil:

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- Outro

### 2. Habilitações literárias:

- Ensino primário incompleto
- Ensino primário completo
- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Ensino Superior

### 3. Trabalha atualmente

Sim  Não

### 4. Área de residência:

Rural  Urbana

### 5. Estatuto profissional atual:

- Profissionalmente ativa
- Desempregada
- Reformada
- Outro

### 6. Composição do agregado familiar:

- Sozinha
- Casal
- Casal e filhos
- Com os pais
- Outro

### 7. Tem filhos?

Sim  Não

8. Se respondeu sim, indique: o número de filhos \_\_\_\_\_

## **Anexo IV: 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

Estádio II

Estádio III

Estádio IV

**3. Tratamento anterior mastectomia**

Quimioterapia

Radioterapia

Quimioterapia e radioterapia

Não se aplica

**4. Tipo de mastectomia**

Mastectomia parcial

Mastectomia radical /total

**5. Tipo de tratamento após a mastectomia**

Quimioterapia

Radioterapia

Quimioterapia e radioterapia

Não se aplica

**Anexo V: Autorização (*WHOQOL-Bref*)**

**Maria Cristina Canavarro** <mccanavarro@netcabo.pt>

14/11/  
12

Cara Dra. Janete Rocha,

Convido-a a visitar a nossa página (<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>) e a preencher o formulário que nela pode encontrar, relativos à utilização da versão portuguesa do instrumento que pretende para lho possa enviar, bem como as respectivas informações.

Aguardando o seu contacto, envio os meus cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro

[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra Portugal

Tel. (+351 239851450) Fax ([+351 239 851465](tel:+351239851465))

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)

Maternidade Doutor Daniel de Matos

Avenida Miguel Torga

3030-165 Coimbra Portugal

Tel. ([+351 239403060](tel:+351239403060)) Fax ([+351 239 403062](tel:+351239403062))

**From:** [Janete Rocha](mailto:Janete.Rocha)

**Sent:** Wednesday, November 14, 2012 2:03 PM

**To:** [mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

**Subject:** Escala WHOQOL-BREF

Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

22/11/

12

para mim

Cara Janete Rocha,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Com os melhores cumprimentos,  
Cláudia Melo.

**Anexo VI:** *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref*

# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

**DADOS PESSOAIS**A1 Idade  anos

A2 Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A3 Sexo  Masculino  
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
	5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
	7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
	10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
	Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A5 Profissão A6.1 Freguesia   
A6.2 Concelho   
A6.3 Distrito 

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim  Não B1b Que doença é que tem? B2 Há quanto tempo? B3 Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento **C. Forma de administração do questionário**

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**


---



---



---



---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

### Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

**Anexo VII: Autorização (*Brief Cope*)**

**José Luis Pais Ribeiro** <jlpr@fpce.up.pt>

03/12/  
12

para mim

Autorizo a utilização do questionário que solicita.

O questionário tem 14 dimensões e fornece 14 pontuações (não dá um único resultado). Os itens e as dimensões a que pertencem estão disponíveis no artigo de validação que concerteza já possui e que está disponível na net

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

---

**De:** Janete Rocha [[jakmr7@gmail.com](mailto:jakmr7@gmail.com)]

**Enviado:** sexta-feira, 30 de Novembro de 2012 15:28

**Para:** José Luis Pais Ribeiro

**Assunto:** Pedido de autorização

**Anexo VIII: *Brief Cope***

**BRIEF-COPE**

L. Pais Ribeiro &amp; A.P. Rodrigues, 2004

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress nesta da fase da doença. Há muitas maneiras de lidar com o stress/situações de dificuldade e estes itens questionam o que faz para lidar com essas situações. 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 faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	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. Procuo 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. Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras				
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21. Sinto expesso os meus sentimentos de aborrecimento				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24. Tento aprender a viver com a situação				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer				
27. Rezo ou medito				
28. Enfrento a situação com sentido de humor				

**Anexo IX:** Artigo de validação do *WHOQOL-Bref* para a população portuguesa

## Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal

POR  
ADRIANO VAZ SERRA<sup>(1)</sup>, MARIA CRISTINA CANAVARRO<sup>(2)</sup>, MÁRIO R. SIMÕES<sup>(3)</sup>,  
MARCO PEREIRA<sup>(4)</sup>, SOFIA GAMEIRO<sup>(5)</sup>, MANUEL JOÃO QUARTILHO<sup>(6)</sup>, DANIEL  
RIJO<sup>(7)</sup>, CARLOS CARONA<sup>(8)</sup> E TIAGO PAREDES<sup>(9)</sup>

### Resumo

*A necessidade de dispor de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil aplicação e cujo preenchimento ocupasse pouco tempo, conduziu o Grupo de Qualidade de Vida da OMS ao desenvolvimento de uma versão breve do WHOQOL-100: o WHOQOL-Bref. Este instrumento é constituído por 26 perguntas e está organizado em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.*

*O objectivo do presente trabalho consiste em descrever a aplicação deste instrumento à população portuguesa, bem como as suas características psicométricas.*

*O instrumento foi aplicado a 604 sujeitos (315 da população normal e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de vários Centros de Saúde de Coimbra).*

*Os resultados mostram que o WHOQOL-BREF apresenta boas características psicométricas (fiabilidade e validade), sugerindo que se trata de um bom instrumento para avaliar qualidade de vida em Portugal.*

**Palavras-chave:** Organização Mundial de Saúde; Qualidade de Vida; Estudos Psicométricos; WHOQOL-Bref.

### Introdução

A Organização Mundial de Saúde define como Qualidade de Vida a *percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e*

*preocupações* (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Trata-se de um conceito alargado, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características psicométricas (fiabilidade e validade) do respectivo meio (WHOQOL Group, 1995).

Esta definição resulta do consenso a que chegou

<sup>(1)</sup> Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

<sup>(2)</sup> Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

<sup>(3)</sup> Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

<sup>(4)</sup> Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/19126/2004).

<sup>(5)</sup> Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT - SFRH/BD/21584/2005).

<sup>(6)</sup> Professor Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

<sup>(7)</sup> Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

<sup>(8)</sup> Psicólogo do Núcleo Regional do Centro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (NRC-APPC).

<sup>(9)</sup> Psicólogo. Aluno de Mestrado em Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

um conjunto de peritos de diferentes culturas de que o conceito de qualidade de vida tem subjacente três aspectos elementares: subjectividade; multidimensionalidade; e presença de dimensões positivas e negativas (Fleck et al., 1999a; WHOQOL Group, 1995). Apresenta-se como uma ampla visão multidisciplinar que se afasta da tradicional associação do conceito de qualidade de vida aos aspectos relacionados com o contexto de saúde.

A necessidade de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que demorasse menos tempo a preencher do que a versão original do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) mas que revelasse igualmente características psicométricas satisfatórias, levou o Grupo de Qualidade de Vida da OMS a desenvolver uma versão reduzida do WHOQOL-100: o WHOQOL-BREF (Saxena, Carlson, Billington & Orley, 2001; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004; WHOQOL Group, 1998). A construção do WHOQOL-100 e subsequente desenvolvimento da sua versão abreviada seguiu uma metodologia própria desenhada pela OMS (WHOQOL Group, 1994, 1995). Esta metodologia encontra-se descrita em artigos anteriores nesta mesma Revista (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006).

Os critérios de selecção de perguntas que constituiriam a versão breve do WHOQOL-100 foram simultaneamente conceptuais e psicométricos. Em primeiro lugar, cumprindo o objectivo de preservar o carácter abrangente do instrumento original e, em segundo, seleccionando as perguntas que melhor representassem a faceta em questão. Neste sentido, os itens que compõem o WHOQOL-BREF foram seleccionados tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com o modelo geral de qualidade de vida e a sua capacidade discriminativa (WHOQOL Group, 1998).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Neste sentido, enquanto que na versão longa do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS cada uma das facetas é examinada por 4 perguntas, no WHOQOL-Bref cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Desta forma, este instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 e mantém a essência subjectiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida.

Como referido em artigos anteriores (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006) os itens que compõem o instrumento foram formulados de acordo com a metodologia específica da OMS (WHOQOL Group, 1994), e estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos. As escalas correspondem a quatro dimensões de avaliação (intensidade, capacidade, frequência e avaliação).

O WHOQOL-BREF está organizado em quatro domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*, como se encontra representado na Figura 1.

A análise dos itens extraídos mostrou que uma estrutura factorial de quatro domínios era a que melhor se adequava aos resultados obtidos. Esta estrutura, ainda que contrastando com a estrutura original, baseada em seis domínios, mostrou-se consistente com os resultados empíricos obtidos noutros estudos (Min, Kim, Lee, Jung, Suh & Kim, 2002; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

## Metodologia

Como referimos anteriormente, a OMS recorreu a uma metodologia própria para construir o instrumento e recomenda igualmente uma metodologia específica para a sua validação noutros Centros de WHOQOL internacionais. Esta metodologia, é composta por quatro etapas e compreende: (1) tradução dos instrumentos; (2) preparação do estudo piloto qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo de campo quantitativo. As primeiras três etapas foram descritas em artigos anteriores (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006); a quarta etapa, correspondente à aplicação e realização de estudos psicométricos do WHOQOL-Bref para português de Portugal, é objecto do presente artigo.

Na aplicação do instrumento à população portuguesa, seguiram-se as directrizes da OMS respeitantes ao processo de amostragem. A OMS recomenda que o instrumento deve ser aplicado a um mínimo de 300 pessoas adultas. Destes, 250 devem ser indivíduos doentes ("utentes constantes" de um serviço de saúde) e 50 devem ser indivíduos "normais"/"saudáveis" (controlos). Na validação do instrumento para português de Portugal, o número de indivíduos da população em geral (grupo de comparação) foi equivalente ao do grupo de doentes.

A amostra clínica (mínimo de 250), como referimos anteriormente deve ser constituída a partir dos seguintes critérios: (a) Os doentes devem ser adultos (idade superior a 18 anos ou exercer o papel social de

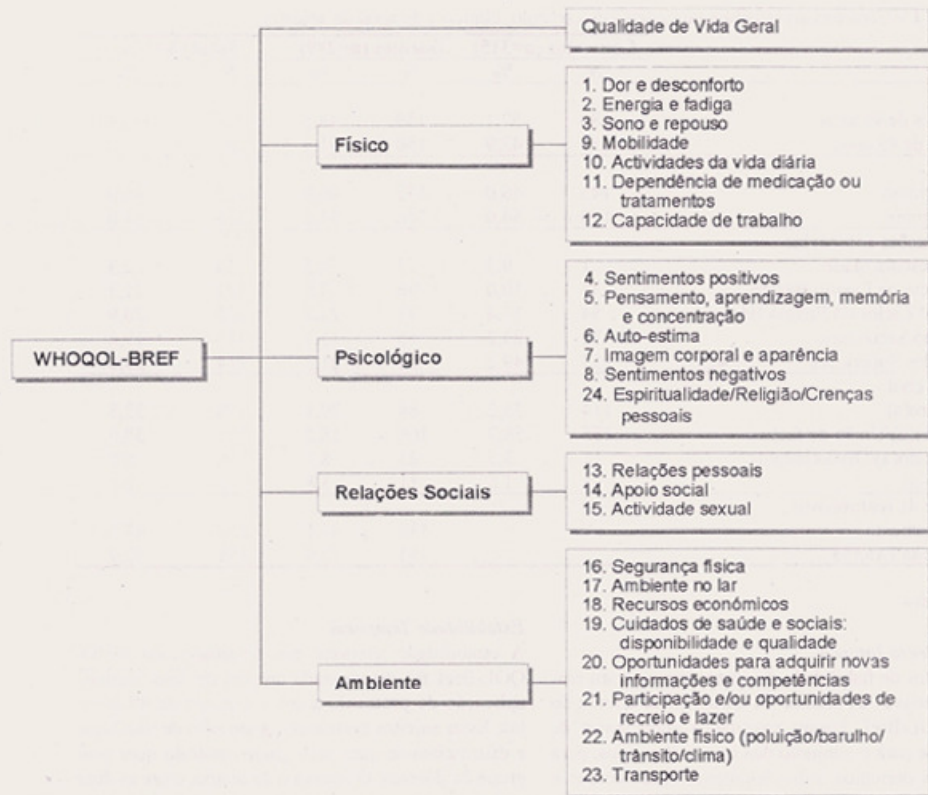


Figura 1 – Estrutura do WHOQOL-Bref: domínios e facetas

adulto); (b) Metade da amostra deve ter mais de 45 anos de idade; a outra metade deve ter entre 18 e 44 anos; (c) Metade da amostra deve ser do sexo masculino; e (d) Metade deverá ser constituída por doentes hospitalizados e outros em tratamento ambulatorio.

Na aplicação deste instrumento, foram utilizados dois grupos distintos. O grupo *controlo* ou de comparação, constituído por 315 indivíduos que responderam negativamente às seguintes questões: (1) “Tem alguma doença crónica?”; (2) “Toma alguma medicação de forma regular?” e (3) “Consultou um médico ou profissional de saúde no último mês (excepção feita às consultas de prevenção, e.g., revisões em ginecologia)?”; e o grupo *clínico*, constituído por 289 indivíduos provenientes dos serviços de Psiquiatria (20,4%), Ginecologia (10,7%), Medicina III/Reuma-

tologia (25,3%), Ortopedia/Oncologia (24,9%) dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra (18,7%).

A amostra total ficou assim constituída por 604 indivíduos. Destes, 315 indivíduos pertencem à população normal e 289 pertencem à população clínica.

As características gerais das amostras encontram-se descritas no Quadro 1. Como se pode verificar existe uma distribuição equivalente dos sujeitos em termos de idade, género e regime de tratamento. No conjunto dos indivíduos (N=604) verifica-se que a maioria são casados ou vivem em união de facto (58,6%). Em termos de habilitações literárias, os indivíduos da amostra controlo apresentam habilitações literárias superiores à amostra clínica.

**Quadro 1** – Características gerais dos grupos de controlo, clínico e do total da amostra

	Controlos (n=315)		Doentes (n=289)		Total (N=604)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade</b>						
Menos de 45 anos	180	57,1	139	48,1	319	52,8
Mais de 45 anos	135	42,9	150	51,9	285	47,2
<b>Sexo</b>						
Masculino	145	46,0	133	46,0	278	46,0
Feminino	170	54,0	146	54,0	326	54,0
<b>Habilitações Literárias</b>						
Sem escolaridade	1	0,3	13	4,5	14	2,3
1º Ciclo do Ensino Básico	31	10,0	96	33,6	127	21,3
2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	54	17,4	71	24,8	125	20,9
Ensino Secundário	72	23,2	45	15,7	117	19,6
Estudos Superiores	153	49,2	61	21,3	214	35,8
<b>Estado civil</b>						
Solteiro(a)	114	36,2	84	29,1	198	32,8
Casado(a)/União de facto	185	58,7	169	58,5	354	58,6
Separado(a)/Divorciado(a)	11	3,5	25	8,7	36	6,0
Viúvo(a)	5	1,6	11	3,8	16	2,6
<b>Regime de tratamento</b>						
Internamento			136	47,1	136	47,1
Consulta Externa			153	52,9	153	52,9

## Resultados

### Consistência Interna

Os estudos de fiabilidade do instrumento foram realizados através da análise da consistência interna do WHOQOL-Bref. Foram calculados coeficientes de fidelidade para o conjunto dos quatro domínios, para os vários domínios individualmente considerados e para os 26 itens do WHOQOL-Bref. Os valores encontram-se expressos no Quadro 2.

Como se pode verificar, o instrumento apresenta bons índices de consistência interna quando se consideram o conjunto dos domínios e os 26 itens que compõem o instrumento. Quando analisados individualmente, os domínios também apresentam alfas de Cronbach bastante aceitáveis. O Domínio 3 (*Relações Sociais*) é o que apresenta um menor valor (.64).

### Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal dos resultados do WHOQOL-Bref foi determinada através de uma segunda aplicação do protocolo a um sub-grupo de 49 sujeitos. Estes sujeitos pertenciam à amostra de validação e distribuíam-se quer pelo grupo controlo quer pelo grupo de doentes. O intervalo de tempo, entre as duas aplicações do protocolo, oscilou entre 3 e 5 semanas. Em termos de pontuações médias, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios, quando avaliados os tempos de teste e o de re-teste. Verificamos também que as correlações de Pearson entre os valores obtidos em cada domínio, nas duas aplicações do instrumento (cf. Quadro 3), são indicativas de que o WHOQOL-Bref possui uma boa estabilidade temporal.

**Quadro 2** – WHOQOL-Bref: Coeficientes de Cronbach dos domínios, dos 26 itens e dos 4 Domínios individualmente considerados

	Alfa de Cronbach	Número de casos	Número de Itens
<b>Domínios</b>	.79	604	4
<b>26 itens</b>	.92	604	26
<b>D1 (Físico)</b>	.87	604	7
<b>D2 (Psicológico)</b>	.84	604	6
<b>D3 (Relações Sociais)</b>	.64	604	3
<b>D4 (Ambiente)</b>	.78	604	8

**Correlação entre WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref**

As correlações entre os domínios do WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref revelaram-se todas estatisticamente significativas, variando entre .77 para o Domínio das *Relações Sociais* e .86 para o Domínio *Psicológico*. A correlação entre as facetas que avaliam a qualidade de vida geral e percepção geral de saúde foi de .80 (todas as correlações significativas para  $p < .001$ ).

**Validade Discriminante**

Foi igualmente avaliado o poder discriminativo do WHOQOL-Bref, isto é, a sua capacidade para diferenciar os indivíduos doentes ( $n=289$ ) daqueles que pertencem à população normal ( $n=315$ ). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 4.

**Quadro 3 – WHOQOL-Bref: Comparação das médias obtidas em cada domínio e coeficientes de correlação entre o teste e o re-teste ( $n=49$ )**

Domínio	Média (DP)		t	p	Coef. de Correlação	p
	Teste	Re-teste				
D1 (Físico)	71,50	72,01	.345	.732	.79	.000
D2 (Psicológico)	69,30	69,39	.071	.944	.85	.000
D3 (Relações Sociais)	69,90	69,90	.000	1.000	.65	.000
D4 (Ambiente)	63,58	63,97	.263	.794	.66	.000

**Quadro 4 – WHOQOL-Bref: Comparação dos resultados nos diferentes domínios em relação à presença de doença**

Domínio	CONTROLOS	DOENTES	t	p
	Média (DP)	Média (DP)		
D1 (Físico)	77,49 (12,27)	54,99 (19,50)	16.803	.000
D2 (Psicológico)	72,38 (13,50)	64,41 (17,47)	6.228	.000
D3 (Relações Sociais)	70,42 (14,54)	64,47 (18,11)	4.426	.000
D4 (Ambiente)	64,89 (12,24)	58,79 (14,37)	5.592	.000
QV GERAL	71,51 (13,30)	49,09 (20,16)	15.977	.000

**Quadro 5 – WHOQOL-Bref: Análise da variância dos 4 domínios em relação à origem dos doentes ( $n=289$ )**

Origem	D1	D2	D3	D4
	(Físico)	(Psicológico)	(Relações Sociais)	(Ambiente)
Psiquiatria	54,78*	51,27****	52,40**	53,65***
Ginecologia	58,07*	63,04****	65,32**	55,04***
Medicina III / Reumatologia	48,39*	65,64****	68,95**	61,60
Centros de Saúde	62,04*	71,07	68,52**	58,39***
Ortopedia / Oncologia	55,26*	69,56	66,44**	62,07
CONTROLOS	77,49*	72,38****	70,42**	64,89***

Diferenças estatisticamente para  $p < .05$

\* QV Controlos > QV Doentes (todos os serviços)

\*\* QV Psiquiatria < QV Doentes (restantes serviços) e QV Controlos

\*\*\* QV Controlos > QV Doentes Psiquiatria, Ginecologia e Centros de Saúde

\*\*\*\* QV Controlos > QV Doentes Psiquiatria, Ginecologia e Medicina III/Reumatologia

Podemos verificar que para todos os domínios existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. De igual forma, em todos os domínios, os indivíduos pertencentes ao grupo controlo têm pontuações mais elevadas de qualidade de vida do que os indivíduos do grupo clínico.

Analisando os resultados por serviço de origem dos doentes, verificamos que os doentes da Psiquiatria apresentam piores resultados de qualidade de vida, excepto nos Domínio 1 (*Físico*), em que os doentes do serviço de Medicina III/Reumatologia apresentam resultados inferiores. As diferenças estatisticamente significativas em relação à origem dos doentes encontram-se descritas no Quadro 5.

**Validade de Constructo**

As correlações entre os diferentes Domínios

apresentadas no Quadro 6 são todas estatisticamente significativas. Se analisarmos as correlações mais elevadas, constatamos que os melhores coeficientes se encontram entre os Domínios *Psicológico* e *Ambiente* ( $r=.57$ ), *Psicológico* e *Relações Sociais* ( $r=.56$ ), *Físico* e *Psicológico* ( $r=.55$ ) e *Relações Sociais* e *Ambiente* ( $r=.50$ ).

Todos os domínios apresentam correlações elevadas e significativas com a faceta geral da qualidade de vida (avaliada pelos itens 1 e 2). As correlações variam entre .44 (*Relações Sociais*) e .72 (*Físico*).

#### Qualidade de Vida, Depressão e Psicopatologia

Como referido anteriormente, o protocolo de avaliação incluía o WHOQOL-100, o *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973b), o *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999, no prelo) e o WHOQOL-Bref.

Foi possível verificar que todos os domínios apresentam coeficientes de correlação significativos com o BDI e o BSI (cf. Quadro 7), quando se utiliza,

respectivamente, a sua pontuação global e o índice geral de sintomas. Como seria esperado, a correlação é inversa, isto é, uma melhor pontuação na medida da qualidade de vida indica menores resultados na depressão e nos indicadores psicopatológicos.

Os resultados mostram ainda que tanto o BDI como o BSI apresentam coeficientes de correlação significativamente mais elevados com o domínio *Psicológico* (respectivamente, -.71 e -.69).

No sentido de testar quais os melhores preditores da qualidade de vida, realizámos uma regressão linear múltipla em relação à qualidade de vida geral (avaliada através das perguntas 1 e 2 do WHOQOL-Bref). Os resultados, descritos no Quadro 8 mostram que todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 58,8% da variância.

#### Discussão

O presente artigo refere-se ao estudo de campo quantitativo da versão abreviada do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (o WHOQOL-Bref). Nesta etapa do protocolo respeitaram-se os critérios de amostragem

**Quadro 6** – WHOQOL- Bref: Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (N=604)

Domínio	D1	D2	D3	D4
D1 (Físico)	-			
D2 (Psicológico)	.55	-		
D3 (Relações Sociais)	.39	.56	-	
D4 (Ambiente)	.47	.57	.50	-
QV GERAL	.72	.57	.44	.53

**Quadro 7** – WHOQOL-Bref: Coeficientes de correlação ente os resultados dos diferentes domínios e o resultado total do BDI e o Índice Geral de Sintomas do BSI na amostra total (N=604)

Domínio	BDI	BSI
D1	-.63	-.71
D2	-.49	-.69
D3	-.46	-.48
D4	-.41	-.48

Todas as correlações significativas para  $p < .001$

**Quadro 8** – WHOQOL-Bref: Regressão Linear Múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida geral [Q1 e Q2]

Domínio	$\beta$	p
D1 (Físico)	.553	.000
D2 (Psicológico)	.137	.000
D3 (Relações Sociais)	.068	.038
D4 (Ambiente)	.165	.000

Percentagem de variância explicada: 58,8% [ $F(4, 599)=213.55, p < .001$ ]

do grupo clínico prescritos pela OMS no que diz respeito à idade, género e regime de tratamento.

A consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach apresenta valores aceitáveis, quer quando se analisam os 4 Domínios, cada Domínio individualmente considerado ou os 26 itens. O valor do  $\alpha$  de Cronbach varia entre .64 para o Domínio 3 (*Relações Sociais*) e .87 para o Domínio 1 (*Físico*). Estes valores são semelhantes aos observados no estudo que congregou as amostras dos vários Centros internacionais envolvidos na origem deste instrumento (WHOQOL Group, 1998). De forma análoga aos resultados de diversos Centros (Fleck et al., 2000; Min et al., 2002; WHOQOL Group, 1998), o domínio das *Relações Sociais* é o que apresenta menor valor de consistência interna. Este resultado poderá ser devido ao facto deste domínio se basear apenas em três itens (relações pessoais, apoio social e actividade sexual), um número comparativamente menor ao número de itens que compõem os restantes domínios.

Relativamente ao teste-reteste, os resultados sugerem que o WHOQOL-Bref é um instrumento com uma boa estabilidade temporal, adequado para avaliar a percepção de qualidade de vida de cada sujeito. Os coeficientes de correlação variam entre .65 e .85 e não se observaram diferenças entre as pontuações médias nas duas aplicações do instrumento.

Os domínios da versão portuguesa (de Portugal) do WHOQOL-Bref apresentaram correlações elevadas (entre .77 e .86) com a versão longa do WHOQOL. Estes resultados são comparáveis aos obtidos no estudo piloto do WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998) e aos obtidos noutros centros internacionais (e.g. Min et al., 2002).

Em relação à validade discriminante, verificámos que o WHOQOL-Bref discrimina bem os indivíduos da população normal dos indivíduos com patologia médica associada em todos os domínios, assim como na faceta geral da qualidade de vida. Estes resultados são semelhantes aos resultados obtidos no teste de campo dos Centros que desenvolveram a versão abreviada do WHOQOL-100 (Fleck et al., 2000; Min et al., 2002; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004; WHOQOL Group, 1998).

No mesmo sentido ao verificado com o WHOQOL-100 (cf. Vaz Serra et al., 2006), os doentes psiquiátricos apresentam uma tendência para apresentar resultados inferiores em todos os domínios, excepto no Domínio 1 (*Físico*) em que os doentes provenientes da Medicina III/ Reumatologia apresentam piores resultados. Estes dados são semelhantes aos observa-

dos noutros Centros que utilizaram nas suas amostras doentes provenientes da Psiquiatria (e.g., Fleck et al., 2000).

No que se prende com a validade de constructo, verificou-se que os quatro domínios do WHOQOL-Bref se correlacionam de forma estatisticamente significativa entre si. No mesmo sentido, todos os domínios se correlacionam de forma significativa com a faceta geral da qualidade de vida, avaliada pelas duas primeiras questões.

Quando realizada a regressão linear múltipla dos quatro domínios do WHOQOL-Bref em relação à faceta que avalia a *qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde*, verificou-se que, ao contrário do observado no WHOQOL-100 (cf. Vaz Serra et al., 2006) todos os domínios da versão abreviada do WHOQOL-100 aparecem num modelo linear que explica 58,8% da variância. Também de forma diversa ao observado na versão longa, no WHOQOL-Bref o Domínio *Físico* aparece como aquele que mais contribui para o modelo explicando, por si só, 52,2% da variância, seguindo-se os Domínios *Psicológico*, *Ambiente* e *Relações sociais*. Este resultado é congruente com o encontrado nos Centros Brasileiro (Fleck et al., 2000) e Coreano (Min et al., 2002).

O BDI e o BSI foram utilizados para testar a associação entre a qualidade de vida, a depressão e a psicopatologia. De forma semelhante ao verificado com a versão longa (cf. Vaz Serra et al., 2006), a correlação da nota global do BDI e do índice geral de sintomas do BSI é inversa (uma melhor pontuação nos domínios do WHOQOL-Bref está associada a uma pontuação inferior no BDI e BSI, portanto, à presença de sintomatologia depressiva e existência de psicopatologia) e estatisticamente significativa. A correlação é, igualmente, mais forte com o Domínio 2 (*Psicológico*).

Comparando o WHOQOL-Bref com a versão longa do mesmo instrumento (Vaz Serra et al., 2006), verifica-se que as características psicométricas obtidas são semelhantes. Ambos discriminam bem doentes de não doentes. A principal diferença reside no facto de no WHOQOL-100 o Domínio *Físico* não contribuir significativamente para a variância observada na faceta geral de qualidade de vida.

Em síntese, os resultados mostram que o WHOQOL-Bref apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade teste-reteste, tornando-o um bom instrumento para avaliar qualidade de vida em Portugal.

Este instrumento é uma alternativa válida à sua

versão longa, o WHOQOL-100, sobretudo nas situações em que a versão longa seja de difícil aplicabilidade, habitualmente em estudos epidemiológicos, que requerem grandes amostras, ou em estudos em que a bateria de avaliação é constituída por diversos instrumentos.

#### Agradecimentos

Os autores agradecem ao Grupo WHOQOL, em

particular aos Professores Shekhar Saxena, Somnath Chatterji, Mark Van Ommeren e Debashish Chattopadhyay.

Um agradecimento muito especial é dirigido ao Prof. Marcelo Fleck, coordenador do Centro Brasileiro da WHOQOL, consultor do projecto WHOQOL para português de Portugal, por todo o apoio prestado ao longo das diversas fases do processo de validação do WHOQOL-Bref para português de Portugal.

#### Referências Bibliográficas

- BECK, A. T., WARD, C., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- CANAVARRO, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II; pp. 95 - 110). Braga: APPORT/SHO.
- CANAVARRO, M. C. (no prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves e L. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III). Coimbra: Quarteto Editora.
- CANAVARRO, M. C., VAZ SERRA, A., PEREIRA, M., SIMÕES, M. R., QUINTAIS, L., QUARTILHO, M. J., RIJO, D., CARONA, C., GAMEIRO, S., & PAREDES, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*.
- FLECK, M. P., LEAL, O., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.
- FLECK, M. P., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- FLECK, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), 33-38.
- FLECK, M. P., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., & PINZON, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 178-183.
- MIN, S. K., KIM, K. I., LEE, C. I., JUNG, Y. C., SUH, S. Y., & KIM, D. K. (2002). Development of the Korean versions of WHO Quality of life scale and WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research*, 11, 593-600.
- RIJO, D., CANAVARRO, M. C., PEREIRA, M., SIMÕES, M. R., VAZ SERRA, A., QUARTILHO, M. J., CARONA, C., GAMEIRO, S., & PAREDES, T. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*.
- SAXENA, S., CARLSON, D., BILLINGTON, R., & ORLEY, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 10, 711-721.
- SKEVINGTON, S. M., LOTFY, M., & O'CONNEL, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 199-310.
- VAZ SERRA, A. & PIO ABREU, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação

do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.

VAZ SERRA, A. & PIO ABREU, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do "Inventário Depressivo de Beck". *Coimbra Médica*, XX, 713-736.

VAZ SERRA, A., CANAVARRO, M. C., SIMÕES, M. R., PEREIRA, M., GAMEIRO, S., QUARTILHO, M. J., RUIJO, D., CARONA, C. & PAREDES, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*.

WHOQOL GROUP (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

WHOQOL GROUP (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

**Anexo X:** Artigo de validação do *Brief-cope* para a população portuguesa

## QUESTÕES ACERCA DO COPING: A PROPÓSITO DO ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DO BRIEF COPE

J.L. Pais Ribeiro<sup>\*1</sup> & A.P. Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

<sup>2</sup>Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa

---

**RESUMO:** O objectivo do presente estudo é investigar as propriedades psicométricas da versão reduzida do questionário de coping desenvolvido por Carver a partir da versão longa do mesmo questionário e, simultaneamente, discutir alguns aspectos de coping que se colocam no virar do século. Participaram no estudo 364 indivíduos, 41,5% do sexo masculino, com características idênticas aos participantes do estudo de Carver. O questionário Brief COPE foi submetido a tratamentos estatísticos idênticos ao original e os resultados encontrados são também idênticos à versão original. A versão encontrada em português é uma boa adaptação da versão original que sugere a sua utilidade em estudos no Campo da saúde?

*Palavras chave:* Coping, Avaliação do coping, Desenvolvimento de escalas.

---

### SOME QUESTIONS ABOUT COPING: THE STUDY OF THE PORTUGUESE ADAPTATION OF THE BRIEF COPE

**ABSTRACT:** The primary purpose of the present paper is to identify the psychometric properties of the short form of the COPE scale named Brief-COPE. Participants are 364 individuals, 41.5% males, with similar characteristics of the participants in Carver's study. The translation of the Brief-COPE followed standard procedures (translation, back translation, reconciliation, cultural equivalence verification of translation, identification of content validity, cognitive debriefing). Statistical procedures followed the original model. Portuguese version that emerges from the present study shows similar patterns to the original version. The Portuguese version proposed seems to be a good adaptation of the original one, and a useful instrument to be used in health psychology.

*Key words:* Coping, Coping assessment, Scale development.

---

O coping<sup>1</sup> tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987). Estes autores apresentam várias definições de coping, nomeadamente: qualquer esforço de gestão de stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos

---

\* Contactar para E-mail: jlpr@fpce.up.pt

<sup>1</sup> A palavra "coping" faz parte do vocabulário da psicologia em Portugal, tal como a palavra "stress". Há autores que a utilizam (Serra, 1988), enquanto outros apresentam tradução. Por exemplo "adaptação" (APA, 2002), "confronto" (Vasco, 1985), ou "lidar com" (CEGOC, 2000). O português falado no Brasil utiliza o termo "enfrentamento" tal como os espanhóis. Preferimos adoptar o termo "coping" como um neologismo que, talvez com o uso e num ajustamento à língua portuguesa, se passe a escrever copingue.

constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes.

Numa proposta clássica Lazarus e Folkman (1984) definem o coping como esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. Um coping adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado. Como evidência da adaptação (ou ajustamento) encontramos o “bem estar, o funcionamento social, e a saúde somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985, p. 770).

Para estes autores o coping é centrado no processo em vez de no traço, e distingue-se dos comportamentos automáticos adaptativos. Usam o termo *esforços* para salientar o processo em vez do resultado, e o termo *gerir* para evitar a ligação coping igual a sucesso. Ou seja, o esforço de coping pode não ser bem sucedido e, então, não se pode definir com base no sucesso do processo. Lazarus (1993) explica que a abordagem ao coping, nesta perspectiva, emerge na década de 70. Esta perspectiva caracteriza-se por ser microanalítica, contextual e orientada para o processo. Tem quatro características nomeadamente: (1) salienta a descrição de pensamentos e acções que ocorrem numa dada situação stressante ou em vários estádios dessa situação; (2) a avaliação do coping não questiona o que a pessoa devia ou podia fazer ou pensar, ou o que costuma fazer numa dada situação. Questiona sim o que se passou num contexto particular, assumindo que o que se passou muda com o tempo ou com a alteração da situação ou contexto (é um processo). Isto ocorre em resultado de uma interacção activa entre a pessoa e o meio com base numa relação psicológica pessoa-meio; (3) a avaliação do coping implica que se avalie o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas acções e pensamentos relacionadas com o coping; (4) deve haver prudência na avaliação se um processo de coping é bom ou mau, dado estar dependente da pessoa, dos seus objectivos, dos resultados procurados e das suas preocupações.

A ideia de coping, até então, derivava da tradição da psicologia do ego de inspiração psicanalítica que se centrava em modos estáveis de lidar com o meio. Freud (1933) designava por mecanismos de defesa os processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com ameaças internas ou conflitos. Para Freud todos os mecanismos de defesa eram patológicos (Parker & Endler, 1992). Estes autores explicam que em textos posteriores os mecanismos de defesa foram divididos em primários e secundários, em que uns eram mais patológicos e primitivos do que os outros. A evolução desta concepção levava a que os mecanismos de defesa fossem considerados adaptativos ou não adaptativos. Na evolução deste modelo, Haan (1977), designa por coping os processos maduros ou saudáveis do ego, por defesa os processos de ego neuróticos, e por ego-falhado, as formas de adaptação fragmentadas ou desorganizadas. Este modelo tende a gerar tipologias estáticas

de coping, estilos (estáveis) de acção que dificultam a compreensão do fenómeno e não consideram a complexidade das interacções do indivíduo com situações stressantes específicas.

A partir da década de 70 o coping passou a ser considerado fundamentalmente como um processo de resposta consciente ou uma reacção a um acontecimento externo negativo (em oposição a interno de Freud) ou stressante (Parker & Endler, 1992).

O DSM-IV apresenta estes termos – coping e mecanismo de defesa – como sinónimos “*Defense mechanisms (or coping styles)*” (APA, 1994, p. 751). Gelder, Gath, Mayou, e Cowen (1996) explicam que tanto as *estratégias de coping* como os mecanismos de defesa podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por stressores. O termo “estratégias de coping”, explicam estes autores, provém da investigação na psicologia social e aplica-se a actividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente. O uso repetido de determinadas estratégias de coping constitui-se como *estilo de coping*. O termo *mecanismos de defesa* provém dos estudos psicanalíticos para se referir a processos mentais inconscientes. Utiliza-se por vezes com o mesmo sentido o termo *adaptação* quando se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica.

O coping como um processo fundamental para o ajustamento ou adaptação

O coping é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo termo serão positivos ou, dito de outra maneira, o processo de coping teve efeitos adaptativos.

Lazarus et al. (1985) apresentam um modelo integrador de variáveis pertinentes que, segundo a sua teoria, estão envolvidos em situações stressantes (Figura 1).

Antecedentes causais	Processos mediadores	Efeitos imediatos	Efeitos a longo termo
Variáveis pessoais: Valores, motivações, objectivos	Acontecimento 1....2....3....n No mesmo acontecimento Momento 1.....2.....3.....n		
Crenças gerais, i.e. Auto-estima Consecução Sensação de controlo Confiança interpessoal Crenças existenciais	Apreciação primária (riscos) Apreciação secundária (opções de coping)	Afecto Alterações fisiológicas	Bem-estar psicológico Saúde/doença somática
Variáveis ambientais: Exigências Recursos, ex.: rede de suporte social Limitações Aspectos temporais	Coping (incluindo uso de suporte social) Formas focadas no problema Formas focadas na emoção	Qualidade dos resultados da situação	Desempenho social

Figura 1. Fluxograma exemplificativo da relação entre variáveis segundo Lazarus et al. (1985)

Lazarus et al. (1985), ao explicarem a Figura 1 esclarecem “embora isso não seja mostrado na Figura 1 o sistema é dinâmico no sentido em que a apreciação ou avaliação está a mudar constantemente, e é circular no sentido em que os resultados podem influenciar as variáveis antecedentes” (p. 777). Todas as variáveis no sistema influenciam o stress e o coping.

### Coping acrescentado

Carver, Scheier, e Weintraub (1989) partem da perspectiva de Folkman e Lazarus (1980) e da medida clássica desenvolvida por eles o “Ways of Coping” (Pais Ribeiro & Santos, 2001). Esta escala inclui duas categorias de sub-escalas; coping focado no problema com cinco formas de coping (ou sub escalas), e coping focado nas emoções com três formas de coping. Lazarus (1993) explica que a maioria das pessoas utiliza as oito formas de coping em cada situação stressante, embora recorram mais a umas do que a outras consoante, (a) a situação, (b) a apreciação ou avaliação, e (c) as suas características pessoais. E ainda: (a) o padrão de coping altera-se de um estágio da situação para outro; e (b) algumas formas de coping são mais estáveis do que outras. Este grupo de autores defende que não há formas de coping melhores do que outras. Serem mais ou menos favoráveis depende, (a) de quem as usa, (b) quando as usa, (c) sob quais circunstâncias, e (d) a que situação se pretende adaptar.

Carver et al. (1989), sem se proporem alterar o modelo de Folkman e Lazarus (1980), acrescentam alguns aspectos. Referem-se a estilos de coping ou coping natural (disposition) para designar modos estáveis de coping que as pessoas utilizam em situações stressantes com que se confrontam. Segundo esta perspectiva as pessoas possuem um conjunto de estratégias de coping que se mantêm relativamente fixas através do tempo e situações, mais do tipo traço. O teste reteste da versão original do COPE desenvolvido por Carver e colaboradores seis e oito semanas depois mostra correlações elevadas o que “sugere que a tendência encontrada nas respostas de coping medidas com o COPE são relativamente estáveis” (Carver et al., 1989, p. 271). Esta perspectiva, como já se referiu, contraria de algum modo a perspectiva clássica que considera que o coping é um processo em mudança constante, orientada para o processo em vez de centrada no traço (Lazarus, 1993), como explicam Folkman e Lazarus (1985) num artigo em que o título é ilustrativo, “*if it changes must be a process...*”. Ou seja, na perspectiva de Folkman e Lazarus (1980) o coping é entendido como um processo dinâmico que muda em função da interacção stressante, e considera-se que a existência de estilos de coping são contraproducentes na medida em que as respostas das pessoas ficariam bloqueadas em determinados modos, em vez de lhes permitir a flexibilidade de ajustar a resposta a situações em mudança.

Mais recentemente Folkman e Moskowitz (2000) explicam que as abordagens contextuais do coping convergem nos seguintes aspectos:

- 1 o coping tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do distress e a gestão dos problemas que causam o distress;
- 2 o coping é influenciado pela avaliação das características do contexto de stress incluindo a sua controlabilidade;
- 3 o coping é influenciado pelas características de personalidade (*dispositions*), incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão;
- 4 o coping é influenciado pelos recursos sociais.

Também Holahan e Moos (1987) defendem que factores sócio demográficos tais como educação e nível sócio económico, características de personalidade e factores contextuais influenciam o coping.

Na década de 90 a investigação sobre coping tem sido feita predominantemente na área da saúde. Como explicam Endler, Parker, e Summerfeldt (1998), em geral a avaliação das estratégias de coping tende a ser feita, quer genericamente, quer em relação a situações específicas. Esta distinção tem sido denominada como abordagens interindividuais versus intraindividuais, ou como abordagens disposicionais versus situacionais.

As abordagens disposicionais aproximam-se da teoria do traço e focam as estratégias de coping que tendem a ser utilizadas pelos indivíduos em situações stressantes variadas. Estas, avaliadas com medidas de auto-resposta, questionam o respondente acerca do modo habitual de responder perante situações stressantes. A abordagem situacional, em oposição, visa identificar como mudam as estratégias de coping perante situações diferentes

Carver et al. (1989) reconhecem que é “provavelmente óbvio” que existam estilos de coping dado que as pessoas abordam cada contexto de coping com um repertório de estratégias relativamente fixas através do tempo e das circunstâncias. A favor desta perspectiva defendem ainda que, provavelmente, há modos preferidos de coping em função das dimensões de personalidade.

Outro aspecto em que o desenvolvimento do COPE se diferencia é com base na construção de questionários suportados quer na teoria quer de modo empírico. No primeiro caso identificam-se os aspectos de coping que devem estar representados e depois desenvolvem-se itens que os avaliem. No segundo desenvolvem-se itens que após submissão a, por exemplo, análise factorial permitem identificar dimensões resultantes do agrupamento dos itens. Carver et al. (1989) defendem que o COPE foi desenvolvido com base na teoria.

### O COPE

Carver et al. (1989) baptizaram de COPE o inventário que desenvolveram para avaliar estilos e estratégias de coping. Os autores explicam que este inventário, deriva da extensa literatura sobre o coping, em parte do modelo de coping de Lazarus e Folkman (1984) e em parte do modelo da auto regulação comportamental.

Embora reconheçam a distinção entre coping focado no problema e coping focado nas emoções afirmam que a distinção é mais complexa, nomeadamente com a emergência de mais do que estes dois factores. Referem que o coping focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que pode ser feito algo de construtivo, e que o coping focado nas emoções tende a predominar quando as pessoas sentem que o stressor tende a persistir.

Sendo um questionário desenvolvido com suporte na teoria, e embora partilhe alguns aspectos dos seus antecessores, acrescenta aspectos novos, nomeadamente faz distinções subtis no âmbito do coping focado no problema: distingue a planificação do coping activo (embora nos seus estudos estes dois modos de coping tendam a carregar o mesmo factor) e acrescenta supressão da atenção para actividades contraditórias, e prática de restrição; distingue suporte instrumental do suporte emocional. Desenvolveram igualmente itens para avaliar o desinvestimento comportamental, esforço contínuo para alcançar os objectivos, desinvestimento mental para atingir objectivos pessoais, focagem ou expressão das emoções, e uso de álcool ou drogas (medicamentos) como meio de desinvestimento. No entanto outros autores criticam a ausência de algumas formas de coping que são úteis em situação, por exemplo, de diagnóstico de doenças graves, tais como a procura de informação (Harcourt, Rumsey, & Ambler, 1999).

Carver et al. (1989) interessaram-se por alguns aspectos controversos do conceito de coping. Tradicionalmente o coping é considerado um processo dinâmico que se altera de uma fase para outra na transacção consoante a situação stressante. Nesta perspectiva um estilo de coping seria contraproducente porque a pessoa utilizaria modos estereotipados de coping em vez de escolher e ajustar a resposta a situações em mudança. Ora, Carver et al. (1989) interessam-se pelo papel que as diferenças individuais podem ter no coping, e dizem que há duas maneiras de pensar esta relação. Uma é que há modos estáveis (traços) ou estilos de coping preferidos que as pessoas trariam para as situações stressantes que tivessem de enfrentar, e que se manteriam relativamente fixos ao longo do tempo e das circunstâncias. Justificam esta perspectiva dizendo que as pessoas quando adoptam o coping o fazem a partir de experiências anteriores. Outra maneira é que há características de personalidade que predispõe as pessoas para o uso de determinadas formas de coping.

Estas perspectivas contrariam de certo modo a posição clássica de Folkman e Lazarus (1980) que assumem que é pouco provável que os traços de personalidade predigam o coping, embora como se disse acima a primeira autora inclua 20 anos depois a consideração da importância da personalidade no coping (Folkman & Moskowitz, 2000). No estudo de Carver et al. (1989) os autores afirmam “que os resultados sugerem a possibilidade de que os traços de personalidade e estilos de coping têm um papel no coping situacional, papéis que podem ser de algum modo complementares em vez de rivais” (p. 281).

O objectivo do presente trabalho é estudar as propriedades psicométricas de uma adaptação portuguesa conservadora do questionário COPE reduzido de Carver (1997a).

## MÉTODO

### Participantes

Participaram no estudo 364 indivíduos, 41,5% do sexo masculino idade  $M=18,5$  anos variando entre 17 e 22. Esta população é presumivelmente idêntica à utilizada por Carver et al. (1989) que, no entanto, apenas descrevem como “undergraduates”.

### O Brief COPE

O COPE original inclui, numa fase inicial, 52 itens distribuídas por 13 escalas. Posteriormente passa a incluir 53 itens em 14 escalas e, finalmente, 60 itens em 15 escalas, com quatro itens por escala (Carver et al., 1989; Carver, 1997b). A escala “Uso de Substâncias” só incluía um item no estudo de Carver et al. (1989). Os restantes três itens desta escala e a de “Humor” foram acrescentados depois (Carver, 1997b)

Os itens são redigidos em termos da acção que as pessoas implementam, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”) entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”. Esta resposta pode ser alterada consoante o investigador esteja interessado no coping estado ou no coping traço. No primeiro caso deverá responder “fiz isto” (relativamente à situação focada), se for traço deverá responder “costumo fazer isto”. 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 resultado final é apresentado como um perfil e as subescalas não são somadas nem há uma nota total (ver itens no Quadro 2).

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 objectivo 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 aspectos teóricos significativos do coping enquanto outras foram incluídas com base na evidência da importância desses aspectos particulares de coping.

Relativamente à versão do COPE de 60 itens, desapareceram as escalas de “Coping Restritivo” e “Supressão de Actividades Contrárias”, e foi incluída uma nova escala a “Auto-Culpabilização”. Outras escalas foram redifinidas (Carver, 1997a). O Brief COPE é composto pelas escalas apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

*Escalas do COPE e sua definição*

Escala	Definição
1 – Coping activo	Iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor
2 – Planear	Pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de coping activos
3 – Utilizar suporte instrumental	Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer
4 – Utilizar suporte social emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém
5 – Religião	Aumento de participação em actividades religiosas
6 – Reinterpretação positiva	Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável
7 – Auto-culpabilização	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu
8 – Aceitação	Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real
9 – Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos
10 – Negação	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante
11 – Auto distração	Desinvestimento mental do objectivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração
12 – Desinvestimento comportamental	Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir
13 – Uso de substâncias (medicamentos/ álcool)	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do stressor
14 – Humor	Fazer piadas acerca do stressor

*Procedimento*

Os itens foram traduzidos tomando em consideração a equivalência lexical e gramatical, a equivalência conceptual, a equivalência cultural, e finalmente, o emparelhamento do conteúdo do item com a dimensão que se propõe avaliar. Após a tradução pelos dois autores, e de se chegar a uma versão de consenso,

os itens foram apreciados por dois psicólogos que se pronunciaram da adequação de cada afirmação com a dimensão a que pertencia. Quando havia dúvidas regressava-se ao processo de tradução original. Após encontrar uma versão final o questionário foi passado a indivíduos da população alvo (*cognitive debriefing*) para identificar se a forma como eles percebiam as questões e o formato de resposta estavam de acordo com o que era suposto pelos investigadores. O procedimento estatístico utilizado replicou os passos dados por Carver.

## RESULTADOS

A análise de componentes principais com rotação oblíqua encontra nove factores com valores próprios superiores a 1, o que também aconteceu no estudo de Carver. A versão aqui apresentada explica 67,47% da variância total (o estudo de Carver explicava 72,4%). O primeiro factor agrupa os itens das escalas “Utilizar Suporte Instrumental” e “Utilizar Suporte Social Emocional”; o segundo factor agrupa as escalas “Coping activo”, “Planear” e “Desinvestimento Comportamental”. Esta última escala mostra uma carga factorial negativa visto ser o negativo das outras duas; o terceiro factor agrupa as escalas “Negação” e “Auto-culpabilização”; as restantes escalas agrupam-se cada uma por um factor com a seguinte ordem “Religião”, “Uso de Substâncias”, “Aceitação”, “Auto-Distracção” e “Expressão de Sentimentos”.

No estudo de Carver (1997a), o primeiro factor juntou as mesmas duas escalas, “Coping Activo” e “Planear”. No nosso estudo juntou-se, ainda, a estas a escala de “Desinvestimento Comportamental” que Carver (1997b) explica que é a antítese do “Coping Activo”. As escalas “Negação” e “Auto-culpabilização” agrupadas surgem num único factor como no estudo de Carver (1997a). Tal como no estudo original “Religião”, “Uso de Substâncias”, “Humor” “Religião”, e “Expressão de Sentimentos” constituíram-se como factores únicos.

Numa análise idêntica à de Carver (1997a), verifica-se que todas as cargas factoriais primárias destes itens são superiores a 0,40. 25 dos 28 itens têm carga factorial superior a 0,60, somente oito cargas factoriais secundárias excedem 0,30, das quais somente três excedem 0,40.

Explorando os dados através da análise de componentes principais com rotação oblíqua forçada a 14 factores, surgem treze escalas, juntando cada uma os seus dois itens. É excepção a escala “aceitação” que, também no estudo original de Carver se junta a factores diferentes. Por outro lado as escalas “Coping Activo” e “Planear” carregam o mesmo factor tal como ocorreu com o estudo original e noutros (Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000). Ou seja, a estrutura factorial da versão Portuguesa da Brief COPE aqui apresentada mostra características idênticas à escala original e confirma a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem.

### Consistência interna da Brief COPE

O estudo da consistência interna com recurso ao Alfa de Cronbach mostra valores adequados, tomando em consideração que nos estamos a referir a dois itens por escala. O Quadro 2 mostra os valores de consistência interna de cada escala e da escala original.

Quadro 2

*Itens de cada escala, consistência interna das escalas e consistência interna da versão original entre parêntesis*

Escalas da Brief COPE	itens	Alfa de Cronbach
1 – Coping activo	Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)	0,65 (0,68)
2 – Planear	Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	0,70 (0,73)
3 – Utilizar suporte instrumental	Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	0,81 (0,64)
4 – Utilizar suporte social emocional	Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos) Procuo o conforto e compreensão de alguém	0,79 (0,71)
5 – Religião	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual Rezo ou medito	0,80 (0,82)
6 – Reinterpretação positiva	Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	0,74 (0,64)
7 – Auto-culpabilização	Faço críticas a mim próprio Culpo-me pelo que está a acontecer	0,62 (0,69)
8 – Aceitação	Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer Tento aprender a viver com a situação	0,55 (0,57)
9 – Expressão de sentimentos	Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções) Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	0,84 (0,50)
10 – Negação	Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade” Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	0,72 (0,54)
11 – Auto distração	Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	0,67 (0,71)
12 – Desinvestimento comportamental	Desisto de me esforçar para obter o que quero Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo	0,78 (0,65)
13 – Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	0,81 (0,90)
14 – Humor	Enfrento a situação levando-a para a brincadeira Enfrento a situação com sentido de humor	0,83 (0,73)

A inspecção do Quadro 2 mostra que a consistência interna das escalas é satisfatória e segue padrões idênticos à versão original. Enquanto na versão original três das dimensões apresentavam consistências internas inferiores ao valor fronteira de 0,60 na escala aqui em estudo somente uma apresenta esse valor. Este padrão de semelhança entre versões de línguas diferentes e com

raízes diferentes tem sido encontrado noutros estudos (Sica, Novara, Dorz, & Sanavio, 1997)

Correlações entre escalas do COPE

No Quadro 3 são apresentadas as correlações entre as escalas aqui em estudo, e entre parêntesis são apresentadas as correlações que os autores apresentam no estudo original de 1989. Lembramos que na versão original (versão longa, Carver et al., 1989) parte das escalas eram diferentes. Aqui só se reportarão as escalas existentes nos dois estudos. Algumas mudaram de nome, como seja o caso da de “Desinvestimento Mental” que no Brief COPE passou a chamar-se “Auto Distracção”, mas cujos itens pertenciam àquela.

Quadro 3

*Correlação entre as escalas constituintes do Brief COPE na versão portuguesa aqui em estudo*

	CA	N	US	SE	SI	DC	ES	RP	P	H	A	R	AC
AD	<b>0,05</b> (-0,06)	<b>0,09</b> (0,29)	<b>0,15</b> (0,18)	<b>0,19</b> (0,21)	<b>0,12</b> (0,20)	<b>0,12</b> (0,29)	<b>0,11</b> (0,22)	<b>0,15</b> (0,06)	<b>0,04</b> (-0,04)	<b>0,25</b> (-)	<b>0,17</b> (0,06)	<b>0,01</b> (0,06)	<b>-0,05</b> (-)
CA		<b>-0,02</b> (-0,11)	<b>-0,04</b> (-0,10)	<b>0,24</b> (0,36)	<b>0,25</b> (0,19)	<b>-0,30</b> (-0,28)	<b>0,10</b> (0,07)	<b>0,24</b> (0,43)	<b>0,53</b> (0,67)	<b>-0,02</b> (-)	<b>0,17</b> (0,19)	<b>0,06</b> (0,13)	<b>0,12</b> (-)
N			<b>-0,01</b> (0,17)	<b>0,14</b> (0,06)	<b>0,09</b> (0,03)	<b>0,29</b> (0,45)	<b>0,22</b> (0,16)	<b>0,06</b> (-0,15)	<b>0,05</b> (-0,14)	<b>0,06</b> (-)	<b>-0,06</b> (-0,21)	<b>0,06</b> (0,11)	<b>0,34</b> (-)
US				<b>0,16</b> (0,02)	<b>0,03</b> (0,02)	<b>0,07</b> (0,26)	<b>0,07</b> (0,13)	<b>0,09</b> (-0,14)	<b>0,11</b> (-0,10)	<b>0,09</b> (-)	<b>0,04</b> (-0,02)	<b>-0,01</b> (0,01)	<b>0,008</b> (-)
SE					<b>0,55</b> (0,69)	<b>0,05</b> (0,05)	<b>0,48</b> (0,56)	<b>0,12</b> (0,17)	<b>0,19</b> (0,20)	<b>-0,01</b> (-)	<b>0,09</b> (0,14)	<b>0,19</b> (0,13)	<b>0,20</b> (-)
SI						<b>-0,08</b> (-0,02)	<b>0,33</b> (0,39)	<b>0,15</b> (0,28)	<b>0,27</b> (0,34)	<b>-0,04</b> (-)	<b>0,10</b> (0,17)	<b>0,29</b> (0,14)	<b>0,11</b> (-)
DC							<b>0,05</b> (0,17)	<b>-0,11</b> (-0,24)	<b>-0,20</b> (-0,28)	<b>0,03</b> (-)	<b>-0,04</b> (-0,05)	<b>0,003</b> (0,07)	<b>0,16</b> (-)
ES								<b>-0,02</b> (0,02)	<b>0,23</b> (0,10)	<b>-0,06</b> (-)	<b>0,03</b> (0,03)	<b>0,07</b> (0,09)	<b>0,26</b> (-)
RP									<b>0,34</b> (0,45)	<b>0,34</b> (-)	<b>0,26</b> (0,36)	<b>0,08</b> (0,21)	<b>0,07</b> (-)
P										<b>0,05</b> (-)	<b>0,30</b> (0,28)	<b>0,06</b> (0,16)	<b>0,27</b> (-)
H											<b>0,20</b> (-)	<b>-0,04</b> (-)	<b>-0,02</b> (-)
A												<b>0,04</b> (0,07)	<b>0,03</b> (-)
R													<b>0,08</b> (-)

*Nota.* AD: Auto Distracção; CA: Coping Activo; N: Negação; US: Uso de Substâncias; SE: Utilizar Suporte Social Emocional; SI: Utilizar Suporte Instrumental; DC: Desinvestimento Comportamental; ES: Expressão de Sentimentos; RP: Reinterpretação Positiva; P: Planear; H: Humor; A: Aceitação; R: Religião; AC: Auto-Culpabilização.

A maioria das correlações entre as escalas componentes do Brief COPE apresentam magnitude idêntica à original. Igualmente as correlações entre escalas, mais elevadas, na versão original correspondem às correlações mais elevadas na versão portuguesa. Esta semelhança é de salientar principalmente se considerarmos que estamos a referir-nos à comparação com os valores originais (da versão Norte Americana) da escala de 60 itens.

## CONCLUSÃO

A versão portuguesa da escala que aqui foi utilizada apresenta propriedades idênticas à versão longa da escala original de 60 itens desenvolvida por Carver. A versão portuguesa que aqui é apresentada conserva as propriedades da versão de 28 itens de Carver, o que a recomenda para ser utilizada na investigação sobre o Coping. A versão reduzida, pelo seu tamanho e pela variedade de estratégias de coping que apresenta é uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde.

## REFERÊNCIAS

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Vasco, A. (1985). Dois modelos para a compreensão do processo de confronto (Coping). *Jornal de Psicologia*, 4(3), 22-26.
- Carver, C. (1997a). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. (1997b). Brief COPE. Documento enviado pelo autor.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt, L. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195-205.
- Folkman, S., & Lazarus, R (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R (1985). If it changes must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P., & Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. Academic press: New York.
- Harcourt, D., Rumsey, N., & Ambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 4(1), 57-71.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955

Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

CEGOC (2000). NEO PI-R. Manual profissional: NEO PI-R, inventário de personalidade neo revisto (estudo de adaptação do manual de P. Costa e R. McCrae, de M. Lima, 1997). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.

Pais-Ribeiro, J.L., & C. Santos (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502.

Parker, J., & Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.

Perczek, R., Carver, C., Price, A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.

Serra, A. (1988). Um estudo sobre o coping: O Inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.

Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997) Coping strategies: Evidence for cross-cultural differences? A preliminary study with the Italian version of coping orientations to problems experienced (COPE). *Personality and Individual Differences*, 23(6), 1025-1029.