



www.elsevier.pt/rpsp

Artigo original

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

Sónia Silva*, Danielle Bettencourt, Helena Moreira e Maria Cristina Canavarro

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

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido em 27 de Agosto de 2010

Aceite em 27 de Fevereiro de 2011

Palavras-chave:

Cancro da mama

Qualidade de vida

Coping

Diagnóstico

Tratamento

Sobrevivência

R E S U M O

Introdução: Embora o cancro da mama possa comprometer significativamente a qualidade de vida (QdV) da mulher, sobretudo nas fases iniciais da doença, variáveis de ordem psicossocial podem intervir como factores de risco ou de protecção. Este estudo pretende analisar e comparar a QdV de mulheres com cancro da mama em diferentes fases da trajectória da doença e identificar o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na QdV.

Material e métodos: A amostra é constituída por 55 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, 63 a receber quimioterapia, 85 sobreviventes e 160 mulheres da população geral, que responderam ao WHOQOL-Bref e ao Brief COPE.

Resultados: Durante a fase de tratamento o cancro da mama compromete significativamente a QdV global e física da mulher. Um nível de escolaridade mais elevado, assim como o recurso a 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.

Conclusões: Os resultados deste estudo ao contribuírem para um melhor conhecimento das implicações do cancro da mama na QdV em diferentes fases da trajectória da doença, bem como das variáveis que poderão intervir como factores de risco/protecção, revelam-se importantes para o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais eficazes e ajustadas às necessidades da mulher.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S. L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública.
Todos os direitos reservados.

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: soniaimsilva@gmail.com (S. Silva).

Quality of life of women with breast cancer at different phases of the disease: the role of sociodemographic, clinical variables and coping strategies as factors of risk/protection

A B S T R A C T

Keywords:

Breast cancer
Quality of life
Coping
Diagnosis
Treatment
Survival

Introduction: Although breast cancer may significantly compromise women's quality of life (QoL), especially during the initial phases of the disease, psychosocial variables may act as factors of risk or protection. This study aims to analyse and compare the QoL of women in different phases of breast cancer and to identify the role of sociodemographic and clinical variables as well as coping strategies on QoL.

Method: The sample is composed of 55 women newly diagnosed with breast cancer, 63 women undergoing chemotherapy, 85 breast cancer survivors and 160 women from the general population. They all answered the WHOQOL-Bref and the Brief COPE.

Results: The results show that global and physical QoL is significantly impaired during treatment. Higher education and Active Cognitive Coping strategies are significantly associated with improved global and Psychological QoL, after diagnosis and during treatment. Avoidant coping relates to worse QoL in all phases of the disease.

Conclusions: The results of this study contribute to a better knowledge of the impact of breast cancer on QoL, in different phases of the disease trajectory, as well as give important information about the factors of risk/protection. Thus, they are helpful in developing more effective psychological interventions, tailored to the particular needs of women.

© 2010 Published by Elsevier España, S. L. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública.

All rights reserved.

Introdução

O cancro da mama é o tipo de tumor maligno mais frequente na mulher¹. Em Portugal são anualmente detectados cerca de 4500 novos casos e aproximadamente 1500 mulheres morrem com esta doença. Nas últimas décadas, os progressos registados tanto ao nível do diagnóstico precoce do cancro da mama, como da eficácia dos meios de tratamento, têm contribuído para um aumento significativo da esperança média de vida e, desta forma, do número de sobreviventes, isto é, mulheres que receberam um diagnóstico de cancro da mama e que já terminaram a fase activa de tratamento².

Muito embora a probabilidade de cura tenha aumentado significativamente nos últimos anos, o diagnóstico de cancro da mama mantém-se como um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático³. Frequentemente resulta em níveis significativos de ansiedade e depressão⁴⁻⁶, perturbação de stress pós-traumático^{3,7}, e alterações na qualidade de vida^{4,8,9}.

A trajectória do cancro da mama é constituída por diversas fases, cada uma caracterizada por diferentes desafios e por tarefas de adaptação específicas, nomeadamente nas esferas pessoal, familiar, conjugal, social e espiritual da mulher¹⁰⁻¹². A fase de diagnóstico, ao obrigar a mulher a confrontar-se com uma doença ameaçadora da vida, ainda encarada como uma sentença de morte e, conseqüentemente, a tomar consciência da sua vulnerabilidade pessoal, surge frequentemente associada a um sentimento de descrença, negação e revolta¹³. Por seu

lado, a fase de tratamento exige que a mulher se submeta a um conjunto de procedimentos médicos, habitualmente agressivos e prolongados, que causam sequelas físicas e na imagem corporal muitas vezes irreversíveis. Não obstante o término dos tratamentos e a possível remissão clínica da doença, o período de sobrevivência caracteriza-se, frequentemente, por sentimentos de incerteza e preocupação constante quanto ao futuro e à possibilidade de uma recidiva ou diagnóstico de um novo cancro^{14,15}.

A literatura tem-se debruçado extensivamente no estudo da qualidade de vida (QdV) das mulheres com cancro da mama, enquanto "percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto do sistema de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações"¹⁶.

De uma forma geral, a investigação tem sugerido que, apesar de se encontrarem em maior risco de disfunção psicossocial e QdV diminuída, muitas mulheres revelam um padrão de funcionamento normal, indiciador de resiliência^{17,18}. Não obstante este padrão, no período inicial da doença, logo após o diagnóstico e/ou durante a fase de tratamento, a investigação tem apontado para um impacto negativo do cancro da mama na QdV^{4,19-21}. Por exemplo, aquando da realização de quimioterapia, para além dos efeitos secundários esperados como alopecia, perda de apetite, prisão de ventre e fadiga, que podem limitar o normal funcionamento físico da mulher, é também frequente uma maior insatisfação com a imagem corporal, bem como dificuldades a nível cognitivo, emocional e social^{19,22,23}.

Contudo, estas reacções são na sua maioria transitórias. Estudos transversais realizados em diferentes fases da trajectória da doença²⁴, e em particular, estudos longitudinais^{15,21,25-27} mostram que, à medida que o tempo vai passando e a mulher vai recuperando dos efeitos secundários dos tratamentos, sobretudo durante o período de sobrevivência da doença, a QdV tende a melhorar significativamente, equiparando-se à de mulheres saudáveis²⁸⁻³³ ou com outros problemas de saúde^{15,34}.

Ainda assim, na fase de sobrevivência algumas mulheres manifestam sequelas físicas resultantes dos tratamentos; níveis elevados de fadiga; capacidade de trabalho reduzida; dificuldades em lidar com a imagem corporal; e desinteresse/insatisfação no relacionamento sexual do casal^{12,15,26,27,29,31}. Estas sequelas, se não forem devidamente detectadas e tratadas atempadamente, podem tornam-se obstáculos na vida diária da mulher, podendo comprometer a QdV¹⁰.

Com vista a uma melhor identificação das mulheres em maior risco de disfunção psicossocial, é fundamental conhecer as variáveis que podem favorecer ou, pelo contrário, comprometer a QdV nas várias fases da doença.

Numa revisão realizada por Mols et al.³⁵, os autores verificaram que um nível socioeconómico elevado, a não realização de quimioterapia, a inexistência concomitante de outros problemas de saúde, bem como níveis elevados de suporte emocional por parte da família, protegem a mulher das implicações negativas do cancro da mama na QdV. Além disso, a existência de um relacionamento íntimo e um grau de instrução elevado^{26,32}, bem como idade mais avançada aquando do diagnóstico^{26,29,36,37}, podem também funcionar como factores protectores de um impacto negativo da doença na QdV da mulher, aumentando a capacidade de resiliência e/ou de recuperação.

Tendo em consideração os diferentes tipos de cirurgia, a maioria dos estudos não aponta para a existência de diferenças entre mulheres que realizam cirurgia conservadora (tumorectomia) ou remoção total da mama (mastectomia)^{33,38-40}. Contudo, Moyer⁴¹, recorrendo a uma meta-análise verificou que a realização de uma tumorectomia, comparativamente à mastectomia, conduzia a uma maior satisfação com a imagem corporal, melhor funcionamento psicológico, social, e sexual e, inclusivamente, a menor ansiedade quanto à possibilidade de uma recidiva, resultados estes corroborados em estudos mais recentes^{21,26}. Já em relação ao tipo de tratamento adjuvante, alguns estudos têm mostrado que a realização de quimioterapia conduz a um maior risco de QdV diminuída, particularmente a nível físico e sexual²³ e também no que respeita ao desempenho de papéis²¹.

No processo de adaptação ao cancro da mama, a forma como as mulheres lidam com os desafios particulares de cada fase da doença poderá também ser um importante factor de risco ou de protecção para a QdV. De acordo com Maes et al.⁴², a literatura tem apontado para resultados relativamente consistentes no que respeita à associação entre *coping* e adaptação numa situação de doença crónica. Assim, a implementação de um *coping* de evitamento, traduzido na tendência para ignorar, negar ou minimizar o

significado da doença; o recurso a álcool ou drogas; a recusa em procurar/aceitar o suporte disponibilizado pela rede social, bem como o desinvestimento cognitivo e comportamental de acções que possam atenuar o problema, conduzem, habitualmente, a dificuldades no processo de adaptação à doença, quer do ponto de vista psicológico, quer físico^{11,42-45}. Pelo contrário, estratégias baseadas em acções que visem resolver, alterar ou lidar com a origem do problema, como por exemplo, a procura de informação e de suporte (*Coping* Comportamental Activo, segundo a terminologia de Fawzy e Fawzy⁴³), assim como estratégias baseadas em pensamentos e mecanismos mentais, nomeadamente, a aceitação da gravidade da doença, a procura de meios para lidar com a mesma, a focalização em aspectos positivos, e/ou tentar encarar a situação como uma oportunidade de desenvolvimento psicológico (*Coping* Cognitivo Activo, segundo Fawzy e Fawzy⁴³), promovem o bem-estar dos doentes oncológicos, portanto, são formas adaptativas de *coping*⁴³⁻⁴⁵.

Todavia, a literatura tem igualmente referido que o *coping* unicamente focado na resolução das dificuldades emocionais ou no evitamento, pode também revelar-se eficaz, sobretudo em circunstâncias incontroláveis, as quais o indivíduo não pode alterar os seus resultados, ou para as quais não lhe é possível obter ajuda^{42,46}. Neste sentido, este tipo de *coping* pode revelar-se útil numa fase aguda da doença, como por exemplo após o diagnóstico, numa altura em que as estratégias activas podem ser demasiado confrontativas para a mulher, e assim mais prejudiciais para a sua adaptação do que as estratégias de evitamento⁴⁷.

Assim sendo, e dado o facto de o *coping* envolver necessariamente uma avaliação contínua das exigências e significados de cada situação particular, o debate acerca da sua eficácia, mais do que focalizar-se no seu valor inerentemente adaptativo ou inadaptativo, deve ter em consideração as idiossincrasias de cada mulher, e as exigências de cada situação. Só deste modo poderá ser possível compreender o valor e a eficácia das estratégias de *coping*⁴⁸.

Embora em proeminente expansão, a grande maioria das investigações nesta área foca apenas uma fase específica da doença, sendo ainda escassos os estudos, quer longitudinais, quer transversais, que avaliem a QdV da mulher nas diversas fases da trajectória do cancro da mama¹¹. Por outro lado, os estudos que o fazem, apesar de serem na sua maioria longitudinais, avaliam a mulher numa grande diversidade de meses após o diagnóstico, não mencionando, muitas vezes, a fase em que esta se encontra. Esta limitação parece-nos relevante uma vez que, por exemplo, seis meses após o diagnóstico a mulher poderá estar a realizar quimioterapia, já numa fase de sobrevivência ou até a viver uma recidiva. Não obstante, a maioria dos estudos têm sido conduzidos com sobreviventes, sendo raras as investigações com mulheres nas fases mais iniciais da doença, nomeadamente no momento do diagnóstico e durante o tratamento. Paralelamente, pouco se conhece ainda sobre as variáveis que podem actuar como factores de risco/protecção para a QdV nas diversas fases da trajectória da doença, nomeadamente, o papel das características sociodemográficas da mulher, da sua situação clínica, bem como das respectivas estratégias de *coping*. Assim sendo, são necessários estudos que, ao

invés de focarem critérios meramente temporais, avaliem a mulher nas diversas fases do cancro da mama, de acordo com critérios clínicos¹¹. Para além disso, é fundamental mais investigação sobre os factores que colocam em risco/protegem a QdV^{9,12,25}.

Tentando dar resposta às limitações da literatura, o presente estudo tem dois objectivos principais. Em primeiro lugar, pretende analisar e comparar a QdV das mulheres nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência para o cancro da mama, tendo como referência um grupo de mulheres da população geral sem história pessoal de doença oncológica. O segundo objectivo consiste em identificar o papel de variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como das estratégias de *coping* na QdV da mulher, em cada uma das fases da doença. Tendo em consideração a teoria e a investigação anterior, colocamos por hipótese que as mulheres recentemente diagnosticadas e a realizar tratamento apresentem uma pior QdV do que as sobreviventes e as mulheres da população geral. Em relação às mulheres sobreviventes, esperamos que estas apresentem uma QdV semelhante às mulheres do grupo de controlo, podendo apresentar, contudo, um pior funcionamento do ponto de vista físico. Hipotetizamos ainda que mulheres mais jovens, com menor instrução, sem companheiro, submetidas a tratamentos mais agressivos, como a realização de uma mastectomia, esvaziamento axilar e/ou quimioterapia, e cujo *coping* se baseie sobretudo em estratégias de evitamento, apresentem uma pior QdV em todas as fases da doença. Por outro lado, espera-se que o recurso a um *coping* comportamental activo ou *coping* cognitivo activo se associe a uma melhor QdV. No entanto, e de acordo com a revisão da literatura, é também de esperar que as mulheres que na fase de diagnóstico utilizem estratégias de evitamento apresentem, igualmente, uma boa QdV.

Método

O presente estudo transversal representa um recorte de um projecto mais extenso e de desenho longitudinal e prospectivo, intitulado “Adaptação ao Cancro da mama e aos seus tratamentos: Factores individuais e psicossociais envolvidos”. Este projecto obteve a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e da Direcção da Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Centro (LPCC-NRC).

Amostra e procedimentos

A amostra é constituída por um total de 363 mulheres, distribuídas por quatro grupos distintos: três grupos de mulheres diagnosticadas com cancro da mama a viver diferentes fases da trajectória da doença, designadamente, mulheres recentemente diagnosticadas ($n = 55$), mulheres a receber tratamento de quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante ($n = 63$) e mulheres na fase de sobrevivência para o cancro da mama ($n = 85$) – grupo clínico; e por último, um grupo de controlo, constituído por mulheres da população geral, sem história pessoal de doença oncológica ($n = 160$) – grupo de controlo.

Os procedimentos de recrutamento e de recolha da amostra obedeceram às particularidades do local onde estes decorreram. Assim, as participantes recentemente diagnosticadas com cancro da mama foram recrutadas na Unidade de Internamento C do Serviço de Ginecologia dos HUC, por duas investigadoras que contactaram pessoalmente as participantes no primeiro dia de internamento para realização de cirurgia da mama (tumorectomia ou mastectomia). As mulheres a receber quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante foram recrutadas no Hospital de Dia de Ginecologia dos HUC, tendo sido o contacto realizado pelas investigadoras durante o tratamento. Já as mulheres sobreviventes foram convidadas a participar no estudo no primeiro dia de internamento para cirurgia de reconstrução da mama, na Unidade de Internamento C do Serviço de Ginecologia dos HUC. Além disso, foram também recrutadas utentes e voluntárias do *Vencer e Viver*, um movimento de entre-ajuda da LPCC-NRC, constituído por mulheres que tiveram cancro da mama e que prestam apoio voluntário a outras mulheres e familiares a viver a doença.

A inclusão das participantes no estudo teve em linha de conta os seguintes critérios: para integrar o grupo de diagnóstico era exigido que as mulheres tivessem recebido o diagnóstico de cancro da mama não metastático, no limite máximo de 4 meses (período durante o qual não poderiam ter realizado qualquer tipo de tratamento) e que estivessem a iniciar o tratamento pelo método cirúrgico (mulheres a iniciar quimioterapia neo-adjuvante foram excluídas deste grupo). Já para o grupo de tratamento, as mulheres deveriam estar a receber quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante na sequência de um primeiro diagnóstico de cancro da mama (mulheres a realizar quimioterapia para uma recidiva ou doença metastática foram excluídas); para integrar o grupo de sobreviventes, era exigido que as mulheres se encontrassem em fase de remissão total ou parcial da doença (livres de qualquer indício de doença e sem história de uma recidiva), e que não estivessem a realizar quimioterapia ou radioterapia há pelo menos um ano. Finalmente, para inclusão no grupo de controlo, as mulheres não poderiam ter história pessoal de doença oncológica e as suas características sociodemográficas deveriam ser semelhantes às do grupo clínico. Em todos os grupos era exigido que as mulheres fossem maiores de idade, não apresentassem qualquer tipo de condição física ou mental que invalidasse a participação no estudo e que soubessem ler e escrever português.

Das 268 mulheres convidadas a integrar o grupo clínico, 203 (75,7%) aceitaram participar. Todas as participantes foram informadas acerca dos principais objectivos do estudo e foi-lhes entregue um envelope contendo uma carta de apresentação do estudo, o consentimento informado e os questionários de auto-resposta. A confidencialidade foi assegurada através do anonimato das respostas. No caso das mulheres avaliadas durante o período de hospitalização ou durante a realização de tratamento, os protocolos foram devolvidos pessoalmente às investigadoras. No caso das utentes e voluntárias do movimento *Vencer e Viver* os protocolos foram devolvidos via correio pré-pago.

As características sociodemográficas e clínicas da amostra são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	Diag. n = 55 n (%)	Trat. n = 63 n (%)	Sobrev. n = 85 n (%)	Controlo n = 160 n (%)	F/ χ^2	p
Idade						
30-44 anos	6 (10,7)	16 (25,8)	12 (15,2)	41 (25,6)	8,748	n.s.
45-59 anos	34 (60,7)	34 (54,8)	45 (57,0)	83 (51,9)		
≥ 60 anos	16 (28,6)	12 (19,4)	22 (27,8)	36 (22,5)		
Intervalo (min.-máx.)	33-70	30-68	33-81	30-89		
Média (desvio padrão)	54,4 (8,3)	51,0 (9,2)	54,1 (9,6)	52,1 (12,5)	1,622	n.s.
Estado civil						
Solteira	6 (10,7)	2 (3,2)	4 (4,7)	6 (3,8)	14,936	n.s.
Casada/União facto	42 (75,0)	48 (77,4)	62 (72,9)	126 (78,8)		
Divorciada/Separada	1 (1,8)	5 (8,1)	10 (11,8)	5 (3,1)		
Viúva	7 (12,5)	7 (11,3)	9 (10,6)	23 (14,4)		
Escolaridade						
1.º ciclo do ensino básico	23 (42,6)	18 (29,0)	27 (32,5)	47 (30,3)	14,369	n.s.
2.º e 3.º ciclos do ensino básico	13 (24,1)	11 (17,7)	19 (22,9)	39 (25,2)		
Ensino secundário	8 (14,8)	17 (27,4)	9 (10,8)	36 (23,2)		
Ensino superior	10 (18,5)	16 (25,8)	28 (33,7)	33 (21,3)		
Tempo desde o diagnóstico						
< 5 anos	56 (100)	63 (100)	32 (46,4)	–	78,883	0,000
≥ 5 anos	0 (0)	0 (0)	37 (53,6)	–		
Intervalo (min. - máx.)	0-4	02-oct	15-384	–		
Média em meses (desvio padrão)	1,5 (0,9)	6,1 (1,6)	88,5 (78,6)	–	67,240	0,000
Tipo de Cancro						
Invasor	36 (66,7)	63 (100)	69 (83,1)	–	24,118	0,000
Não invasor	18 (33,3)	0 (0)	14 (16,9)	–		
Tipo de cirurgia						
Nenhuma	56 (100)	9 (14,5)	0 (0)	–	205,037	0,000
Tumorectomia	0 (0)	27 (43,5)	7 (8,6)	–		
Mastectomia	0 (0)	26 (41,9)	74 (91,4)	–		
Esvaziamento axilar						
Sim	–	33 (53,2)	33 (40,7)	–	2,203	n.s.
Não	–	29 (46,8)	48 (59,3)	–		
Tipo de tratamento						
Nenhum	56 (100)	0 (0)	12 (14,8)	–	219,005	0,000
Quimioterapia	0 (0)	62 (100)	32 (39,5)	–		
Radioterapia	0 (0)	0 (0)	11 (13,6)	–		
Quimioterapia e Radioterapia	0 (0)	0 (0)	26 (32,1)	–		
Reconstrução						
Sim	–	–	36 (43,4)	–	–	–
Não	–	–	47 (56,6)	–		

Nota. Diag.: Diagnóstico; Trat.: Tratamentos; Sobrev.: Sobrevivência. Devido a alguns dados em falta, é apresentada a % válida. n.s.: diferença não estatisticamente significativa.

Instrumentos de avaliação

Qualidade de vida

Versão Breve do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)^{16,49}. Questionário de auto-resposta que permite avaliar a percepção subjectiva de QdV. É constituído por 26 questões organizadas numa Faceta Geral (avalia a percepção global de QdV e de saúde) e em 24 facetas específicas (avaliam aspectos como dor e desconforto, satisfação com as relações sociais, apoio social, entre outros). As 24 facetas distribuem-se por 4 domínios distintos de QdV: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Pontuações mais elevadas no WHOQOL-Bref indicam valores superiores de QdV. Na nossa amostra, o alfa de

Cronbach oscilou entre .501 na Faceta Geral da QdV, no grupo de mulheres em diagnóstico, e .851 no domínio Físico, no grupo de mulheres sobreviventes.

Estratégias de coping

O grupo clínico respondeu ao Brief COPE^{50,51}, questionário de auto-resposta constituído por 28 itens que se organizam em 14 subescalas que descrevem uma grande variedade de pensamentos e comportamentos a que habitualmente os indivíduos recorrem de forma a lidar com circunstâncias indutoras de stress. Foi-lhes solicitado que respondessem de acordo com a forma como, no momento de resposta ao questionário, estavam a lidar com o stress induzido pela doença, numa escala de resposta entre 0 (“Nunca faço isto”) e 3 (“Faço sempre isto”).

De forma a organizar as várias subescalas em medidas mais compósitas de *coping*, reduzindo assim o número de subescalas a introduzir nas diversas análises estatísticas, foi realizada uma análise factorial exploratória com as 14 subescalas do Brief COPE. Numa primeira análise, foram obtidos 4 factores com valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 (critério de Kaiser), explicativos de 60,0% da variância. Optou-se por retirar a subescala Expressão de sentimentos, uma vez que saturou de forma elevada em 3 factores e também por revelar limitações na forma como os itens estão construídos^{6,52}. Assim repetiu-se a análise sem esta subescala, tendo-se mantido a estrutura de 4 factores, agora explicativos de 61,9% da variância.

Nesta versão final, a solução obtida permitiu explicar 65,5% da variância total do instrumento, sendo o Factor 1 explicativo de 29,0% da variância, e os restantes 3 factores de 16,2% (Factor 2), 8,7% (Factor 3) e 8,0% (Factor 4). Em virtude da semelhança encontrada entre as subescalas que constituem estes factores e o modelo proposto por Fawzy e Fawzy⁴³, estes foram respectivamente designados por *Coping Comportamental Activo* (Planear, Suporte emocional, Suporte instrumental, *Coping activo*, Auto-distracção), *Coping Cognitivo Activo* (Humor, Reinterpretação positiva, Aceitação), *Evitamento* (Negação, Desinvestimento Comportamental, Auto-culpabilização e Uso de substâncias) e *Religião* (idêntico ao original). Os valores de consistência interna (*alpha* de Cronbach) para cada um dos factores em cada grupo variou entre .619 no factor *Coping Evitamento*, no grupo de mulheres a receber tratamento, e .839 no factor *Religião*, no grupo de mulheres sobreviventes.

Informação demográfica e clínica

As participantes responderam a um questionário construído pelos investigadores através do qual foram recolhidos os dados sociodemográficos. No que respeita à informação clínica (dados relativos à doença e/ou tratamentos), esta foi obtida mediante consulta dos processos clínicos das doentes, sob autorização médica, e só em caso de impossibilidade, através de entrevista às participantes.

Análises estatísticas

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS), versão 17.0. Para a caracterização da amostra recorreu-se às estatísticas descritivas, nomeadamente frequências simples e relativas, médias e desvios-padrão. Testes de qui-quadrado e a análises de variância univariada (ANOVA) foram utilizadas de forma a comparar os grupos no que toca às características sociodemográficas e clínicas.

Para estudar a estrutura factorial das subescalas do Brief COPE, foi realizada uma análise factorial exploratória com recurso ao método Componentes Principais, com rotação ortogonal tipo Varimax, tendo sido retidos os factores cujo valor próprio (*eigenvalue*) fosse igual ou superior a 1 (critério de Kaiser) e as subescalas com saturação, em pelo menos um factor, igual ou superior a 0,4⁵³.

Para determinar as diferenças de médias entre os três grupos na QdV, recorreu-se à análise de variância multivariada (MANOVA). Sempre que observada a significância multivariada

(Pillai's Trace), procedeu-se à análise dos testes univariados e comparações múltiplas à posteriori, tendo em conta a correcção de Bonferroni ajustada para o número de comparações a realizar. O valor de Eta quadrado parcial (η_p^2) é apresentado como medida do tamanho do efeito.

Com o objectivo de testar o impacto do *coping* na QdV foram efectuadas, separadamente para cada grupo clínico, análises de regressão hierárquica múltipla (método *enter*). De forma a seleccionar as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como as estratégias de *coping* a introduzir nas várias equações de regressão, foram previamente calculadas correlações de Pearson entre estas variáveis e a QdV, de acordo com a informação disponível em cada grupo. Para o mesmo efeito, todas as variáveis com mais de duas categoriais foram transformadas em variáveis dicotómicas, nomeadamente: estado civil (solteira, divorciada ou viúva; vs casada ou unida de facto); nível de escolaridade (até ensino básico vs ensino secundário ou superior); tipo de cirurgia realizada (conservadora vs mastectomia); realização de quimioterapia (não vs sim); e realização de radioterapia (não vs sim). A variável idade foi introduzida enquanto variável contínua. Variáveis clínicas e sociodemográficas correlacionadas a um nível de significância estatística $\leq 0,05$ foram introduzidas nas análises de regressão num primeiro bloco. De forma a testar-se o contributo adicional das estratégias de *coping* na explicação da variabilidade de cada variável dependente, estas foram introduzidas num segundo bloco. Em caso de ausência de correlações significativas entre as variáveis dependentes e as variáveis clínicas e/ou sociodemográficas, as estratégias de *coping* eram introduzidas simultaneamente, num único bloco.

Resultados

Qualidade de vida nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência para o cancro da mama

Com o objectivo de avaliar a QdV, os três grupos de mulheres em diferentes fases do cancro da mama e o grupo de controlo foram comparados nos quatro domínios e Faceta Geral da QdV (tabela 2). Foi encontrado um efeito multivariado significativo do tipo de grupo na QdV. Os resultados dos testes univariados revelaram diferenças significativas relativamente à Faceta Geral e ao domínio Físico da QdV. Assim, são as mulheres a receber tratamento para o cancro da mama que apresentam uma pior QdV geral, distinguindo-se significativamente dos restantes três grupos. Também no que respeita ao domínio Físico, são as mulheres a realizar tratamento que avaliam de uma forma mais desfavorável a sua QdV, especialmente quando comparadas com as mulheres do grupo de controlo.

Nos restantes domínios da QdV, e para um nível de significância $\leq 0,008$ (ajustado ao número de comparações), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Os grupos foram ainda comparados no que respeita às pontuações nas 24 facetas do WHOQOL-Bref, bem como nos dois itens que compõe a Faceta geral da QdV. Na tabela 3 são apresentados os resultados relativos às facetas nas quais foram

Tabela 2 – Comparação entre os grupos nos vários domínios e Faceta Geral da qualidade de vida (N = 363)

Domínios da QdV	Diag. (1) Média (DP)	Trat. (2) Média (DP)	Sobrev. (3) Média (DP)	Controlo (4) Média (DP)	F	p	Partial η^2	Post-hoc ^a
Faceta geral	58,7 (13,5)	51,2 (15,3)	63,8 (16,8)	64,2 (15,1)	12,151	0,000	0,092	2 < 1,3,4
D. Físico	64,2 (16,6)	57,8 (14,9)	64,5 (17,3)	68,7 (15,3)	7,214	0,000	0,057	2 < 4
D. Psicológico	69,5 (13,7)	65,2 (16,1)	70,5 (16,8)	68,9 (13,2)	1,692	0,168	0,014	–
D. Rel. Sociais	76,0 (15,2)	68,7 (16,7)	69,1 (15,6)	70,7 (14,7)	2,916	0,034	0,024	–
D. Ambiente	63,0 (12,7)	61,7 (13,9)	61,1 (15,5)	61,8 (11,9)	0,224	0,880	0,002	–

Nota. Análise de variância multivariada (Pillai's Trace = 0,192, F(3,362) = 4,883, p = 0,000, $\eta_p^2 = 0,064$). ^aTeste de Bonferroni.

Tabela 3 – Comparação entre os grupos nas várias facetas da qualidade de vida (N = 363)

Facetas da QdV	Diag. (1) Média (DP)	Trat. (2) Média (DP)	Sobrev. (3) Média (DP)	Controlo (4) Média (DP)	F	p	Partial η^2	Post-hoc ^a
Faceta Geral								
F. Saúde Geral	3,0 (0,8)	2,7 (0,8)	3,5 (0,8)	3,5 (0,9)	17,472	0,000	0,127	1 < 3,4; 2 < 3,4
	^b Pillai's Trace (itens da faceta geral) = 0,156, F(3, 362) = 10,149, p = 0,000, $\eta_p^2 = 0,078$							
Domínio Físico								
F. Energia e fadiga	3,5 (0,9)	3,0 (0,6)	3,4 (0,9)	3,5 (0,7)	6,656	0,000	0,053	2 < 1,4
F. Atividades diárias	3,4 (1,0)	3,2 (0,8)	3,5 (0,9)	3,8 (0,7)	8,735	0,000	0,068	4 > 1,2,3
F. Capacidade de trabalho	3,4 (1,1)	3,0 (0,9)	3,5 (0,9)	3,8 (0,7)	14,488	0,000	0,108	4 > 1,2,3; 2 < 1,3,4
	^b Pillai's Trace (facetas D. Físico) = 0,168, F(3, 362) = 3,005; p = 0,000, $\eta_p^2 = 0,056$							
Domínio Psicológico								
F. Auto-estima	3,7 (0,8)	3,4 (1,0)	3,8 (1,0)	3,8 (0,7)	4,241	0,006	0,034	2 < 3,4
	^b Pillai's Trace (facetas D. Psicológico) = 0,113, F(3, 362) = 2,331, p = 0,001, $\eta_p^2 = 0,038$							
Domínio Relações Sociais								
F. Actividade sexual	3,5 (0,9)	3,0 (1,0)	3,3 (1,0)	3,7 (0,9)	7,664	0,000	0,060	2 < 1,4; 4 > 2,3
F. Suporte social	4,4 (0,8)	4,3 (0,7)	4,0 (0,7)	3,9 (0,7)	9,033	0,000	0,070	4 < 1,2; 1 > 3
	^b Pillai's Trace (facetas D. Relações Sociais) = 0,152, F(3, 362) = 6,381, p = 0,000; $\eta_p^2 = 0,051$							
Domínio Ambiente								
F. Cuidados de saúde e sociais: Disponibilidade e qualidade	3,5 (1,0)	3,9 (0,8)	3,6 (1,0)	3,3 (1,0)	5,719	0,001	0,046	2 > 4
	^b Pillai's Trace (facetas D. Ambiente) = 0,153, F(3, 362) = 2,373, p = 0,000; $\eta_p^2 = 0,051$							

Nota. ^aTeste de Bonferroni. ^bAnálise de variância multivariada para as várias facetas do WHOQOL-Bref.

encontrados efeitos univariados significativos, considerando um nível de significância $\leq 0,008$.

Como se pode verificar, as mulheres recentemente diagnosticadas e a receber tratamento para o cancro da mama apresentam uma menor satisfação com o seu estado de Saúde geral do que as mulheres sobreviventes e as mulheres da população geral. Por outro lado, as mulheres a realizar tratamento apresentam menor Energia e mais fadiga do que as mulheres recentemente diagnosticadas e a população geral; Capacidade de trabalho mais reduzida do que os restantes grupos; Auto-estima mais baixa comparativamente às sobreviventes e às mulheres da população geral; bem como resultados mais negativos na Faceta Actividade sexual do que as mulheres do grupo de controlo e em diagnóstico, o que também se verifica para o grupo de sobreviventes. No que respeita à realização de Actividades de vida diária e ainda à Capacidade de trabalho, todos os grupos clínicos revelam um pior funcionamento do que o grupo de controlo.

No entanto, as mulheres recentemente diagnosticadas e em tratamento percebem ter maior Suporte social do que as mulheres da população geral, sendo que as primeiras se distinguem também das mulheres sobreviventes. Por último, as mulheres a realizar tratamento sentem-se mais satisfeitas com os Cuidados de saúde e sociais do que as mulheres da população geral.

O papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na QdV

Previamente à realização das análises de regressão linear múltipla hierárquica foram calculadas, separadamente para cada fase da doença, correlações de Pearson entre a QdV e as variáveis sociodemográficas, clínicas e as estratégias de coping. Na tabela 4 é apresentada a matriz de correlações entre as estratégias de coping e os domínios e Faceta Geral da QdV para os três grupos em estudo.

Tabela 4 – Matriz de correlações entre as estratégias de coping e a qualidade de vida nos três grupos clínicos

Fase da doença	Qualidade de Vida				
	F. Geral	D. Físico	D. Psicológico	D. Relações Sociais	D. Ambiente
Diagnóstico					
Coping Cog. Activo	0,354*	0,174	0,363*	0,231	0,303
Coping Comp. Activo	-0,059	0,008	0,258	0,227	0,200
Evitamento	-0,254*	-0,054	-0,350*	-0,288*	-0,306*
Religião	-0,222	-0,087	-0,151	0,010	-0,151
Tratamento					
Coping Cog. Activo	0,339**	0,276*	0,451***	0,301*	0,372**
Coping Comp. Activo	-0,118	-0,052	0,121	0,075	0,243
Evitamento	-0,382**	-0,461***	-0,496***	-0,404***	-0,457***
Religião	-0,109	-0,164	-0,019	0,113	-0,139
Sobrevivência					
Coping Cog. Activo	0,055	-0,006	0,171	0,113	0,098
Coping Comp. Activo	-0,057	0,060	0,145	0,168	0,129
Evitamento	-0,386***	-0,370***	-0,439***	-0,245*	-0,336**
Religião	0,066	-0,025	-0,029	0,066	-0,040

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

No que respeita às associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a QdV, no grupo de diagnóstico foi encontrada uma correlação significativa entre o domínio Ambiente e o nível de escolaridade ($r = 0,320$, $p = 0,018$). As variáveis idade, situação conjugal, tempo decorrido desde o diagnóstico e tipo de tumor não se associaram significativamente com a QdV.

No grupo de mulheres a realizar tratamento foram encontradas associações significativas negativas entre a Faceta Geral da QdV e a idade ($r = -0,264$, $p = 0,038$). O nível de escolaridade correlacionou-se positivamente com os domínios Físico ($r = 0,305$, $p = 0,016$), Psicológico ($r = 0,369$, $p = 0,003$), Relações Sociais ($r = 0,358$, $p = 0,004$) e Ambiente ($r = 0,477$, $p = 0,000$). Não foram encontradas correlações entre a QdV e as variáveis situação conjugal, tempo desde o diagnóstico, tipo de tumor, tipo de cirurgia e realização de esvaziamento axilar.

No grupo de mulheres sobreviventes foram encontradas correlações significativas entre o nível de escolaridade e os domínios Físico ($r = 0,348$, $p = 0,001$) e Ambiente ($r = 0,349$, $p = 0,001$). O domínio Relações Sociais associou-se positivamente com o tipo de tumor ($r = 0,240$, $p = 0,029$) e negativamente com o tipo de cirurgia ($r = -0,368$, $p = 0,001$). Finalmente, o domínio Ambiente associou-se também ao tipo de cirurgia ($r = -0,236$, $p = 0,034$). As variáveis idade, situação conjugal, bem como as variáveis clínicas tempo desde o diagnóstico, esvaziamento axilar, quimioterapia, radioterapia e decisão de reconstrução, não se correlacionaram significativamente com a QdV.

De seguida, e para cada um dos grupos, foram efectuadas análises de regressão múltipla hierárquica para os vários domínios e Faceta geral da QdV que previamente revelaram associações significativas com as variáveis em estudo (tabela 5).

No grupo de mulheres recentemente diagnosticadas, o Coping Cognitivo Activo mostrou associar-se a uma melhor QdV tanto a nível Psicológico como a um nível mais global. Já o recurso a estratégias de Evitamento associou-se a resultados

mais negativos nestes dois domínios. Apesar das correlações negativas encontradas entre o Coping de Evitamento e o domínio Ambiente, após controlar para o efeito da escolaridade, esta forma de coping não mostrou associações significativas com este domínio da QdV.

No grupo de mulheres em tratamentos, e controlando o efeito da idade e do nível de escolaridade, respectivamente, verificou-se que o Coping de Evitamento mostrou associar-se a uma pior percepção de QdV em todos os domínios e Faceta geral. Já o recurso a um Coping Cognitivo Activo associou-se a uma melhor QdV Psicológica. À excepção da Faceta Geral de QdV, o nível de escolaridade associou-se positiva e significativamente com todos os domínios da QdV.

Já no grupo de mulheres sobreviventes, o nível de escolaridade associou-se a uma melhor QdV Ambiental. Já o Coping de Evitamento revelou associações negativas significativas.

Discussão

O diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, do futuro e do bem-estar da mulher requer adaptações em todas as áreas da vida, assim como recursos para lidar o mais eficazmente com os seus desafios. Recorrendo a uma metodologia baseada em critérios clínicos, respondendo assim a uma importante limitação das investigações anteriores, na sua maioria sustentadas em critérios temporais, este estudo representa um contributo importante para um conhecimento mais aprofundado da QdV das mulheres diagnosticadas com cancro da mama, identificando características sociodemográficas e clínicas, bem como estratégias de coping, enquanto factores de risco/protecção para a QdV.

Com o intuito de se obter uma melhor compreensão da QdV nas diversas fases da trajectória da doença, neste estudo foram avaliadas mulheres num período recente à recepção do

Tabela 5 – Análise de regressão linear hierárquica múltipla a testar o papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na qualidade de vida nas três fases da doença

Fases da doença	Modelo final	β	F	R ²	ΔR^2	
Diagnóstico	<i>Faceta Geral</i>					
	Cog. Activo	0,287*	5,612**	0,203		
	Evitamento	-0,287*				
	<i>Psicológico</i>					
	Cog. Activo	0,298*	5,720**	0,206		
	Evitamento	-0,280*				
	<i>Ambiente</i>					
	Escolaridade	0,228	3,620*	0,144		0,057
	Evitamento	-0,248				
Tratamento	<i>Faceta Geral</i>					
	Idade	-0,208	5,551**	0,232	0,145**	
	Cog. Activo	0,186				
	Evitamento	-0,282*				
	<i>Físico</i>					
	Escolaridade	0,243*	7,167***	0,281	0,175**	
	Cog. Activo	0,075				
	Evitamento	-0,393**				
	<i>Psicológico</i>					
	Escolaridade	0,249*	11,645***	0,388	0,252***	
	Cog. Activo	0,261*				
	Evitamento	-0,361**				
	<i>Relações Sociais</i>					
	Escolaridade	0,298*	6,900***	0,273	0,132**	
	Cog. Activo	0,117				
	Evitamento	-0,313*				
	<i>Ambiente</i>					
	Escolaridade	0,378***	11,773***	0,391	0,170***	
Cog. Activo	0,160					
Evitamento	-0,337**					
Sobrevivência	<i>Ambiente</i>					
	Escolaridade	0,278*	6,301***	0,223	0,108**	
	Cog. Activo	-0,123				
	Evitamento	-0,333**				

* $p \leq 0,05$. ** $p \leq 0,01$. *** $p \leq 0,001$.

diagnóstico, durante a fase de tratamentos, bem como durante a fase de sobrevivência livre de doença, por comparação a uma amostra de mulheres sem história de cancro.

De uma forma global, os resultados confirmam que, apesar do cancro da mama ser um acontecimento adverso que coloca em risco a QdV, as mulheres tendem a revelar um padrão de funcionamento psicossocial normal, indiciador da capacidade de resiliência, pelo menos em algumas áreas de funcionamento^{17,18}. Por outro lado, os resultados da comparação entre as mulheres nas três fases da trajectória do cancro da mama, permitem-nos inferir que as repercussões negativas na QdV são sobretudo transitórias, não ficando a QdV permanentemente implicada²⁹. Muito pelo contrário, tende a registar progressos ao longo do percurso clínico da doença, melhorando significativamente na fase de sobrevivência²⁴.

Mais especificamente, os resultados obtidos revelam que na fase de tratamento o cancro da mama compromete significativamente a QdV global e física da mulher. Já nas

fases de diagnóstico e de sobrevivência a QdV, nos seus vários domínios, revelou-se semelhante à das mulheres sem história de doença oncológica. Estes dados dão suporte às investigações anteriores que apontam como período mais crítico em termos de repercussões negativas do cancro da mama, as fases iniciais da doença^{4,19-21}. Paralelamente, confirmam os resultados de outros estudos que recorrendo a uma amostra de controlo de mulheres saudáveis verificaram, igualmente, diferenças significativas entre os grupos apenas nos períodos mais iniciais da doença, que correspondem à fase de tratamento^{21,27}. Corroboram também investigações realizadas com sobreviventes, nas quais não foram encontradas diferenças na generalidade dos domínios da QdV, comparativamente a controlos da população geral²⁸.

Todavia, parece-nos importante referir que a inexistência de diferenças entre o grupo clínico e o grupo de controlo na fase de diagnóstico, o que contraria de certa forma a literatura²¹, poderá dever-se ao facto de termos optado, neste estudo, por avaliar as mulheres numa fase ainda recente da experiência de cancro, sem que ainda as mulheres tivessem iniciado o período de tratamento. Noutros estudos, esta avaliação é realizada num momento um pouco mais tardio, que em muitos casos coincide já com o período do tratamento, durante o qual são esperadas maiores implicações na QdV²⁷. Estudos futuros que avaliem a QdV da mulher numa fase precoce do conhecimento da doença deverão ter em conta estes aspectos.

Apesar disto, em cada fase da doença as mulheres apresentaram limitações em algumas facetas específicas da QdV. Os nossos resultados apontam para o facto de os períodos iniciais da doença (diagnóstico e tratamento) se caracterizarem por uma insatisfação relativamente ao estado de saúde geral. Nestes períodos as mulheres tendem a apresentar um pior funcionamento ao nível da realização de actividades diárias e uma capacidade de trabalho mais reduzida do que as mulheres da população geral, especialmente enquanto se encontram a realizar quimioterapia. Para além disso, nesta fase de tratamento, a mulher tende também a apresentar menor energia e maior fadiga do que as mulheres recentemente diagnosticadas ou o grupo de controlo, o que é coerente com a literatura²⁷. Ainda assim, os nossos resultados tornam-se mais compreensíveis se tivermos em linha de conta que as mulheres em tratamento estavam a receber quimioterapia após terem feito, em metade dos casos, mastectomia e esvaziamento axilar. Esta combinação de tratamentos pode revestir-se de efeitos negativos acrescidos ao nível das capacidades físicas da mulher.

Além disso, os dados obtidos sugerem também implicações importantes ao nível da satisfação com a sexualidade, significativamente inferior à população geral na fase de tratamentos mas também durante o período de sobrevivência^{29,54}. Mais uma vez, estas dificuldades podem ficar a dever-se aos tratamentos, particularmente à quimioterapia, que muitas vezes conduz a alterações hormonais, segura vaginal e menopausa precoce, habitualmente associados à perda/diminuição da libido^{15,23}. Não obstante, podem também resultar da dificuldade em lidar com as alterações da imagem corporal que, por sua vez, podem afectar as relações íntimas e a sexualidade⁵⁵. Assim sendo, é importante intervir o mais precocemente sobre estas dificuldades de forma a evitar

que estas se repercutam em limitações futuras na QdV da mulher.

Muito embora não tenham sido encontradas diferenças entre os grupos no domínio Psicológico, o que não fora previsto inicialmente mas que corrobora os resultados encontrados noutras investigações²², verificamos que as mulheres a realizar tratamento exibem uma auto-estima mais baixa, comparativamente às mulheres na fase da sobrevivência e da população geral. Efectivamente, esta diferença torna-se compreensível se mais uma vez atendermos ao facto de estas mulheres estarem a realizar quimioterapia, e na sua maioria, adjuvante ao tratamento cirúrgico. Assim, pode inferir-se que, em virtude das alterações na sua auto-imagem e de eventuais limitações ao nível dos seus papéis sociais, estas mulheres sintam a sua auto-estima mais diminuída⁵⁶.

Apesar destas implicações, as fases de diagnóstico e de tratamento não se associam unicamente a um pior funcionamento, mas também a uma percepção mais positiva de suporte social, superior à da população geral ou das sobreviventes. Tal evidência poderá dever-se a uma maior consciencialização relativamente à disponibilidade de suporte e de ajuda por parte da rede social da mulher, que em momentos de crise, como o período de hospitalização e de tratamento na sequência do diagnóstico de uma doença oncológica, tende a ser activada²⁵. Paralelamente, as mulheres a realizar tratamento sentem-se também mais satisfeitas relativamente à disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais do que as mulheres saudáveis.

Em suma, estes dados permitem-nos afirmar que o cancro da mama compromete algumas áreas da QdV da mulher, especialmente a nível físico, sexual, auto-estima e percepção de saúde em geral. Todavia este impacto tende apenas a manifestar-se nas fases iniciais da doença, diminuindo significativamente no período em que a mulher não apresenta sinais de doença.

No processo de adaptação ao cancro da mama, as características da mulher, a sua situação clínica, bem como a forma como esta lida com os desafios específicos de cada fase da doença, podem desempenhar um papel importante na QdV, enquanto factores de risco/protecção.

No que diz respeito à influência dos variáveis individuais, os resultados mostram que, tal como era previsto, a QdV é influenciada pelo nível de escolaridade^{21,26,32}. Assim, nas fases de tratamento e de sobrevivência, as mulheres com escolaridade equivalente ao ensino secundário e/ou superior revelaram uma melhor QdV do que as mulheres com instrução inferior, sobretudo no domínio Ambiente da QdV. Durante a fase de tratamento, o nível de escolaridade associou-se a uma melhor QdV também nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais. Assim sendo, podemos pensar que um nível de escolaridade mais elevado poderá facilitar o acesso a informação relevante que se repercutará numa melhor prestação de cuidados a si própria²⁶. Por outro lado, poderá dotar a mulher de competências mais assertivas de procura de ajuda e suporte por parte da rede social, bem como aumentar a probabilidade de utilização de estratégias de *coping* mais activas. Investigações futuras poderão tentar examinar possíveis relações entre o nível de escolaridade, *coping* e QdV.

O facto de o nível de escolaridade não ter revelado associações significativas com nenhum dos domínios da QdV na fase de diagnóstico poderá compreender-se tendo em conta que, numa fase ainda tão inicial da doença sem que ainda se tenham iniciado os tratamentos, a QdV ainda se encontre pouco implicada e daí que as reacções das mulheres sejam pouco determinadas pelo nível de escolaridade. Ainda assim, os nossos dados sugerem que um nível de escolaridade elevado pode constituir-se como um factor de protecção para a QdV da mulher, sobretudo durante o período de tratamento para o cancro da mama, pelo que deverá ser tido em consideração no planeamento de intervenções dirigidas à promoção da QdV.

Surpreendentemente, a idade e a situação conjugal, bem como todas as variáveis clínicas, não mostraram ter relação significativa com a QdV. De um modo geral, estes resultados permitem-nos inferir que as variáveis relacionadas com o contexto sociodemográfico da mulher e, particularmente com a sua situação clínica, têm um contributo modesto para a compreensão da QdV das mulheres com cancro da mama, o que é coerente com os resultados encontrados em estudos anteriores³⁶. No entanto, é importante referir que o reduzido tamanho da amostra poderá ter contribuído para a ausência de resultados significativos. Assim sendo, e para uma melhor compreensão do impacto das destas variáveis na QdV, são necessários mais estudos sobretudo com amostras mais extensas.

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, particularmente na fase de tratamento. De uma forma geral, os nossos resultados confirmam a literatura que tem consistentemente apontado para o facto das pessoas que lidam com a doença oncológica recorrendo a estratégias de evitamento, estão mais vulneráveis à ocorrência de dificuldades psicossociais durante o processo de adaptação do que aquelas que se esforçam por adoptar estratégias de *coping* mais confrontativas^{42,43}.

Assim, nas fases de diagnóstico e de tratamento, os nossos dados sugerem que estratégias Cognitivas Activas, como o Humor, a Reinterpretação positiva e a Aceitação, protegem a mulher das repercussões do cancro da mama na QdV, tanto a nível global como Psicológico. Este tipo de estratégias, ao basear-se em esforços cognitivos para lidar com a doença, promove a aceitação do diagnóstico e o envolvimento em comportamentos mais adaptativos, promotores da QdV. Carver et al.⁴⁶ referem que estratégias cognitivas são particularmente importantes em “circunstâncias nas quais o indutor de stress é algo que deve ser integrado, por oposição a circunstâncias em que este pode ser facilmente alterado” (p. 270). Considerando o cancro da mama como um acontecimento de vida involuntário, incontrolável e irreversível, poderá compreender-se que estas estratégias se revistam de um impacto significativo na QdV, contrariamente às estratégias Comportamentais Activas que, inesperadamente, não mostraram associações significativas com a QdV.

Por outro lado, os nossos dados sugerem que lidar com os desafios decorrentes do cancro da mama através de cognições e comportamentos que visem a negação do diagnóstico, ou tentar agir como se o mesmo não fosse real, isto de forma a diminuir a ansiedade causada pelo mesmo⁴⁶, constitui um

importante factor de risco para a QdV nas diversas fases da doença. De facto, a literatura sugere que o Evitamento, apesar de temporariamente proporcionar algum alívio das emoções negativas, pode impedir os indivíduos de tomarem decisões importantes, o que poderá revelar-se nocivo perante uma doença que ameaça a própria vida^{48,57}.

Contribuindo para uma melhor compreensão acerca da QdV da mulher com cancro da mama, este estudo alerta para a necessidade de se atender à fase específica do curso da doença, às características sociodemográficas da mulher e, particularmente, às formas de lidar com a doença, que se assumem como factores de risco/protecção para a QdV. Além disso, reforça a necessidade de se promoverem formas de *coping* mais adequadas às exigências de cada fase da doença, isto de modo a diminuir o risco de inadaptacção.

Os resultados deste estudo sugerem algumas linhas orientadoras relevantes para o planeamento de intervenções psicológicas mais eficazes e ajustadas aos desafios e exigências particulares de cada fase da doença. Por um lado, reforçam a necessidade de se proceder ao despiste e intervenção precoce nas dificuldades apresentadas nas fases iniciais, sobretudo em áreas específicas do funcionamento da mulher como a sexualidade, a auto-estima e as capacidades físicas, sob a pena destas poderem persistir, comprometendo a adaptacção futura¹⁷. Simultaneamente, alertam para a importância de uma reavaliação num longo período após o diagnóstico, de forma a identificar as mulheres que recuperaram os seus padrões habituais de funcionamento e aquelas que ainda não conseguiram fazê-lo. Apesar do impacto do cancro da mama na QdV ser transitório, poderá também ser importante desenhar intervenções específicas para as mulheres que numa fase de sobrevivência apresentam dificuldades persistentes em determinadas áreas da QdV.

É também importante referir que as intervenções psicossociais, especialmente dirigidas às mulheres recentemente diagnosticadas ou a receber tratamento, deverão promover a identificação das formas habituais de *coping* com a doença, focando, igualmente, o ensino e o reforço de estratégias Cognitivas Activas, como sejam o Humor, a Reinterpretação positiva e a Aceitação. Não obstante, os técnicos de saúde deverão ter especial atenção às mulheres que recorrerem a um *coping* de Evitamento, factor de risco para a QdV. A estas mulheres devem ser ensinadas formas mais adaptativas de lidar com a doença. Também fundamental para o sucesso das intervenções psicossociais, é ter em consideração o nível de escolaridade da mulher.

Apesar destes contributos, a nossa investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra e sobretudo o seu carácter transversal, impedindo-nos de verificar as continuidades/mudanças nos padrões de QdV ao longo do tempo e das diversas fases da doença, bem como factores preditores de (in)adaptacção. Por outro lado, a amostra de mulheres a realizar tratamento incluiu apenas mulheres a receber quimioterapia, pelo que seria importante estudar a mulheres que realizam outros tipos de tratamentos como a radioterapia.

Assim sendo, são necessários mais estudos de natureza prospectiva e longitudinal de forma a compreender o impacto do cancro da mama imediatamente antes, durante e após os

tratamentos. Estes estudos permitirão identificar formas de *coping* predictoras da QdV em fases posteriores do percurso da doença e, desta forma, a identificação das mulheres em maior risco de QdV diminuída. Além disso, a investigação futura deverá ainda tentar compreender a possível relação de causalidade entre nível de escolaridade, *coping* e QdV. Não menos importante será reforçar o estudo do impacto de outras variáveis psicossociais e relacionadas com a doença, que neste estudo não mostraram associar-se à QdV da mulher. O conhecimento destas variáveis reveste-se de grande importância no aprofundar do conhecimento sobre a QdV de mulheres com cancro da mama e desta forma, no planeamento de intervenções psicossociais mais efectivas, componente essencial na qualidade da prestação de cuidados ao doente oncológico. Sendo a trajectória do cancro da mama marcada por períodos de bom funcionamento psicossocial, em algumas áreas superior comparativamente às mulheres da população geral, investigações futuras deverão, igualmente, explorar o potencial desenvolvimento pessoal e relacional que poderá associar-se à experiência de cancro da mama³.

Em conclusão, os resultados deste estudo sugerem que o cancro da mama reveste-se de diferentes implicações na QdV consoante a fase da doença. Adicionalmente, evidenciam o importante contributo do nível de escolaridade e do recurso a estratégias de *coping* Cognitivas Activas, enquanto factores protectores da QdV, bem como o efeito negativo de estratégias de Evitamento que, contrariamente, colocam em risco a QdV da mulher. Deste modo, estes resultados contribuem com pistas importantes para o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais eficazes e ajustadas às necessidades da mulher com cancro da mama.

B I B L I O G R A F I A

1. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*. 2007;18:581-92.
2. Feuerstein M. Defining cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2007;1:5-7.
3. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *J Clin Psychol Med Settings*. 2007;14:308-19.
4. Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L et al. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Med J Aust*. 1998;169:192-6.
5. Schwarz R, Krauss O, Höckel M, Meyer A, Zenger M, Hinz A. The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care (Basel)*. 2008;3:417-22.
6. Silva S, Moreira HTC, Canavarró MCCSP. 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*. 2009;XI:28-42.
7. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC, Lillie SE, Dees EC, Carey LA, et al. The interaction of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology*. 2008;17:948-53.

8. Bloom JR, Kang SH, Petersen DM, Stewart SL. Quality of life in long-term cancer survivors. Em: Feuerstein M, editor. Handbook of cancer survivorship. Nova Iorque: Springer; 2007. p. 43-66.
9. Fallowfield LJ. Assessment of quality of life in breast cancer. *Acta Oncol.* 1995;34:689-94.
10. Ferrell BR, Grant M, Funk B, Garcia N, Otis-Green S, Schaffner ML. Quality of life in breast cancer. *Cancer Pract.* 1996;4:331-40.
11. Heim E, Valach L, Schaffner L. Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosom Med.* 1997;59:408-18.
12. Hewitt M, Herdman R, Holland J, editores; National Research Council. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington, D.C.: National Cancer Policy Board. The National Academies Press; 2004.
13. Pereira MG, Lopes C. O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
14. Ferrell BR, Grant MM, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psychooncology.* 1997;6:13-23.
15. Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky ML, Petersen L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat.* 1996;38:183-99.
16. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998;28:551-8.
17. Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2007;23:71-83.
18. Rowland JH, Baker F. Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer.* 2005;104(11 Suppl):2543-8.
19. Browall M, Ahlberg K, Karlsson P, Danielson E, Persson LO, Gaston-Johansson F. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12:180-9.
20. Lee TS, Kilbreath SL, Refshauge KM, Pendlebury SC, Beith JM, Lee MJ. Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer.* 2008;16:399-405.
21. Schou I, Ekeberg Ø, Sandvik L, Hjermstad MJ, Ruland CM. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer: data from a year follow-up study compared with the general population. *Qual Life Res.* 2005;14:1813-23.
22. Andrykowski MA, Carpenter JS, Munn RK. Psychosocial sequelae of cancer diagnosis and treatment. Em: Schein LA, Bernard HS, Spitz HI, Muskin PR, editores. Psychosocial treatment for medical conditions: principles and techniques. Nova Iorque: Brunner-Routledge; 2003. p. 79-131.
23. Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Desmond KA. Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results Cancer Res.* 1998;152:396-411.
24. Neyt M, Albrecht J. The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors: a comparative study in Belgium. *J Psychosoc Oncol.* 2006;24:89-123.
25. Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2004;13:147-60.
26. King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res.* 2000;9:789-800.
27. Schroevers M, Ranchor AV, Sanderman R. Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: a longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Soc Sci & Med.* 2006;63:598-610.
28. Bardwell WA, Major JM, Rock CL, Newman VA, Thomson CA, Chilton JA. Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psychooncology.* 2004;13:595-604.
29. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol.* 1998;16:487-94.
30. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol.* 1998;16:501-14.
31. Helgeson VS, Tomich PL. Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology.* 2005;14:307-17.
32. Peuckmann V, Ekholm O, Rasmussen NK, Møller S, Groenvold M, Christiansen P, et al. Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;104:39-46.
33. van der Steeg AF, De Vries J, Roukema JA. The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *Eur J Surg Oncol.* 2008;34:1225-30.
34. Andrykowski MA, Curran SL, Studts JL, Cunningham L, Carpenter JS, McGrath PC, et al. Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *J Clin Epidemiol.* 1996;49:827-34.
35. Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer.* 2005;41:2613-9.
36. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23:3322-30.
37. Rebelo V, Rolim L, Carqueja E, Ferreira S. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psic, Saúde & Doenças.* 2007;8:13-32.
38. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer.* 1998;83:2130-8.
39. Ganz PA, Schag AC, Lee JJ, Polinsky ML, Tan SJ. Breast conservation versus mastectomy: is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer.* 1992;69:1729-38.
40. Poulsen B, Graversen HP, Beckmann J, Blichert-Toft M. A comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *Eur J Surg Oncol.* 1997;23:327-34.
41. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychol.* 1997;16:284-98.
42. Maes S, Leventhal H, Ridder DTD. Coping with chronic diseases. Em: Zeidner M, Endler N, editores. Handbook of coping: theory, research, applications. Nova Iorque: John Wiley & Sons; 1996. p. 221-245.
43. Fawzy FI, Fawzy NW. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1994;16:149-92.
44. Ransom S, Jacobsen PB, Schmidt JE, Andrykowski MA. Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30:243-53.
45. Stanton AL, Danoff-Burg S, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology.* 2002;11:93-102.

46. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56(2):267-83.
47. Harrison J, Maguire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry.* 1994;165:593-8.
48. Zeidner M, Saklofske D. Adaptative and maladaptative coping. Em: Zeidner M, Endler N, editores. *Handbook of coping: theory, research, applications.* Nova Iorque: John Wiley & Sons; 1996.
49. Vaz-Serra A, Canavarro MC, Simões MR, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica.* 2006;27:41-49.
50. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4:92-100.
51. Ribeiro JLP, Rodrigues AP. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psic, Saúde & Doenças.* 2004;5:3-15.
52. Austenfeld JL, Stanton AL. Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *J Pers.* 2004;72:1335-63.
53. Stevens J P. *Applied multivariate statistics for the social sciences.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1992.
54. Bukovic D, Fajdic J, Hrgovic Z, Kaufmann M, Hojsak I, Stanceric T. Sexual dysfunction in breast cancer survivors. *Onkologie.* 2005;28:29-34.
55. Greendale GA, Petersen L, Zibecchi L, Ganz PA. Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause.* 2001;8:111-9.
56. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP, et al. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychos Med.* 1998;60:168-74.
57. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol.* 1993;65:375-90.