

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**



**Impacto Psicológico da Doença Oncológica**  
**em Pacientes Oncológicos Angolanos**

**Tratados em Portugal:**

*Estudo comparativo com uma amostra de imigrantes Angolanos*  
*saudáveis vivendo em Portugal*

Augusto Cassul

Doutoramento em Psicologia  
Especialidade em Psicologia da Saúde

Tese orientada por:  
Professor Doutor José Pestana Cruz

Faro, 2012

## **Agradecimentos**

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial aos doentes, seus acompanhantes, e não doentes angolanos que participaram neste estudo de investigação, dedicamos o nosso reconhecimento.

Ao meu orientador, Professor Doutor José Pestana Cruz, pela sábia e concreta orientação, apoio incontornável, rigor científico indispensáveis sem os quais não seria possível a concretização deste estudo de investigação, expresso o meu profundo agradecimento.

À Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Helena Pestana, agradeço todo o apoio e hospitalidade concedida.

Aos Ministérios da Saúde da República de Angola e da República Portuguesa, fica expresso o nosso reconhecimento por todo o apoio.

Aos Ministérios da Educação e da Ciência e Tecnologia da República de Angola, os nossos agradecimentos.

À Fundação Calouste Gulbenkian, por todo o apoio concedido para a realização e concretização deste estudo, dedicamos o mais profundo reconhecimento e agradecimento.

A todas as Instituições de Saúde Portuguesas que amavelmente acolhem os nossos doentes oncológicos, contribuindo assim, mesmo que de forma indireta, para a concretização deste estudo.

À Embaixada e ao Consulado da República de Angola em Portugal, exprimimos também o nosso reconhecimento pelo apoio concedido.

Ao Setor de Estudante Angolanos da Embaixada / Consulado de Angola em Portugal, exprimimos também o nosso reconhecimento.

À Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Susana Oliveira Henriques e à D<sup>a</sup> Maria de Lurdes Barata, expressamos o nosso agradecimento pelo apoio sempre presente.

À Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Tânia Teixeira, agradecemos toda a dedicação e apoio permanente que muito contribuiu para a realização deste trabalho.

À Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dina, dedico os meus agradecimentos por todo o apoio.

À Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta, agradecemos toda a dedicação e apoio na realização deste trabalho.

À Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia, agradecemos toda a dedicação e apoio na realização deste trabalho.

Ao Sr. Arquiteto Joaquim Sebastião, os nossos mais profundos agradecimentos, pelo apoio disponibilizado.

Ao Sr. Dr. Hélder Beji, os nossos mais profundos agradecimentos, pelo apoio disponibilizado.

Ao Sr. Dr. João Miguel Ramos Correia, agradecemos todo o apoio concedido na realização deste trabalho.

## **Abreviaturas / Siglas**

ACS - American Câncer Society

ADN - Ácido desoxirribonucleico

AF – Atividade Física

AICR – American Institute for Câncer Research

ATBC – Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Câncer Prevention Study

CARET – Beta-carotene and Retinol Efficacy Trial

CDC - Center for Disease Control and Prevention

CNO – Centro Nacional Oncológico

EMT – Equivalente Metabólico de Tarefa

EPIC – European Prospective Investigation into Cancer

FCI – Fatores de Crescimento semelhantes à insulina

IARC – International Agency for research on Cancer

IBEP – Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População

ICD – International Classification of Diseases

IMC – Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

NIEHS – National Institute of Environmental Health Services

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

RR – Risco Relativo

RTI - Razão de Taxa de Incidência

RV – Redução de Risco

TR – Taxa de Risco

UNAIDS/OMS – United Nations Program on HIV/AIDS

Unicamp -

VIH/SIDA

WCRF/AICR – World Cancer Research Fund/American Institute for Câncer Research

WHI – Women’s Health Initiative

WHO – World Health Organization

## **Resumo**

A investigação agora apresentada, teve, como objeto de estudo, as características e processos de adaptação psicológica dos pacientes oncológicos angolanos em Portugal, ao abrigo dos protocolos de prestação de cuidados de saúde entre os dois países, situando-se na confluência de duas áreas do conhecimento: a Oncologia e a Psicologia da Saúde e, em particular, ao seu interface: a Psico-Oncologia.

As características desta população e os seus processos de ajustamento à doença oncológica, tornam-na num caso de estudo com especificidades muito particulares.

A escolha do tema teve várias motivações e objetivos, como, perceber o impacto psicológico da doença oncológica nos pacientes angolanos tratados em Portugal, contribuir para o lançamento de pontes de intercâmbio científico entre Angola e Portugal, na área específica da Psicologia da Saúde, alicerçar projetos de investigação no interface entre a Medicina e a Psicologia, contribuindo para o desenvolvimento desta disciplina em Angola.

A investigação centra-se no impacto de algumas variáveis psicossociais, procurando assim compreender melhor o impacto psicossocial da doença, lançando pistas sobre possíveis relações entre esses fatores, eclosão e evolução da doença, e principalmente, sobre os processos de adaptação psicológicos envolvidos.

A metodologia selecionada, foi a dum estudo empírico, transversal e comparativo entre duas populações de residentes angolanos em Portugal: uma constituída por pacientes oncológicos, em tratamentos médicos e a outra constituída por uma amostra de conveniência de angolanos residentes em Portugal por motivos não relacionados com a saúde.

Foram utilizados os seguintes Instrumentos: Questionário elaborado por nós, focando três grandes áreas: a) características sociodemográficas, b) características clínicas e c) estilos de vida.

Foram ainda utilizadas as Escalas: NEO-FFI20; Brief COPE e Escala de Satisfação com Suporte social (ESSS).

Os resultados permitiram apurar diferenças muito significativas entre ambos os grupos em várias áreas.

- 1) Observaram-se diferenças significativas nos estilos de Vida dos pacientes oncológicos, em relação aos sujeitos saudáveis, antes da eclosão da doença oncológica, mas a presença desta também teve um impacto negativo e altamente limitativo na sua autonomia pessoal, nos seus hábitos e Estilos de Vida e na capacidade de prosseguirem com os seus hábitos e ritmos da forma que lhes era familiar no passado.
- 2) Observaram-se diferenças significativas (dimensão Extroversão), ou muito significativas (dimensão Neuroticismo) entre os dois grupos considerados, no que se refere às dimensões da personalidade. A Extroversão era significativamente superior no Grupo de Controlo e o Neuroticismo, muito significativamente superior no Grupo Oncológico.
- 3) No que se refere às estratégias de *coping* utilizadas pelos dois grupos, constatámos que os pacientes oncológicos parecem usar quase todos os recursos e estratégias de *coping* à sua disposição de forma mais intensa e frequente que os seus pares saudáveis. Utilizam mais frequentemente, e de forma muito significativa, o Coping Ativo, o Planeamento, o Suporte Instrumental, O Suporte Emocional, a Religião, a Expressão Emocional, a Negação e o Uso de Substâncias. Utilizam mais frequentemente, e de forma estatisticamente

significativa, a Aceitação e o Humor. Não diferem dos seus pares saudáveis na frequência com que usam a Culpabilização, a Reinterpretação Positiva, a Auto distração e o Desinvestimento Comportamental.

- 4) Em relação ao Suporte Social Percebido os nossos resultados sugerem que os pacientes oncológicos angolanos se sentem, em geral, menos, ou muito menos satisfeitos com o seu Suporte Social do que os seus pares, que integraram o Grupo do Controlo. Se sentem menos satisfeitos com Suporte Familiar, o mesmo se passando com as Relações de Amizade. E percebem-se como estando muito menos satisfeitos com as Relações de Intimidade e com as Atividades Sociais, que os sujeitos saudáveis.

**Palavras-chave:**

Psicologia da Saúde; Cancro; Personalidade; Estilos de *Coping*; Suporte Social Percebido

## **Summary**

The research now presented, had, as an object of study, the characteristics and processes of psychological adjustment of Angolan cancer patients, treated in Portugal, under the protocols for the provision of health care between the two countries, standing at the confluence of two areas of knowledge: Oncology and Health Psychology, and in particular its interface: Psycho-oncology.

The characteristics of this population and the processes of adjustment to cancer disease, make it a very specific case study.

The research had several motivations and goals, namely to perceive the psychological impact of malignant disease in Angolan patients treated in Portugal, contributing to launch scientific bridges and exchanges between Angola and Portugal, in the specific area of Health Psychology, and to make a contribution to the development of this discipline in Angola.

The investigation focuses on the impact of some psychosocial variables, thus seeking to better understand the psychosocial impact of the disease, casting clues about possible relationships between these factors, the disease outbreak and, especially, about the psychological adaptation processes involved.

The selected methodology was an empirical study, transversal and comparative study between two populations of Angolans living in Portugal: one made up of cancer patients, seeking for medical treatment in Portugal, and the other consisting of a sample of Angolans living in Portugal for reasons unrelated to health.

We used the following instruments: Questionnaire prepared by us, focusing on three major areas: a) sociodemographic characteristics, b) clinical features and c) lifestyles. We also used the Scales: NEO-FFI20; Brief COPE Scale and Satisfaction with Social Support (ESSS).

The results allowed us to establish very significant differences between both groups in several areas:

- 1) We observed significant differences in life styles of cancer patients, compared to healthy subjects, before the outbreak of malignant disease, but also worse levels of Quality of Life in consequence of the cancer disease, like a negative and highly limited personal autonomy, and impairment in their habits and Life Styles.
- 2) Significant differences were observed (dimension Extroversion) or highly significant (dimension Neuroticism) between the two groups under consideration, as regards the dimensions of personality. The Extraversion was significantly higher in Control Group and Neuroticism, significantly higher in Oncologic subjects.
- 3) With regard to coping strategies, used by both groups, we found that cancer patients seem to use all the resources and coping strategies at their disposal more intense and frequent than their healthy peers. They used more often the Active Coping, Planning, Instrumental Support, Emotional Support, Religion, Emotional Expression, Denial and Substance Use, Acceptance and Humor. Not differ from their healthy peers in the frequency of use of the Guilt, the Positive Reinterpretation, Self-distraction and Divestment Behavior.
- 4) Regarding the Perceived Social Support our results suggest that cancer patients feel less satisfied with their social support than their peers, who joined the Control Group. Feel less satisfied with Family Support, and Friendly Relations. And they perceive themselves as being much less pleased with Intimacy, Relationships and Social Activities, then Healthy Subjects.

**Keywords:**

Health Psychology, Cancer, Personality, Coping Styles, Perceived Social Support

## **ÍNDICE**

Agradecimentos .....	2
Abreviaturas / Siglas.....	4
Resumo .....	6
Summary .....	7
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO .....	16
CAPÍTULO 2. REVISÃO DA LITERATURA.....	28
2.1 O Cancro .....	28
2.2 A incidência e prevalência no mundo, em Angola e na África subsariana. O aumento progressivo do número de pessoas afetadas. O aumento progressivo do número de pessoas que vivem com a doença, que se tornou uma doença crónica .....	32
2.3. O Cancro em África .....	41
2.4. O Cancro em Angola.....	48
2.5. Fatores psicológicos associados ao desenvolvimento do cancro.....	52
2.5.1. Acontecimentos de vida significativos e stresse.....	52
2.5.2. Depressão e humor depressivo.....	54
2.5.3. Traços de personalidade .....	57
2.6. Estilos de vida relacionados com a eclosão do cancro e resistência ao mesmo.....	62
2.6.1. Tabaco.....	62
2.6.2. Atividade física .....	67
2.6.3. Dieta e álcool.....	78
2.6.4. Fatores associados à dieta e risco de cancro.....	80
2.6.5 Fatores reprodutivos.....	87
2.7. Personalidade e cancro.....	94
2.7.1. Personalidade, coping e ajustamento ao cancro.....	99

2.7.2. Personalidade e resultados de saúde.....	108
2. 7.3. Personalidade e risco de cancro.....	116
2.8. Estilos de coping e cancro.....	126
2.8.1. Ajustamento à doença crónica .....	126
2.8.2. O coping e o ajustamento ao cancro.....	132
2.8.3 Coping, sobrevivência e recorrência do cancro.....	145
2.8.4 Atribuição de sentido, encontrar benefícios e ajustamento ao cancro.	147
2.8.5. Coping espiritual e religioso.....	149
2.9. Suporte social.....	155
2.9.1. Suporte social e saúde.....	155
2.9.2. Suporte social e ajustamento psicossocial ao cancro.....	172
CAPÍTULO 3. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	182
3.1. Objetivos da Investigação.....	183
3.2. Questões de Investigação.....	184
3.2.1. Em que medida é que os estilos de vida dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal diferem dos duma população de controlo constituída por angolanos saudáveis residentes em Portugal? E, subsidiariamente, em que medida esses estilos de vida são influenciados pela doença oncológica nos pacientes do Grupo Oncológico.....	184
3.2.2. Em que medida diferem os perfis de personalidade dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal dos angolanos saudáveis residentes em Portugal? Terá a presença da Doença Oncológica uma influência suficientemente forte para influenciar as dimensões da personalidade dos pacientes oncológicos? .....	185
3.2.3. Até que ponto, e em que tipo de estratégias, diferem os estilos de coping dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal em comparação com os seus patrícios saudáveis residentes em Portugal?.....	185
3.2.4. Em que medida as dimensões de personalidade influenciam os estilos de coping adotados pelos pacientes oncológicos?.....	185
3.2.5. Em que medida os pacientes angolanos tratados em Portugal se sentiam satisfeitos com o Suporte Social Percebido e em que medida diferem dos seus patrícios saudáveis, residentes em Portugal, no que se	

refere a esta variável psicológica.....	186
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA.....	187
4.1. Considerações prévias.....	187
4.2. Procedimentos.....	189
4.3. Instrumentos.....	192
4.3.1. Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Estilos de Vida.....	193
4.3.2. NEO-FFI20.....	194
4.3.3. Brief COPE.....	203
4.3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999).....	206
CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	208
6.1. Caracterização Sociodemográfica das Amostras .....	208
6.2. Comparação das Amostras em Relação às Características Biométricas e Clínicas.....	212
6.3. Comparação dos Resultados das Amostras Quanto aos Estilos de Vida.....	234
6.4. Comparação dos Resultados das Amostras de Acordo com as Dimensões da Personalidade.....	243
6.5. Comparação dos Resultados das Amostras de Acordo com as Estratégias de Coping Utilizadas .....	249
6.6. Resultados do Grupo Oncológico em Relação às Correlações entre Estilos de Coping e Dimensões da Personalidade.....	271
6.7. Comparação dos Resultados das Amostras de Acordo com o Grau de Satisfação com o Suporte Social Percebido .....	276
CAPÍTULO 7. CONCLUSÕES.....	290
BIBLIOGRAFIA.....	306

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Número estimado de novos casos e mortes por cancro por área geográfica, 2008 (Fonte: GLOBOCAN, 2008).....</i>	35
Tabela 2. <i>Taxas de sobrevivência relativa de cinco anos (%) para alguns tipos de cancro em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos em alguns países desenvolvidos (I). Fonte: ACS, 2011 .....</i>	39
Tabela 3. <i>Taxas de sobrevivência relativa de cinco anos (%) para alguns tipos de cancro em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos .....</i>	40
Tabela 4. <i>Comparação do número de pacientes que receberam primeiras consultas no CNO de Luanda, em função da localização do tumor primário, entre 2007 e 2010.....</i>	51
Tabela 5. <i>Correspondência entre os Itens do NOE-FFI20 e os Itens Correspondentes do NEO-PI-R de Costa &amp; McCrae (1992).....</i>	201
Tabela 6. <i>Caracterização sociodemográfica das Amostras (N=219).....</i>	208
Tabela 7. <i>Caracterização Biométrica e Clínica das Amostras.....</i>	213
Tabela 8. <i>Classificação das Categorias de Obesidade de Acordo com o IMC Preconizadas pela OMS .....</i>	215
Tabela 9. <i>Classificação da Pressão Arterial de Acordo com o NDHHS dos EUA..</i>	216
Tabela 10. <i>Caracterização Clínica das Amostras (cont): Saúde Feminina.....</i>	219
Tabela 11. <i>Caracterização das Amostras (cont): Saúde Masculina ( homens com &gt; 40 anos).....</i>	222
Tabela 12. <i>Caracterização das Amostras de Acordo com os Antecedentes Pessoais – Hábitos Tabágicos e Sexuais .....</i>	225
Tabela 13. <i>Caracterização das Amostras (cont) Limitações Sentidas pelos Sujeitos em Função do seu Estado de Saúde.....</i>	228
Tabela 14. <i>Caracterização do Grupo Oncológico de Acordo com as Características da Doença Oncológica (N=89) em Comparação com as Percentagens de 1as. Consultas no Centro Oncológico de Luanda, em 2010.....</i>	231
Tabela 15. <i>Caracterização das Amostras de Acordo com os Estilos de Vida.....</i>	234
Tabela 16. <i>Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention.</i>	239
Tabela 17. <i>Comparação dos Resultados das Amostras em Relação às Dimensões da Personalidade (NEO-FFI20 de Costa &amp; McCrae, 1992).....</i>	243

Tabela 18. <i>Caracterização das amostras de acordo com os Resultados à Escala Brief Cope (Pais Ribeiro &amp; Rodrigues, 2004)</i> .....	249
Tabela 19. <i>Correlações entre estilos de coping e dimensões da personalidade, para o Grupo Oncológico</i> .....	272
Tabela 20. <i>Comparação dos Resultados dos Grupos à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)</i> .....	278
Tabela 21. <i>Comparação dos Resultados Médios do Grupo Oncológico (N=89) com os de uma Amostra de Referência Portuguesa (N=385)</i> .....	280

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Incidência e mortalidade estimada em Angola nos homens em 2008. Fonte: Globocan, 2008</i> .....	49
<i>Figura 2. Incidência e mortalidade estimada em Angola nas mulheres em 2008. Fonte: Globocan, 2008</i> .....	49

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimento Informado	
Anexo 2. Protocolo de Investigação	
Anexo 3. Escala NEO-FFI 20	
Anexo 4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	

## **Capítulo 1. Introdução**

A investigação cujos resultados agora se apresentam situa-se na confluência de duas áreas do conhecimento cujo desenvolvimento exponencial, nas últimas décadas, as trouxeram para o centro das atenções da investigação internacional. Referimo-nos à Oncologia e à Psicologia da Saúde e, em particular, ao seu interface: a Psico-Oncologia.

Teve, como objeto de estudo, as características e processos de adaptação psicológica dos pacientes oncológicos angolanos que são tratados em Portugal, ao abrigo dos protocolos de prestação de cuidados de saúde entre os dois países.

O seu propósito principal foi, pois, e do ponto de vista da Psicologia da Saúde e da Psico-Oncologia, o de compreender melhor essa população, cujas características a tornam num caso de estudo com especificidades muito particulares, bem como os seus processos de ajustamento à doença oncológica. Com efeito, trata-se de pessoas que enfrentam uma doença grave, ameaçadora da vida e das suas condições habituais de existência e que, cumulativamente, se encontram deslocadas do seu país, da sua cultura, das suas redes de suporte social e, muitas vezes, das suas famílias.

Todavia, tem também a ambição de permitir a elaboração de inferências psicossociais que possam ser generalizadas aos doentes oncológicos angolanos e contribuir para o desenvolvimento da disciplina da Psicologia da Saúde em Angola, país onde essa área do saber ainda não tem expressão científica ou prática relevante.

Convém por isso, conhecer um pouco mais acerca da realidade sociodemográfica angolana, de forma podermos compreender melhor o pano de fundo que dá sentido à nossa investigação e em relação à qual ela pode ter alguma expressão e impacto.

A República de Angola é, segundo Vilar (2009), um país da costa Ocidental de África cuja superfície é de 1.246.700 km<sup>2</sup>, encontrando-se dividido em 18 províncias, que integram ao todo 157 municípios.

O Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População (IBEP), realizado pelo Instituto Nacional de Estatística de Angola (2011) apurou uma população de 16,368 milhões de pessoas, em 2009, mais cerca de seis milhões do que em 1991, o que representou um crescimento de 60% em apenas 18 anos, já que os dados do relatório do INE de Angola foram recolhidos em 2009. Este aumento deveu-se a um crescimento de 3,1% ao ano, acrescido do regresso de refugiados angolanos nos países vizinhos, de acordo com o IBEP (2011).

Luanda abrigava, em 2009, 29% da população de Angola, com 4,749 milhões de pessoas, notando-se uma tendência generalizada para uma crescente concentração das populações nas zonas urbanas: atualmente estima-se que 58,4% da população viva em zonas urbanas, contra 34% em 2001 (IBEP, 2011).

A saudável vitalidade do crescimento populacional traduz-se numa percentagem de 15% da população constituída por crianças, com menos de 5 anos de idade, sendo que a população com menos de 15 anos de idade oscilava entre os 47% nas zonas urbanas e os 49% nas zonas rurais (IBEP, 2011).

Em contrapartida, 14% dos angolanos tinham 60 ou mais anos, à data da realização do inquérito.

Trata-se por isso duma população muito jovem, com uma idade média de 18 anos, uma taxa de analfabetismo de 32,6% (Vilar, 2009) e uma esperança média de vida de 48 anos (47 para o sexo masculino e 49 para o sexo feminino) (IBEP, 2011).

Da população com 18 anos ou mais, 55% tinha concluído apenas o ensino primário (82% nas zonas urbanas), 24% o ensino secundário (ciclo I), 16% (23% nas zonas urbanas) o 2º ciclo do ensino secundário e 4% (6% nas zonas urbanas) o ensino superior.

Esta realidade sociocultural *sui generis*, em muitos aspetos não comparável à realidade do continente africano, nem à do continente europeu, principalmente a baixa média de idade da população, devida a vários fatores como guerras, migrações, elevado número médio de filhos, por exemplo, fazem com que o caso angolano, seja qual for o ponto de vista por que se analise, exija enormes cuidados na busca de inferências e de relações causais entre as variáveis em análise.

Quando olhamos para a realidade sociodemográfica angolana atual encontramos também perante algumas características muito específicas, com provável impacto na saúde das populações, como, por exemplo, as migrações de fora para dentro (emigrantes e refugiados angolanos que retornaram a Angola) e as migrações internas decorrentes dos vários conflitos armados em que Angola esteve envolvida. Estes fenómenos migratórios (IBEP, 2011) provocaram, necessariamente, alterações nos estilos de vida das populações, principalmente devido à aglomeração em centros urbanos saturados e sem condições adequadas de higiene e salubridade, face ao número crescente de habitantes.

Segundo o relatório do I.N.E. de Angola (2011), que temos vindo a citar, 25,4% destes migrantes mudaram de residência devido à guerra e 47,8% para se juntarem às respetivas famílias, das quais estavam separados.

Também se observam assimetrias claras na distribuição do rendimento global do país e uma elevada incidência de pobreza, com especial relevância nas regiões rurais

(72% da população rural e 28% da população urbana, segundo o excelente relatório do I.N.E., que tem vindo a ser referido).

Esta realidade social muito volátil, em contínuo e acelerado processo de mudança, é o pano de fundo da nossa investigação e, como dissemos acima, obriga-nos a ler com muito cuidado os resultados da investigação empírica e autolimitarmos as generalizações, que poderiam ser elaboradas com base nos resultados alcançados.

A nossa opção de escolher o tema da doença oncológica e uma população de pacientes oncológicos angolanos, tratados em Portugal, teve várias motivações e objetivos.

A motivação principal deveu-se à necessidade, sentida pelo autor, que por motivos profissionais lida continuamente com essa realidade, de contribuir para melhorar a compreensão desses pacientes e dos seus processos de adaptação, quer à doença, quer à nova realidade sociocultural em que foram mergulhados e, assim, poder contribuir para a melhoria do atendimento, tratamento e adaptação desses pacientes.

Moveu-nos também o desejo de contribuir para o lançamento de pontes de intercâmbio científico entre Angola e Portugal, na área específica da Psicologia da Saúde, e o de contribuir para o desenvolvimento da disciplina de Psicologia da Saúde em Angola.

Não havendo antecedentes de estudos científicos nesta área científica, em Angola, a presente investigação é pioneira nesta área, confrontando-se assim com as dificuldades inerentes a todas as investigações que pretendem desbravar caminho e, também, com o desafio associado a todas as novas conquistas do saber humano.

Porque escolhemos a doença oncológica? Porque a sua incidência é a que mais tem crescido no mundo e aquela que se prevê venha a aumentar mais durante todo o século XXI e porque a tendência para se tornar uma doença crónica, que por vezes se arrasta por muitos anos, obriga a investigar, não só diagnósticos e tratamentos médicos mais eficazes, mas também os processos psicológicos que facilitam uma adaptação mais ajustada ao curso desta doença.

Como se sabe, o cancro é uma doença caracterizada por uma população de células que crescem e se dividem sem respeitarem os limites normais, invadem e destroem tecidos adjacentes, e podem espalhar-se para lugares distantes no corpo, através de um processo chamado metástase. Estas propriedades malignas do cancro diferenciam-no dos tumores benignos, que são autolimitados no seu crescimento e não invadem tecidos adjacentes (embora alguns tumores benignos sejam capazes de se tornarem malignos).

Esta doença pode afetar pessoas de todas as idades, mas o risco para a maioria dos tipos de cancro aumenta com o acréscimo da idade, como nos documentam vários estudos (OMS, 2004). O cancro é a terceira causa de morte no mundo, em todas as idades e é responsável por 13,4% das mortes nos homens e 11,8% nas mulheres, num total de oito milhões de mortes por ano (OMS, 2004). Três quartos dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, sendo as regiões subsarianas as mais afetadas, entre outros fatores devido à grave incidência do Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida nas suas populações (OMS, 2010).

Até há tempos não muito distantes, um diagnóstico de cancro acarretava um prognóstico sombrio e um desfecho quase sempre fatal, mas com os avanços verificados nos meios de diagnóstico, permitindo diagnósticos mais precoces, e nos tratamentos

cada vez mais sofisticados e eficazes, o cancro transforma-se cada vez mais numa doença de tipo crónico, com evolução prolongada, por vezes com largos períodos de remissão parcial, ou mesmo com remissão total.

Cada vez mais, os pacientes com cancro estão a retomar as suas vidas normais e existem cada vez mais doentes a viver mais tempo com a doença persistente, mas silenciada ou em completa remissão. É disso exemplo o atleta Lance Armstrong que ganhou o Tour de France após o tratamento de um cancro testicular metastático ou ainda Tony Snow que continuou a exercer funções como secretário de imprensa da Casa Branca dos Estados Unidos mesmo diagnosticado com cancro do cólon. Uma lição de otimismo e perseverança para os doentes com cancro e pessoas saudáveis.

Só nos Estados Unidos da América vivem, atualmente, 11,4 milhões de pessoas, que enfrentaram vários tipos de cancro no passado (Moadel & Harris, 2008) e estima-se que 65% das pessoas diagnosticadas com cancro sobrevivam ao fim de 5 anos (American Cancer Society, 2010).

A nível mundial diagnosticam-se todos os anos 10,9 milhões de novos casos, com 6,7 milhões de mortes, estando 24.6 milhões de pessoas vivas três anos após um diagnóstico de cancro (Parkin, Bray, Ferlay & Pisani., 2005).

Em Angola não existem estudos epidemiológicos conhecidos acerca da incidência desta doença, mas segundo dados do Serviço Nacional de Saúde de Angola o número de novos casos detetados e acolhidos nas consultas especializadas de oncologia tende a aumentar todos os anos (Centro Nacional de Oncologia de Luanda, 2010).

Com os progressos que têm vindo a ocorrer no sistema de saúde de Angola, particularmente na rede de Cuidados de Saúde Primários, é muito provável que estes números continuem a sofrer uma forte inflação nos próximos anos.

Todavia, mau grado todos os progressos alcançados pela ciência médica nas várias áreas de prevenção primária, secundária e terciária, um diagnóstico de cancro provoca, nos pacientes afetados e suas famílias, um terramoto emocional cuja dimensão e contornos dependem de múltiplos fatores. Beraldi (2009, p.88) assume que “a convivência com o cancro não afeta apenas quem tem a doença”, mas que são também muitos os impactos sociais e familiares associados à eclosão duma doença oncológica.

Do ponto de vista social as perdas de dias de trabalho, os custos cada vez mais elevados dos meios auxiliares de diagnóstico e dos tratamentos prescritos, a necessidade de disponibilização de recursos de apoio sociais e logísticos, aumentam exponencialmente com o aumento da incidência da doença e do tempo de sobrevivência. Num tempo em que os recursos financeiros são escassos e em que o financiamento dos Serviços de Saúde se repensa continuamente, estes fatores não deixam de ter uma importância crucial, no que se refere a esta doença em particular.

Para os cuidadores, formais e informais, e principalmente os familiares próximos, os custos envolvidos são enormes e de múltiplas naturezas: recursos económicos investidos, desgaste e stresse associados ao curso da doença, reajustamentos familiares nem sempre fáceis de operar e contínua apreensão acerca do futuro. Pode-se dizer, uma vez que a doença oncológica está instalada, que o próprio doente e os seus cuidadores nunca mais vão ser os mesmos e passam por múltiplos e dolorosos processos de ajustamento psicossocial (Street, 2003).

Diversos estudos têm apontado os prejuízos sociais para os cuidadores – em sua maioria, mulheres da família, como filhas e esposas. Pesquisa realizada pela Unicamp (2008) com 133 cuidadores de pacientes sem possibilidades de cura mostrou que 74% dos entrevistados apresentavam ansiedade e 53% depressão.

Existe uma angústia muito grande em ver o sofrimento do outro. Muitas vezes, o cuidador tem a impressão que não vai conseguir lidar com a situação e com todos os sentimentos conflituosos do paciente, como a negação à doença e a agressividade. (Beraldi, 2009).

Isto significa que as pessoas, tanto pacientes como familiares, vão ser chamadas a proceder a ajustes em várias áreas da sua vida pessoal em função da ocorrência duma doença deste tipo e daí a necessidade do recurso a outras disciplinas científicas para ajudar em todo este processo.

A Psicologia da Saúde, que constitui o suporte científico deste trabalho de investigação, é uma das ciências que fez deste tema o seu objeto de investigação e de ação. Matarazzo (1982, p.4) definiu a Psicologia da Saúde como:

“... o agregado de contributos específicos de natureza científica, educacional e profissional, que a disciplina da psicologia coloca ao serviço da promoção e manutenção da saúde, da prevenção e tratamento da doença, da identificação de correlatos relacionados com a saúde e a doença e disfunções associadas e a análise e melhoramento dos sistemas prestadores de cuidados de saúde e responsáveis pelas políticas de saúde.”

A influência crescente da Psicologia na área da saúde tem vindo a ser confirmada por um número crescente de revistas científicas dedicadas ao tema, como a *Health Psychology*, a *Psychology and Health*, a *Psycho-Oncology*, a *Health Psychology Review*, o *Journal of Occupational Health Psychology*, o *Journal of Pediatric Psychology*, a *Psicologia, Saúde e Doenças*, entre tantas outras, bem como revistas menos especializadas que publicam regularmente artigos científicos nesta área, quase todas com índices de impacto científico muito elevados.

A contrapartida prática deste enorme corpo de investigação é a crescente integração e influência dos psicólogos clínicos e da saúde nas equipas médicas hospitalares, mas também nas redes de cuidados de saúde primários.

No quadro da Psicologia da Saúde o fenómeno cancro sempre atraiu o interesse dos psicólogos por razões que são óbvias para todos, dado o impacto psicológico que este diagnóstico tem sobre os pacientes e seus familiares. Holland (2002), num artigo de revisão sobre a psico-oncologia situa o início desta disciplina nos primórdios dos anos 70 do séc. XX, altura a partir da qual se tornou habitual pôr os pacientes ao corrente do seu diagnóstico.

Todavia, o mesmo autor refere que, ao longo do tempo, a psico-oncologia se tornou numa disciplina da oncologia de pleno direito e que, hoje em dia, está envolvida em todas as fases do fenómeno cancro, desde a prevenção ao tratamento, intervindo junto dos pacientes, dos seus familiares, do pessoal médico e de enfermagem e promovendo programas de reinserção social junto dos pacientes e suas famílias.

Nestes tempos de preocupação com a utilização dos recursos financeiros escassos em programas de deteção e tratamento cada vez mais diferenciados, mas também cada vez mais caros, torna-se legítimo questionarmo-nos sobre a relação custo-benefício das intervenções psicológicas em oncologia. Estudos recentes, revistos por Carlson e Bultz (2004), demonstraram que as intervenções psicológicas em oncologia são, não só clinicamente eficientes, como embaratecem os custos dos tratamentos.

Também programas de investigação relacionados com as ligações e interações mente-corpo, como a psiconeuroimunologia têm sido objeto de forte investimento, começando a aparecer resultados prometedores nesta área específica, que conduzirão

eventualmente, a avanços significativos na prevenção e tratamento desta e de outras doenças.

Todavia, como já foi referido, as repercussões da doença oncológica não afetam só o doente, alargam-se também à família fomentando muitas vezes situações de desorganização e de stresse familiar. A família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização bem como para a formação da sua personalidade. É através da família que cada geração assume, em graus diversos mas sempre importantes, a sua responsabilidade para com os seus membros (Martins, 2002). As famílias vivem a situação como um problema, devido às exigências progressivas que implicam as situações associadas aos cuidados informais.

Nesta perspetiva, consideramos pertinente a realização de estudos científicos centrados nesta problemática, tendo em vista aprofundar conhecimentos na área da saúde, de maneira a contribuírem para uma melhor compreensão da relação entre fatores que, a longo prazo, determinem alterações no bem-estar físico, emocional e social dos doentes com patologia do foro oncológico.

A presente investigação centra-se no impacto de algumas variáveis psicossociais em doentes oncológicos angolanos tratados em Portugal, procurando assim compreender melhor o impacto psicossocial da doença nestes pacientes e lançar pistas sobre possíveis relações entre esses fatores e a eclosão e evolução da doença, mas, principalmente, sobre os processos de adaptação psicológicos envolvidos.

Tendo em conta a ausência de estudos desta dimensão e com estas características, em Angola, pretende-se ainda incentivar a investigação científica da

doença oncológica desde uma perspetiva mais holística, em que a Psicologia da Saúde constitua uma componente essencial.

Este estudo pode também contribuir para o lançamento das bases de políticas de cooperação e parcerias com centros internacionais de investigação nesta área, com vantagens mútuas e contributos complementares.

Nesta área do conhecimento, as parcerias revelam-se fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de competências dos quadros técnicos angolanos da área da saúde, apostando na melhoria dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente no apoio psicológico ao doente com patologia oncológica e não só, de outras doenças como a SIDA.

Pode ainda contribuir para sensibilizar os órgãos decisores para a importância da necessidade de se criar toda uma estrutura de suporte e apoio para implementação de programas de ensino e aprendizagem na área da Psicologia da Saúde, ainda não existentes em Angola, já que esta disciplina do saber já demonstrou a sua pertinência em múltiplas áreas, desde a promoção da Saúde à intervenção na doença.

Este trabalho está estruturado em seis partes fundamentais: Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos e Questões de Investigação, Metodologia, Apresentação e Discussão dos Resultados e Conclusões.

Espera-se que a presente investigação possa vir a contribuir para uma melhor compreensão da problemática que vivem os pacientes oncológicos angolanos que procuram tratamento em Portugal, com o apoio direto do governo angolano e ao abrigo de protocolos de colaboração entre Portugal e Angola.

Cabe aqui uma palavra sobre a motivação pessoal do investigador ao escolher este tema e esta abordagem. Investigar a saúde e bem-estar dos pacientes oncológicos em tratamento em Portugal decorre, de forma óbvia, das próprias funções do investigador que, como médico residente da Embaixada de Angola em Lisboa, acolhe estes pacientes, os encaminha e apoia nestes momentos difíceis das suas vidas.

Quanto à abordagem selecionada, a perspetiva psicológica em contexto de saúde, é convicção do investigador que esta é uma abordagem com elevadas potencialidades nos campos da educação para a saúde e nos processos de ajuste a situações de doença crónica, bem como outras áreas, que incluem a investigação e o próprio tratamento. Ora, este terreno está virgem em Angola e é necessário lançar as sementes que desabrochem em frutuosas colheitas no futuro, já que, em países como os EUA, ou os países europeus mais desenvolvidos, o recurso a esta disciplina nas múltiplas áreas da saúde é já uma realidade presente desde os anos 80 do século passado e com tendência a um crescimento exponencial nesta primeira década do século XXI.

## **Capítulo 2. Revisão da Literatura**

### **2.1. O cancro**

No último século, o aumento do interesse pelo cancro como um invasor enigmático e não discriminatório, para o qual muitas vezes faltam causas conhecidas e cura, com histórias de sofrimento, incapacidade e morte associadas, contribuíram para a sua reputação de “doença pavorosa” (Patterson, 1987).

As sequelas físicas dos sintomas, tratamentos e efeitos secundários associados ao cancro podem afetar todos os aspetos do funcionamento individual - incluindo as atividades diárias, sociais, ocupacionais e a vida emocional - e ter um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e dos seus entes queridos. Os pacientes têm de aprender a lidar com uma série de mudanças físicas, perda de papéis sociais, e o novo papel de “paciente”. Todas estas mudanças ocorrem no contexto de uma potencial ameaça à vida do indivíduo (Andersen & Simonelli, 2007; Moadel & Harris, 2008).

Desta forma, do ponto de vista clínico, é esperável que surja mal-estar emocional em resposta ao diagnóstico e ao tratamento do cancro. Uma parte do mal-estar emocional que ocorre durante o diagnóstico deve-se à antecipação do tratamento. Os tratamentos atuais do cancro incluem a cirurgia, radioterapia, terapia hormonal, imunoterapia, procedimentos combinados (como o transplante de medula óssea e radioterapia intraoperativa) e a quimioterapia. Os tratamentos sistémicos, como a quimioterapia, são os mais utilizados no tratamento das neoplasias e aqueles que causam os efeitos secundários mais danosos e generalizados (Andersen & Simonelli, 2007; Buela-Casal & Moreno, 1999; Moadel & Harris, 2008).

O cancro consiste num grupo de doenças nas quais ocorre um crescimento e propagação descontrolados de células anómalas (ACS, 2011a). O modelo atual de

desenvolvimento do cancro sugere que as células sofrem uma série de mutações genéticas ou alterações, devido a causas genéticas ou ambientais, o que resulta na sua incapacidade de responderem de forma normal a sinais intra ou extracelulares que controlam o crescimento, a diferenciação e a morte celulares (Tannock, Hill, Bristow, & Harrington, 2004).

Os dois processos genéticos que contribuem para a tumorização incluem a ativação de oncogenes, que promovem a proliferação celular e a inibição dos genes supressores de tumores, que são os genes responsáveis pela promoção da morte das células cancerígenas (Moadel & Harris, 2008). Os tumores nascem e desenvolvem-se à base de oxigénio e de outros nutrientes facilmente localizáveis no suprimento sanguíneo, e são por isso capazes de induzir o crescimento dos vasos sanguíneos (a angiogênese) dentro e à volta do tumor. A angiogênese é também uma das vias através das quais o cancro se espalha, à medida que as células individuais se libertam do tumor primário e viajam através dos vasos sanguíneos até sítios distais no corpo onde implantam e desenvolvem tumores secundários (ou seja, metástases). O cancro também pode espalhar-se através do sistema linfático, um sistema de circulação secundário envolvido na produção e no transporte de fluídos através do corpo. Se o cancro se espalhar de forma descontrolada, pode interferir com as funções vitais dos órgãos e conduzir à morte (Moadel & Harris, 2008).

Todavia, a maioria das anomalias genéticas que afetam o risco de cancro não são hereditárias, mas resultam de mutações genéticas que ocorrem ao longo da vida do indivíduo. Este dano aos genes pode dever-se a fatores internos, como as hormonas ou ao metabolismo dos nutrientes dentro das células, ou a fatores externos, como o tabaco, químicos e a exposição solar. Estima-se que cerca de 5% de todos os cancros têm uma componente fortemente hereditária. A maioria dos cancros evolui através de múltiplas

mudanças resultantes de uma combinação de fatores hereditários e ambientais (ACS, 2011).

As causas do cancro incluem fatores ambientais (como o consumo de tabaco, a radiação, químicos), fatores imuno-endócrinos (ex.: organismos infecciosos, vírus, hormonas) e fatores genéticos (ex.: mutações herdadas, mutações relacionadas com o metabolismo), (ACS, 2011b). Normalmente, o cancro só é detetável vários anos após a exposição ao carcinogéneo. Embora por vezes seja possível identificar uma causa do cancro (ex.: uma história de consumo excessivo de tabaco e álcool num paciente com cancro na cabeça e pescoço), em muitos casos as causas são desconhecidas (Moadel & Harris, 2008).

Todavia, existem vários fatores de risco para o cancro, como uma nutrição pobre (consumo elevado de gordura e de carne vermelha ou processada, baixo consumo de fruta e legumes), a obesidade ou sobrepeso, a inatividade física, uma história familiar de cancro, o aumento da idade, o consumo de tabaco e álcool, a exposição solar, e, nas mulheres, a exposição prolongada ao estrogénio - através da terapia de substituição hormonal, menarca precoce, menopausa tardia e nuliparidade (Moadel & Harris, 2008).

A incidência e mortalidade do cancro variam nos diferentes grupos socioculturais (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2005, cit. in Moadel & Harris, 2008). Como já tínhamos mencionado, o cancro em crianças é muito raro, ao passo que a sua prevalência aumenta para aproximadamente uma de cada três pessoas, em idades mais tardias. No geral, a mortalidade por cancro é 46% mais alta nos homens do que nas mulheres. Este facto deve-se, em parte, à maior proporção de Cancro do Pulmão nos homens, um cancro com uma baixa taxa de sobrevivência, e a prevalência elevada de cancros de mama e ginecológicos nas mulheres, que frequentemente são detetáveis cedo e tratáveis (CDC, 2005, cit. in Moadel & Harris, 2008). Geralmente, as

populações pobres têm um risco maior de mortalidade devido ao cancro, o que indica que fatores socioeconómicos como conhecimentos limitados, o acesso reduzido a cuidados de saúde, uma monitorização inadequada, a deteção tardia e os fatores nutricionais podem contribuir para disparidades no cancro (Fernandes-Taylor & Bloom, 2010; Moadel & Harris, 2008).

## **2.2. A incidência e prevalência no mundo, em Angola e na África subsaariana. O aumento progressivo do número de pessoas afetadas. O aumento progressivo do número de pessoas que vivem com a doença, que se tornou uma doença crónica**

De acordo com as estimativas da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), em 2008 foram diagnosticados 12,7 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo, 5,6 milhões dos quais ocorreram em países economicamente desenvolvidos e 7,1 milhões em países em vias de desenvolvimento. Destes, 66.900 ocorreram na região da África Central (que compreende Angola, Camarões, República Central Africana, República Democrática do Congo, República do Congo, Guiné Equatorial e Gabão) (ACS, 2011).

As estimativas correspondentes para o total de mortes por cancro em 2008 eram de 7,6 milhões (aproximadamente 21.000 mortes por cancro por dia), 2,8 milhões em países desenvolvidos e 4,8 milhões em países em vias de desenvolvimento económico. Espera-se que em 2030 se verifique um aumento global para 21,4 milhões de novos casos de cancro e 13,2 milhões de mortes devidas ao cancro apenas devido ao crescimento e envelhecimento da população, bem como à redução da mortalidade infantil e de mortes por doenças infecciosas nos países em via de desenvolvimento (Ferlay et al., 2010).

Este aumento estimado poderá ser muito mais elevado do que o referido devido à adoção de estilos de vida ocidentais pelos países em via de desenvolvimento económico, como o consumo de tabaco, uma dieta inadequada, a inatividade física e fatores reprodutivos. De facto, os cancros associados a estes fatores de risco, como o Cancro do Pulmão, o Cancro da Mama e o Cancros Colorrectal estão a aumentar nos países em transição económica. Em 2008, os cancros mais comumente diagnosticados em países economicamente desenvolvidos eram o Cancro da Próstata, o Cancro do

Pulmão e brônquios, e Cancro Colorrectal nos homens, e Cancro da Mama, Cancro Colorrectal e Cancro do Pulmão nas mulheres. Em países em via de desenvolvimento, os cancros mais diagnosticados eram o Cancro do Pulmão, o Cancro do Estômago e Cancro do Fígado nos homens e o Cancro da Mama, Cancro do Colo do Útero, e Cancro do Pulmão nas mulheres (ACS, 2011).

Tanto nos países economicamente desenvolvidos como nos países em via de desenvolvimento, os três tipos de cancro mais comuns também constituíam as três principais causas de morte por cancro (ACS, 2011).

Os fatores que contribuem para as diferenças geográficas no tipo e na carga do cancro incluem variações regionais na prevalência de fatores de risco significativos, a disponibilidade e a utilização de práticas médicas como os rastreios oncológicos, a disponibilidade e qualidade do tratamento e a estrutura etária. Em 2008, dois dos quatro principais cancros nos homens (estômago e fígado) e nas mulheres (colo do útero e estômago) em países subdesenvolvidos estavam associados a infeções. O Cancro do Estômago continua a ser o cancro associado a infeção mais comum no mundo, seguido do Cancro no Fígado e do Cancro do Colo do Útero. Aproximadamente 15% dos casos de cancro no mundo são atribuíveis a infeções (Parkin, 2006), e esta percentagem é aproximadamente três vezes superior nos países subdesenvolvidos (26%) do que nos países desenvolvidos (8%) (ACS, 2011).

Em África observa-se a maior variação de cancro nos homens, sendo os mais comuns o Cancro da Próstata, Cancro do Pulmão, Cancro do Fígado, Cancro do Esófago, o Sarcoma de Kaposi e o Linfoma não-Hodgkin (ACS, 2011).

Como já tínhamos referido, o risco de diagnóstico de cancro aumenta substancialmente com a idade. Nos países desenvolvidos, 78% dos novos diagnósticos de cancro ocorrem em pessoas de 55 anos ou mais, comparado aos 58% dos países

subdesenvolvidos. Esta diferença deve-se, em grande parte, a variações na estrutura etária das populações. As populações dos países subdesenvolvidos são mais jovens e têm uma proporção inferior de indivíduos idosos, nos quais o cancro ocorre mais frequentemente. A Tabela 1 mostra a incidência e mortalidade do cancro em várias regiões do planeta, por sexo, em 2008.

Tabela 1

*Número estimado de novos casos e mortes por cancro por área geográfica, 2008 (Fonte: GLOBOCAN, 2008).*

	Casos			Mortes		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
África Oriental	100.800	120.200	221.100	85.400	88.300	173.700
África Central	29.500	37.400	66.900	25.600	27.600	53.200
África do Norte	81.500	82.900	164.400	65.400	55.400	120.800
África do Sul	40.600	38.600	79.200	29.300	25.500	54.800
África Ocidental	72.500	111.600	184.100	61.300	78.000	139.300
Ásia Oriental	2.135.300	1.585.400	3.720.700	1.511.800	928.600	2.440.400
Centro-Sul Asiático	651.100	772.000	1.423.100	496.800	483.200	979.900
Sudoeste Asiático	336.700	388.800	725.600	258.600	242.400	501.000
Ásia Ocidental	118.500	104,8	223.300	86.700	64.400	151.200
Caraíbas	42.800	36.500	79.300	26.300	21.500	47.800
América Central	84.000	92.600	176.600	52.500	55.800	108.300
América do Norte	831.800	772.100	1.603.900	332.500	305.900	638.300
América do Sul	318.000	332.100	650.100	200.600	185.300	385.900
Europa Central e do	494.600	490.600	985.200	351.700	283.000	634.800
Europa do Norte	248.400	231.800	480.200	126.400	116.300	242.700
Europa do Sul	398.800	315.000	713.900	225.000	155.500	380.500
Europa do Oeste	569.600	464.700	1.034.300	258.900	204.900	463.800
Austrália/Nova	70.300	56.700	127.000	27.600	21.400	49.100
Melanésia	3.300	3.700	7.000	2.600	2.500	5.100
Micronésia	300	400	700	200	200	400
Polinésia	600	600	1.100	300	200	600

A taxa de incidência de todos os cancros combinados era mais elevada em países mais desenvolvidos do que nos países em vias de desenvolvimento, tanto nos homens (300,1 vs. 160,3, respetivamente) como nas mulheres (225,5 vs. 138,0). Todavia, a taxa de mortalidade para todos os cancros combinados era geralmente semelhante entre os países mais e menos desenvolvidos, sobretudo nas mulheres (87,3 vs. 85,4, respetivamente). Estas diferenças devem-se à variação dos principais tipos de cancro e da disponibilidade da deteção precoce e de serviços de tratamento entre os países desenvolvidos e os países em via de desenvolvimento (ACS, 2011).

Quanto à sobrevivência ao cancro, esta mede-se geralmente pela proporção de pacientes oncológicos que ainda estão vivos cinco anos após o diagnóstico relativamente à sobrevivência de cinco anos dos indivíduos da população geral da mesma idade e sexo. Esta taxa de sobrevivência inclui os pacientes que estão curados ou em remissão (ou seja, sem provas da permanência da doença), os pacientes que sofreram uma recidiva e aqueles que ainda estão em tratamento (Moadel & Harris, 2008). As taxas de sobrevivência ao cancro numa população são afetadas por vários fatores, principalmente pelos tipos de cancro que ocorrem, os estádios nos quais são diagnosticados e pela disponibilidade de tratamento médico (ACS, 2011).

Existem diferenças substanciais na taxa de sobrevivência entre os países desenvolvidos economicamente e os países em vias de desenvolvimento, em cancros cuja evolução é afetada pela precocidade da deteção e pelos tratamentos disponíveis, como o Cancro da Mama, o cancro colorrectal e alguns cancros em população pediátrica. Por exemplo, as taxas de sobrevivência, a cinco anos, para o Cancro da Mama, nos Estados Unidos, são aproximadamente de 84%, comparados com os 39% de Argélia (Coleman et al., 2008). Todavia, como mencionámos anteriormente, em alguns tipos de cancro sem deteção precoce ou tratamentos eficazes, como o Cancro de

Esófago, Cancro do Fígado, Cancro do Pulmão e Cancro do Pâncreas, as taxas de sobrevivência variam pouco entre países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Além das diferenças nos rastreios e no tratamento, as disparidades internacionais nas taxas de sobrevivência ao cancro também são afetadas pelas diferenças nas práticas de deteção, pela consciência existente sobre a doença e pela qualidade dos dados epidemiológicos (ACS, 2011).

Não obstante a natureza potencialmente mortífera do cancro, os avanços ocorridos nos tratamentos que fazem involuir e inibem o crescimento desta doença fazem com que este seja atualmente considerado uma doença crónica (Beyer, 1995, cit. in Moadel & Harris, 2008). Nas tabelas 2 e 3 mostramos as taxas de sobrevivência de 5 anos para vários tipos de cancro em alguns países (ACS, 2011)<sup>1</sup>. Neste momento, as doenças crónicas são o padrão predominante de doenças na maioria dos países desenvolvidos.

Os avanços na medicina transformaram muitas doenças infecciosas potencialmente mortais, como a tuberculose, a pneumonia e a gripe em doenças tratáveis e muitas delas desapareceram quase por completo. O aumento da longevidade da população resultante significou um aumento da carga causada por doenças crónicas como o cancro, as doenças cardíacas, os acidentes vasculares cerebrais e a diabetes. As doenças crónicas surgem frequentemente em grupos etários de meia-idade ou em idosos, e trazem dificuldades consideráveis no ajustamento e no *coping* que podem comprometer de forma severa a qualidade de vida dos pacientes. Apesar das doenças crónicas serem potencialmente mortais, a maioria das pessoas diagnosticadas com uma doença crónica vive muitos anos com esta condição (Petrie & Reynolds, 2007).

---

<sup>1</sup> Estas taxas de sobrevivência são ajustadas à idade. As variações das taxas entre os países refletem diferenças nas práticas de deteção, disponibilidade do tratamento e qualidade dos dados. As taxas de sobrevivência de Ásia e África são de pessoas entre os 0 e os 74 anos. O hífen significa que os dados não estão disponíveis.

Após esta breve exposição sobre os dados epidemiológicos mais importantes sobre o cancro no mundo, debruçar-nos-emos sobre o impacto desta doença em África e posteriormente, em Angola.

Tabela 2

*Taxas de sobrevivência relativa de cinco anos (%) para alguns tipos de cancro em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos em alguns países desenvolvidos (I). Fonte: ACS, 2011*

	Estados Unidos (1999-2006)	Inglaterra (1995-1999)	Dinamarca (1995-1999)	Áustria (1995-1999)	Polónia (1995-1999)	Alemanha (1995-1999)
Cérebro	26,1	17,6	18,1	20,8	19,8	22,6
Mama (mulheres)	89	77,3	77,5	80	73,7	78,3
Colorrectal	65	50,5	49,3	58,1	38,8	57,5
Esófago	17	9,9	5,2	10,6	7,6	19,2
Linfoma de Hodgkin	84,2	78,6	79,6	79,6	78,4	-
Rim	68,4	45,6	45,1	68,1	53,8	64,9
Laringe	61,3	63,9	59,1	63,6	47,9	58,5
Leucemia	50,1	42,3	45,1	32,7	32,6	46,7
Fígado	13,8	7,7	-	9,1	7,9	8,1
Pulmão, brônquios e traqueia	15,8	8,4	7,9	14,4	9,2	13,2
Melanoma da pele	91,4	84,6	85,1	82,7	63	83,4
Mieloma múltiplo	38,2	30,6	28,4	30,1	23,1	28,8
Linfoma não-Hodgkin	67,1	50,7	49,4	50,6	40,2	56,6
Cavidade oral	60,8	53,6	45,9	40,3	36,7	60,7
Ovário	45,2	30,2	32,3	44,9	31	36,9
Pâncreas	5,6	4,4	2,9	6,8	5,2	5,7
Próstata	99,1	69,7	47,7	86,7	60,5	81,6
Estômago	25,9	16,1	14,4	30,3	14,4	27,5
Testículos	95,4	89,7	90,2	88,2		
Tiroide	97,3	77,6	76	84,9	82,3	84,3
Bexiga	79,3	72,4	68,9	77,8	61,2	78,2
Colo do útero	70,2	59,1	64	63,7	51,5	60,5
Corpo uterino	83,8	75,2	32,5	78,4	72,7	76,8
Todos os tipos de cancro	65,9	46,2	-	56,1	38,6	52,3

Tabela 3

*Taxas de sobrevivência relativa de cinco anos (%) para alguns tipos de cancro em indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos*

	Espanha (1995-1999)	Suíça (1995-1999)	Eslovénia (1995-1999)	China (1990-2001)	Índia (1990-2001)	Coreia do Sul (1990-2001)	Tailândia (1990-2001)	Uganda (1990-2001)
Cérebro	17,1	21,2	15,6	-	-	-	-	-
Mama (mulheres)	80,3	82	71,9	82,0	52,0	79,0	63,0	46,0
Colorrectal	53,6	59,9	44,2	44,0	28,0	60,0	35,0	8,0
Esófago	9,7	12,8	7	-	-	-	-	-
Linfoma de Hodgkin	80,1	83,1	82,5	-	-	-	-	-
Rim	58,9	56,5	53,1	-	-	-	-	-
Laringe	63,8	61,5	64,8	68,0	28,0	62,0	36,0	-
Leucemia	44,6	50,2	41,3	-	-	-	-	-
Fígado	11,5	11	3,4	-	-	-	-	-
Pulmão, brônquios e traqueia	10,7	13,9	8,8	21,0	7,0	20,0	9,0	0,0
Melanoma da pele	83,7	89,5	79,6	-	-	-	-	-
Mieloma múltiplo	34	35,9	33,2	-	-	-	-	-
Linfoma não-Hodgkin	51,9	55,6	55,7	-	-	-	-	-
Cavidade oral	50,6	43,7	41,4	67,0	37,0	52,0	36,0	-
Ovário	36,9	38,6	33,4	56,0	25,0	59,0	47,0	9,0
Pâncreas	5,3	4,4	2,2	-	-	-	-	-
Próstata	75,4	82,3	58,2	-	-	-	-	-
Estômago	27,8	27,2	20,7	39,0	6,0	49,0	12,0	0,0
Tiroide	82	85,6	88,5	-	-	-	-	-
Bexiga	73,7	64	56,5	78,0	39,0	76,0	48,0	-
Colo do útero	62,7	68,2	63,5	67,0	46,0	79,0	61,0	13,0
Todos os tipos de cancro	49,3	55	41,5	-	-	-	-	-

Fonte: ACS, 2011

### **2.3. O Cancro em África**

O cancro é um problema de saúde pública emergente em África. De acordo com o IARC, em 2008 ocorreram 681.000 casos novos de cancro e 512.400 mortes por cancro neste continente. Estima-se que estes números quase dupliquem (1,28 milhões de casos novos de cancro e 970.000 mortes por cancro) em 2030 apenas devido ao envelhecimento e aumento da população, com o potencial de serem ainda superiores devido à emulação dos comportamentos associados ao estilo de vida ocidental, como fumar, ter uma dieta pouco saudável e o sedentarismo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2008).

Apesar do aumento da incidência do cancro, este continua a não receber prioridade da saúde pública em África, em grande parte devido aos recursos limitados e a outros problemas de saúde pública prementes, incluindo as doenças transmissíveis como o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a infeção do vírus da imunodeficiência humana (VIH), a Malária e a Tuberculose. Esta falta de atenção prioritária também pode dever-se à ausência de consciência social por parte dos políticos, da população geral e de agências de saúde pública internacionais públicas e privadas sobre a magnitude da carga atual e futura do cancro (ACS, 2011).

Os padrões de incidência e de mortalidade variam consideravelmente entre as regiões africanas<sup>2</sup> devido às diferenças regionais substanciais no desenvolvimento

---

<sup>2</sup> As regiões africanas subdividem-se em África do Norte (Argélia, Egito, Líbia, Marrocos, Sudão, Tunísia e Sahara Ocidental); África Oriental (Burundi, Comores, Djibouti, Eritreia, Etiópia, Quénia, La Reunion (França), Madagáscar, Malawi, Ilhas Maurícias, Moçambique, Ruanda, Somália, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe); África Central (Angola, Camarões, República Central Africana, Chade, República Democrática do Congo, República do Congo, Guiné Equatorial e Gabão); África do Sul (Botswana, Lesoto, Namíbia, África do Sul e Suazilândia); África Ocidental (Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa do Marfim, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Guiné, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo) e África Subsaariana, que se refere à combinação das regiões oriental, central, do sul e ocidental.

económico e noutros fatores sociais, culturais e ambientais, como os principais fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de cancro (ACS, 2011).

Nas mulheres, o Cancro do Colo do Útero foi o mais frequentemente diagnosticado (31.500) e a principal causa de morte por cancro (21.600) na África Oriental em 2008, sendo o responsável por cerca de 25% do total de casos novos e mortes por cancro. Alguns países desta região, como Zâmbia, Malawi, Moçambique e Tanzânia mostraram as maiores taxas de Cancro do Colo do Útero (50 casos por 100.000) de todo o mundo (Ferlay et al., 2010). Isto deve-se à elevada prevalência da infeção o vírus do papiloma humano, que causa o cancro do colo do útero, unida à deficiência dos serviços de rastreio (como o teste de Papanicolau) para a prevenção e deteção precoces da doença (ACS, 2011).

Em contraste com África Oriental, o tipo de cancro mais frequentemente diagnosticado e a principal causa de morte nas mulheres na região do sul de África (9.000 casos, 4.500 mortes) e no norte de África (28.000 casos, 14.600 mortes) foi o Cancro da Mama. De facto, na região do sul de África as mulheres têm a maior incidência de Cancro da Mama de todas as regiões africanas, em parte devido à elevada proporção de mulheres caucasianas na população que apresentam uma prevalência mais alta de fatores de risco reprodutivos para o Cancro da Mama, como a menarca precoce e a gravidez tardia (Vorobiof, Sitas, & Vorobiof, 2001). Por exemplo, a incidência de Cancro da Mama em Harare (Zimbabwe) em 1990-1992 foi seis vezes mais elevada em caucasianas (129.0) do que em mulheres de raça negra (20.0) (Curado et al., 2007).

Enquanto o Cancro do Colo do Útero era o mais prevalente em África Oriental e o Cancro da Mama o mais prevalente em África do Norte e do Sul nas mulheres em 2008, estes dois cancros ocorreram com uma frequência semelhante em África Central e Ocidental. No entanto, em vários países da África subsaariana, o Cancro da Mama

tornou-se o cancro mais comumente diagnosticado nas mulheres, o que constitui uma mudança com respeito às décadas anteriores, em que o Cancro do Colo do Útero era o mais frequentemente diagnosticado em muitos destes países (Mackay, Jemal, Lee, & Parkin, 2006). Isto pode dever-se ao aumento dos fatores de risco para o Cancro da Mama, como a menarca precoce, a gravidez tardia, ter menos filhos e a obesidade, que estão associados ao desenvolvimento económico e a comportamentos ocidentais (ACS, 2011).

De acordo com os registos oncológicos de Uganda (Kampala) e de Argélia (Setif), as taxas de incidência do Cancro da Mama quase duplicaram nos últimos 20 anos, embora as taxas ainda permaneçam um quinto daquelas dos Estados Unidos da América e de vários países do Ocidente (Parkin, Nambooze, Wabwire-Mangen, & Wabinga, 2010; IARC, 2012). Todavia, o Cancro do Colo do Útero ainda constitui a principal causa de morte por cancro nas mulheres da África subsaariana, exceto na África do Sul, onde o cancro com maior incidência é o Cancro da Mama (ACS, 2011).

No que diz respeito aos homens, os seus padrões regionais de ocorrência de cancro em África são muito mais variados do que nas mulheres. Em 2008, o cancro mais comumente diagnosticado e a principal causa de morte por cancro nos homens de África Oriental foi o Sarcoma de Kaposi (16.000 casos, 13.700 mortes) (Ferlay et al., 2010). As taxas de incidência e de mortalidade em África Oriental foram sete vezes mais elevadas que em África do Norte, o que é consistente com as variações geográficas da epidemia do VIH/SIDA; o Sarcoma de Kaposi é um cancro associado ao VIH causado pelo vírus do herpes humano -8 (UNAIDS/OMS, 2009; Ziegler et al., 2003).

O Cancro do Esófago foi o segundo mais frequentemente diagnosticado e a segunda causa de morte por cancro nos homens de África Oriental, com uma estimativa de 10.500 novos casos diagnosticados e 10.000 mortes em 2008. As taxas de incidência

e mortalidade do Cancro de Esófago em África Oriental são mais de sete vezes maiores do que em África Ocidental, Central ou do Norte, mas 30% mais baixas do que na África do Sul. As razões para a elevada prevalência dos cancros esofágicos em várias partes de África Oriental e do Sul ainda não são totalmente compreendidas, mas supõe-se que refletem os padrões de consumo tabágico, de álcool e dietéticos, como uma dieta baseada no milho, pobre em frutas e legumes (Ocama et al., 2008; Schneider, Norman, Steyn, & Bradshaw, 2007; Vizcaino, Parkin, & Skinner, 1995).

Na África Central e Ocidental, o Cancro do Fígado foi o cancro mais frequentemente diagnosticado e a principal causa de morte, por cancro, nos homens. Em 2008, ocorreram cerca de 7.000 novos casos e 6.800 mortes na África Central e 13.900 casos novos e 13.600 mortes na África Ocidental. As principais causas do Cancro do Fígado são as infeções crónicas com o vírus da Hepatite B nas regiões da África subsaariana e do vírus da Hepatite C no Norte de África (Blumberg, 1984; Franceschi & Raza, 2009), sendo as responsáveis por 65%-80% do total dos casos (Perz et al., 2006; Raza, Clifford, & Franceschi, 2007; Pisani, Parkin, Munoz, & Ferlay, 1997). A elevada prevalência do cancro associado ao vírus da Hepatite C no Egito resulta, em grande parte, do material de injeção contaminado utilizado durante campanhas de tratamento de massas realizadas entre 1960 e 1970 contra o *Schistosoma*, um parasita que causa doenças crónicas do fígado e Cancro da Bexiga (Lehman & Wilson, 2009; Strickland, 2006). Outro fator que contribui para a prevalência do Cancro de Fígado em muitos países da África subsaariana (Wild & Montesano, 2009) é a contaminação de alimentos básicos, como o milho e amendoins, com aflatoxina B1, um conhecido agente causador de cancro produzido por fungos durante o armazenamento inadequado das colheitas (Liu & Wu, 2010).

Na África do Norte, o Cancro do Pulmão foi o cancro mais diagnosticado (10.400) e a principal causa de morte por cancro (9.600) nos homens, em 2008. No entanto, as taxas de incidência em África do Norte eram metade das taxas de África do Sul, devido ao estágio mais avançado da epidemia do tabaco em África do Sul (Reddy, Meyer-Weitz, & Yach, 1996). O consumo de tabaco é responsável por 65% dos casos de Cancro do Pulmão em África do Sul, de forma similar à epidemia tabágica nos países do Ocidente (Sitas *et al.*, 2004).

Em contraste com o Cancro do Pulmão, as taxas de incidência e mortalidade de Cancro da Bexiga nos homens na África do Norte são duas vezes mais elevadas do que nos homens na África do Sul, que tem a segunda taxa regional mais alta. De facto, os homens egípcios têm as taxas de incidência de Cancro de Bexiga mais elevadas do mundo (Parkin, 2008). Aproximadamente 40% desta doença na maior parte do continente africano é causada por um parasita conhecido como o *Schistosoma hematobium* (Parkin, 1992; Mostafa, Sheweita, & O'Connor, 1999). Em regiões que não têm este parasita, como Europa ou América do Norte, o Cancro da Bexiga é causado principalmente pelo tabaco e pela exposição a certos químicos industriais (Negri & La Vecchia, 2001).

O Cancro da Próstata foi o mais diagnosticado nos homens no sul de África em 2008. A taxa de incidência no Sul de África é o dobro da segunda taxa regional mais elevada na África Ocidental e aproximadamente sete vezes mais alta do que a taxa regional mais baixa no Norte de África. Esta incidência elevada no sul de África pode refletir um aumento dos diagnósticos, mais do que da ocorrência da doença (Parkin *et al.*, 2008). Contudo, têm sido observadas taxas de incidência elevadas entre descendentes de africanos da região ocidental e do sul na Jamaica e em Trindade e Tobago, países onde o teste do antigene específico da próstata não se aplica

frequentemente, o que sugere que a suscetibilidade genética desempenha um papel importante (Jemal, Center, Desantis, & Ward, 2010).

Seguidamente elaboraremos uma síntese sobre os principais fatores de risco de cancro em África, associados a estilos de vida, e por isso evitáveis, para além das infeções (já abordadas previamente), que são o consumo tabágico e a obesidade (ACS, 2011).

O consumo de tabaco é a causa de morte por cancro mais evitável, sendo responsável por 20% das mortes por cancro em todo o mundo e por cerca de 6% das mortes por cancro em África (Ezzati & Lopez, 2004). Esta menor contribuição do consumo de tabaco para as mortes por cancro no continente africano reflete a fase inicial da epidemia tabágica e uma baixa prevalência de tabagismo, sobretudo nas mulheres. A prevalência de tabagismo nos adultos é menos de 10% nos homens e 2% nas mulheres em muitos países de África (ACS, 2011), incluindo a Nigéria e a Etiópia, os dois países mais povoados do continente. Todavia, o consumo de cigarros está a aumentar nesta região, devido à adoção de comportamentos ocidentais associados ao crescimento económico e a um aumento de *marketing* por parte das companhias de tabaco (ACS, 2011). O padrão de tabagismo entre os jovens é preocupante, uma vez que, de acordo com o *Global Youth Tobacco Survey*, em alguns países africanos a prevalência de tabagismo entre os rapazes é mais elevada do que entre adultos (ACS, 2011). O consumo de tabaco reduz a esperança de vida de 10 a 20 anos (ACS, 2011). O fracasso dos países ocidentais na contenção da epidemia tabágica no início do século XX resultou em aproximadamente 100 milhões de mortes prematuras (ACS, 2011). Os países africanos possuem uma oportunidade única para evitar uma tragédia semelhante travando a epidemia tabágica num estágio inicial, através da implementação e da

aplicação de estratégias abrangentes, comprovadas e eficazes de controlo tabágico (ACS, 2011).

Uma dieta pouco saudável, a inatividade física e a obesidade têm sido associadas a um risco acrescido de vários cancros, como o Cancro de Mama, Cancro Colorrectal, Cancro do Estômago, Cancro do Fígado, Cancro do Rim e Cancros Uterinos (Calle, Rodriguez, Walker-Thurmond, & Thun, 2003). A prevalência de obesidade e de inatividade física está a aumentar em vários países africanos, sobretudo em áreas urbanas, como resultado do aumento do consumo de comida rica em calorias e da diminuição dos gastos energéticos no trabalho e na vida quotidiana (Abubakari et al., 2008; Agyemang et al., 2009; Kamadjeu et al., 2006; Mokhtar et al., 2001; Popkin, 2006). Por exemplo, de acordo com um inquérito de 2003 realizado em quatro distritos urbanos dos Camarões, mais de 25% dos homens e quase 50% das mulheres tinham sobrepeso ou eram obesos, e 6,5% dos homens e 19,5% das mulheres eram obesos (Kamadjeu et al., 2006). De acordo com o *Global School-Based Student Health Survey*, mais de 40% dos adolescentes dos 13 aos 15 anos nas áreas urbanas do Quênia e do Zimbábwe passavam três ou mais horas por dia a ver televisão ou em outras atividades sedentárias (World Health Organization Regional Office for Africa, 2008). Embora na maioria dos países desenvolvidos a obesidade tem uma conotação negativa, em alguns países africanos é um sinal de riqueza e de estatuto social elevado, particularmente para as gerações mais antigas (ACS, 2011).

## **2.4. O Cancro em Angola**

Nesta secção faremos uma breve síntese sobre a carga do cancro em Angola, mostrando alguns indicadores epidemiológicos. Como já tínhamos mencionado anteriormente, a população total de Angola em 2009 ascendia aos 16,368 milhões de habitantes (I.N.E., 2011). Estima-se que em 2008 ocorreram 4.000 casos novos de cancro nos homens e 5.200 nas mulheres. Quanto às taxas ajustadas à idade<sup>3</sup>, estas foram de 92,9 nos homens e 99,7 nas mulheres (95,7 no total). O IARC estimou que o risco de ter cancro antes dos 75 anos<sup>4</sup> em Angola ascendia a 9,7% nos homens e 10,3% nas mulheres (10% no total). No que diz respeito às mortes causadas pelo cancro, estima-se que foram 3.300 nos homens e 3.700 nas mulheres. As taxas ajustadas à idade eram de 80,2 nos homens e 76,3 nas mulheres (no total, 77,5). Neste país, o risco de morrer de cancro antes dos 75 anos era de 8,3% nos homens e 8,1% nas mulheres, com um total de 8,2%. A prevalência de 5 anos na população adulta de cancro era de 7.100 nos homens e 11.800 nas mulheres (18.900 no total), com uma proporção por 100.000 de 147,3 nos homens e 233,6 nas mulheres, num total de 191,4.

Ainda de acordo com as estimativas do IARC (2008), os cinco tipos de cancro mais frequentes em Angola (com ordenação definida pelo número total de casos) eram o Cancro da Próstata, Cancro do Fígado, Linfoma não-Hodgkin, Cancro do Estômago, Cancro dos Lábios ou Cavidade Oral nos homens (Figura 1) e Cancro do Colo do Útero,

---

<sup>3</sup> Uma taxa é o número de casos novos ou mortes por 100.000 pessoas cada ano. Uma taxa ajustada à idade é a taxa que a população teria se tivesse uma estrutura etária estandardizada. A estandardização é necessária quando se comparam várias populações que diferem quanto à idade, porque a idade tem uma influência importante no risco de cancro.

<sup>4</sup> Risco de adoecer ou morrer pela doença antes dos 75 anos (%): A probabilidade ou risco que os indivíduos têm de adoecer ou morrer por cancro. Expressa-se como o número de crianças recém-nascidas (entre 100) que se esperaria que desenvolvessem ou morressem de cancro antes dos 75 anos se tivessem taxas de cancro (na ausência de outras causas de morte).

Cancro da Mama, Cancro do Fígado, Linfoma não-Hodgkin e Cancro do Estômago nas mulheres (Figura 2). Se considerarmos o total da população, os cinco cancros mais frequentes em 2008 eram o Cancro do Colo do Útero, o Cancro da Mama, o Cancro do Fígado, o Cancro da Próstata e o Linfoma não-Hodgkin (Globocan, IARC, 2008).

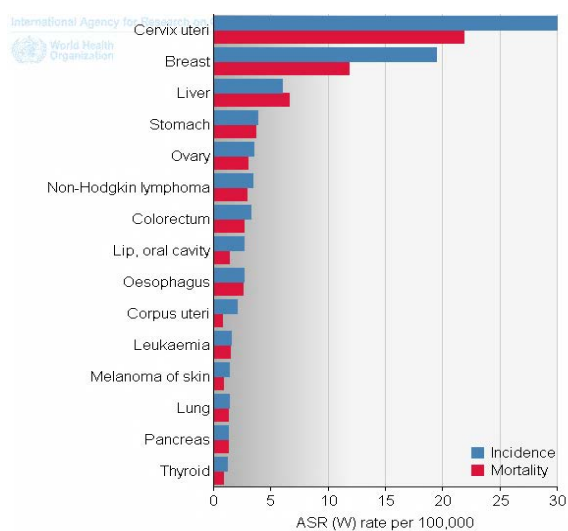


Figura 1. Incidência e mortalidade estimada em Angola nas mulheres em 2008. Fonte: Globocan, 2008.

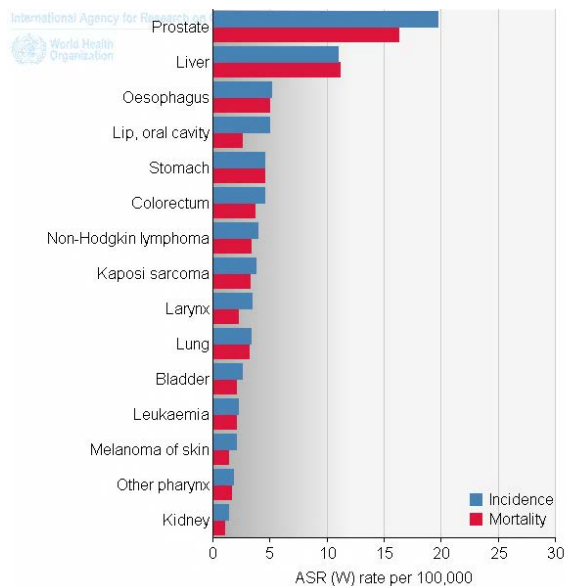


Figura 2. Incidência e mortalidade estimada em Angola nos homens em 2008. Fonte: Globocan, 2008.

Para concluir esta secção, consideramos necessário comentar os métodos de estimação aos quais recorreu o IARC, uma vez que os dados estatísticos sobre saúde nos países em vias de desenvolvimento são muitas vezes inacessíveis, pouco fidedignos ou inexistentes. Assim, uma vez que não existiam dados disponíveis sobre a incidência do cancro em Angola, o IARC estimou as taxas de incidência como a média simples das estimativas da República Democrática do Congo, Zâmbia e Namíbia. Quanto à mortalidade, o número de mortes por cancro em 2008 foi estimado através das estimativas da incidência e da sobrevivência específica do local, estimada através do método PIB. Um estudo conduzido em Europa com pacientes idosos demonstrou que a sobrevivência ao cancro estava correlacionada com o nível do Produto Interno Bruto (PIB). Baseando-se nesta assunção, a GLOBOCAN estimou a relação entre a sobrevivência relativa de 5 anos segundo o tipo de cancro (ambos sexos e todas as idades) e o PIB do país em questão, *per capita*. Os modelos que predizem a sobrevivência relativa de 5 anos segundo o tipo de cancro foram estabelecidos utilizando probabilidades de sobrevivência histórica da Dinamarca e da Finlândia, além da sobrevivência relativa de 5 anos relatada pelos registos oncológicos nas zonas rurais e urbanas da Índia, e África (Gâmbia, Uganda – Kampala – e Zimbabwe – Harare, população negra). Por último, a prevalência foi estimada a partir das estimativas da incidência e da média regional da sobrevivência observada por cancro e grupo etário. Para complementar esta informação apresentamos, seguidamente, o número de primeiras consultas realizadas no Centro Nacional Oncológico (CNO) de Luanda por localização do tumor primário, entre o ano de 2007 e 2010 (Tabela 4). Como podemos observar na Tabela 4, ao longo dos quatro anos os tumores mais diagnosticados nos pacientes do CNO de Luanda são os de mama, ginecológicos e da cabeça e pescoço. Entre 2007 e 2008 deu-se um aumento acentuado de primeiras consultas (149),

tendência que continuou entre 2008 e 2009, já que em 2009 deram-se mais 140 consultas do que em 2008. Todavia, no ano de 2010 registou-se um decréscimo de primeiras consultas (menos 267 do que em 2009). Contudo, estes dados não nos permitem saber se as causas do aumento de primeiras consultas entre 2007 e 2009 e a sua diminuição em 2010 se devem a um aumento real da incidência de cancro nesses anos, a um melhor acesso aos cuidados de saúde por parte da população angolana, a um melhoramento dos rastreios oncológicos ou ao acaso.

Tabela 4.

*Comparação do número de pacientes que receberam primeiras consultas no CNO de Luanda, em função da localização do tumor primário, entre 2007 e 2010*

	2007	2008	2009	2010
Tumores da cabeça e pescoço	86	124	146	108
Tumores do aparelho digestivo	81	116	125	77
Tumores do pulmão e da pleura	18	22	23	14
Tumores dos ossos e partes moles	10	6	27	11
Tumores da pele	45	47	58	41
Tumores de mama	199	164	212	169
Tumores do sistema nervoso	4	13	7	7
Tumores ginecológicos	137	181	241	165
Tumores urológicos	41	34	64	87
Tumores oftálmicos	19	29	18	10
Tumores hematológicos	74	91	104	87
Sarcoma Kaposi	55	62	50	48
Outros sarcomas	32	47	3	5
Metastase de origen desc.	12	26	24	6
Total	813	962	1102	835

Fonte: Informação confidencial.

## **2.5. Fatores psicológicos associados ao desenvolvimento do cancro**

Ao longo de muitos anos de pesquisa, foram reveladas as principais causas externas do cancro, como o consumo tabágico, alcoólico, a dieta, as radiações ultravioletas e o amianto. Em contraste, a ideia de que os fatores psicológicos constituem uma causa pelo menos parcial em alguns casos de cancro tem sido muito dificilmente comprovável empiricamente. Em meados dos anos 50 do século passado publicaram-se os primeiros estudos que afirmavam que os fatores psicológicos como o stresse, as tendências da personalidade e a imagem corporal eram fatores de risco importantes para o cancro (Johansen, 2010).

Os três fatores psicossociais que têm sido estudados de forma mais rigorosa na área dos fatores de risco psicossociais no cancro são os acontecimentos vitais significativos, o stresse, a depressão ou o humor depressivo e a personalidade. Seguidamente apresentamos uma breve revisão de estudos de coorte prospetivos ou retrospectivos e estudos caso-controle.

### ***2.5.1. Acontecimentos de vida significativos e stresse***

Vários estudos investigaram a relação entre os acontecimentos de vida significativos, o stresse quotidiano ou associado ao trabalho e o risco de cancro. Estas investigações debruçaram-se sobretudo no Cancro da Mama. No que diz respeito ao stresse laboral, um estudo de coorte prospetivo de grande dimensão realizado na Finlândia com 10.519 mulheres com uma idade igual ou superior aos 18 anos investigou a relação entre o stresse sentido nas atividades do dia a dia e o Cancro da Mama. O stresse diário foi avaliado duas vezes, em 1975 e 1981, através dum questionário de autorresposta, e os sujeitos foram divididos em três grupos: Sem stresse (23% das

mulheres), stresse moderado (68%) e stresse severo (9%). Os autores deste estudo identificaram 205 casos de Cancro da Mama através da ligação a um registo oncológico nacional, e observaram que a taxa de risco para o Cancro da Mama nas mulheres com “stresse moderado” era de 1,11 comparado com as mulheres “sem stresse”. Para as mulheres com “stresse severo”, a taxa de risco para Cancro da Mama era de 0,96 comparada com aquelas que tinham sido classificadas como “sem stresse” (Lillberg *et al.*, 2001).

Os mesmos autores investigaram a mesma hipótese numa coorte de 10.808 mulheres amostradas no Registo Finlandês de Gémeos e obtiveram informação sobre a exposição a acontecimentos significativos através dum inventário padronizado de acontecimentos significativos. Estes autores examinaram o efeito da acumulação de acontecimentos negativos significativos, colocando ênfase nos eventos vividos 5 anos antes do preenchimento do questionário. Os autores observaram que a experiência de divórcio ou a morte do marido era seguida pelo duplicar das taxas de risco para o Cancro da Mama; a morte de um familiar próximo ou de um amigo também aumentava o risco em 40% (Lillberg *et al.*, 2003).

No *Nurses' Health Study*, levado a cabo com 69.886 mulheres dos 46 aos 71 anos de idade nos Estados Unidos, estas mulheres responderam a questões sobre os cuidados informais. Os autores colocaram a hipótese de que as horas e os níveis reportados de stresse relacionados com a prestação de cuidados informais estariam associados à incidência do Cancro da Mama. Entre 1992 e 2000 foram identificados 1700 de Cancro da Mama, período em que as mulheres relataram terem prestado cuidados por duas vezes, em 1992 e em 1996. Os autores não observaram que o stresse devido à prestação de cuidados aumentasse o risco de Cancro da Mama (Kroenke *et al.*, 2004).

Dois estudos baseados no *Nurses' Health Study* nos Estados Unidos e o estudo de Coorte de Enfermeiras Dinamarquesas que avaliaram a relação entre o stresse laboral e o risco de Cancro da Mama não encontraram aumentos no risco das mulheres que referiam sofrer níveis mais elevados de tensão no seu quotidiano laboral (Schernhammer *et al.*, 2004; Nielsen *et al.*, 2008). O estudo dinamarquês também investigou a relação entre o stresse e o estágio da doença no momento do diagnóstico, mas não observou que o stresse afetasse as características prognósticas da doença.

Forsén (1991) avaliou os acontecimentos de vida, perdas emocionais importantes, situações de vida difíceis e as características psicológicas num estudo de caso-controle com 87 pacientes com Cancro da Mama (com idades dos 26 aos 69 anos) e o grupo de controlo (emparelhado quanto à idade, sexo, número de crianças e língua). Este autor avaliou o efeito dos acontecimentos de vida stressantes anteriores ao diagnóstico de cancro na sobrevivência, num seguimento de oito anos do grupo com Cancro da Mama. Os resultados mostraram que este grupo tinha significativamente mais acontecimentos de vida, perdas importantes e situações de vida difíceis prévias à descoberta do tumor mamário do que o grupo de controlo.

Os estudos inventariados não permitem retirar conclusões seguras sobre as implicações dos acontecimentos de vida stressantes na génese do Cancro da Mama, mas parecem sugerir a forte possibilidade dessa relação de proximidade.

### **2.5.2. Depressão e humor depressivo**

Num estudo de coorte dinamarquês sobre o risco de cancro nos pacientes hospitalizados por depressão, o total dos 89.491 adultos que foram internados no hospital com depressão – tal como é definida pelo *International Classification of Diseases* (ICD), 8ª revisão – entre 1969 e 1993 foram identificados. Foram

diagnosticados 9922 casos de cancro na coorte, com 9434,6 esperados, produzindo uma razão de incidência padronizada de 1.05. O risco de cancro aumentou durante o primeiro ano após a entrada no hospital, sobretudo para o cancro de cérebro, que ocorreu mais frequentemente do que o esperado. Quando foi excluído o primeiro ano de seguimento, o aumento era atribuível principalmente a um risco aumentado para os cancros associados ao consumo tabágico, com razões de incidência padronizadas para os cancros não relacionados com o consumo de tabaco de 1.00 após 1-9 anos de seguimento e de 0.99 após 10 anos ou mais de seguimento. Estes resultados não fornecem apoio para a hipótese de que a depressão aumenta de forma independente o risco de cancro, mas sublinham o efeito nocivo que a depressão pode ter no estilo de vida (Dalton, Mellekjaer, Olsen, Mortensen, & Johansen, 2002).

Num estudo de seguimento prospetivo realizado em Holanda com 5191 mulheres residentes em Eindhoven e nascidas em Holanda entre 1941 e 1947, as participantes responderam a um questionário sobre a presença de sintomas depressivos, medidos através da Escala de Depressão de Edimburgo. Os resultados foram associados à morbilidade por cancro, registada nos registos oncológicos regionais, os quais reportaram os casos de incidência de Cancro da Mama até 5 após do preenchimento dos questionários. As análises foram ajustadas no que respeita à informação sobre 15 fatores demográficos, médicos e de estilo de vida associados ao risco de Cancro de Mama. O Cancro da Mama foi diagnosticado em 58 durante o período de seguimento, com uma razão de vantagem de 0.29, o que sugere que os sintomas depressivos podem até ser um fator protetor contra o Cancro da Mama (Nyklícek *et al.*, 2003).

Este mesmo desenho de investigação foi utilizado num estudo na Finlândia, no qual 10.892 mulheres com idades compreendidas entre os 48 e os 50 anos no momento de inclusão foram seguidas para verificar se tinham Cancro da Mama de 6 a 9 anos

depois. O instrumento de avaliação continha itens sobre a depressão, os traços de personalidade, atitudes sobre a doença, acontecimentos de vida e o historial médico. Os casos de incidência de cancro foram obtidos a partir do registo nacional oncológico finlandês, que possui uma cobertura quase completa da população. Na análise multivariada controlaram-se os fatores socioeconómicos, a história familiar de cancro, a paridade e o comportamento de saúde. Os autores identificaram um risco aumentado não significativo de 1.15 para desenvolver Cancro da Mama entre as mulheres com idades entre os 50 e os 59 anos, comparadas com a população geral. Não se observaram provas de que a depressão, a ansiedade, a desconfiança ou o *coping* aumentassem o risco de cancro (Aro *et al.*, 2005).

Um outro estudo longitudinal de grande escala foi conduzido com o intuito de avaliar a associação entre os sintomas depressivos – avaliados pelo *Mental Health Index*, que é uma subescala da forma abreviada do *36 Health Status Survey* – e o risco de Cancro Colorrectal e adenomas colorrectais. As pontuações neste instrumento oscilavam entre os 0 e os 100 pontos, e definiu-se que as mulheres que obtivessem pontuações entre 0 e 52 tinham uma sintomatologia depressiva significativa. Um total de 33 dos 400 de Cancro Colorrectal correspondia a esta definição, bem como 45 dos 680 casos de adenoma distal. Os autores do estudo criaram outras categorias no espectro das pontuações do *Mental Health Index* e constataram um risco elevado não significativo de 1.43 de Cancro Colorrectal em mulheres com as pontuações mais altas neste índice, com uma associação mais forte nas mulheres com sobrepeso. Os sintomas depressivos não aumentavam o risco de adenomas (Kroenke *et al.*, 2005).

Um estudo populacional de grande escala com emparelhamento de registos na região do Serviço Nacional de Saúde de Oxford, no Reino Unido, teve como alvo as pessoas que tinham dado entrada no hospital por depressão ou ansiedade. Foi construída

uma coorte de referência de 525.436 pessoas através da seleção dos registos de internamento hospitalar para outras condições médicas e cirúrgicas para o grupo de controlo. Os resultados foram identificados como morte por cancro ou cuidados hospitalares por qualquer tipo de cancro. Os autores excluíram os pacientes que já tinham o cancro durante o primeiro internamento por doença psiquiátrica ou outras doenças para evitar vieses na classificação. Os autores não identificaram um risco aumentado para todos os cancros entre as 27.818 pessoas com depressão ou entre as 24.292 pessoas com ansiedade. Ao excluir o primeiro ano de seguimento, o risco relativo para o Cancro do Pulmão aumentava significativamente em ambas coortes (1.30 na coorte depressiva e 1.36 na coorte com problemas de ansiedade) (Goldacre, Wotton, Yeates, Seagroatt, & Flint, 2007).

Como podemos comprovar, na maioria dos estudos nos quais foi avaliado o risco total de desenvolver cancro, não se verificou um aumento estatisticamente significativo, ou só se verificou em alguns estratos. Todavia, o aumento do risco observou-se em cancros associados ao consumo tabágico, como o Cancro do Pulmão. Este dado leva-nos a crer que a explicação mais direta para o aumento do risco de cancro na depressão reside no estilo de vida adotado pelas pessoas deprimidas, embora não se possa excluir a possibilidade de que a depressão por si própria constitua um fator de risco para o cancro.

### ***2.5.3. Traços de personalidade***

Num artigo de opinião, publicado no *Carcer for Clinicians*, em 1983, Wellisch e Yager (1983) afirmam, taxativamente, a inexistência de correlações significativas entre algum tipo de personalidade e a predisposição para desenvolver cancro.

Todavia, esse ponto de vista não impediu a proliferação de estudos, muitos com desenhos de investigação rigorosos, como aqueles que se referem de seguida, que procuraram estabelecer relações entre determinados tipos de traços de personalidade e a predisposição para o desenvolvimento duma doença oncológica.

Num estudo finlandês de grande dimensão baseado na coorte de gémeos já mencionada, 12.032 mulheres responderam a questionários sobre a satisfação com a vida e o neuroticismo em 1975 e 1981. Durante os 21 anos de seguimento, identificaram-se 238 casos de Cancro da Mama no Registo Oncológico Finlandês. Os autores não observaram associações entre as medidas de satisfação com a vida, neuroticismo e risco de Cancro da Mama, pelo que afirmam que não existem provas de que seja mais provável a ocorrência desta patologia em mulheres infelizes, insatisfeitas e ansiosas (Lillberg *et al.*, 2002a). Estes resultados foram confirmados em análises posteriores que incluíram a extroversão de acordo com o modelo de Eysenck, o comportamento de tipo A de Bortner e uma medida de hostilidade construída pelos autores do estudo (Lillberg *et al.*, 2002b).

Um estudo longitudinal de coorte na Alemanha com 5114 mulheres e homens entre os 50-65 anos avaliou a incidência e a mortalidade por cancro. Foram incluídas várias escalas de personalidade num questionário, e os participantes foram seguidos durante uma média de 8,5 anos. Durante este período, 240 pessoas desenvolveram cancro ou morreram por esta doença. Os autores não encontraram associações entre as medidas de personalidade e a ocorrência de cancro após ter ajustado as análises quanto ao estilo de vida, comorbilidade e história familiar de cancro (Sturmer, Hasselbach, & Amelang, 2006).

O “Ikigai” é um conceito japonês considerado como um fator essencial para manter a saúde. Define-se como uma razão para viver, a alegria e o propósito de viver

ou a alegria e os benefícios de estar vivo. Numa coorte de 31.992 mulheres japonesas entre os 40 e os 79 anos de idade, foram identificados 149 casos de Cancro da Mama através dos registos de mortalidade ou informações de diagnóstico. A média do seguimento foi de 7,5 anos. As mulheres que expressavam “ikigai” tinham um risco significativamente inferior de ter Cancro da Mama (risco relativo: 0.66), bem como as mulheres que expressavam determinação (risco relativo: 0.56). Os outros fatores avaliados – facilidade de estimulação da ira ou stresse percebido na vida diária não estavam associados ao risco de Cancro da Mama (Wakai *et al.*, 2007).

Em suma, estes estudos não mostram uma associação entre os traços de personalidade e o risco de cancro, sobretudo para o Cancro da Mama. Trata-se de estudos longitudinais com um desenho metodológico adequado que utilizaram amostras extensas, um período aceitável de seguimento e ajustamento para alguns fatores que poderiam atuar como confundidores. O resultado era baseado em informação sobre a morbilidade ou um seguimento da mortalidade para excluir as classificações erróneas. Além disso, as hipóteses nestes estudos foram estabelecidas independentemente da formação da coorte e nenhuma das fontes de dados foi enviesada pelos entrevistadores ou informação aos participantes.

Foram levadas a cabo várias investigações com o objetivo de testar várias vias possíveis de ligação entre os fatores psicológicos e o risco de cancro, constituindo uma área de estudo denominada “psiconeuroimunologia”, um campo que liga a biologia, a epidemiologia e a investigação de risco de cancro (Johansen, 2010). Estes estudos levantaram a hipótese de que os fatores psicológicos (acontecimentos de vida significativos ou o stresse, a depressão e os traços de personalidade) atuam como stresse através do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal num sistema complexo de

retroalimentação entre a mente, o sistema imunitário e os níveis de cortisol, que afetam de forma adversa a função imunitária (Johansen, 2010).

Também foi levantada a hipótese de que o sistema imunitário está envolvido na eliminação de células mutadas, e é possível que uma imunidade reduzida possa levar a um desenvolvimento mais rápido do cancro. Além disso, os fatores psicológicos podem agir como promotores de uma reparação defeituosa do ADN e como inibidores da apoptose e da reparação do ADN. Tem sido sugerido que estes sistemas e mudanças nas funções são precursores de determinados tipos de cancro, como os hormonais e hematológico-linfáticos (Johansen, 2010).

Apesar da plausibilidade destes mecanismos, nos últimos 50 anos de pesquisas surgiram poucas evidências epidemiológicas acerca dos fatores de risco psicológicos no cancro (Johansen, 2010). A associação entre as doenças caracterizadas por uma deficiência do sistema imunitário e o Cancro da Mama não é forte, embora vários estudos tenham demonstrado uma causação inversa (Frisch, Biggar, Engels & Goerdert, 2001; Stewart, Tsai, Grayson, Henderson & Opelz, 1995).

Um possível mecanismo explicativo para esta associação é o das mudanças no comportamento. Está bem estabelecido que as pessoas sob stresse severo, deprimidas, ou que têm certos traços de personalidade, diferem das outras no que diz respeito aos comportamentos de saúde. Isto aplica-se para o consumo tabágico, de álcool, para a dieta e a atividade física (Johansen, 2010). Alguns estudos confirmaram este padrão, verificando taxas de risco mais elevadas para os cancros associados a estes comportamentos (Dalton, Boesen, Ross, Schapiro, & Johansen, 2002; Schapiro *et al.*, 2001; Schapiro, Nielsen, Jorgensen, Boesen, & Johansen, 2002).

Como podemos verificar, a investigação sobre os fatores psicológicos associados à etiologia do cancro tem obtido resultados contraditórios, e serão necessários mais estudos para confirmar ou informar esta relação.

## **2.6. Estilos de vida relacionados com a eclosão do cancro e resistência ao mesmo**

Existem provas contundentes sobre o impacto dos estilos de vida no risco de cancro e sobre o poder das mudanças positivas por parte da população na redução significativa da carga desta doença (Curry, Byers, & Hewitt, 2003). Os dados epidemiológicos atuais têm associado os fatores comportamentais a uma série de doenças, que incluem os cancros mais comuns diagnosticados nos países desenvolvidos – Cancro do Pulmão, Cancro Colorrectal, Cancro da Próstata e Cancro da Mama (Ezzati, Lopez, Rodgers, Vander Hoorn, & Murray, 2002). Devido ao enorme impacto que os fatores modificáveis têm no risco, sobretudo nos cancros mais prevalentes, foi estimado que cerca de 50% dos cancros podem ser prevenidos (Colditz, DeJong, Hunter, Trichopoulos, & Willett, 1996). Todavia, será necessária uma mudança profunda nos estilos de vida da população para que se verifiquem reduções significativas na incidência do cancro.

Neste capítulo abordaremos as cinco causas comportamentais que têm sido mais relacionadas ao aumento do risco para a eclosão do cancro: O consumo tabágico, a atividade física, a dieta e o consumo de álcool e o comportamento reprodutivo. A dieta e o consumo de álcool serão apresentados no mesmo ponto, uma vez que o consumo de álcool pode considerar-se um fator dietético. Em cada ponto efetuaremos uma revisão sucinta sobre os estudos publicados que associam estes fatores de comportamento modificáveis ao risco de desenvolver cancro.

### **2.6.1. Tabaco**

O tabaco é responsável por aproximadamente 40% das mortes por cancro nos homens e 26% das mortes por cancro nas mulheres. Só em relação ao Cancro do

Pulmão e dos brônquios estimou-se, em 2008, a ocorrência de aproximadamente 1.378.400 mortes atribuíveis ao tabaco no mundo (GLOBOCAN, 2008).

O consumo de cigarros é responsável por 89% das mortes por Cancro do Pulmão e contribui significativamente para as taxas de mortalidade por Cancro da Cavidade Oral e cancros do esófago, laringe, bexiga, estômago, pâncreas, fígado e colo do útero. Além do cancro, fumar contribui significativamente para a Doença Coronária, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, a Doença Cardiovascular, os Acidentes Vasculares Cerebrais e alguns tipos de Úlcera. Do ponto de vista individual, um fumador tem uma probabilidade aproximada de 50% de morrer devido ao tabaco, e, em média, um fumador vive 10 anos menos do que um não-fumador (IARC, 2007). A cessação tabágica está associada a um decréscimo da mortalidade e da morbilidade por cancro e outras doenças. Deixar de fumar aos 30 anos restabelece 9 anos de esperança de vida, enquanto deixar de fumar aos 60 anos ainda restabelece 3 anos de esperança de vida, comparativamente a continuar a fumar (IARC, 2007).

Embora deixar de fumar não reduza o risco absoluto de ter Cancro do Pulmão, diminui significativamente o acréscimo do risco associado à continuação do consumo tabágico (Peto *et al.*, 2000).

Numa meta-análise elaborada por Hackshaw, Law e Wald (1997), que teve como objetivo estimar o risco de Cancro do Pulmão em não-fumadores expostos ao fumo de tabaco ambiental, estes autores analisaram 37 estudos epidemiológicos sobre o risco de Cancro do Pulmão (4.626 casos) em não fumadores que viviam e que não viviam com um fumador. O risco estimado foi comparado com aquele de uma extrapolação linear do risco em fumadores, utilizando sete estudos de indicadores bioquímicos da inalação de fumo do tabaco. Os autores observaram que o excesso de risco de Cancro do Pulmão era de 26% em não fumadores que viviam com um fumador. A relação entre a dose e a

resposta do risco de Cancro do Pulmão com o número de cigarros fumados pelo parceiro e a duração da exposição era significativa. Os autores concluíram que as provas epidemiológicas e bioquímicas sobre a exposição ao fumo do tabaco ambiental, com as provas dos carcinogéneos específicos do tabaco no sangue e na urina de não-fumadores expostos ao fumo do tabaco, confirma que respirar o fumo do tabaco de outras pessoas constitui uma causa do Cancro do Pulmão.

Como tínhamos mencionado antes, com os avanços nos tratamentos do cancro, o número de sobreviventes ao cancro está a aumentar significativamente, tornando cada vez mais importante melhorar os resultados de saúde e a qualidade de vida desta população de alto risco (Klosky *et al.*, 2007). O consumo de cigarros coloca os pacientes com uma história de cancro numa situação de risco para vários problemas de saúde. Cada vez surgem mais estudos sobre o impacto negativo de fumar após o diagnóstico de cancro na eficácia do tratamento, nas complicações e efeitos secundários associados ao tratamento, na recidiva, em doenças associadas e na sobrevivência (Klosky *et al.*, 2007).

Tem-se observado que continuar a fumar após o diagnóstico de cancro diminui os efeitos de tratamentos como a radioterapia, quimioterapia e cirurgia (Browman *et al.*, 1993; Dasgupta *et al.*, 2006), além de contribuir para o aumento da ocorrência de complicações do tratamento como infeções, baixa cicatrização das feridas e exacerbação de efeitos secundários (Arcavi & Benowitz, 2004; Goodwin *et al.*, 2005). De igual forma, a supressão da função imunitária e a perda de peso associadas ao cancro e ao tratamento do mesmo podem ser mais acentuados nos fumadores devido aos efeitos supressivos da nicotina na atividade dos linfócitos *killer* e no apetite (Gritz, Vidrine, & Lazev, 2003; Tollerud, Clark, & Brown, 1989).

Fumar após o diagnóstico de cancro tem um impacto nas taxas de sobrevivência dos pacientes com Cancro do Pulmão, Cancro da Cabeça e Pescoço, Cancro da Próstata, Cancro da Mama e Cancro do Colo do Útero (Bako, Dewar, Hanson, & Hill, 1982; Browman *et al.*, 1993; Lippman *et al.*, 2001). Os estudos têm mostrado que o fracasso em de deixar de fumar após o diagnóstico inicial de Cancro do Pulmão ou Cancro da Cabeça e Pescoço está relacionado com o risco acrescido de tumores malignos primários ou secundários (Do *et al.*, 2004; Silverman, Gorsky, & Greenspan, 1983).

Por outro lado, a cessação tabágica resulta em vários benefícios para a saúde dos pacientes oncológicos. As complicações médicas podem diminuir quando os pacientes deixam de fumar pelo menos 4 semanas antes da cirurgia (Dresler & Gritz, 2001). Existem outros benefícios importantes, como a diminuição do risco de tumores malignos subsequentes e o aumento da taxa de sobrevivência (Ebbert *et al.*, 2005; Kawahara *et al.*, 1998). Por último, alguns estudos indicam que os pacientes que deixam de fumar após o tratamento do cancro reportam níveis menores de depressão e de ansiedade relativamente àqueles pacientes que continuam a fumar (Humphris & Rogers, 2004).

Apesar dos benefícios da cessação tabágica, a prevalência de tabagismo durante o diagnóstico de cancro oscila entre taxas autor reportadas dos 46% aos 75%, com 14%-58% dos pacientes oncológicos que continuam a fumar após o tratamento (Cox, Africano, Tercyak, & Taylor, 2003). Porém, os estudos com esta população também indicam que muitos pacientes oncológicos que fumam na altura do diagnóstico fazem tentativas para deixar de fazê-lo, o que é consistente com a noção que o diagnóstico de cancro motiva a cessação tabágica. Por exemplo, um estudo com pacientes com Cancro da Cabeça e Pescoço observou que 84% faziam pelo menos uma tentativa de deixar de fumar e 69% faziam múltiplas tentativas (Ostroff *et al.*, 1995). É de realçar que a

maioria das tentativas de cessação tabágica ocorria na altura do diagnóstico e do tratamento, o que sugere que o período entre estes dois momentos representa uma boa oportunidade para realizar intervenções de cessação tabágica (Vander Ark, DiNardo, & Oliver, 1997).

Existem poucos estudos sobre as taxas de abstinência a longo termo entre os pacientes oncológicos. As estimativas de recaídas tabágicas oscilam entre os 13% e os 44% (Davison & Duffy, 1982; Dresler, Bailey, Roper, Patterson, & Cooper, 1996). Os estudos com pacientes de Cancro do Pulmão em estágios pouco avançados e de não pequenas células revelaram que cerca de metade dos pacientes voltavam a fumar após o diagnóstico ou o tratamento do cancro (Baser *et al.*, 2006; Walker *et al.*, 2006). Ao contrário da população geral de fumadores, os quais frequentemente têm recaídas uma semana após a cessação, a maioria das recaídas nos pacientes oncológicos davam-se um mês após a tentativa de deixar de fumar, o que reflete o impacto motivacional do diagnóstico de cancro (Gritz, Schacherer, Koehly, Nielsen, & Abemayor, 1999).

Nos pacientes oncológicos, os principais preditores da cessação e da manutenção da abstinência tabágica incluem ser mulher, ter uma maior idade, um nível educativo mais elevado, um diagnóstico de cancro num estágio mais tardio e uma doença mais estendida (Chan *et al.*, 2004; Cox *et al.*, 2002). Os fatores psicossociais associados à continuação do consumo de tabaco incluem níveis baixos tanto de risco de saúde percebido como de eficácia percebida para deixar de fumar, crenças fatalísticas e consumo de álcool (Lambert, Terrell, Copeland, Ronis, & Duffy, 2005; Schnoll *et al.*, 2003).

### **2.6.2. Atividade física**

O papel da atividade física (AF, definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num gasto energético) ou exercício (definido como AF planificada, estruturada, repetitiva e dirigida ao melhoramento ou manutenção da forma física)<sup>5</sup> (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985) na prevenção do cancro tem sido avaliado em vários estudos epidemiológicos e em várias revisões da literatura (Friedenreich, 2001; Friedenreich & Orenstein, 2002; IARC, 2002; Kruk & Aboul-Enein, 2006; Lee & Oguma, 2006; Tardon *et al.*, 2005). Seguidamente, apresentamos uma síntese de algumas publicações recentes sobre os efeitos da AF no risco para os cancros mais prevalentes nos países desenvolvidos (ACS, 2007): Cancro da Mama, Cancro Colorrectal, Cancro do Pulmão e Cancro da Próstata.

**Cancro da Mama:** Em 2002, o IARC concluiu que os dados que existiam sobre uma associação inversa entre a AF e o Cancro de Mama eram convincentes (IARC, 2002). Pinto e Hartman (2010) levaram a cabo uma revisão da literatura que incluía seis estudos de coorte (Lahmann *et al.*, 2007; Margolis *et al.*, 2005; Maruti, Willett, Feskanich, Rosner, & Colditz, 2008; Mertens, Sweeney, Shahar, Rosamond, & Folsom, 2006; Moradi *et al.*, 2002; Tehard, Friedenreich, Oppert, & Clavel-Chapelon, 2006) e dez estudos caso-controle (Carpenter, Ross, Paganini-Hill, & Bernstein, 2003; Dorn, Vena, Brasure, Freudenheim, & Graham, 2003; Hirose, Hamajima, Takezaki, Miura, & Tajima, 2003; John, Horn-Ross, & Koo, 2003; Kruk, 2007; Peplonska *et al.*, 2008; Slattery *et al.*, 2007; Sprague *et al.*, 2007; Steindorf, Schmidt, Kropp, & Chang-Claude, 2003; Yang, Bernstein, & Wu, 2003) que avaliavam tanto a atividade ocupacional como de lazer. Estes estudos foram conduzidos principalmente entre mulheres de meia-idade e

---

<sup>5</sup> Utilizaremos o termo “atividade física” para englobar tanto o exercício como a atividade física.

idosas no Japão, em vários países europeus e nos Estados Unidos. A maioria apresentava os dados das mulheres independentemente de estarem ou não na menopausa, embora em alguns destes estudos os dados se apresentassem separadamente para as mulheres pré- e pós-menopáusicas (Dor *et al.*, 2003; John *et al.*, 2003; Lahmann *et al.*, 2007; Slattery *et al.*, 2007).

Doze estudos constataram que a AF conferia benefícios protetores – os estudos caso-controle de Carpenter *et al.* (2003); Dorn *et al.* (2003); Hirose *et al.* (2003); John *et al.* (2003); Kruk (2007); Peplonska *et al.* (2008); Slattery *et al.* (2007); Sprague *et al.* (2007); Tehard *et al.* (2007) e Yang *et al.* (2003) e os estudos de coorte de Lahmann *et al.* (2007) e de Maruti *et al.* (2008) e quatro estudos não encontraram esses resultados (três estudos de coorte de Margolis *et al.*, 2005; Mertens *et al.*, 2006 e de Moradi *et al.*, 2002, e um estudo caso-controle de Steindorf *et al.*, 2003).

Alguns estudos anteriores concluíram que a redução do risco de Cancro da Mama associada à AF é de aproximadamente 20% (Lee & Oguma, 2006; McTiernan, 2008). Todavia, as pesquisas mais recentes mostram uma variabilidade considerável nas estimativas de risco.

Por exemplo, num estudo de caso-controle, Kruk (2007) observou que a AF total ao longo da vida das mulheres estava associada a 72% da redução do risco para uma AF de pelo menos 55 horas/semana/ano (> 150 de Equivalente Metabólico da Tarefa<sup>6</sup> [EMT]). Tehard *et al.* (2006) encontraram uma redução do risco de 38% em mulheres que reportavam fazer cinco horas por semana de atividade de lazer vigorosa (por exemplo, correr, fazer flexões, abdominais ou saltar à corda). Entre os estudos que não encontraram resultados que apontassem para os efeitos benéficos da AF, um utilizou

---

<sup>6</sup> O Equivalente Metabólico da Tarefa é uma medida fisiológica que exprime o custo energético das atividades físicas e define-se como a razão da taxa metabólica (e por isso a taxa de consumo energético) durante uma atividade física específica em referência à taxa metabólica, estabelecida por convenção a 3.5 ml O<sub>2</sub>·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup> ou equivalentemente 1 kcal·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup> ou 4.184 kJ·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup>.

duas questões para avaliar a AF (Moradi *et al.*, 2002), noutra a atividade ao longo da vida não foi avaliada (Mertens *et al.*, 2006), e no terceiro, a amostra consistia principalmente em mulheres pré-menopáusicas (Margolis *et al.*, 2005). O único estudo caso-controle que não encontrou benefícios foi conduzido apenas com mulheres pré-menopáusicas (Steindorf *et al.*, 2003). Os estudos de caso-controle observaram os benefícios da AF entre mulheres jovens mas os estudos de coorte tenderam a não encontrar tais benefícios. Esta tendência também se observou na revisão levada a cabo por Pinto e Hartman (2010), sendo que apenas dois dos seis estudos de coorte encontraram esses benefícios (Lahmann *et al.*, 2007; Maruti *et al.*, 2008).

Num estudo de coorte de grande dimensão de 218.169 de mulheres pré- e pós-menopáusicas, participantes do estudo *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition* [EPIC], a atividade realizada no lar estava associada à redução do risco em mulheres pré-menopáusicas (Taxa de Risco [TR] = 0.71) e pós-menopáusicas (TR = 0.81) (Lahmann *et al.*, 2007). Entre os estudos de caso-controle, Slattery *et al.* (2007) constataram uma redução do risco (RV = 0.62) entre mulheres pré-menopáusicas brancas não-hispânicas que se exercitavam pelo menos 30 EMT horas / semana ou mais no ano em que foi conduzido o estudo. Entre as mulheres pós-menopáusicas, a AF tinha os maiores benefícios nas mulheres que não tinham sido recentemente expostas a hormonas. No terceiro estudo, John *et al.* (2003) observaram que a AF mantida ao longo da vida reduzia o risco de Cancro da Mama tanto em mulheres pré- (RV = 0.74) como em mulheres pós-menopáusicas (RV = 0.81). Por último, Dorn *et al.* (2003) verificaram que a AF extenuante estava associada a um risco reduzido de vir a ter Cancro da Mama em mulheres pré- e pós-menopáusicas.

De forma geral, uma maior AF em intensidade, duração e gasto energético tem sido associada com uma proteção mais elevada. Peplonska *et al.* (2008) observaram que

as mulheres nos quartis mais altos de AF de lazer, atividades ao ar livre e trabalho físico pesado (medido por EMT horas/semana/ao longo da vida) moderada ou vigorosa, tinham o risco mais baixo de ter Cancro da Mama.

Tehard *et al.* (2006) encontraram um decréscimo linear do risco de cancro com os aumentos de atividade moderada (pelo menos 14 horas por semana, risco relativo [RR] = 0.89) e vigorosa (5 ou mais horas por semana, RR = 0.62). Num estudo de caso-controle entre mulheres asiático-americanas, Yang *et al.* (2003) verificaram que maiores gastos energéticos ao longo da vida em AF de lazer reduziam o risco de ter Cancro da Mama (RV = 0.65 com > 3-6 EMT horas/semana, RV = 0.53 com > 6-12 EMT horas/semana, e RV = 0.47 com > 12 EMT horas/semana).

Alguns estudos verificaram que os benefícios da AF na redução do risco não eram afetados pela idade (John *et al.*, 2003), pelo peso (Tehard *et al.*, 2006), pela paridade (John *et al.*, 2003; Maruti *et al.*, 2008; Tehard *et al.*, 2006), pela história familiar (John *et al.*, 2003; Tehard *et al.*, 2006), pelo uso de hormonas (John *et al.*, 2003; Tehard *et al.*, 2006), pelo estado menopáusico (McTiernan, 2008; Yang *et al.*, 2003) nem pelo IMC (John *et al.*, 2003; Maruti *et al.*, 2008; Yang *et al.*, 2003). Todavia, outros observaram que os benefícios apenas se davam entre as mulheres que tinham tido filhos (Hirose *et al.*, 2003) ou que não tinham uma história familiar de Cancro da Mama (Carpenter *et al.*, 2003; Hirose *et al.*, 2003). Slattery *et al.* (2007) constataram que o aumento de AF entre as mulheres pós-menopáusicas que não tinham tomado hormonas recentemente era protetor, mas estes benefícios não ocorriam em mulheres que tinham tido um tratamento hormonal recentemente. A etnia parece não produzir efeitos diferenciais, já que John *et al.* (2003) observaram reduções de risco associadas à AF ao longo da vida semelhantes entre mulheres latinas, afro-americanas e caucasianas), mas esta variável não tem sido estudada de forma exaustiva.

Quanto à idade na qual a atividade física é mais benéfica, Kruk (2007) verificou que as mulheres que tinham iniciado a AF de lazer aos 14-20 anos tinham um risco mais baixo de ter Cancro da Mama. Maruti *et al.* (2008) observaram que as mulheres com níveis altos de AF durante os 12-22 anos eram aquelas que retiravam mais benefícios. A manutenção a longo-termo da atividade também é um fator protetor: por exemplo, Dorn *et al.* (2003) observaram que as mulheres pós-menopáusicas que tinham sido ativas de forma consistente no tempo tinham um risco inferior de ter Cancro da Mama.

Quanto aos mecanismos biológicos responsáveis pela relação entre a AF e o risco de Cancro da Mama, o exercício vigoroso está associado a uma menarca tardia e a um ciclo menstrual irregular e anovulatório e uma fase lútea encurtada. Se o exercício contribui para o atraso da menarca e para o estabelecimento de ciclos regulares, é possível que as mulheres jovens podem ganhar efeitos protetores contra os cancros sensíveis às hormonas.

Outro mecanismo é que o exercício regular pode ajudar a reduzir o risco da mulher ter Cancro da Mama ao reduzir a gordura corporal, já que a obesidade está associada a um aumento da conversão do androgénio em estrogénio e ao metabolismo do estrogénio a formas mais potentes. Observou-se que as mulheres pós-menopáusicas que são ativas têm níveis menores de andrógenos (McTiernan *et al.*, 2004). Outros mecanismos incluem os efeitos positivos da AF no sistema imunitário e antioxidante e a regulação da sensibilidade insulínica. Todavia, são necessários mais dados para explorar de forma aprofundada estes mecanismos.

**Cancro do Cólon.** Vários estudos concluíram que a AF ajuda a reduzir o risco de Cancro do Cólon cerca de 30% ou mais (Lee & Oguma, 2006). Num estudo europeu de coorte com mais de 400.000 participantes, a AF foi associada a um risco reduzido de Cancro do Cólon quer entre os homens quer entre as mulheres (RV = 0.80)

(Friedenreich *et al.*, 2006). Num estudo de caso-controle, Steindorf *et al.* (2005) observaram que aqueles com o quartil superior de AF (atividade ocupacional combinada com atividade de lazer) tinham um risco menor (RV = 0.37) comparados com os participantes que se encontravam no quartil inferior.

De forma semelhante, Slattery e Potter (2002) constataram, num estudo de caso-controle, que a atividade física vigorosa de longo-termo (mais de 1000 kcal por semana) reduzia o risco em 40% (RV = 0.60). Tem-se verificado um interesse crescente na avaliação sobre se os benefícios protetores da AF se aplicavam da mesma forma nos homens e nas mulheres. Um estudo de coorte observou que uma maior AF reduzia o risco de cancro de cólon em homens e mulheres (Howard *et al.*, 2008) e outro identificou a redução de risco apenas nos homens (Lee *et al.*, 2007).

Tem-se verificado, igualmente, um interesse cada vez maior em determinar se a relação entre a AF e o risco de Cancro do Cólon varia entre os sexos e o tipo de atividade. Um estudo de caso-controle (Isomura *et al.*, 2006) observou que nos homens e nas mulheres, uma AF ocupacional maior estava associada a um risco reduzido para o Cancro do Cólon Distal (Homens, RV = 0.60; mulheres, RV = 0.40)

Steindorf *et al.* (2005) verificaram que os efeitos protetores da AF para o Cancro do Cólon existiam apenas para a AF ocupacional e não para a AF de lazer. Estes benefícios diferenciais da AF ocupacional e da AF de lazer podem ser explicados pelos padrões diferentes de cada tipo de atividade que podem influenciar a etiologia do Cancro do Cólon. A atividade física ocupacional pode ser menos intensiva mas sistemática e realizada ao longo de períodos extensos, enquanto a atividade física de lazer, como o desporto, pode ser intensiva mas de curta duração e irregular. Por último, num estudo que avaliou os efeitos combinados da AF ocupacional e de lazer, o risco de

Cancro do Cólon era mais baixo entre aqueles mais ativos em ambas categorias (Zhang *et al.*, 2006).

As investigações nesta área também têm incidido sobre a quantidade necessária de AF para reduzir o risco de desenvolver cancro de cólon. Larsson, Rutegard, Bergkvist e Wolk (2006) constataram que o risco de ter Cancro do Cólon e Cancro Colorectal era inferior nos homens que participavam em 60 minutos a mais por dia de atividade física de lazer (caminhar, andar de bicicleta e exercitar-se) comparados com aqueles que se exercitavam menos de 10 minutos por dia.

Noutro estudo, os homens que participavam em exercício físico ou desportos cinco ou mais vezes por semana, durante pelo menos 20 minutos de cada vez, tinham um risco menor de ter Cancro do Cólon (RR = 0.79), em comparação com aqueles que nunca ou raramente faziam exercício (Howard *et al.*, 2008)

No seu estudo caso-controle, Zhang *et al.* (2006) observaram um risco diminuído para o Cancro do Cólon (RV = 0.70) entre os homens e as mulheres que reportavam uma atividade física de lazer moderada ou extenuante duas ou mais vezes por semana (de pelo menos 10 minutos cada vez). Steindorf *et al.* (2005) observaram que uma AF ocupacional ao longo da vida de mais de 146.7 EMT horas por semana estava associada a uma diminuição do risco (RV = 0.39) de Cancro do Cólon.

Em suma, de acordo com os estudos realizados nesta área, estima-se que cerca de 30 a 60 minutos por dia de AF moderada ou vigorosa reduza o risco deste tipo de cancro.

Uma outra questão de interesse para os esforços de promoção da AF é saber quando esta é mais benéfica. Um estudo de coorte observou que entre os homens, a AF mais recente (aos 35-39 anos) estava mais associada a um risco de Cancro do Cólon

reduzido do que a AF em idades mais precoces (15-18 e 19-29 anos de idade) (Howard *et al.*, 2008).

Vários são os mecanismos biológicos que têm sido apontados como causa dos benefícios de uma maior AF contra o cancro de cólon. Algumas explicações possíveis são que uma maior AF está associada a níveis mais baixos de prostaglandina mucosa colónica, que a AF aumenta o trânsito intestinal ao estimular a peristalse, o que resulta numa exposição reduzida do epitélio intestinal a carcinogéneos e mutagénicos potenciais, e a AF também pode aumentar o fluxo sanguíneo no cólon, de modo que os carcinogéneos e mutagénicos potenciais podem sair. Além disso, uma maior AF está associada a níveis inferiores de insulina e fatores de crescimento semelhantes à insulina [FCI] (“insulin-like growth factors”) e a um melhor funcionamento do sistema imunitário que confere proteção (Kruk, 2006; McTiernan, 2008). Todavia, existem poucos estudos empíricos que confirmem estes possíveis mecanismos biológicos para estes efeitos protetores (Pinto & Hartman, 2010).

**Cancro do Pulmão.** De forma geral, a AF ocupacional, de lazer e total não se encontra associada a uma diminuição do risco de Cancro do Pulmão em homens e mulheres. Todavia, dois estudos que avaliaram a interação entre a AF e a idade (Alfano *et al.*, 2004; Colbert *et al.*, 2002) observaram um risco diminuído deste tipo de cancro em jovens fumadores que realizavam exercício físico (RV = 0.84 (Alfano *et al.*, 2004); RR = 0.77 (Colbert *et al.*, 2002). Ao examinar as atividades específicas por sexo, os autores observaram que existia uma redução do risco de Cancro do Pulmão nos homens que se situavam no tercil superior de desporto em comparação com aqueles inativos (RR = 0.71), e nas mulheres que se encontravam no tercil superior de ciclismo em comparação às mulheres sedentárias (RR = 0.73) (Steindorf *et al.*, 2006). Bak *et al.* (2005) também verificaram que ao avaliar as atividades específicas por sexo existia uma

redução no risco de Cancro do Pulmão. As mulheres mostraram um risco diminuído em quatro de seis atividades: desporto (razão de taxa de incidência [RTI] = 0.61), ciclismo (RTI = 0.56), caminhar (RTI = 0.60) e jardinagem (RTI = 0.73), enquanto os homens tinham um risco diminuído apenas em duas atividades: desportos (RTI = 0.40) e jardinagem (RTI = 0.71), em comparação aos homens inativos.

Estes resultados são contraditórios com aqueles de uma revisão (Lee & Oguma, 2006) e meta-análise (Tardon et al., 2005) que encontraram uma associação inversa entre a AF e o risco de Cancro do Pulmão. Contudo, esta relação era mais forte nas mulheres do que nos homens (Tardon et al., 2005), o que é parcialmente consistente com os resultados para as atividades específicas de Bak et al. (2005).

Existem vários mecanismos biológicos que se consideram responsáveis pela associação entre a AF e o risco de Cancro do Pulmão. A AF pode ter um impacto nos fatores de crescimento, como os FCI e as suas proteínas de ligação. Alguns estudos observaram que os níveis altos de FCI-I estavam associados a um risco maior de Cancro do Pulmão e que níveis altos de proteínas de ligação-3 dos FCI estavam associados a um risco menor de Cancro do Pulmão. Porém, outras pesquisas não encontraram uma relação entre estes fatores e o risco de Cancro do Pulmão (Steindorf et al., Tardon et al., 2005).

A AF também pode diminuir a insulina, a glucose e os triglicéridos, e aumentar o colesterol de alta densidade de lipopolissacarídeos, o que pode diminuir o risco de cancro (Tardon et al., 2005). Um terceiro mecanismo possível é o aumento de ventilação e perfusão pulmonar que a AF causa, que por sua vez pode reduzir a concentração de carcinogéneos nas vias respiratórias (Steindorf et al., Tardon et al., 2005). Por último, a atividade física de longo-termo pode melhorar o funcionamento

imunitário, o que diminui o risco de desenvolver cancro (Steindorf et al., Tardon et al., 2005).

**Cancro da Próstata.** Existem resultados contraditórios no que diz respeito à relação entre a AF ocupacional, de lazer e total com o risco de Cancro da Próstata. Cerca de metade dos estudos analisados não encontraram uma relação significativa com a AF (Darlington, Kreiger, Lightfoot, Purdham, & Sass-Kortsak, 2007; Friedenreich, McGregor, Courneya, Angyalfi, & Elliott, 2004; Jian, Shen, Lee, & Binns, 2005; Sass-Kortsak, Purdham, Kreiger, Darlington, & Lightfoot, 2007; Zeegers, Dirx, & van den Brandt, 2005). Três estudos observaram que a atividade ocupacional, mas não a atividade de lazer, estava associada a um risco diminuído (RR = 0.41 (Calton et al., 2007); RV = 0.75 (Pierotti et al., 2005), RV = 0.46 (Strom, Yamamura, Flores-Sandoval, Pettaway, & Lopez, 2008). Em contraste, um estudo que comparava o quartil mais alto de atividade ocupacional com o quartil mais baixo observou um risco aumentado de Cancro da Próstata (RV = 1.33) (Sass-Kortsak et al., 2007). Os autores deste estudo especularam que este resultado inconsistente se devia às diferenças metodológicas entre os estudos ou aos níveis elevados de stresse que poderiam ocorrer em trabalhos fisicamente extenuantes.

De entre os dois estudos que avaliaram a atividade de lazer em idades específicas ao longo da vida, um não observou associações em nenhuma idade (Pierotti et al., 2005) e o outro apenas encontrou uma associação para a atividade vigorosa durante o início dos 50 anos, mas não durante a adolescência ou no início dos 30 anos (Darlington et al., 2007).

Um estudo avaliou a atividade ocupacional em idades específicas ao longo da vida e observou um risco significativamente menor para o Cancro da Próstata no tercil mais elevado comparado com o tercil mais baixo em atividade ocupacional aos 30-39 anos

(RV = 0.78) e aos 50-59 anos (RV = 0.75), mas não aos 12 (RV = 0.84) nem aos 15-19 anos (RV = 0.94) (Pierotti et al., 2005). Isto pode dever-se a que a atividade ocupacional nos adolescentes é provavelmente limitada, comparada àquela mantida em idades posteriores.

Dois estudos analisaram a relação entre a AF e o risco de cancro da próstata localizado versus avançado. Um destes estudos não observou qualquer relação (Zeegers et al., 2005), enquanto o outro encontrou uma diminuição do risco para o cancro da próstata localizado mas não para o avançado (Strom et al., 2008). Friedenreich et al. (2004) examinaram a influência da história familiar e constataram que os homens com uma história familiar de cancro da próstata no quartil mais alto de AF ao longo da vida tinham um risco menos de cancro da próstata (RV = 0.48), enquanto a AF não estava significativamente associada ao risco em homens sem história familiar de cancro da próstata.

Estes resultados são consistentes com aqueles de pesquisas anteriores, que verificaram relações inconsistentes entre a AF e o risco de Cancro da Próstata (Friedenreich, 2001; IARC, 2002; Lee & Oguma (2006). Todavia, Friedenreich (2001) afirmou que apesar dos resultados serem contraditórios, existiam provas de que a AF estava relacionada com um risco menos de Cancro da Próstata e que a maioria dos estudos tinha observado uma redução do risco de cerca de 10%-30%.

Por outro lado, Lee e Oguma (2006) concluíram que os dados epidemiológicos nesta área não apontavam para uma relação inversa entre a AF e o risco de Cancro da Próstata, com uma média de redução de risco de 10% em estudos de coorte e 20% em estudos de caso-controle. Quanto aos mecanismos biológicos avançados para explicar a relação entre a AF e o Cancro da Próstata, este é mediado hormonalmente, e a AF pode influenciar os níveis hormonais (Friedenreich, 2001; Jian et al., 2005). Por outro lado, a

obesidade pode aumentar o risco de desenvolver Cancro da Próstata e a AF previne o aumento de peso (Jian et al., 2005). Por último, como já foi mencionado, a AF a longo-termo pode melhorar o funcionamento do sistema imunitário e assim diminuir o risco de cancro (Jian et al., 2005).

### **2.6.3. Dieta e álcool**

A associação entre a dieta e o cancro tem sido um assunto de interesse tanto na literatura científica como nos meios de comunicação durante décadas (Milner, 2006). No geral, estima-se que os fatores dietéticos sejam responsáveis por aproximadamente 30% dos cancros nos países desenvolvidos e 20% dos cancros em países em vias de desenvolvimento (Milner, 2006). Apenas o tabaco constitui uma causa modificável mais forte do cancro (McGinnis & Foege, 2004).

Todavia, o papel da dieta no desenvolvimento do cancro é complexo (Uauy & Solomons, 2005). Nos últimos anos, tem-se tornado cada vez mais evidente que o cancro não é uma única doença, mas sim a expressão de múltiplas alterações no processo normal do crescimento e morte celulares (Milner, 2006). Desta forma, é importante analisar que alimentos afetam o risco de desenvolver cancro e como é que estes interagem com a cadeia de acontecimentos celulares que levam à carcinogénese e ao cancro (Davis & Uthus, 2004). A maioria dos alimentos contem vários componentes, o que torna difícil identificar que componentes, individual ou de forma combinada, afetam a função celular (Fitzgibbon & Stolley, 2010).

Devido à complexidade tanto da carcinogénese como do consumo de alimentos, a verdadeira relação entre a dieta e o cancro é difícil de determinar. Por exemplo, os resultados de alguns estudos epidemiológicos recentes (Michels et al., 2000) e ensaios clínicos aleatórios (Schatzkin et al., 2000) não apoiaram a hipótese de que a fruta e os

legumes desempenhem um papel protetor contra o cancro (Riboli & Norat, 2003). Porém, é possível que os resultados nulos se devam a falhas metodológicas, e a relação entre a dieta e o cancro seja mais clara em estudos nos quais os fatores metodológicos sejam mais refinados. As limitações dos estudos anteriores sobre o tema incluem erros de medida no tempo e na extensão da exposição, na duração das intervenções, períodos de seguimento insuficientes e a falta de consideração sobre as variações genómicas da população estudada (Robbins, Keck, Banuelos, Finley, & 2005).

Por outro lado, parte da complexidade sobre o papel que a dieta desempenha no risco de desenvolvimento de cancro reside na existência de efeitos diretos e indiretos. Por exemplo, a dieta pode afetar o desenvolvimento de cancro diretamente, através da exposição prolongada a certos nutrientes (Key et al., 2004), mas também de forma indireta através do efeito da dieta no gasto energético, na gordura corporal e na obesidade (Rolls, Ello-Martin, & Tohill, 2004).

Várias revisões da literatura epidemiológica concluíram que um balanço negativo através da atividade física reduz o risco de cancro (Willett, 2005), mas o excesso de peso corporal que se desenvolve a partir dum desequilíbrio entre o consumo energético e o gasto energético pode aumentar o risco (Calle, Rodriguez, Walker-Thurmond, & Thun, 2003). O balanço energético positivo é muito prevalente tanto em países desenvolvidos como em países em vias de desenvolvimento (Bleich, Cutler, Murray, & Adam, 2008). O número total estimado de adultos com sobrepeso (Índice de Massa Corporal [IMC]  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) e Obesos (IMC  $\geq 30$  kg/ m<sup>2</sup>) em todo o mundo em 2005 era de 937 milhões e 396 milhões, respetivamente (Kelly, Yang, Chen , Reynolds, & He, 2008). Em 2002, o IARC concluiu que existiam provas convincentes que ter sobrepeso ou obesidade estava associado a um aumento do risco de ter cancro tanto nos homens como nas mulheres (IARC, 2002).

#### **2.6.4. Fatores associados à dieta e risco de cancro**

Nesta secção apresentaremos uma revisão sobre as associações entre a dieta e as dez causas mais comuns de mortes por cancro em todo o mundo (*World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research [WCRF/AICR], 2007*). Para a maioria destes fatores, o mecanismo específico que causa ou previne a carcinogénese é desconhecido, mas têm sido sugeridos vários mecanismos explicativos plausíveis. Assim, apresentaremos apenas aqueles mecanismos que têm sido estabelecidos de forma clara na literatura científica.

**Cancro do Pulmão.** O fator de risco dietético melhor estabelecido para o Cancro do Pulmão é o arsénico na água potável (WCRF/AICR, 2007). A OMS reportou que Bangladesh, Índia, China e zonas dos Estados Unidos (estados do oeste) tem níveis de arsénico na água potável acima dos limites recomendáveis (OMS, 2001 20).

Os suplementos  $\beta$ -Caroteno também estão associados a um risco acrescido de Cancro do Pulmão, sobretudo entre fumadores (Goodman et al., 200421). Esta associação era inesperada, uma vez que vários estudos epidemiológicos tinham observado uma associação entre uma dieta rica em  $\beta$ -Caroteno e uma diminuição da incidência de Cancro do Pulmão (*National Research Council, 1982 22*). Com base nos resultados destes estudos observacionais, foram conduzidos dois estudos randomizados de grande dimensão para testar se os suplementos  $\beta$ -caroteno podiam reduzir a incidência de Cancro do Pulmão em indivíduos de alto risco. O *Beta-carotene and Retinol Efficacy Trial (CARET)* foi conduzido nos Estados Unidos e envolveu fumadores de ambos sexos, bem como homens com exposição ocupacional ao amianto. O *Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene (ATBC) Cancer Prevention Study* foi realizado em

Finlândia com fumadores do sexo masculino. Ambos estudos observaram um aumento do risco de Cancro do Pulmão no grupo que foi assignado a consumir suplementos  $\beta$ -caroteno. O risco diminuía assim que os participantes deixavam de consumir os suplementos (Goodman et al., 2004)

No que diz respeito aos fatores dietéticos que contribuem para uma diminuição do risco de Cancro do Pulmão, até à data, apenas a fruta e os legumes que contêm carotenoides demonstraram as evidências suficientes para sugerir um efeito protetor contra o Cancro do Pulmão (WCRF/AICR, 2007)

**Cancro do Estômago.** O sal e os alimentos preservados em sal são aqueles que têm demonstrado uma associação mais forte ao risco acrescido de Cancro do Estômago (WCRF/AICR, 2007). Esta associação pode ajudar a explicar as elevadas taxas de Cancro do Estômago observadas nalgumas zonas de Ásia e da América Latina, onde se consomem frequentemente alimentos preservados em sal (Tsugane, Sasazuki, Kobayashi, & Sasaki, 2004). No que concerne aos fatores que diminuem o risco para o Cancro do Estômago, vários estudos de caso-controle e de coorte apontaram para os efeitos protetores da fruta (WCRF/AICR, 2007). Os dados que dizem respeito aos legumes sem amido e *allium* (género das cebolas, alhos e alho francês) também são consistentes, mas limitados a estudos de caso-controle (WCRF/AICR, 2007). Existem também algumas evidências limitadas que os alimentos que contêm selénio podem reduzir o risco ao dar proteção contra o vírus *H pylori* (WCRF/AICR, 2007).

**Cancro do Fígado.** O fator de risco dietético mais significativo é a exposição às aflatoxinas (*National Institute of Environmental Health Services* [NIEHS], 2008; WCRF/AICR, 2007). Como já tínhamos referido, as aflatoxinas são produzidas pelo bolor, que se desenvolve quando os alimentos são armazenados em condições de altas temperaturas e humidade (NIEHS, 2008; WCRF/AICR, 2007). Os alimentos que são

mais frequentemente afetados incluem os cereais e as nozes. A exposição às aflatoxinas, em combinação com a Hepatite B aumenta o risco de cancro hepatocelular, a forma mais comum de cancro de fígado (Parkin, Bray, Ferlay, & Pisani, 2005). Enquanto a exposição à aflatoxina é o fator de risco dietético primário em países subdesenvolvidos, este é muito menos comum em países desenvolvidos, nos quais o consumo de álcool é o principal fator de risco associado à dieta (IARC, 1990; WCRF/AICR, 2007). Existem evidências consistentes, provenientes tanto de estudos de caso-controle como de estudos de coorte, que sugerem que o consumo de álcool aumenta o risco de cancro de fígado através do desenvolvimento de cirrose e hepatite alcoólica (WCRF/AICR, 2007).

Até à data, pouco se sabe sobre os efeitos protetores da dieta contra o cancro de fígado. Alguns dados sugerem que a fruta pode diminuir o risco, mas esta associação ainda não se encontra firmemente estabelecida (WCRF/AICR, 2007).

**Cancro Colorrectal.** Vários estudos mostraram que as carnes vermelhas (por exemplo, a carne bovina, o veado, o porco e o borrego) e as carnes processadas aumentam o risco de cancro colorrectal (Larsson & Wolk, 2006). As carnes processadas são aquelas preservadas por métodos que não são a refrigeração, como o fumo, a salgação, a secagem ao ar ou o aquecimento. Incluem o fiambre, o bacon, as salsichas e a carne enlatada. O consumo de álcool também aumenta o risco para este tipo de cancro, sobretudo nos homens e em pessoas com níveis baixos de folato (WCRF/AICR, 2007).

No que diz respeito aos fatores que diminuem o risco, durante muitos anos tem existido um debate sobre a relação entre a fibra e o cancro colorrectal. Apesar dos resultados contraditórios, o *American Institute for Cancer Research* (AICR) e outros investigadores concordaram sobre os efeitos protetores da fibra contra o Cancro do Cólon, sendo que a maior redução foi observada nos consumos elevados de fibra (WCRF/AICR, 2007). Também existem dados que afirmam que o cálcio e o leite

reduzem o risco de Cancro Colorrectal, contudo, o efeito do leite é em parte mediado pelo cálcio (Cho et al., 2004). Por último, nos últimos 10 anos têm-se observado que o alho protege contra o cancro colorretal (WCRF/AICR, 2007).

**Cancro da Mama.** Existem evidências significativas de que consumir níveis elevados de álcool é um fator de risco tanto para o Cancro da Mama pré-menopáusicos como para o pós-menopáusicos (Smith-Warner et al., 1998).

Até o momento, não existem dados suficientes para confirmar os efeitos protetores de quaisquer fatores relacionados com a dieta no Cancro da Mama. Todavia, dados recentes do *Women's Health Initiative* (WHI) sugerem que existem um efeito protetor pequeno de uma dieta baixa em calorias (Prentice et al., 2006). Os resultados do seguimento de 10 anos contribuirão para esclarecer esta associação.

**Cancro do Esófago.** Os dados obtidos através de estudos de coorte e de caso-controle são consistentes e sugerem que o álcool contribui para o desenvolvimento deste tipo de cancro (WCRF/AICR, 2007). O mate (uma bebida semelhante ao chá, servida muito quente e consumida através de uma palhinha de metal) também está associado a um risco acrescido (WCRF/AICR, 2007). A prática tradicional de beber mate está associada a taxas superiores de Cancro do Esófago no Uruguay, no sul do Brasil e no norte de Argentina (Parkin et al., 2002).

Vários estudos observaram que os legumes sem amido, os alimentos que contêm  $\beta$ -caroteno, os alimentos que contêm vitamina C e as frutas diminuem o risco para o cancro do esófago (WCRF/AICR, 2007).

**Cancros da boca, faringe e laringe.** Os fatores de risco primários para estes cancros são o consumo de álcool e tabaco, sobretudo nos países desenvolvidos e com um PIB elevado (WCRF/AICR, 2007). Outros fatores de risco podem ser mais

importantes em países subdesenvolvidos. Por exemplo, na Índia é comum mastigar gutka (folha de bétele com tabaco), um carcinogéneo associado a cancros orais e do esófago. O mato também aumenta o risco para este tipo de cancros (WCRF/AICR, 2007). O IARC considera que o álcool é um carcinogéneo de Tipo I para os cancros da boca, faringe e laringe (IARC, 1990).

Existem dados suficientes que sugerem que os vegetais sem amido, a fruta e os alimentos que contêm carotenoides diminuem o risco para estes cancros e que existe uma relação de resposta à dose (WCRF/AICR, 2007).

**Cancro do Pâncreas.** Os dados de estudos de caso-controle sugerem que o consumo de carnes vermelhas aumenta o risco para este tipo de cancro; porém, os resultados obtidos em estudos de coorte são menos consistentes (Fitzgibbon & Stolley, 2010).

Alguns estudos de coorte sugerem uma possível relação de dose-resposta entre os alimentos que contêm folato e uma diminuição do risco para o Cancro do Pâncreas (WCRF/AICR, 2007). Os alimentos ricos em folato incluem os vegetais de folha verde, os vegetais crucíferos, as laranjas, os legumes e os cereais integrais. Todavia, os suplementos de ácido fólico não demonstraram ter um efeito protetor (WCRF/AICR, 2007). Existem também alguns dados sobre o efeito protetor da fruta neste tipo de cancro (WCRF/AICR, 2007).

**Cancro da Próstata.** Os estudos ecológicos, com animais e de caso-controle apontam para uma relação positiva entre a gordura dietética (particularmente a gordura animal) e o risco de Cancro da Próstata (Connolly, Coleman, Rose, 1997). Vários estudos também sugerem que um consumo elevado de cálcio aumenta o risco de cancro da próstata (WCRF/AICR, 2007). Todavia, estes estudos não realizaram ajustamentos

para a gordura dietética, e é possível que os resultados tenham sido contaminados por este fator. Um estudo observou uma redução do risco para os consumidores de bloqueadores dos canais de cálcio (Debes et al., 2004).

Quanto aos fatores dietéticos que podem proteger contra o Cancro da Próstata, entre estes se incluem o selénio, o licopeno e o  $\alpha$ -tocoferol (vitamina E) (WCRF/AICR, 2007). A evidência é mais significativa e consistente para os dois primeiros. Por exemplo, o *Nutritional Prevention of Cancer Trial* nos Estados Unidos observou uma redução de 65% na incidência de Cancro da Próstata entre os sujeitos que recebiam um suplemento de selénio, comparados a aqueles que recebiam um placebo (Li et al., 2004). Uma meta-análise dos estudos sobre o licopeno observou uma redução de 10%-25% no risco para os homens com o maior consumo de licopeno e para os homens que consumiam mais produtos de tomate cozinhado (Etminan, FitzGerald, Gleave, & Chambers, 2005).

Em 1988, a monografia do IARC sobre o risco carcinogénico do consumo de álcool nos humanos concluiu que a ocorrência de tumores malignos na cavidade oral, faringe, laringe, esófago e fígado estava relacionada causalmente ao consumo de bebidas alcoólicas. Numa revisão mais recente (Baan et al., 2007; Secretan et al., 2009), os autores observaram consistentemente em vários estudos o aumento do risco de Cancro da Mama com um maior consumo de álcool, bem como uma associação entre o consumo de álcool e o Cancro Colorrectal, que tinha sido referida por mais de 50 estudos longitudinais e de caso-controlo, sem diferenças no risco para cancro do cólon ou do reto (Baan et al., 2007).

O relatório do *World Cancer Research Fund* (WCRF, 2007) considerou que as evidências que demonstravam uma associação entre o consumo de álcool com o Cancro

do Cólon e do Reto era convincentes, e as que demonstravam uma associação com o Cancro do Fígado eram prováveis.

No que concerne ao Cancro da Mama, uma meta-análise de 53 estudos levada a cabo pelo *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* (Hamajima et al., 2002) estimou que o risco aumentava 7,1% por cada 10 gramas (g) de consumo de álcool diário. Uma análise conjunta de seis estudos de coorte com dados sobre álcool e fatores dietéticos observou que o risco de Cancro da Mama aumentava monotonicamente com o aumento do consumo alcoólico; o RR multivariado para um aumento do consumo de álcool de 10 g por dia era de 1,09 (Smith-Warner et al., 1998).

O estudo EPIC (Tjønneland et al., 2007) constatou que o risco era de 1,03 por cada 10 g diárias de consumo recente de álcool, enquanto no *Million Women Study* o aumento do risco associado a um consumo de 10 g por dia era de 12% (Allen et al., 2009).

No que diz respeito aos cancros colorectais, uma análise conjunta de oito estudos de coorte observou um risco estatisticamente significativo de 16% para as pessoas que bebiam 30-45 g por dia de álcool e um aumento do risco significativo de 41% para as pessoas que bebiam 45 g ou mais de álcool por dia (Cho et al., 2004).

Uma meta-análise mais recente de estudos de coorte encontrou um aumento de 15% do risco de Cancro do Cólon ou do Reto para um aumento de 100 g semanais de consumo de álcool (Moskal, Norat, Ferrari, & Riboli, 2007), sem quaisquer diferenças entre homens e mulheres. No estudo EPIC (Ferrari et al., 2007), o efeito era ligeiramente menor, sendo que o consumo de álcool aumentava o risco de Cancro Colorrectal em 9% por 15 g diárias, um risco maior para o Cancro Retal do que para o

Cancro do Cólon Distal, que por sua vez era maior do que o risco de Cancro do Cólon Proximal.

No relatório do WCRF (2007), a meta-análise de oito estudos sobre Cancro do Cólon produziu um RR de 1,09 por 10 g de consumo diário, e a meta-análise de nove estudos sobre Cancro Retal produziu um RR de 1,06 por 10 g de consumo diário de álcool.

As médias nas meta-análises de Cho et al. (2004), Moskal et al. (2007), o estudo EPIC (Ferrari et al, 2007) e o do WCRF (2007) são de 0,75% por g de álcool por dia para o cancro do cólon e 0,85% por g diária para o cancro do reto.

Parkin (2011) estimou que 3,6% dos novos casos de cancro no Reino Unido em 2010 eram atribuíveis ao álcool, resultados semelhantes àqueles obtidos por Doll e Peto (2003) – que cerca de 6% das mortes por cancro no Reino Unido poderiam ser evitadas se as pessoas não bebessem. Contudo, uma publicação recente, baseada nos riscos de consumo de álcool observados no estudo EPIC estima uma fração de cancros atribuíveis ao álcool no Reino Unido mais elevada, com 8% do cancro nos homens e 3% nas mulheres (Schütze et al., 2011).

### **2.6.5 Fatores reprodutivos**

Os fatores reprodutivos influenciam o risco de cancros do aparelho genital feminino (útero e ovários) e da mama. Os fatores reprodutivos importantes a este respeito são: a idade da menarca; idade no nascimento do primeiro filho, paridade, idade da menopausa e duração da amamentação.

Clavel-Chapelon (2002) analisou o papel dos fatores hormonais no risco do Cancro da Mama – mais especificamente, o efeito da idade da menarca, idade da primeira gravidez a termo, número de gravidezes a termo e número de abortos

espontâneos quer no risco total de Cancro da Mama quer no seu surgimento pré- ou pós-menopáusico. O autor utilizou os dados de 1718 casos de Cancro da Mama, obtidos num estudo de grande dimensão de cerca de 100.000 mulheres francesas que participaram no estudo de coorte do E3N. De acordo com o estudo de Clavel-Chapelon (2002), o risco total de Cancro da Mama aumenta com uma idade precoce da menarca, uma idade maior da primeira gravidez e uma baixa paridade, não tendo observado efeitos dos abortos espontâneos. O autor observou ainda que o efeito destes fatores reprodutivos diferia em função do estado menopáusico. A idade da menarca tinha um efeito no risco de Cancro da Mama pré-menopáusico, com uma diminuição do risco com o aumento da idade da menarca de 7% por ano. Comparadas com aquelas que tinham tido a sua primeira menstruação aos 11 anos ou antes, as mulheres que tinham tido a menarca aos 15 anos ou depois tinham um RR de 0.66.

A idade da primeira gravidez a termo tinha um efeito no risco de Cancro da Mama pré- e pós-menopáusico, com resultados significativos que mostravam um aumento de risco por ano de aumento da idade. Uma primeira gravidez a termo após os 30 anos veiculava um risco de 1.63 e 1.35 nos grupos pré- e pós-menopáusicos, respetivamente. O autor observou também um efeito protetor da elevada paridade apenas no risco de Cancro da Mama pós-menopáusico, com estimativas de risco de 0,79, 0,69, 0,66 e 0,64 associadas a uma, duas, três e quatro ou mais gravidezes a termo. Estes resultados sugerem que os fatores reprodutivos têm efeitos complexos no risco do Cancro da Mama (Clavel-Chapelon, 2002).

Por sua vez, Titus-Ernstoff et al. (2001) avaliaram a influência dos fatores menstruais e reprodutivos no risco de Cancro do Ovário num estudo populacional de caso-controle. Os autores apuraram 563 casos em Massachusetts e New Hampshire em hospitais e registros oncológicos estatais e selecionaram aleatoriamente um grupo de

controlo de 523 mulheres emparelhadas ao grupo clínico na idade e zona geográfica. Os autores observaram que o risco de Cancro do Ovário era menor nas mulheres que tinham tido filhos do que nas mulheres nulíparas (RV = 0,4) e que entre as mulheres que tinham tido filhos, uma paridade mais elevada, uma maior idade no primeiro ou último parto e o tempo desde o último parto estavam associados com um risco reduzido. Titus-Ernstoff et al. (2001) não observaram uma relação entre os abortos espontâneos, voluntários nem os nados-mortos com o risco de Cancro do Ovário, embora os partos prematuros, a termo e de gémeos fossem protetores. O risco era mais baixo nas mulheres que tinham amamentado em relação àquelas que não o tinham feito (RV = 0,7), mas a duração média da amamentação por criança não estava associada ao risco. A idade da menarca e a idade da menopausa não estavam associadas ao risco total, embora uma idade da menarca mais alta era protetora entre as mulheres pré-menopáusicas. As características do ciclo menstrual e os sintomas do mesmo geralmente não estavam associadas ao risco de cancro do ovário, embora a insónia relacionada com o ciclo estivesse associada a uma diminuição do risco (RV = 0,5). Os autores não observaram associações entre o tipo de produto higiénico utilizado durante a menstruação e o risco de cancro ovariano. Ao analisar o subtipo histológico, os fatores reprodutivos e menstruais tinham os maiores efeitos no risco de tumores celulares endometrióides e menos influência no risco de tumores mucinosos (Titus-Ernstoff et al., 2001).

Tung et al. (2003) também analisaram as associações entre os fatores reprodutivos e o cancro ovariano em função do tipo histológico, utilizando dados de um estudo multiétnico, populacional, de tipo caso-controle conduzido em Hawaii e Los Angeles (Califórnia) entre 1993 e 1999. Foi administrado um questionário estruturado a 558 mulheres com cancro ovariano epitelial histologicamente confirmado e a 607 casos-controle. Os autores observaram que os fatores que suprimiam a ovulação, como a

gravidez e o uso de contraceptivos orais, estavam inversamente associados ao risco de todos os tipos histológicos. Os tumores não-mucinosos estavam significativamente associados aos anos de menstruação (RV = 1,5 para o quartil mais alto vs. o quartil mais baixo) e os ciclos ovulatórios ao longo da vida (RV = 2,8 para o quartil mais alto vs. o quartil mais baixo). A duração da amamentação (RV = 0,4 para o quartil mais alto vs. o quartil mais baixo) estava significativa e inversamente associado aos tumores não-mucinosos mas não aos tumores mucinosos. Entre todos os tipos de tumores, os tumores endometrióides eram aqueles que estavam associados mais fortemente com a gravidez, enquanto os tumores de células claras eram o único tipo associado ao uso de hormonas não-contracetivas. Os tumores mucinosos eram mais comuns nas mulheres asiáticas do que nas caucasianas (Tung et al., 2003).

Como referimos anteriormente, a menarca precoce tem sido consistentemente associada a um risco acrescido de Cancro da Mama e do endométrio (Pike, Pearce, & Wu, 2004). O RR para o Cancro da Mama pré-menopáusico tem uma redução estimada de 7% por cada ano que a menarca é adiada após os 12 anos, e de 3% para o Cancro da Mama pós-menopáusico (Clavel-Chapelon, 2002). O efeito do risco dá-se através da prolongação do período com uma exposição relativamente alta ao estrogénio endógeno.

Quanto mais jovem é a mulher quando começa a procriar, menor é o risco de ter Cancro da Mama (Kelsey, Gammon, & John, 1993). O RR de desenvolver Cancro da Mama aumenta 3% por cada ano de atraso da primeira gravidez (Collaborative Group, 2002).

Por sua vez, uma maior paridade reduz o risco de Cancro da Mama, do endométrio e do ovário (Pike et al., 2004). Quanto mais alto é o número de gestações a termo, maior é a proteção. Comparadas com as mulheres nulíparas (i. e., que não tiveram filhos), as mulheres que tenham tido pelo menos uma gestação a termo reduzem

o risco de Cancro da Mama em cerca de 25% (Ewertz et al., 1990; Layde et al., 1989) e as mulheres com cinco ou mais filhos têm uma redução do risco de 50% (Kelsey et al., 1993). Para o Cancro do Endométrio, o risco é reduzido em 30% pelo primeiro parto da mulher e por 25% por cada parto sucessivo, e demonstrou-se que uma idade tardia no último parto também reduz o risco (Pike et al., 2004).

Para o Cancro do Ovário, o risco nas mulheres que tiveram quatro gravidezes é apenas 40% do das mulheres nulíparas (Ness et al., 2002). Todavia, uma paridade mais elevada aumenta o risco do Cancro do Colo Uterino, independentemente do aumento da prevalência da infeção com o vírus do papiloma humano (Munoz et al., 2002).

A menopausa tardia aumenta o risco de Cancro da Mama e do endométrio (Pike et al., 2004). Para o Cancro da Mama, o risco duplica-se para uma mulher com a menopausa com aos 55 anos comparada com uma mulher que tenha a menopausa com menos de 45 anos (Kelsey et al., 1993). Para cada ano que a menopausa se atrasa, dá-se um aumento do risco de Cancro da Mama de aproximadamente 3% (Collaborative Group, 1997). As mulheres pós-menopáusicas têm um risco mais baixo de Cancro da Mama comparadas com as mulheres pré-menopáusicas da mesma idade, tanto para a menopausa natural como para a menopausa induzida através da cirurgia (Collaborative Group, 1997).

O papel da amamentação como papel protetor contra o desenvolvimento posterior de Cancro da Mama tem sido confirmado e a magnitude do efeito estima-se como uma diminuição do risco de 4,3% por cada 12 meses de amamentação (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). No entanto, este papel protetor da amamentação para o Cancro do Ovário não é tão evidente. Uma análise de estudos de caso-controle observou um risco reduzido em mulheres que tinham tido filhos e que tinham amamentado comparadas com aquelas que não o tinham feito (Whittemore

Harris, & Itnyre, 1992). Todavia, trabalhos subsequentes sugeriram que apenas os tumores serosos eram influenciados pela amamentação (Jordan et al., 2007, 2008).

Uma análise recente de dois estudos de coorte conduzidos nos Estados Unidos sugere que cada mês de amamentação reduz o RR em 2% (Danforth et al., 2007). Embora o comportamento reprodutivo da mulher possa influenciar o risco do cancro do útero, do ovário e da mama, a maior parte dos aspetos discutidos anteriormente não têm sido considerados como alvos para intervenções preventivas (Parkin, 2011).

Apesar de ser desejável do ponto de vista da prevenção do cancro ter várias gravidezes e ter a primeira gestação quando as mulheres são jovens, existem outras tantas razões poderosas para evitar este estilo de vida (Parkin, 2011). Desta forma, o autor considera que não é recomendável prescrever um padrão de fertilidade ideal.

De acordo com os cálculos do IARC sobre os cancros evitáveis em França (IARC, 2007), o padrão de fertilidade de 1980 era considerado como ideal, contra o qual se calcularam os casos excessivos resultantes da fertilidade em 2000, embora não se tenham explicado os motivos deste cálculo.

Da mesma forma, a origem da estimativa de Doll e Peto (2003) de 15% das mortes por cancro no Reino Unido serem atribuíveis a fatores reprodutivos (e outros fatores associados à secreção de hormonas reprodutivas) não foi esclarecida.

Para concluir este capítulo, gostaríamos de mencionar um estudo recente levado a cabo por Parkin, Boyd e Walker (2011) que teve como objetivo estimar a fração de cancros ocorridos no Reino Unido em 2010 que podiam ser atribuídos a exposições passadas inadequadas a 14 fatores de estilo de vida e risco ambiental. Para cada um dos

18 tipos de cancro<sup>7</sup>, os autores apresentaram a percentagem de casos atribuíveis a um ou a todos os fatores de risco considerados (tabaco, álcool, quatro elementos da dieta – consumo de carne, fruta e legumes, fibra e sal -, sobrepeso, falta de exercício físico, ocupação, infeções, radiação – ionizante e solar -, uso de hormonas e história reprodutiva – amamentação).

Os autores concluíram que a exposição a níveis inadequados dos 14 fatores era responsável por 42,7% dos cancros no Reino Unido em 2010 (45,3% nos homens, 40,1% nas mulheres) – um total de cerca de 134.000 casos.

O consumo de tabaco era de longe o fator de risco mais importante para o cancro no Reino Unido, sendo o responsável por 60.000 casos em 2010 (19,4% de todos os novos casos de cancro). Todavia, a importância relativa das outras exposições diferia em função do sexo. Nos homens, um consumo deficiente de frutas e legumes (6,1%), a exposição ocupacional (4,9%) e o consumo de álcool (4,6%) eram os seguintes em importância, enquanto nas mulheres o sobrepeso e a obesidade (devido ao efeito no Cancro da Mama) eram responsáveis por 6,9% dos cancros, seguidos de agentes infecciosos (3,7%) (Parkin et al., 2011).

---

<sup>7</sup> Cavidade oral e faringe, esófago, estômago, cólon-retos, fígado, pâncreas, vesícula biliar, laringe, pulmão, mesotelioma, mama, colo do útero, corpo uterino, ovário, bexiga, rim, leucemia.

## **2.7. Personalidade e cancro**

McCrae e Costa (1996, 1999) propuseram uma teoria da personalidade que supunha a existência de 5 grandes dimensões (os big five), uma estrutura que tinha sido desenvolvida e elaborada nas quatro décadas anteriores por Digman (1990). Os autores do modelo retiveram os cinco fatores que representavam as dimensões mais básicas subjacentes aos traços identificados tanto na linguagem natural como nos questionários psicológicos (Costa & McCrae, 1992). A tradição lexical (John, Angleitner, & Ostendorf, cit. por Costa & McCrae, 1992) iniciou o estudo da personalidade a partir da análise de adjetivos de tipo traço que se encontravam no inglês e noutras línguas. Teóricos dos traços como Cattell (1946, cit. por Costa & McCrae, 1992) e Norman (1963, cit. por Costa & McCrae, 1992) propuseram que a extensa lista de termos existente em cada língua para descrever as pessoas poderia ser considerada uma enumeração exaustiva dos traços de personalidade. De acordo com estes autores, através da análise fatorial das pontuações de todos estes adjetivos poder-se-ia descobrir a estrutura dos traços de personalidade. Uma série de estudos levou à identificação de cinco fatores (John, 1990). Os fatores podem definir-se como grupos de traços intercorrelacionados (Costa & McCrae, 1992).

A teoria da personalidade dos cinco fatores sublinha a distinção entre tendências básicas com base biológica e adaptações das características condicionadas culturalmente, que incluem a importante subcategoria de autoconceitos. As tendências básicas englobam os potenciais e disposições abstratas, enquanto as adaptações das características incluem habilidades adquiridas, hábitos, crenças, papéis sociais e relações. Todavia, de acordo com a teoria da personalidade dos cinco fatores, tanto os fatores de personalidade gerais como os traços específicos que as definem entendem-se

melhor como tendências básicas endógenas do que como adaptações das características. McCrae e Costa (1990) definem os “traços” como dimensões das diferenças individuais nas tendências a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e ações. De acordo com os autores, caracterizar os traços como dimensões das diferenças individuais significa que as pessoas podem ser classificadas ou ordenadas pelo grau em que exibem determinados traços. Os autores defendem ainda que todos os traços podem ser encontrados em todas as pessoas em graus diversos, com distribuições que se aproximam àquelas da curva normal. Quanto maior for o grau que um indivíduo possui de um determinado traço, maior será a probabilidade que mostre os comportamentos e atitudes a ele inerentes nas várias circunstâncias relevantes do seu dia a dia (McCrae & Costa, 1990).

Ao referirem-se às tendências, McCrae e Costa (1990) pretendem sublinhar o facto de que os traços serem apenas disposições e não determinantes absolutas, uma vez que existem muitos outros fatores que influenciam a escolha de uma ação particular ou a ocorrência de uma dada experiência. Para moldar a escolha de um ato, pensamento ou reação emocional conjugam-se vários elementos, como as exigências dos papéis sociais desempenhados, os fatos da situação atual, o estado afetivo do momento e os hábitos adquiridos.

O modelo dos cinco fatores não está baseado em nenhuma teoria da personalidade, mas mostrou que engloba escalas que operacionalizam várias perspectivas teóricas (McCrae & Costa, 1985a, 1985b). Estes fatores são a Extroversão, a Amabilidade, a Conscienciosidade, o Neuroticismo e a Abertura à Experiência. Cada uma das cinco dimensões representa um domínio geral que compreende uma variedade de traços distintos, ou facetas. Por exemplo, o Neuroticismo inclui a predisposição a experimentar afetos negativos como a ansiedade, raiva e depressão, e outras

manifestações cognitivas e comportamentais de instabilidade emocional. Por sua vez, a Extroversão inclui a sociabilidade, atividade, dominação e a tendência a experienciar emoções positivas. A Abertura à Experiência consiste na capacidade de imaginação, sensibilidade estética, profundidade de sentimentos, curiosidade e necessidade de variedade. A amabilidade engloba a simpatia, confiança, cooperação e altruísmo. A Conscienciosidade inclui a organização, persistência, escrupulosidade e necessidade de êxito (McCrae e Costa, 1989).

O Neuroticismo representa as diferenças individuais na tendência a experienciar mal-estar, e nos estilos cognitivos e comportamentais que acompanham esta tendência. As pessoas que obtêm pontuações elevadas neste fator experienciam afetos negativos crônicos e são propensas a desenvolver várias perturbações do foro psiquiátrico (Watson & Clark, 1984). A tensão nervosa, a depressão, frustração, culpa e autoconsciência recorrentes que estas pessoas sentem é muitas vezes associada a um pensamento irracional, a uma baixa autoestima, um reduzido controlo de impulsos e desejos, queixas somáticas e *coping* ineficaz (McCrae & Costa, 1987). Os indivíduos com baixos níveis de Neuroticismo não têm necessariamente uma boa saúde mental, todavia podem ser definidos como pessoas calmas, relaxadas e equilibradas.

De acordo com Watson e Clark (1997), a característica central do fator Extroversão é a tendência a experienciar emoções positivas, embora isto não signifique que as pessoas com pontuações elevadas neste fator não sintam emoções negativas. Ou seja, as pessoas que são alegres, entusiásticas, otimistas e enérgicas não são necessariamente imunes à ansiedade ou à depressão, já que isto depende do seu nível de Neuroticismo. Todavia, as pessoas alegres tendem a ser dominantes, faladoras, sociáveis e calorosas (Watson & Clark, 1997). Na sua revisão, Watson e Clark (1997) identificaram sete componentes da Extroversão: gosto pela aventura, afiliação,

afetividade positiva, energia, dominância e ambição. A visão de Costa e McCrae (1987) sobre este fator é igualmente vasta, embora estes autores dividam a afiliação em cordialidade e gregarismo e assignem a ambição ao fator Conscienciosidade. A literatura lexical sugere que os indivíduos com uma baixa Extroversão podem ser descritos como calmos, reservados, retraídos, tímidos, silenciosos e afastados (John, 1990). McCrae e John (1992) acrescentam que as pessoas com pontuações baixas na Extroversão tendem a ter uma ser algo insípidos emocionalmente e controlar em demasia os seus impulsos.

De acordo com Digman (1990), o fator Amabilidade envolve os aspetos mais humanos das pessoas: características como o altruísmo, o amparo, a preocupação pelos outros e o suporte emocional encontram-se num polo da dimensão, e noutra polo situam-se a hostilidade, a indiferença perante os outros, o egocentrismo, o rancor e a inveja. A Amabilidade e a Conscienciosidade são as dimensões clássicas do carácter, descrevendo o “bem” contra o “mal” e os indivíduos “fracos” contra aqueles com “força de vontade” (McCrae & John, 1992). De acordo com estes autores, apesar da forte conotação moral que possuem estes fatores, ambos representam dimensões objetivamente observáveis das diferenças individuais. Algumas pessoas são meticulosas, arrumadas, diligentes, bem organizadas e orientadas para a obtenção de êxito, e outras não o são (McCrae & Costa, 1987). De acordo com estes autores, o termo Conscienciosidade combina a prudência – como dimensão que reprime o comportamento impulsivo – e a vontade de empreender – como dimensão proactiva que organiza e dirige o comportamento.

Por último, a Abertura à Experiência é o fator mais controverso, uma vez que engloba atributos como a inteligência, a imaginação, a criatividade, a perceção, a sensibilidade estética, a necessidade de variedade e valores não convencionais (McCrae,

1990). De acordo com McCrae e Costa (1997), este fator compreende-se estruturalmente pela profundidade, alcance e permeabilidade da consciência, e motivacionalmente pela necessidade de variedade e de experiências. De acordo com estes autores, os indivíduos podem ser mais ou menos abertos às ideias, fantasias, sentimentos, sensações e valores. Todavia, é de sublinhar que este fator não é equivalente à medida da inteligência, já que se trata duma dimensão da personalidade e não uma capacidade intelectual (McCrae & John, 1992). De acordo com estes autores, o Modelo dos Cinco Fatores é relevante porque cobre as dimensões comuns das diferenças individuais, mas também se debruça sobre os processos universais de personalidade, já que, embora os indivíduos se diferenciem na sua posição quanto aos cinco fatores, estes fatores dizem respeito a questões universais: todas as pessoas devem responder ao perigo, à perda e às ameaças; todas as pessoas interagem de alguma forma com os outros; escolhem entre os riscos da exploração e as limitações da familiaridade; decidem entre si e o interesse social e equilibram o trabalho e o lazer (McCrae & John, 1992). Os processos de personalidade envolvem mudanças nos pensamentos, sentimentos e ações do indivíduo, e todas estas mudanças intraindividuais parecem espelhar-se em diferenças interindividuais em modos característicos de pensar, sentir e agir. Estas diferenças são sumariadas, de acordo com McCrae e John (1992), no seu nível mais geral, pelos cinco fatores.

O Modelo dos Cinco Fatores é uma versão da Teoria dos Traços, uma visão do mundo que percebe a essência da natureza humana em diferenças individuais e sumariza as dimensões básicas da personalidade que, duma forma ou doutra, têm sido identificadas por vários teóricos da personalidade (McCrae & John, 1992). Os traços são entidades reais (McCrae & John, 1992), disposições duradouras e estáveis (McCrae & Costa, 1990). De acordo com McCrae e John (1992), os indivíduos herdam uma série

de predisposições gerais associadas com os cinco fatores, e as condições ambientais determinam as formas particulares – ou seja, os traços específicos – nas quais os fatores serão expressados.

### **2.7.1. Personalidade, coping e ajustamento ao cancro**

McEwen (1993), baseando-se no trabalho de Cannon (1933) desenvolveu o conceito de alostase, isto é, a capacidade do corpo para manter o equilíbrio ao longo do tempo enquanto enfrenta constantemente stressores internos e externos. A personalidade pode influenciar as experiências de stresse, uma vez que os indivíduos variam na sua forma de avaliar e enfrentar os stressores (Carver & Connor-Smith, 2010). Por exemplo, num estudo com 700 membros da comunidade, a personalidade moderava a experiência de stresse e os comportamentos de saúde (Korotkov, 2008). Em circunstâncias de stresse baixo, a personalidade não tinha um impacto significativo, mas sob stresse elevado, os indivíduos emocionalmente estáveis, introvertidos ou conscienciosos tinham uma maior probabilidade de ter comportamentos saudáveis. De forma semelhante, quando morre um familiar verificam-se diferenças amplas na forma de reagir a este acontecimento: alguns indivíduos apoiam-se nos outros ou tentam superar rapidamente as suas emoções, outros sentem dor e mágoa durante anos e outros sentem pouco mal-estar (Wortman & Boerner, 2007).

Assim, de acordo com esta perspetiva, certos padrões de personalidade desencadeiam respostas ao stresse cronicamente elevadas, o que por sua vez pode conduzir ao colapso, à doença crónica e a um risco acrescido de mortalidade (Graham, Christian, & Kiecolt-Glaser, 2006). Geralmente, os estudos avaliam de que forma os traços de personalidade, as respostas emocionais aos stressores e as interações sociais influenciam os indicadores fisiológicos de stresse, como o cortisol, a função imunitária,

o ritmo cardíaco, a pressão sanguínea e a temperatura corporal. Por exemplo, o stresse crónico prediz uma menor resistência à infeção (Cohen et al., 1998) e uma afetividade negativa crónica tem sido associada a uma função do cortisol deficitária e a doenças cardíacas (Rugulies, 2002; Suls & Bunde, 2005). Todavia, a cadeia causal permanece ainda desconhecida.

O modelo dos cinco fatores também tem sido associado à doença (Friedman et al., 1993), ao tratamento e intervenções médicas (Miller, 1991; Mutén, 1991) e ao *coping* com os problemas de saúde (Dorn & Matthews, 1992; McCrae & Costa, 1986; Watson & Hubbard, 1996). Especificamente, o Neuroticismo tem sido associado à utilização de estratégias de *coping* ineficazes (Bolger, 1990; Heppner, Cook, Wright & Johnson, 1995). As pessoas com um grau elevado de Neuroticismo tendem a utilizar estratégias de *coping* de evitação ou de distração, como a negação, o pensamento mágico ou a autocrítica (Bolger, 1990; McCrae & Costa, 1986; Heppner et al., 1995).

A Extroversão tem sido menos relacionada com as estratégias de *coping*, mas esta tende a associar-se com o uso de estratégias de resolução de problemas racionais e planificadas, procura de suporte social e reavaliação positiva dos problemas colocados pela doença (Dorn & Matthews, 1992; Watson & Hubbard, 1996).

A Abertura à Experiência não tem uma relação significativa com o *coping*, mas parece refletir uma abordagem mais flexível, imaginativa e intelectualmente curiosa para lidar com situações stressantes (Watson & Hubbard, 1996). Este fator tem sido associado ao uso do humor como forma de gerir o stresse (McCrae & Costa, 1986).

A Conscienciosidade tem sido associada de forma consistente ao *coping* centrado nos problemas, provavelmente devido à persistência, que é característica dos indivíduos que possuem níveis elevados deste traço (Watson & Hubbard, 1996).

Por último, as pesquisas que se focaram na relação entre a Amabilidade e *coping* são inconsistentes. Existem alguns resultados que apontam para uma relação modesta entre este traço e o suporte social (Hooker, Frazier, & Monahan, 1994; Watson & Hubbard, 1996). Seguidamente abordaremos de forma sucinta as associações entre os estilos de *coping* e os fatores do modelo de personalidade dos cinco fatores estudadas pela literatura

**Neuroticismo** - Como já tínhamos referido, o Neuroticismo caracteriza-se pela tendência para sentir emoções negativas, indutoras de mal-estar e para tender a adotar comportamentos e cognições associados. Entre os traços que definem esta dimensão encontram-se o medo, a irritabilidade, a baixa autoestima, a ansiedade social, uma baixa inibição dos impulsos e o desamparo (Costa & McCrae, 1987). De forma geral, os indivíduos com níveis elevados de Neuroticismo tendem a estabelecer objetivos extremamente altos para si mesmos e a subestimar o seu próprio desempenho (Eysenck, 1947), o que pode fazê-los sentir menos confiantes com a sua capacidade de lidar com a situação. Além disso, os indivíduos com Neuroticismo elevado tendem a ser mais reativos à informação negativa, uma vez que esta é consistente com a sua autoimagem (Reed & Derryberry, 1995).

**Extroversão** - A extroversão está geralmente associada à tendência de ser otimista, de ter uma sociabilidade alta (Costa & McCrae, 1992) e de reavaliar os problemas de forma positiva. As pessoas extrovertidas, com o seu temperamento otimista, tendem a focar-se no lado bom e positivo das suas experiências (Watson & Clark, 1992). A extroversão também tem sido associada à tendência de perceber-se a si próprio como estando melhor do que os outros numa situação semelhante (Gilbert & Allan, 1994).

**Amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade** - A amabilidade tem sido associada de forma modesta ao *coping* em geral, o altruísmo, o respeito pelos outros e a sensibilidade aos desejos dos outros entre os indivíduos com uma amabilidade elevadas podem estar associados a uma tendência a identificar-se com os outros (Watson & Hubbard, 1996).

A inteligência e curiosidade associadas à Abertura à Experiência podem estar relacionadas com a tendência de tentar aprender algo valioso da experiência em termos de crescimento pessoal ou outros resultados positivos. A conscienciosidade tem sido associada principalmente ao *coping* ativo centrado nos problemas (Costa & McCrae, 1992; Goldberg, 1993).

Vários estudos apontam para a relação entre a personalidade e o bem-estar (Costa & McCrae, 1980, 1985). Particularmente, o neuroticismo e a extroversão têm sido associados ao bem-estar negativo e positivo, respetivamente.

O neuroticismo em pacientes oncológicos também tem sido associado a uma tendência a focar-se na interpretação negativa de informações de comparação social, o que se expressava na identificação com os pacientes que tinham um estado de saúde pior do que o deles. Este processo de identificação também parecia mediar a relação negativa entre o neuroticismo e os sentimentos de mestria e incerteza após o tratamento oncológico (Van der Zee, Buunk, Sanderman, Botke, & Van den Bergh, 1999).

No que diz respeito ao ajustamento psicológico, Carver et al. (2005) investigaram a continuidade entre o ajustamento inicial e o ajustamento a longo termo ao Cancro da Mama, bem como o papel que a personalidade desempenhava no ajustamento a longo termo. Para tal, avaliaram o ajustamento psicológico de 163 pacientes com Cancro da Mama no estágio inicial durante o primeiro ano após a cirurgia

e de cinco a treze anos após a cirurgia. Os autores observaram que os relatórios iniciais de bem-estar eram preditores relativamente fortes do bem-estar durante o seguimento. O otimismo inicial e o estado civil também predisseram o ajustamento psicológico no seguimento, ao contrário das variáveis médicas, que não apresentaram nenhum efeito preditor.

Assim, os autores concluíram que a primeira experiência com o cancro predizia o ajustamento ao mesmo anos mais tarde. As perturbações do humor no primeiro ano após a cirurgia predisseram as perturbações do humor no seguimento a longo termo; o nível de sintomas depressivos predizia os sintomas depressivos no seguimento; a qualidade de vida subjetiva predizia a qualidade de vida subjetiva no seguimento; e a disrupção social predizia a disrupção social no seguimento. Todas as associações mencionadas eram moderadamente fortes, e todas se mantiveram quando as variáveis médicas e demográficas relevantes foram incluídas nas equações preditivas. Desta forma, parece existir uma continuidade substancial entre o bem ou mal-estar pouco após o tratamento para o Cancro da Mama e o bem ou mal-estar na sobrevivência de longo-termo. Os autores sugerem que o bem ou mal-estar a longo termo após o tratamento do Cancro da Mama reflete uma continuidade na experiência ao longo do tempo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

O otimismo inicial também predizia os indicadores de bem-estar anos depois. Estes resultados replicam conceptualmente aqueles do estudo de Helgeson, Snyder e Seltman (2004) sobre um índice de recursos pessoais. Os efeitos do otimismo mantiveram-se mesmo quando se incluíram preditores demográficos e médicos relevantes. Este padrão sugere que os efeitos preditores do otimismo no ajustamento a longo termo eram mediados parcialmente pela associação do otimismo com o ajustamento a curto-termo. Todavia, permaneceu um efeito direto do otimismo no

ajustamento. Assim, existem mais fatores envolvidos do que uma tradução estática dum traço a um nível de mal-estar (Carver et al., 1993). Outro resultado importante foi o de que os níveis de confiança relacionados com a evolução do cancro tinham efeitos preditores menos importantes do que o otimismo generalizado.

Schroevers, Ranchor, & Sanderman (2006) realizaram um estudo longitudinal com o objetivo de avaliar o impacto a longo termo do diagnóstico de cancro no funcionamento físico e psicológico. Para tal, compararam 206 indivíduos que sobreviveram ao cancro durante oito anos com uma amostra aleatória de 120 indivíduos sem cancro com idades semelhantes nos Países Baixos. Os autores compararam ambos grupos três meses (T1), 15 meses (T2) e oito anos (T3) após o diagnóstico. Os resultados mostraram que oito anos após o diagnóstico os sobreviventes ao cancro e os indivíduos do grupo de controlo não diferiam de forma significativa quanto ao nível de sintomas depressivos, ansiedade, satisfação com a vida, autoestima, suporte social e satisfação marital. Contudo, os sobreviventes ao cancro relataram ter mais sintomas físicos, e aqueles com uma recidiva também referiram mais limitações nas atividades sociais e domésticas. A maior parte das melhorias no funcionamento observaram-se no ano após o diagnóstico. Todavia, os autores não observaram que os sobreviventes ao cancro experimentassem mais mudanças positivas em si mesmos, nas suas relações ou na vida em geral do que os sujeitos do grupo de controlo. Todavia, muitos dos sobreviventes atribuíram estas mudanças à experiência de cancro.

O impacto do cancro e do seu tratamento no funcionamento físico e psicológico era mais acentuado aos três meses após o diagnóstico. Nos 15 meses subsequentes ao diagnóstico, o funcionamento dos sobreviventes melhorou significativamente, e oito anos após o diagnóstico, os níveis de funcionamento e os recursos psicológicos dos sobreviventes eram semelhantes àqueles do grupo de controlo. Os autores também

observaram a persistência de sintomas físicos (fadiga, problemas no braço e diminuição do apetite sexual), uma maior atenção a esses sintomas e o medo da recidiva, bem como a experiência de consequências positivas.

Os sobreviventes ao cancro tendem a experimentar problemas físicos a longo termo (Bower et al., 2000; Kornblith et al., 2003; Schroevers et al., 2006), o que, aliado a uma diminuição do contacto com os técnicos de saúde, pode levá-los a centrar-se nas mudanças físicas e a preocupar-se com a recidiva. Alguns autores sugerem que dar informação sobre a persistência dos problemas físicos, como interpretar as sensações vagas ocasionais e como reconhecer sintomas da recidiva pode ajudar os sobreviventes a gerir os sentimentos de incerteza e a estabelecer o equilíbrio entre a falta de atenção e a preocupação com os sintomas físicos (Gray et al., 1998; Somerfield et al., 1999).

Como já foi referido, no estudo de Schroevers et al. (2006) os sobreviventes de cancro e os sujeitos do grupo de controlo referiram níveis similares de sintomas físicos 15 meses após o diagnóstico, mas nos sete anos seguintes deu-se um aumento dos sintomas físicos nos sobreviventes. Esta diminuição do funcionamento após um melhoramento inicial no ano após o diagnóstico também foi observada noutro estudo longitudinal sobre o funcionamento físico e sexual (Ganz et al., 1996). Esta mudança não pode ser atribuída à idade, uma vez que não se verificou no grupo de controlo. Rowland (1989) sugeriu que os sobreviventes ao cancro, sobretudo aqueles entre os 46 e os 65 anos de idade podem experimentar um aceleração do processo de envelhecimento real ou imaginado, devido aos efeitos da doença e do seu tratamento. Os fatores de personalidade podem desempenhar um papel importante na perceção e no relato de sintomas físicos, uma vez que os indivíduos com níveis elevados de Neuroticismo podem prestar mais atenção aos sintomas físicos (Feldman, Cohen, Doyle, Skoner, & Gwaltney, 1999).

Schroevers et al. (2006) também observaram que os sobreviventes que tinham sofrido uma recidiva relataram mais limitações nas atividades domésticas e sociais do que os sobreviventes sem recaídas, sugerindo que estas limitações funcionais podem aumentar os sentimentos de dependência e isolamento, sobretudo em adultos mais idosos. Todavia, não observaram que os sobreviventes com uma recidiva sofressem mais sintomas depressivos do que aqueles que não tinham tido uma recidiva, o que é consistente com outros estudos (Frost et al., 2000; Oh et al., 2004). Contudo, Dorval et al. (1998) observaram que a recidiva estava associada ao mal-estar psicológico. Esta discrepância nos resultados dos estudos pode dever-se às diferenças do tempo transcorrido desde a recidiva e o tratamento para a recidiva.

Ao contrário do que seria esperado, no estudo de Schroevers et al. (2006), os sobreviventes ao cancro mostraram níveis estáveis de recursos pessoais e sociais ao longo do tempo e não se observaram diferenças significativas entre os sobreviventes e o grupo de controlo. Uma explicação possível para este resultado é a de que as avaliações globais de autoestima e satisfação com a vida poderão permanecer relativamente inalteráveis ao longo do tempo e serem influenciadas fortemente pela personalidade (Bloom et al., 2004; DeNeve & Cooper, 1998; Katz, Rodin, & Devins, 1995). O mesmo pode dar-se no suporte social, já que os autores avaliaram a discrepância entre o suporte recebido e o necessitado. Assim, é possível que a necessidade de suporte social não seja apenas influenciada pela experiência de cancro, mas também pelas características de personalidade.

Os resultados do estudo de Helgeson et al. (2004) e de Schroevers et al. (2006), mostraram que os níveis mais elevados de sintomas depressivos ocorrem no período inicial após o diagnóstico. Dado que um desajustamento inicial é um forte preditor dos problemas de ajustamento a longo-termo (Carver et al., 2005), é crucial identificar e

implementar precocemente intervenções dirigidas aos pacientes oncológicos com um risco mais elevado para problemas psicológicos.

Korotkov e Hannah (2004) analisaram a associação entre o Modelo dos Cinco Fatores e o estado de saúde, comportamento face à doença e comportamento no papel de paciente num estudo longitudinal *two wave*. Para tal, administraram uma lista com 79 adjetivos sobre traços de personalidade para avaliar os cinco fatores, uma medida sobre o stresse vital e dez instrumentos sobre o estado de saúde, o comportamento face à doença e comportamento no papel de paciente a 706 adultos com uma idade média de 37 anos.

As análises de regressão múltipla revelaram que os cinco fatores estavam associados ao estado de saúde de forma independente, que o resultado da relação dos cinco fatores encontrava-se mais frequentemente com as medidas de bem-estar subjetivo (ou seja, o afeto positivo) e que estas relações se atenuavam quando as variáveis autorregressivas *wave one* eram incorporadas nos modelos. Em cada uma das medidas do estado de saúde, o Neuroticismo foi aquele que teve um efeito mais consistente dos cinco fatores. Assim, os resultados sugeriram que a personalidade estava mais associada às medidas subjetivas do que às medidas comportamentais objetivas relacionadas com a saúde. Por exemplo, observou-se que a Conscienciosidade, a Extroversão, a Amabilidade e o Neuroticismo estavam associados às medidas do estado geral de saúde, tanto aos itens individuais como à medida compósita. Os cinco fatores também estavam associados tanto ao afeto positivo como ao negativo, o que corrobora o modelo de bem-estar da saúde (McCrae & Costa, 1991). O Neuroticismo era a única variável associada ao afeto positivo e a Abertura à Experiência e a Extroversão tinham efeitos positivos (embora modestos) no afeto positivo (Korotkov & Hannah, 2004).

Hulbert-Williams, Neal, Morrison, Hood & Wilkinson (2011) exploraram um elevado número de preditores para identificar quais eram aqueles que melhor prediziam o ajustamento ao cancro. Para tal, 160 pacientes com um diagnóstico recente de Cancro da Mama, Cancro Colorrectal, Cancro do Pulmão e Cancro da Próstata completaram os questionários após o diagnóstico, e no seguimento de 3 e 6 meses. Os autores avaliaram a personalidade, as cognições sobre a doença, emoção, *coping* e resultados (ansiedade, depressão e qualidade de vida). Observou-se que entre 47 e 74% da variância nos resultados psicossociais eram explicáveis, embora largas proporções fossem atribuíveis a fatores clínicos, demográficos e a níveis anteriores de ansiedade, depressão e qualidade de vida. Entre as variáveis psicológicas, as avaliações cognitivas eram melhores preditores do que as emoções ou o *coping*.

### **2.7.2. Personalidade e resultados de saúde**

A relação causal mais óbvia entre a personalidade e a saúde é mediada pelos comportamentos de risco, tais como fumar, o abuso de substâncias e o sexo desprotegido; e pelos comportamentos protetores como uma dieta adequada, controle do peso, atividade física, hábitos de sono salutareos, vacinações, condução segura e exames físicos e dentais regulares. As associações mais fortes são as do consumo tabágico (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004). Os outros comportamentos de saúde associados à personalidade mostram uma relação menos direta com a saúde. Por exemplo, a atividade física tem sido associada a um bem-estar físico e mental superior, a um melhor controlo de doenças crónicas e a um risco inferior de mortalidade (U.S. Department of Health and Human Services, 2008), mas os indivíduos mais saudáveis e com mais recursos económicos têm uma maior probabilidade de realizar exercício físico e outros comportamentos benéficos para a saúde.

As influências comportamentais contribuem para as doenças crónicas – como a doença cardíaca e muitos tipos de cancro – ao longo de muitos anos, e por isso os estilos de vida (isto é, a acumulação de hábitos) são especialmente importantes, como vimos no subcapítulo anterior.

De forma geral, o modelo que postula uma associação entre a personalidade e o comportamento de saúde, que por sua vez leva a uma vida saudável ou a doenças, tem sido parcialmente confirmado. Os comportamentos de saúde medeiam as associações personalidade-saúde, mas permanecem variações significativas e existem outros fatores relevantes para esta ligação. Por exemplo, na amostra Terman, o uso abusivo de álcool e tabaco aumentavam o risco de mortalidade, e explicavam parcialmente a relação entre a conscienciosidade durante a infância e a longevidade (Friedman et al., 1995). No estudo *Veterans Affairs Normative Aging*, fumar explicava 40% da variância que ligava o neuroticismo ao risco de mortalidade, o que deixou muita variância por explicar através de outros fatores (Mroczek, Spiro, & Turiano, 2009).

Uma outra via muito importante de ligação entre a personalidade e a saúde é através das situações que as pessoas selecionam, evocam ou para as quais são atraídas, e os padrões de estilos de vida consequentes (Kern & Friedman, 2011). A personalidade é um elemento estável do indivíduo em parte devido à nossa tendência para escolher ambientes, situações saudáveis ou prejudiciais e relações que mantêm o nosso carácter (Buss, 1987; Caspi, Roberts, & Shiner, 2005; Friedman, 2000; Ickes, Snyder, & Garcia, 1997). Por sua vez, estes processos podem influenciar a saúde e o bem-estar. Por exemplo, nos homens do estudo de Terman uma elevada Conscienciosidade atenuava o risco de mortalidade associado a carreiras sem sucesso (Kern, Friedman, Martin, Reynolds, & Luong, 2009) e os indivíduos conscienciosos tinham uma maior probabilidade de permanecer casados e relatavam níveis superiores de satisfação

marital, o que sugere que estes tinham escolhido e mantido mais relações que promoviam a saúde (Tucker, Friedman, Wingard, & Schwartz, 1996). Este resultado sugere que a personalidade influencia a qualidade e quantidade de relações sociais, comportamentos de saúde socialmente dependentes e os resultados de saúde associados. Os indivíduos com uma elevada Conscienciosidade têm uma maior probabilidade de ter carreiras e casamentos estáveis, o que por sua vez melhora a sua saúde e os seus níveis de Conscienciosidade subsequentes (Roberts & Bogg, 2004; Roberts, Caspi, & Moffitt, 2003). Os indivíduos felizes e otimistas empreendem objetiva e subjetivamente uma maior quantidade e qualidade de atividades prazerosas do que os indivíduos neuróticos e pessimistas (Bolger & Zuckerman, 1995; Magnus, Diener, Fujita, & Payot, 1993). De forma semelhante, os indivíduos deprimidos tendem a evitar situações sociais, sofrendo como consequência uma maior solidão e os riscos associados, como um agravamento da depressão e dos seus sintomas, menos comportamentos promotores de saúde e um risco maior de mortalidade (Kemeny, 2007). Por outro lado, a quantidade e a qualidade de relações significativas influenciam os comportamentos que as pessoas levam a cabo, a adesão aos tratamentos médicos, o sucesso dos mesmos, a qualidade de vida, a saúde física e o risco de mortalidade (Taylor, 2007).

Embora a personalidade seja conceptualizada, geralmente, como um aspeto relativamente estável e consistente do indivíduo, as pessoas mudam ao longo do tempo, e tem-se observado a tendência para as pessoas se tornarem mais conscienciosas, amáveis, dominantes, abertas e emocionalmente estáveis à medida que envelhecem (Lüdtke, Trautwein, & Husemann, 2009; Roberts & Del Vecchio, 2000). Além disso, existem pontos de inflexão, ou seja, experiências que requerem uma adaptação a um desafio por parte do indivíduo (Clausen, 1995) que podem alterar padrões de desenvolvimento até então consistentes. Estes acontecimentos podem estar relacionados

com a família, a educação, o trabalho, as transições sociais, os eventos históricos e a saúde (Ronkä, Oravala, & Pulkkinen, 2003). O grau em que estas experiências podem conduzir à disrupção de trajetórias sólidas até àquele momento e conduzi-las para a saúde ou a doença permanece um enigma (Kern & Friedman, 2011).

Neste sentido, o presente estudo pretende averiguar o papel que a personalidade desempenha na adaptação a um acontecimento importante na vida como é a experiência de ter cancro.

A associação entre a personalidade e a saúde pode depender dum traço em particular, das facetas desse traço, das combinações com outros traços e do contexto social (Kern & Friedman, 2011).

A Conscienciosidade é o fator que tem demonstrado um padrão mais evidente, sendo que este fator geral tem mostrado benefícios importantes na saúde, incluindo um risco de mortalidade mais baixo (Kern & Friedman, 2008). Os indivíduos com elevados níveis de Conscienciosidade tendem a ter mais comportamentos protetores da saúde e menos comportamentos de risco, alcançar um maior sucesso académico e laboral e seguir outros padrões saudáveis (Bogg & Roberts, 2004; Friedman, 2008).

O Intelecto ou Abertura à Experiência também predizem resultados saudáveis, mas estes benefícios parecem surgir da componente do intelecto. Os indivíduos inteligentes tendem a compreender e a seguir os conselhos médicos, seguir mais oportunidades de educação, ter mais comportamentos promotores da saúde e menos comportamentos de risco, estabelecer trabalhos estáveis e relações sociais e enfrentam um risco menor de morbilidade e mortalidade (Batty, Deary, & Gottfredson, 2007; Beier & Ackerman, 2003). Porém, os indivíduos com um lado criativo e artístico desenvolvido, ou aqueles que são inteligentes mas estão rodeados por círculos sociais

pouco saudáveis podem ter uma maior tendência para experimentar drogas, álcool, sexo desprotegido e outros comportamentos de risco que aumentam o risco de maus resultados de saúde.

A Extroversão e a Amabilidade têm sido associadas ao comportamento e à saúde de forma inconsistente (Cloninger, 2005; Roberts et al., 2007), provavelmente devido à sua natureza social (Kern & Friedman, 2011). Os indivíduos extrovertidos podem sentir-se especialmente atraídos por meios sociais onde o álcool, o sexo pouco seguro e a condução perigosa são a norma, e conseqüentemente desenvolver um estilo de vida perigoso. Por exemplo, na amostra do estudo de Terman, as crianças alegres tinham uma maior probabilidade de ter comportamentos de risco, o que por sua vez aumentava o seu risco de uma mortalidade precoce (Martin et al., 2002). Por outro lado, os indivíduos extrovertidos tendem a ter redes sociais reforçadas, que são geralmente protetoras contra maus resultados de saúde (Taylor, 2007).

No que diz respeito à Amabilidade, a relação com a saúde e o comportamento pode depender do sexo e da qualidade das relações interpessoais. A hostilidade e a falta de amabilidade predizem uma maior reatividade ao stresse e relações sociais pobres (Smith & Gallo, 2001). Na amostra do estudo Terman, a Amabilidade predizia uma melhor saúde física na velhice e bem-estar subjetivo nos homens, mas não nas mulheres (Friedman et al., 2010). Os indivíduos amáveis estabelecem frequentemente relações sociais fortes e são apreciados pelos outros, mas a saúde pode ressentir-se se o indivíduo coloca consistentemente as suas necessidades em segundo plano para atender as necessidades alheias (Kern & Friedman, 2011).

O papel do Neuroticismo na saúde é menos compreendido. Embora seja crença comum que conduza a resultados de saúde negativos, os resultados a este respeito têm

sido inconsistentes, pelo que é provável que neste caso as facetas e a combinação de tendências neuróticas com outros traços de personalidade sejam especialmente relevantes. Friedman (2000) sugeriu a existência de dois tipos de padrões neuróticos. O primeiro caracteriza-se pela instabilidade emocional, uma visão pessimista do mundo e um estilo interpessoal hostil, que podem levar a comportamentos pouco saudáveis e a resultados negativos para a saúde (Suls & Bunde, 2005). O segundo tipo compreende indivíduos ansiosos e especialmente preocupados e vigilantes com a sua saúde, embora possam relatar sentir mal-estar, estes são objetivamente mais saudáveis e vivem mais tempo (Friedman et al., 2010). Por exemplo, num estudo sobre os estilos de vinculação e o ajustamento com adolescentes, a hostilidade e a depressão mediavam a associação entre os estilos de vinculação e os comportamentos de risco, enquanto a ansiedade suprimia os efeitos de modo que o efeito supressivo da ansiedade contrabalançava o efeito mediador da hostilidade, e agregando os dois as diferenças eram nulas (Cooper, Shaver, & Collins, 1998). De forma semelhante, ser consciencioso e vigilantemente ansioso pode ser especialmente protetor para a saúde. Assim, seria importante distinguir entre estes dois tipos de padrões de Neuroticismo.

Uma questão sobre este fator que ainda não foi respondida de forma satisfatória é até que ponto este aumenta as disrupções sociais e os processos de stresse psicofisiológico reais versus as experiências subjetivas de mal-estar. Na amostra de Terman, os indivíduos neuróticos tinham mais tendência a referir conflitos nas relações subsequentes e um menor bem-estar subjetivo na velhice (Friedman et al., 2010). O neuroticismo prediz a suscetibilidade à dor e os relatos de doenças (Charles, Gatz, Kato, & Pedersen, 2008; Costa & McCrae, 1987).

Todos os traços gerais que compreendem o modelo de personalidade dos cinco fatores têm sido associados à longevidade. A introversão (Wilson, Mendes de Leon,

Bienias, Evans, & Bennett, 2004), uma baixa conscienciosidade (Friedman et al., 1993), uma baixa amabilidade (Miller, Smith, Turner, Guijarro, & Hallet, 1996), o neuroticismo (Almada et al., 1991) e uma baixa inteligência (associada, embora de forma indireta à abertura à experiência, Whalley & Deary, 2001) têm sido identificados como fatores de risco para a mortalidade.

O modelo dos comportamentos de saúde ao longo da vida oferece uma explicação dos mecanismos através dos quais os traços de personalidade afetam a morbidade e a mortalidade (Hampson, Goldberg, Vogt, & Dubanoski, 2007). De acordo com este modelo, as influências da personalidade no estado de saúde são mediadas por padrões de comportamento que beneficiam ou prejudicam a saúde ao longo da vida (Smith & Spiro, 2002). Existem dados sobre as associações entre os traços dos Big Five e práticas de saúde autor reportadas que corroboram este modelo (Booth-Kewley & Vickers, 1994; Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997), embora seja a conscienciosidade o traço que tem recebido maior atenção por parte dos investigadores. A baixa conscienciosidade tem sido associada a vários comportamentos de risco, como ter uma alimentação pouco saudável, fumar e ter pouca atividade física (Bogg & Roberts, 2004). Estes comportamentos de saúde estão associados à morbidade e mortalidade (Thompson, Edelsberg, Colditz, Bird, & Oster, 1999).

Testar modelos de comportamentos de saúde ao longo da vida na mesma amostra é extremamente difícil, e que seja do nosso conhecimento, apenas o *Terman Life Cycle Study* levou a cabo esta tarefa. Friedman et al. (1993) constataram que o uso de tabaco e de álcool mediavam parcialmente os efeitos da conscienciosidade durante a infância na mortalidade. A coorte de Havai permitiu o estudo dos percursos de vida que abrangiam quatro décadas, da personalidade na infância ao estado de saúde na meia-idade, numa amostra multiétnica da população geral. Num estudo prévio desta coorte,

os traços de personalidade na infância prediziam o uso de tabaco, de álcool, o índice de massa corporal (IMC) e a saúde percebida na vida adulta (Hampson, Goldberg, Vogt, & Dubanoski, 2006). Este estudo também demonstrou a mediação parcial dos efeitos da conscienciosidade na saúde percebida através do uso do tabaco e do IMC.

O estudo de Hampson et al. (2007) testou um modelo dos comportamentos de saúde ao longo da vida mais completo, que envolvia todos os traços do modelo dos Big Five e dois mecanismos intervenientes que ligavam a personalidade na infância ao estado de saúde adulto: o nível educativo e os comportamentos de saúde.

No modelo final, a Amabilidade, Conscienciosidade e Intelecto/Imaginação durante a infância estavam positivamente associados ao nível educativo. Um nível educativo elevado predizia uma dieta saudável e menos consumo tabágico, mas também menos atividade física. Uma dieta saudável, não fumar e uma atividade física elevada prediziam um estado de saúde melhor. A Conscienciosidade e o nível educativo elevado também eram preditores diretos do estado de saúde. Além disso, a Extroversão tinham uma associação positiva direta com o consumo tabágico e a atividade física, e a Amabilidade tinha uma associação negativa direta com o consumo tabágico. As mulheres que eram menos amáveis enquanto crianças tinham uma maior probabilidade de fumar durante a vida adulta.

Assim, os resultados obtidos por este estudo apoiam a hipótese da existência de um trajeto vital na predição da saúde. As crianças consideradas mais amáveis, conscienciosas e intelectuais ou imaginativas tinham posteriormente um melhor desempenho académico, e tinham hábitos dietéticos mais saudáveis, fumavam menos e relatavam ter um melhor estado de saúde na idade adulta. Contudo, o estado de saúde também era influenciado por outros fatores que não envolviam este percurso. Por

exemplo, a Conscienciosidade e o nível educativo tinham um efeito direto sobre o mesmo que não envolvia os comportamentos de saúde.

Por outro lado, também se verificaram efeitos diretos dos traços de personalidade nos comportamentos de saúde que não eram mediados pelo nível educativo, como a Extroversão no consumo de tabaco e na atividade física e a atividade no consumo de tabaco. Apesar das diferenças entre homens e mulheres nos níveis dos três comportamentos de saúde, este modelo aplicava-se por igual a ambos sexos.

A combinação de efeitos diretos e indiretos da Conscienciosidade observados por Hampson et al. (2007) também foi encontrada por Friedman et al. (1993), o que sugere que este traço – e quiçá outros – podem influenciar a saúde através duma combinação de comportamentos de saúde e de outros mecanismos.

### **2. 7.3. Personalidade e risco de cancro**

Algumas teorias psicológicas têm postulado a existência de uma personalidade propensa ao cancro, sugerindo que a personalidade é um determinante importante do risco de desenvolver cancro, (Eysenck, 1991; Temoshok, 1987). O conceito de que a falta ou supressão de emoções está implicada nesta associação é comum a estas teorias, embora os constructos exatos da personalidade sejam díspares. Por exemplo, o trabalho pioneiro de Kissen e Eysenck (1962) sugeriu que uma elevada extroversão (ou seja, sociabilidade e procura de sensações) e um baixo neuroticismo – ou estabilidade emocional – caracterizavam os indivíduos propensos ao Cancro do Pulmão. As evidências empíricas (Hilakivi-Clarke; 1997; Hilakivi-Clarke , Rowland, Clarke, & Lippman, 1993; McKenna, Zevon, Corn, & Rounds, 1999) para estas teorias de uma personalidade propensa ao cancro são, todavia, limitadas tanto no que respeita aos mecanismos biológicos subjacentes como no que concerne os dados epidemiológicos.

De acordo com a meta-análise de McKenna et al. (1999), vários estudos de caso-controle têm estudado a associação entre a personalidade e o risco de Cancro da Mama, obtendo resultados inconsistentes. Vários destes estudos observaram um risco acrescido em relação à supressão de emoções no geral e da raiva em particular (Brémond, Kune, & Bahnson, 1986; Fox, Harper, Hyner, & Lyle, 1994; Grassi & Cappellari, 1988; Greer & Morris, 1975; Morris, Greer, Pettingale, & Watson, 1981; Pettingale, Watson, & Greer, 1984; Wirsching, Stierlin, Hoffmann, Weber, & Wirsching, 1982) e menos estudos em relação a outras características da personalidade, como uma extroversão elevada (Coppen & Metcalfe, 1963) e um nível baixo de comportamento de tipo A, ou seja, não ser competitivo, ambicioso ou pressionado pelo tempo e ser descontraído (Cheang & Cooper, 1985; Faragher & Cooper, 1990). Todavia, outros estudos não observaram nenhuma associação entre a personalidade e o risco de ter cancro. (Edwards et al., 1990; O'Donnell, Fisher, Irvine, Rickard, & McConaghy, 2000; Price et al., 2001; Priestman, Priestman, & Bradshaw, 1985).

De forma geral, os poucos estudos de coorte de grande dimensão realizados sobre este tema não reportaram uma relação entre a personalidade e o risco de Cancro da Mama (Bleiker et al., 1996; Hahn & Petitti, 1988; Lillberg et al., 2002).

Por exemplo, Nakaya et al. (2003) estudaram o papel da personalidade no desenvolvimento do cancro num estudo prospetivo de grande dimensão. Em 1990, 30.277 residentes do distrito de Miyagi (no norte do Japão) preencheram uma versão abreviada do Eysenck Personality Questionnaire-Revised e um questionário sobre vários hábitos de saúde. Existiam 671 casos prevalentes de cancro no início do estudo, e foram identificados 986 casos incidentes durante o seguimento de 7 anos. Os autores estimaram o risco relativo de cancro incidente (total, de estômago, colorretal, mama e pulmão) de acordo com os quatro níveis de cada uma das quatro subescalas de

personalidade (extroversão, neuroticismo, psicoticismo e mentira), ajustando-o ao sexo, idade, educação, consumo tabágico e de álcool, índice de massa corporal e história familiar de cancro.

Os riscos relativos multivariados para o cancro total para os indivíduos com o nível mais elevado de cada subescala comparados com aqueles com o nível mais baixo foram 0,9 para a extroversão, 1,1 para o psicoticismo, 0,9 para a mentira e 1,2 para o neuroticismo. Não se verificaram associações entre qualquer subescala de personalidade e o risco para cancros específicos. O neuroticismo tinha uma associação linear, positiva e significativa com o cancro prevalente no início do estudo e com os 320 casos incidentes de cancro diagnosticados durante os primeiros três anos de seguimento. Todavia, não se verificaram associações entre o neuroticismo e os 666 casos diagnosticados do quarto ao sétimo ano de seguimento. Assim, os autores concluíram que os seus resultados não apoiavam a hipótese de que a personalidade fosse um fator de risco para a incidência de cancro. Postularam ainda que a associação entre o neuroticismo e o cancro prevalente seria uma consequência – e não uma causa – do diagnóstico e dos sintomas associados a esta doença.

Bleiker, van der Ploeg, Hendriks e Adir (1996) também investigaram a ligação entre os fatores de personalidade e os fatores de risco somático com o desenvolvimento de Cancro da Mama primário num estudo longitudinal. Para tal, enviaram um questionário de personalidade a todas as mulheres residentes em Nijmegen (Holanda) que tivessem uma idade igual ou superior a 43 anos, de 1989 a 1990. As mulheres que desenvolveram Cancro da Mama entre aquelas que devolveram os questionários preenchidos foram comparadas a aquelas mulheres sem o diagnóstico de cancro no que diz respeito aos fatores de risco somático e aos traços de personalidade – como a ansiedade, raiva, depressão, racionalidade, anti-emocionalidade (isto é, a ausência de

comportamentos emocionais ou a falta de confiança nos seus próprios sentimentos), compreensão, otimismo, suporte social e a expressão e controlo de emoções. No total, 9705 mulheres devolveram os questionários preenchidos de forma a poderem ser utilizados para análise estatística. Entre estas mulheres, 131 foram diagnosticadas com Cancro da Mama de 1989 até 1994. Foram seleccionadas 771 participantes para o grupo de controlo, emparelhadas na idade.

Os autores observaram uma associação estatisticamente significativa entre o risco aumentado de ter Cancro da Mama e as seguintes variáveis: ter um membro da família de primeiro grau com Cancro da Mama (versus não ter um familiar de primeiro grau afetado,  $RV = 4.05$ ); a nuliparidade (versus ter tido uma criança antes dos 30 anos de idade,  $RV = 2,67$ ) e uma pontuação relativamente alta na escala de personalidade de anti-emocionalidade (versus uma pontuação baixa,  $RV = 1,19$ ).

Assim, com a exceção desta associação fraca entre uma pontuação elevada na escala de anti-emocionalidade e o desenvolvimento de Cancro da Mama, a hipótese de que os traços de personalidade podem diferenciar as mulheres com Cancro da Mama e sem Cancro da Mama não foi apoiada pelos resultados deste estudo.

Anos mais tarde, Bleiker et al. (2002) conduziram um estudo de seguimento com a mesma corte do estudo de 1996, que incluiu as 9.705 mulheres que fizeram parte dum programa de rastreio populacional de Cancro da Mama e que completaram um questionário de personalidade entre 1989 e 1990. As 217 mulheres que desenvolveram Cancro da Mama de 1995 a 2003 constituíram o grupo clínico e foram comparadas com mulheres da mesma idade sem Cancro da Mama que constituíram o grupo de controlo (868) no que diz respeito aos traços de personalidade e aos fatores de risco para o Cancro da Mama. Nenhum dos fatores de personalidade estavam significativamente

associados a um risco acrescido de Cancro da Mama, com ou sem ajustes para os fatores de risco médicos. Da mesma forma, a ocorrência da combinação de vários traços de personalidade (isto é, a chamada “personalidade propensa ao cancro”) não estava associada ao desenvolvimento de Cancro da Mama.

Schapiro et al. (2001) também investigaram o efeito da personalidade, medida pelo Inventário da Personalidade de Eysenck, na incidência de cancro em 1.031 indivíduos que participaram num inquérito de saúde Dinamarquês em 1976 e 1977 e que foram seguidas durante 20 anos. O número esperado de casos de cancro foi estimado com base nas taxas de incidência por idade, sexo e localização do tumor no município de Copenhaga. No total, foram observadas 113 neoplasias entre os membros da coorte entre a data da entrevista e 1996. Não foram observados desvios estatisticamente significativos do risco relativo por unidade em nenhuma medida da personalidade, nem se observou um excesso de risco para nenhum tipo específico de cancro. O modelo de regressão, com ajustamentos para a idade, o sexo, o período do calendário, o consumo de álcool e de tabaco, as doenças psiquiátricas pontuadas pelo entrevistador, o estado civil e a classe social não mostraram representar um excesso de risco de cancro entre pessoas dos grupos de risco médio e elevado de acordo com o Inventário da Personalidade de Eysenck. Assim, os resultados deste estudo também não apoiam a hipótese de uma associação entre a personalidade e o risco de cancro

Como já mencionámos anteriormente, Lillberg et al. (2002a) investigaram, num estudo longitudinal, se a satisfação com a vida e o neuroticismo – duas medidas que refletem aspetos da ansiedade e da depressão – estavam associadas ao risco de ter Cancro da Mama. A sua amostra era composta por 12.032 mulheres, e foi retirada do um estudo populacional *Finnish Twin Cohort*. A satisfação com a vida e o neuroticismo foram avaliados através de questionários de saúde em 1975 e em 1981. Durante os 21

anos de seguimento, documentaram-se 238 casos de Cancro da Mama no estudo de coorte. Os autores observaram que as taxas de risco eram de 1.0, 0.9 e 1.0 para um nível de satisfação com a vida decrescente (satisfeito, intermédio, insatisfeito), e 1.0, 1.0 e 0.8 para níveis crescentes de neuroticismo (baixo, intermédio, alto). Os resultados não se alteraram após ter em conta possíveis mudanças nos níveis de satisfação com a vida e neuroticismo entre 1975 e 1981. Estes dados indicam que a satisfação com a vida e o neuroticismo não estão associados substancialmente com o risco de Cancro da Mama, pelo que os autores concluíram que o Cancro da Mama não tem uma maior probabilidade de ocorrência em mulheres que se sentem infelizes, insatisfeitas e preocupadas.

Mais tarde, Lillberg et al. (2002b) voltaram a investigar a relação entre as características de personalidade e o risco de Cancro da Mama num estudo longitudinal com 12.499 mulheres finlandesas com idade igual ou superior a 18 anos. As participantes completaram pelo menos uma das seguintes escalas em 1975 e 1981: *Eysenck extroversion*, *Bortner type A behaviour* e uma medida de hostilidade construída pelos autores do estudo, bem como medidas que avaliavam outros fatores de risco potenciais para o Cancro da Mama. De 1976 a 1996, foram identificados 253 casos desta doença. Os autores utilizaram modelos de risco proporcional para estimar as taxas de risco e os intervalos de confiança. As taxas de risco multivariáveis de Cancro da Mama para as mulheres com um nível intermédio e alto de extroversão em 1975 eram de 1,18 (95% IC 0,87 – 1,60) e 0,97 (95% IC 0,64 – 1,47), respetivamente, comparadas com aquelas com um nível baixo de extroversão. Também não se observaram aumentos no risco de Cancro da Mama em relação ao comportamento tipo A e à hostilidade, nem efeitos combinados substanciais das características de personalidade no risco para o desenvolvimento desta doença. Assim, mais uma vez, Lillberg et al. (2002) observaram

que os seus resultados não apoiavam a existência de um papel importante da personalidade na etiologia deste cancro em particular.

Todavia, alguns autores observaram associações, ainda que moderadas, entre algumas dimensões de personalidade e o risco de cancro. Por exemplo, num estudo de caso-controle de Kune, Kune, Watson e Bahnson (1991) que fazia parte dum estudo populacional mais largo sobre a incidência, etiologia e sobrevivência ao Cancro Colorrectal (*The Melbourne Colorectal Cancer Study*) foram entrevistados 637 pacientes com casos novos histologicamente confirmados de Cancro Colorrectal e 714 sujeitos controle da comunidade de Melbourne, emparelhados quando ao sexo e a idade.

A “infelicidade” auto relatada durante a infância ou a vida adulta era significativamente mais frequente entre os casos de cancro, enquanto a “infelicidade com a reforma” estava distribuída de forma semelhante entre os pacientes e os sujeitos do grupo de controlo. As questões formuladas de modo a testar um perfil específico da personalidade como fator de risco para o cancro, incluíam elementos como a negação e a repressão da raiva e de outras emoções negativas, o compromisso com as normas sociais vigentes que resultava na aparência de ser uma boa pessoa, a supressão de reações que podem ofender os outros e a evitação de conflitos. Estes elementos mostraram uma discriminação estatisticamente significativa entre os pacientes e o grupo de controlo. O risco de Cancro Colorrectal postulado por este modelo era independente dos fatores de risco previamente estabelecidos, como a dieta, o consumo de cerveja e a história familiar desta doença, e também era independente de outros fatores potencialmente confundidores, como o nível socioeconómico, estado civil, religião e nacionalidade. De acordo com os autores, estes resultados são consistentes com a hipótese de que o tipo de personalidade pode desempenhar um papel na expressão clínica deste tipo de cancro.

Everson et al. (1996) avaliaram a associação entre níveis baixos, moderados e elevados de desesperança, mortalidade geral e com causa específicas e incidência de enfarte de miocárdio e de cancro numa amostra de 2.428 homens dos 42 aos 60 anos de idade, retirada do estudo longitudinal *Kuopio Ischemic Heart Disease*. Durante os 6 anos de seguimento, ocorreram 174 mortes (87 cardiovasculares e 87 não cardiovasculares, incluindo 40 mortes por cancro e 29 mortes devido a violência ou lesões), 73 casos incidentes de cancro e 95 casos de enfarte de miocárdio. Os autores observaram que os homens que tinham tido pontuações moderadas ou elevadas na escala de desesperança tinham um risco significativamente mais elevado de mortalidade por todas as causas e por causas específicas, comparados com os homens que tinham tido pontuações baixas nesta escala. Os participantes com muita desesperança tinham um risco três vezes mais elevado de morrer por violência e lesões comparados com o grupo de referência. Estas associações mantiveram-se após realizar o ajustamento relativamente a fatores de risco biológico, socioeconómico e comportamental, à saúde percebida, depressão, doença prevalente ou apoio social. Uma elevada desesperança também predizia o enfarte de miocárdio incidente e uma desesperança moderada estava associada à incidência de cancro. Assim, os autores do estudo concluíram que a desesperança constitui um forte preditor de resultados de saúde negativos, independentemente da depressão e de outros fatores de risco -identificados pela literatura científica.

De forma semelhante, Stürmer, Hasselbach e Amelang (2006) avaliaram a relação entre as medidas de personalidade e o risco para a doença cardiovascular e o cancro num estudo longitudinal de coorte em Heidelberg (Alemanha). Neste estudo participaram 5114 homens e mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos em 1992-1995. Durante o seguimento de 8,5 anos, 257 participantes faleceram e

72 foram diagnosticados com um ataque cardíaco, 62 com um acidente vascular cerebral (AVC) e 240 com cancro (morbilidade e mortalidade combinadas). Os autores observaram que um locus de controlo interno elevado sobre a doença estava associado a um risco decrescido de enfarte de miocárdio (risco relativo ajustado para o aumento de um desvio-padrão = 0,75). Um aumento de um desvio-padrão na urgência de tempo estava associado a um risco decrescido de cancro (risco relativo ajustado = 0,83). Todavia, os outros traços de personalidade, como o controle da raiva, o psicoticismo e os sintomas de depressão não estavam associados de forma consistente ao enfarte de miocárdio, ao AVC nem ao cancro. Os autores sugeriram que o locus de controlo interno sobre a doença e a urgência de tempo estavam associados a um risco de doenças crónicas comuns porque afetavam comportamentos associados à saúde.

Como tínhamos referido anteriormente, o papel do sistema imunitário como mediador entre a personalidade e o cancro tem sido tanto apoiado como contestado. Segundo este modelo, a personalidade afeta a função imunitária, particularmente em resposta a acontecimentos vitais stressantes, e estas mudanças na função imunitária conduzem a uma maior vulnerabilidade ao início e progressão do cancro.

Existem algumas evidências sobre a associação da personalidade com os parâmetros imunitários tanto numa base contínua como na resposta a stressores (Segerstrom, 2000). Contudo, ainda não se sabe se estas diferenças são do tipo e da magnitude que poderia afetar a etiologia e o curso do cancro. Por outro lado, o potencial anti tumor do sistema imunitário é modesto (Garssen & Goodkin, 1999; Turner-Cobb et al., 2001). A atividade anti tumor do sistema imunitário pode ser limitada pela reduzida imunogenicidade do tumor, pela atividade anti-imunitária do tumor e pela falta de coestimulação pelo mesmo (Segerstrom, 2002). No entanto, algumas provas sugerem que o sistema imunitário pode ser ativo a lutar contra o cancro. A imunoterapia é eficaz

no tratamento de alguns tipos de cancro, como o Melanoma e as células malignas B, e as células *natural killer* podem desempenhar um papel na imuno-vigilância e citotoxicidade contra a doença metastática (Armstrong, Eaton, & Ewing, 2001; Pardoll, 2001; Whiteside & Herberman, 1995).

Em suma, através da revisão da literatura efetuada pudemos constatar que a personalidade (especificamente os fatores de personalidade conceptualizados por Costa e McCrae) está estreitamente associada às estratégias de *coping*, e como tal, pode influenciar a forma de enfrentar as situações stressantes – como um diagnóstico de cancro – e o ajustamento psicológico às mesmas.

No que diz respeito à associação entre as dimensões da personalidade e o risco de cancro, embora alguns estudos tenham observado relações modestas, a maior parte dos estudos epidemiológicos longitudinais de grande dimensão infirmaram a hipótese da existência dum tipo de personalidade propensa ao cancro.

Todavia, é espectável que a personalidade influencie a saúde através do seu impacto na escolha de ambientes e nos comportamentos individuais que podem ser benéficos ou prejudiciais para o organismo – como a dieta, a atividade física e o consumo de álcool e tabaco – e proteger ou colocar em risco os indivíduos de vir a desenvolver cancro. Outra hipótese que tem sido estudada pela literatura é a de que a personalidade afeta o sistema imunitário e, conseqüentemente, pode ser indiretamente um fator de vulnerabilidade para o cancro. Contudo, serão necessários mais estudos para suportar ou infirmar estas hipóteses e desvendar os mecanismos que explicam as relações entre a personalidade e o organismo.

## **2.8. Estilos de *coping* e cancro**

O *coping* consiste nos processos cognitivos, emocionais e comportamentais através dos quais as pessoas lidam com ou enfrentam situações stressantes. Tem sido conceptualizado pelos investigadores como um traço que permanece estável através das várias situações ou, alternativamente, como um processo fortemente influenciado por fatores situacionais (Petrie & Reynolds, 2007). De acordo com Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, e Gruen (1986), existem três características chave nesta definição. Em primeiro lugar, é orientada para o processo, o que significa que se centra naquilo que o indivíduo pensa e faz numa situação stressante específica, e como isto muda à medida que a situação evolui. Em segundo lugar, os autores vêm o *coping* como contextual, ou seja, influenciado pela avaliação que o indivíduo faz das exigências da situação e os seus recursos para geri-las. A ênfase dada ao contexto significa que as variáveis da pessoa e da situação particular moldam os esforços de *coping*. Em terceiro lugar, os autores afirmam que não realizam assunções sobre aquilo que constitui o *coping* bom ou mau: este é definido apenas como os esforços do indivíduo para gerir as exigências, tenham ou não êxito os seus esforços.

### **2.8.1. Ajustamento à doença crónica**

Stanton et al. (2001) identificaram cinco componentes relacionadas com o ajustamento à doença crónica: 1) mestria das tarefas adaptativas associadas à doença; 2) preservação do estatuto funcional; 3) qualidade de vida percebida, em vários campos; 4) ausência de perturbações psicológicas e 5) baixos níveis de afeto negativo.

Os investigadores, nesta área, cada vez estão a ter em maior consideração os indicadores positivos do ajustamento, como a manutenção de um humor positivo e a redescoberta dum sentido para a vida (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). Estas

conceptualizações revelam que o ajustamento engloba múltiplas componentes que atravessam o domínio interpessoal, cognitivo, emocional, físico e comportamental. Estas componentes também estão interrelacionadas, de modo que o estatuto funcional afeta e é afetado pelos sintomas depressivos nas pessoas com doenças crónicas (DeVellis et al., 1997), e a depressão magnifica o risco de não adesão aos tratamentos médicos nestes pacientes (DiMatteo et al., 2000). Hamurg e Adams (1967) identificaram várias tarefas adaptativas essenciais no ajustamento a transições vitais importantes, incluindo doenças graves: a regulação do mal-estar, a manutenção de valor pessoal, o restabelecimento de relações com as pessoas significativas, a busca da recuperação das funções corporais e o reforço da probabilidade de ter uma situação pessoal e social aceitável uma vez que se obteve a recuperação física.

A teoria da adaptação cognitiva de Taylor (1983) também sublinha o melhoramento da autoestima e a preservação do sentido de mestria, e acrescenta a resolução da procura de significado como tarefa adaptativa. Centrando-se na doença física, Moos e Schaefer (1984) adicionaram as tarefas de gerir a dor e os sintomas, negociar o ambiente de cuidados de saúde e manter relações satisfatórias com o pessoal médico. Outras conceptualizações (Spelten et al., 2002) centram-se no estatuto funcional, que muitas vezes é operacionalizado como a retoma do trabalho remunerado, das atividades de rotina e da mobilidade. A qualidade de vida no domínio físico, funcional, social, sexual e emocional também indica o ajustamento à doença crónica (Cella, 2001, Newman et al., 1996).

O ajustamento define-se geralmente pela presença ou ausência de perturbações psicológicas diagnosticadas, sintomas psicológicos ou afeto negativo (Stanton et al., 2007). No entanto, os investigadores também começaram a estudar o afeto positivo e o crescimento pessoal percebido como indicadores de ajustamento, por vários motivos. O

primeiro é que muitos indivíduos com doenças crónicas referem um ajustamento positivo (Mols et al., 2005). O segundo prende-se com o facto de que o ajustamento positivo não consistir apenas na ausência de mal-estar. Uma doença que muda a vida não exclui a experiência de afetos positivos (Folkman & Moskowitz 2000a) e os indivíduos que encontram um significado positivo na sua doença não são imunes a um mal-estar significativo (Calhoun & Tedeschi 2006). O terceiro motivo é que o afeto positivo e o afeto negativo representam dimensões relativamente distintas e têm determinantes e consequências potencialmente diferentes (Echteld et al. 2003; Kiecolt-Glaser et al. 2002; Pressman & Cohen 2005; Watson et al. 1999). O quarto motivo é que o afeto positivo pode mitigar ou reparar o afeto negativo (Fredrickson, 2001). Por último, é de notar que uma atenção excessiva ao ajustamento positivo também pode ser indesejável, uma vez que a expectativa de um paciente invariavelmente forte dá a este pouca margem de manobra ao atravessar os momentos difíceis associados ao curso da doença (Stanton et al., 2007). Esta obrigatoriedade, de apresentar uma visão positiva, pode levar a que os pacientes caiam na “tirania do pensamento positivo” (Holland & Lewis 2000) ou tenham a noção que qualquer mal-estar ou pensamentos negativos podem exacerbar a doença crónica (Stanton et al., 2007).

Está estabelecido, através de estudos longitudinais de grande escala, que a experiência de uma doença crónica tem consequências psicológicas. Estes estudos demonstraram que a doença crónica provoca uma disrupção na vida das pessoas ao avaliar o seu ajustamento antes e após o diagnóstico da doença.

Por exemplo, na coorte de 48.892 mulheres do *Nurses' Health Study*, 759 foram diagnosticadas com Cancro da Mama durante um período de quatro anos (Michael et al., 2000). Após o controlo nas análises de covariantes, as mulheres diagnosticadas com cancro experimentavam um aumento na dor e um declínio na função física e social, na

vitalidade e na capacidade de desempenhar papéis emocionais e físicos, comparadas com as mulheres que não tinham recebido um diagnóstico de cancro. As diferenças entre os grupos mantiveram-se em quatro dos sete domínios de qualidade de vida durante quatro anos após o diagnóstico, embora fossem aparentes menos problemas à medida que aumentava o tempo transcorrido entre o diagnóstico e a avaliação.

Polsky et al. (2005) examinaram cinco vagas bianuais do *Health and Retirement Study* em mais de 8000 adultos com idades entre os 51 aos 61 anos sem sintomas depressivos significativos no início do estudo. Dois anos após o diagnóstico de cancro, os pacientes tinham um risco mais elevado de ter sintomas depressivos significativos (taxa de risco = 3,55 vs. não ter doença), que diminuíram durante os seis anos seguintes.

Apesar do elevado risco de mal-estar, existe uma variabilidade considerável no ajustamento à doença crónica. Hegelson et al. (2004) identificaram trajetórias de funcionamento em mulheres com Cancro da Mama dos quatro aos 55 meses após o diagnóstico. Os autores observaram que 43% da amostra evidenciava uma qualidade de vida psicológica elevada e estável, 18% iniciavam com pontuações baixas na qualidade de vida percebida e melhoravam ligeiramente ao longo do tempo e 26% evidenciavam um funcionamento psicológico reduzido pouco tempo após o diagnóstico mas mostravam uma melhoria rápida, e 12% tinham um declínio imediato e substancial no funcionamento psicológico com um ligeiro melhoramento subsequente.

Andersen et al. (1989) observaram que o cancro cria “ilhas” de disrupção em domínios específicos da vida e em pontos particulares da trajetória da doença. Por exemplo, o medo ou a incerteza acerca do futuro, as limitações físicas e a dor são preocupações frequentes em várias doenças (Dunkel-Schetter et al., 1992, Newman et al., 1996), mas a ameaça à vida é mais relevante no cancro e na doença cardíaca. Os efeitos no trabalho e nas atividades diárias e o impacto económico do tratamento são

questões que se colocam na maioria das doenças crónicas (Stanton et al., 2007). Embora existam pontos comuns, é de notar a variabilidade considerável nas preocupações em pessoas, tempos e contextos diferentes.

A maioria das teorias sobre o ajustamento psicológico à doença convergem na ideia de que a forma como os indivíduos vêm a sua doença é um determinante fundamental dos esforços de *coping* e do ajustamento subsequente (Stanton et al., 2007). A teoria do stress e do *coping* de Lazarus (Lazarus & Folkman 1984) constitui a base para a maioria da pesquisa sobre o ajustamento relacionado com a doença. Nesta teoria, os processos de avaliação cognitiva têm uma importância central, como a avaliação primária – na qual o indivíduo avalia o potencial da situação para danos e benefícios – e a avaliação secundária – na qual o indivíduo avalia a sua capacidade de controlar a situação e os recursos disponíveis. Mais adiante exploraremos de forma mais aprofundada este modelo. As ameaças percebidas à saúde e aos objetivos de vida, as expectativas relacionadas com a doença e encontrar significado na experiência são os três processos de avaliação que receberam mais atenção por parte dos investigadores (Stanton et al., 2007).

Os teóricos consideram as implicações percebidas da doença para os próprios objetivos de vida como um dos determinantes mais importantes do ajustamento. A conceptualização de Lazarus (1991) da avaliação primária inclui elementos da relevância dos objetivos, a sua congruência e o significado pessoal da doença. Na teoria da autorregulação de Carver e Scheier (1998), a doença representa uma experiência que pode interferir com os planos e as atividades que dão sentido à vida (Scheier & Bridges 1995). Na medida em que o indivíduo percebe a doença como impeditiva de atingir objetivos desejados ou como intrusiva nas atividades valorizadas, é provável que sinta mal-estar. Os pacientes com Cancro da Próstata que se acomodam à doença ao alterar

objetivos importantes de vida parecem ser menos negativamente afetados pela disfunção física do que os homens que não os mudam (Lepore & Eton 2000). A teoria da autorregulação de Leventhal (Leventhal et al., 2001) destaca as ameaças percebidas ao sistema do “eu” com respeito à causa da doença, identidade, evolução, controlabilidade e consequências. Por exemplo, os indivíduos que vêem o seu cancro como crónico ou cíclico evidenciam um maior mal-estar do que aqueles que o conceptualizam como uma doença aguda, tendo sido efetuado o controlo do estágio real da doença (Rabin et al., 2004).

As expectativas sobre o controle da experiência da doença crónica e a confiança nas capacidades do próprio para efetuar um resultado desejado também contribuem para o ajustamento (Stanton et al., 2007). A doença crónica pode diminuir, ou destruir, a percepção de controlo sobre a integridade corporal, a planificação diária de envolvimento em atividades valorizadas e sobre a própria vida. Uma das características que definem a doença crónica é que um envolvimento comprometido nos tratamentos médicos e a adoção de comportamentos saudáveis não garante, por si só, o controlo sobre os resultados, e os indivíduos percebem um maior controlo sobre as consequências da doença (por exemplo, a gestão dos sintomas) do que sobre o seu desfecho (Affleck et al., 1987b, Thompson et al., 1993).

Um sentimento de controlo geral prediz um menor mal-estar em pacientes com cancro submetidos a transplantes de medula óssea antes da alta hospitalar e um ano depois (Fife et al., 2000) e em pacientes com cancro submetidos a radioterapia (Stiegelis et al., 2003). Thompson e Kyle (2000) concluíram que as expectativas de controlo não tinham necessariamente de corresponder às oportunidades realistas de controlo para dar benefícios, embora outros autores tenham sugerido que a utilidade das avaliações do

próprio controlo depende do fato de a ameaça responder às tentativas de controlo (Christensen & Ehlers 2002).

Para confirmar a ideia de que uma experiência desagradável durante a doença crónica pode ser vista pelo paciente como uma contrariedade temporária e não como a infirmação das suas crenças de controlo, Helgeson (1992) observou que a perceção de controlo protegia os pacientes que eram re-hospitalizados durante o estudo. Os pacientes re-hospitalizados que reportavam um forte sentimento de controlo pessoal sobre a sua doença tinham um funcionamento emocional comparável aos pacientes que não precisaram de outra estadia no hospital.

As expetativas de eficácia percebida também predizem o ajustamento. Carver et al. (2000) afirmaram que o controlo percebido apenas era importante na medida em que contribuía para as expetativas de resultados positivos. Em duas amostras de pacientes com Cancro da Mama, a expetativa de permanecer livre de cancro predizia um menor mal-estar durante o ano seguinte, enquanto o controle percebido sobre a doença não predizia o mal-estar (Carver et al., 2000). Um constructo semelhante, a expetativa de reação – isto é, perguntar aos pacientes quão cansados esperavam estar após o tratamento, sem referências ao controlo percebido – também prediz os resultados. As expetativas de reação sobre a dor e a fadiga avaliadas antes da cirurgia de Cancro da Mama prediziam estes resultados após a cirurgia, tendo sido controlado o mal-estar pré-cirurgia (Montgomery & Bovbjerg 2004).

### **2.8.2. O coping e o ajustamento ao cancro**

Embora esteja limitada pelos problemas na conceptualização, avaliação e metodologia (Folkman & Moskowitz 2004, Somerfield & McCrae 2000), a literatura leva-nos a concluir que o *coping* afeta o ajustamento às doenças crónicas. Os esforços de *coping* podem ser dirigidos a aproximar-se ou evitar as exigências da doença crónica

(Suls & Fletcher 1985), e esta contínua aproximação-evitação também reflete um constructo motivacional fundamental (Carver & Scheier 1998, Davidson et al., 2000). As estratégias de *coping* ativas ou orientadas para o enfrentamento incluem a procura de informação, a resolução de problemas, a busca de suporte social, uma tentativa ativa de identificar benefícios na experiência e a criação de saídas para a expressão emocional.

Em contraste, o *coping* orientado para o evitamento envolve estratégias cognitivas como a negação e a supressão, e estratégias comportamentais como o desprendimento. As estratégias de *coping* que as pessoas usam e a sua utilidade variam à medida que as tarefas adaptativas da doença mudam (Blalock et al., 1993). Minimizar a ameaça – uma estratégia de evitação – pode ser útil em pontos agudos de crise. Todavia, a pesquisa indica que a evitação normalmente prediz níveis superiores de desajustamento ao longo do tempo (Roesch et al., 2005, Stanton et al., 2001). Por exemplo, em comparação com as mulheres menos evitantes, as pacientes com Cancro da Mama que tinham um estilo de evitamento cognitivo elevado, antes da biópsia da mama, reportaram um maior mal-estar nesse ponto, após o diagnóstico de cancro e após a cirurgia (Stanton & Snider 1993). O *coping* através do evitamento pode levar a comportamentos prejudiciais, como o consumo de álcool, induzir paradoxalmente pensamentos e emoções intrusivos relacionados com a doença (Wegner & Pennebaker 1992) ou impedir esforços de *coping* mais eficazes.

Embora os resultados não sejam tão uniformes como os relacionados com o evitamento (Roesch et al., 2005, Stanton et al., 2001), as estratégias orientadas para o enfrentamento parecem ser mais eficazes. As estratégias de *coping* que incluem o relaxamento diário e esforços ativos para reduzir a dor contribuem para a redução da dor e para a melhoria do humor (Keefe et al., 1997). Os resultados positivos das intervenções que incentivam o uso de estratégias orientadas para o enfrentamento, como

a resolução de problemas e o processamento emocional também sugerem a utilidade desta estratégia de *coping* (Savelkoul et al., 2003).

É provável que as estratégias de *coping* mediem as relações entre os atributos de personalidade (como por exemplo o otimismo), os processos de suporte interpessoal e o ajustamento, ou que moderem os efeitos de outros preditores. Por exemplo, a combinação de um elevados níveis de *coping* orientado para o evitamento e um baixo suporte social foi identificada como um fator de risco para o mal-estar em indivíduos com doenças crónicas (Devine et al., 2003, Jacobsen et al., 2002), e o *coping* de evitamento é um facilitador das relações entre os comportamentos não apoiantes por parte do parceiro e o mal-estar dos pacientes com cancro (Manne et al., 2005), por razões que se prendem com o defraudar das expectativas do parceiro (a) de que o (a) paciente enfrente os problemas associados à sua doença.

Como foi referido anteriormente, o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984) é aquele que tem tido um maior impacto na conceptualização das relações do *coping* com as doenças crónicas. De acordo com este modelo, as respostas de *coping* dos pacientes são determinadas tanto pela avaliação do grau de ameaça que coloca a doença, como pelos recursos considerados disponíveis para ajudá-los a enfrentar a situação. Esses recursos incluem não só os pessoais, mas também os instrumentais (acessibilidade a cuidados médicos de qualidade, por exemplo). Neste modelo, as respostas de *coping* dividem-se em estratégias centradas nos problemas e estratégias centradas nas emoções. A função do *coping* centrado nos problemas é alterar ativamente a situação stressante de alguma maneira, enquanto o *coping* centrado nas emoções é dirigido a regular a resposta emocional do paciente ao stressor (Petrie & Reynolds, 2007).

O modelo de Lazarus sobre o stresse e o *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) é transacional no sentido em que considera que a pessoa e o ambiente têm uma relação dinâmica, mutuamente recíproca e bidirecional. Os autores conceptualizam o stresse como uma relação entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pelo indivíduo como excedendo os seus recursos e colocando o seu bem-estar em perigo. A teoria identifica dois processos como mediadores essenciais das relações stressantes pessoa-ambiente e os seus resultados imediatos e a longo-termo: a avaliação cognitiva e o *coping*. A avaliação cognitiva é um processo através do qual a pessoa avalia se um encontro particular com o ambiente é relevante para o seu bem-estar e de que maneira (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Existem dois tipos de avaliação cognitiva: a primária e a secundária. Na avaliação primária, a pessoa avalia o que está em causa nesse encontro, como por exemplo, se existe uma ameaça ou benefício potencial para a autoestima. Uma série de características de personalidade, incluindo os valores, compromissos, objetivos e crenças acerca de si mesmo e do mundo influenciam a definição daquilo que o indivíduo julga que está em causa para o seu bem-estar em transações stressantes específicas (Folkman et al., 1986).

Na avaliação secundária o indivíduo avalia o que pode ser feito para ultrapassar ou prevenir o dano ou melhorar as perspetivas de benefício. Várias opções de *coping* são avaliadas, como mudar a situação, aceitá-la, procurar mais informação ou controlar-se para não agir impulsivamente.

Como já referimos no início deste subcapítulo, o *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo para gerir, reduzir, minimizar, dominar ou tolerar as exigências internas e externas da transação pessoa-ambiente que é avaliada como stressante ou que excede os recursos do indivíduo (Folkman et al., 1986). O *coping* tem duas funções principais: lidar com o problema que está a causar o mal-estar

(*coping* centrado nos problemas) e regular as emoções associadas (*coping* centrado nas emoções (Lazarus & Folkman, 1984). Foram identificadas várias formas de *coping* centrado nos problemas e nas emoções (Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1980; Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, in press).

O *coping* centrado nos problemas refere-se aos esforços dirigidos à resolução ou gestão do problema que causa mal-estar. Este inclui estratégias para recolher informação, tomar decisões, planificar e resolver conflitos. Inclui também esforços dirigidos a adquirir recursos (como habilidades, ferramentas e conhecimento) para ajudar a lidar com o problema subjacente e ações instrumentais, específicas para a situação e orientadas à tarefa (Lazarus & Folkman, 1984). Normalmente, este tipo de *coping* não aparenta ter muita relação com o significado, já que é na sua natureza centrado nas tarefas e instrumental. Todavia, o *coping* centrado nos problemas pode estar imbuído de significado: em primeiro lugar, porque envolve a identificação de objetivos específicos da situação que empenham o indivíduo e focam a sua atenção; em segundo lugar, porque a adoção deste tipo de *coping* torna possível ao indivíduo sentir-se eficaz e experimentar uma mestria situacional e controlo (Folkman & Moskowitz, 2000). Ambas funções baseadas no significado do *coping* centrado nos problemas são críticas para o bem-estar (Carver & Scheier, 1998; Klinger, 1998).

As formas de *coping* centrado nas emoções incluem o distanciamento, o autocontrolo, a procura de suporte social, a fuga ou evitamento, aceitar a responsabilidade e a reavaliação positiva.

A reavaliação positiva refere-se às estratégias cognitivas para reenquadrar uma situação de forma a vê-la no seu lado positivo. Este conceito é semelhante àqueles da relembração dos benefícios (Affleck & Tennen, 1996) e da comparação social

descendente (Wood, 1989), sendo que ambos se referem a estratégias de *coping* que permitem ao indivíduo avaliar uma situação difícil de forma mais positiva. A reavaliação positiva tem sido associada ao afeto positivo em acontecimentos stressantes (Aldwin, 1994). Esta estratégia muitas vezes envolve valores enraizados que são ativados pela situação stressante. Este tipo de *coping*, no qual as pessoas se centram no valor dos seus esforços e os avaliam positivamente, pode ser especialmente importante para ajudar as pessoas a suster esforços ao longo de períodos prolongados de tempo (Folkman & Moskowitz, 2000), como pode ser o processo do cancro, desde o diagnóstico até à remissão.

Cada resposta pode ser potencialmente adaptativa ou desajustada, dependendo da situação. Algumas estratégias centradas nas emoções mostram benefícios positivos em várias doenças, ou em períodos específicos do processo. A reatribuição de significado à doença dando-lhe um prisma positivo, aceitar a doença e utilizar o suporte social são estratégias de *coping* adaptativas em muitas doenças crónicas. Contudo, outras estratégias centradas na emoção como tentar ignorar a situação através da desistência ou de evitar pensar na doença têm sido associados a um mal-estar e incapacidade acrescidos (Carver et al., 1993; Dunkel-Schetter et al., 1992; Felton et al., 1984).

Stanton et al. (2000) testaram a hipótese de que o *coping* centrado nas emoções – que envolvia o processamento e a expressão ativa de emoções – melhorava o ajustamento e o estado de saúde em pacientes com Cancro da Mama. As 92 pacientes, que integraram o estudo, foram avaliadas 20 semanas após o tratamento médico e três meses depois. As mulheres que, no início do estudo, utilizavam um *coping* centrado nas emoções e que exprimiam os sentimentos acerca do cancro tinham menos consultas médicas para doenças associadas ao cancro, uma melhor saúde física e vigor e um menor mal-estar durante os seguintes três meses comparadas àquelas com uma baixa

expressividade emocional. Foram controladas estatisticamente variáveis como a idade, as pontuações noutras estratégias de *coping* e os níveis iniciais nas variáveis dependentes. O *coping* expressivo também estava associado a uma melhor qualidade de vida para aqueles que percebiam os seus contextos sociais como altamente recetivos. As análises que incluíam a esperança disposicional sugeriram que o *coping* expressivo pode servir como um veículo de êxito para a prossecução de objetivos.

Também Aspinwall e MacNamara (2005), demonstraram que os sujeitos em que predominava a expressão de emocionalidade positiva relativamente à negativa e uma intervenção psicológica eficaz tendiam a apresentar maior sobrevida e menos recidivas, em relação ao Cancro da Mama.

As estratégias centradas nos problemas, que em teoria deveriam ter um maior potencial adaptativo, muitas vezes fracassam em demonstrar uma relação significativa com os resultados nas doenças crónicas. Porém, procurar informação acerca da doença e planificar parecem ser as duas estratégias que têm a relação mais consistente com os resultados positivos (Felton et al., 1984). Estas estratégias parecem ter efeitos mais significativos quando o stressor é avaliado pelo paciente como controlável (Folkman et al., 1993). A ausência de uma relação significativa entre as estratégias centradas nos problemas e os resultados positivos pode dever-se a uma incompatibilidade entre as situações que não são alteráveis ou controláveis e a utilização de estratégias centradas nos problemas por parte do paciente.

O estudo de Danhauer, Crawford, Farmer e Avis (2009) analisou as estratégias de *coping* utilizadas ao longo do tempo e a relação recíproca entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida entre 267 mulheres jovens com Cancro da Mama (com uma idade média de 43 anos). As participantes completaram os questionários no prazo de seis meses após o diagnóstico, seis semanas e seis meses mais tarde. Os questionários

incluíam perguntas sobre as estratégias de *coping*, qualidade de vida, fatores médicos e sociodemográficos. Os autores observaram que a reestruturação positiva cognitiva era a estratégia mais frequentemente utilizada. Ao longo do tempo, a procura de suporte social, a espiritualidade e o pensamento baseado em desejos (*wishful thinking*) diminuíram, e o distanciamento aumentou. A qualidade de vida prévia ao diagnóstico predizia três estratégias de *coping* subsequentes: a procura de suporte social, guardar os sentimentos para si próprio e o pensamento baseado em desejos. Todavia, as estratégias de *coping* estavam minimamente relacionadas com a qualidade de vida subsequente.

As estratégias ou estilos de *coping* abrangem um vasto leque de reações e comportamentos em resposta a situações stressantes que podem resultar quer no acréscimo quer no decréscimo do ajustamento psicológico (Folkman & Lazarus, 1988). Têm sido enumeradas várias estratégias de *coping* nos pacientes oncológicos, como a procura de informação, a procura de apoio social, a reformulação positiva, o distanciamento, a negação, o evitamento cognitivo-comportamental, o espírito de luta, o *coping* centrado nos problemas, o *coping* centrado na emoção, entre outros (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992; Nelson, Friedman, Baer, Lane, & Smith, 1989; Nordin, Berglund, Terje, & Glimelius, 1999).

Dunkel-Schetter et al. (1992) observaram que o distanciamento era a forma de *coping* mais comum nos participantes do seu estudo. Esta estratégia estava negativamente associada ao nível educativo mas não ao tempo transcorrido desde o diagnóstico. É expectável que a maioria dos indivíduos com cancro se distancie cognitiva e comportamentalmente da doença e dos seus efeitos adversos, devido à incerteza do desfecho de muitos cancros e da sua incontrolabilidade (Dunkel-Schetter et al., 1992). Centrar-se nos aspetos positivos era uma estratégia mais comum nos indivíduos religiosos e mais jovens. Os autores observaram diferenças significativas

entre os grupos religiosos neste fator de *coping*: os católicos eram o grupo com maior tendência a adotar este estilo, seguidos pelos protestantes, judeus e por último os indivíduos sem preferências religiosas, que eram os que utilizavam menos esta estratégia de *coping*. Centrar-se nos aspetos positivos também estava associado a estar empregado, mas não ao nível de stresse percebido. Os autores referem que esta estratégia parece ter origem mais nas características pessoais do que nas situacionais. Em contraste, a procura de suporte social estava fortemente associada a um maior stresse percebido devido ao cancro e a um maior número de limitações funcionais, uma preocupação mais frequente pelo cancro e níveis educativos mais elevados.

O evitamento cognitivo estava associado a um menor nível educativo e uma maior religiosidade. Os autores observaram relações significativas entre este tipo de *coping* e rendimentos inferiores, o desemprego e uma preferência religiosa cristã. As análises também indicaram que este tipo de *coping* era mais comum nos pacientes com uma doença recorrente, os que estavam em tratamento e aqueles com maiores limitações funcionais. Dado que ambos métodos de evitamento-escape estavam relacionados com o grau de stresse percebido, Dunkel-Schetter et al. (1992) consideram que estes são padrões de *coping* influenciados pela situação. Todavia, o evitamento cognitivo ocorre mais em resposta a condições médicas problemáticas atuais, enquanto o evitamento comportamental parece dar-se mais em resposta a um tratamento de cancro passado e aos problemas residuais que dele derivaram.

O evitamento comportamental era a única estratégia de *coping* associada ao tempo transcorrido desde o diagnóstico: quanto mais tempo tinha passado desde o diagnóstico, mais utilizavam este tipo de *coping* para lidar com os problemas relacionados com o cancro. As pessoas que adotavam o evitamento comportamental frequentemente viviam sozinhas (Dunkel-Schetter et al., 1992). Enquanto o nível de stresse percebido, devido

ao cancro, estava associado a três das cinco estratégias de *coping*, o problema específico relacionado com o cancro e os fatores médicos não estavam relacionados com a forma de *coping* que os indivíduos adotavam. Os resultados deste estudo realçam a importância dos fatores subjetivos no estudo dos processos de *coping* com a doença.

Como observámos pelos resultados deste estudo, verificam-se diferenças religiosas nos tipos de *coping* utilizados para enfrentar o cancro. A pesquisa também tem observado diferenças culturais nas estratégias de *coping*. Por exemplo, observou-se que os afro-americanos utilizavam um estilo de *coping* mais centrado no evitamento (Rodrigue, 1997), os hispânicos utilizam mais a auto distração e ambos os grupos de minorias étnicas utilizam menos as estratégias de *coping* baseadas no humor e mais na religião do que os caucasianos. Outros autores reportam que os afro-americanos tendem a utilizar mais o pensamento baseado nos desejos, a reavaliação positiva e a supressão de emoções, enquanto os caucasianos tendem a adotar mais frequentemente a resolução de problemas, o escapismo e a expressão emocional (Reynolds et al., 2000).

Culver, Arena, Antoni e Carver (2002) avaliaram o *coping* e o stresse em mulheres afro-americanas, hispânicas e caucasianas com Cancro da Mama num estágio inicial. As participantes foram avaliadas num estudo longitudinal ao longo de um ano, com início na cirurgia. Os autores observaram que as mulheres afro-americanas relataram os níveis mais baixos de mal-estar – sobretudo antes da cirurgia – e de sintomas depressivos. As mulheres hispânicas relataram os níveis mais elevados de auto distração como resposta de *coping*, e as caucasianas relataram um uso mais elevado de sentido de humor. As mulheres hispânicas relataram níveis mais altos de descarga emocional, enquanto as afro-americanas tinham os níveis mais baixos neste tipo de estratégia. As mulheres afro-americanas e hispânicas utilizavam um *coping* mais

religioso do que as caucasianas. Apesar destas diferenças étnicas, os autores sublinham a existência de semelhanças notáveis entre os grupos.

O estilo de *coping* tem sido associado tanto ao comportamento de enfrentamento como ao ajustamento após o cancro. Por exemplo, o *coping* ativo tem sido relacionado com um maior uso das medicinas alternativas (Sollner et al., 2000) e estratégias específicas como a aceitação, a expressão emocional, o espírito de luta e o humor têm sido associadas a um melhor ajustamento psicológico, enquanto a negação e o desprendimento têm sido associadas a um maior mal-estar (Carver et al., 1993). O otimismo, a resiliência e a integração social são constructos da personalidade considerados recursos de *coping* importantes na promoção de um envolvimento com a vida e com o próprio cuidado médico durante e após o diagnóstico de cancro (Carver, 2005).

Seguindo esta linha de investigação, Classen, Koopman, Angell e Spiegel (1996) realizaram um estudo com o objetivo de determinar se o ajustamento psicológico ao Cancro da Mama avançado estava positivamente associado à expressão de emoções e à adoção dum espírito de luta e negativamente associado à negação e ao fatalismo. Os autores utilizaram a escala *Profile of Mood States* para avaliar o ajustamento psicológico, a *Courtauld Emotional Control Scale* para avaliar a expressão emocional e o *Mental Adjustment to Cancer* para avaliar o espírito de luta, a negação e o fatalismo. A amostra do estudo incluiu 101 mulheres com o diagnóstico de Cancro da Mama com metástases ou recorrente. Os autores do estudo observaram que o espírito de luta e a expressividade emocional estavam relacionados com um melhor ajustamento, embora não se tivessem verificado associações entre os distúrbios do humor e a negação ou o fatalismo. Todavia, ao tratar-se de um estudo transversal, não foi possível estabelecer

relações de causalidade entre o ajustamento e a expressividade emocional ou o espírito de luta.

O estudo de Schnoll, Harlow, Stolbach e Brandt (1998) elaborou um modelo de equação estrutural para avaliar as relações entre o estágio do cancro, a idade, o estilo de *coping* e o ajustamento psicológico em 100 mulheres diagnosticadas com Cancro da Mama. As análises efetuadas por estes autores mostraram que o modelo mediacional era aquele que melhor se ajustava aos dados; ou seja, a idade e o estágio da doença não estavam diretamente associados ao ajustamento psicológico, mas eram mediados pelo estilo de *coping*. Este modelo mostrava que as mulheres mais jovens e as mulheres com um estágio inicial da doença usavam níveis mais elevados da estratégia de *coping* caracterizada por um espírito de luta e níveis mais baixos de estratégias de *coping* caracterizadas pela desesperança ou impotência, preocupação ansiosa e fatalismo. Esta primeira estratégia estava, por sua vez, relacionada a um melhor ajustamento psicológico.

Também Lavery e Clarke (1996) encontraram associações entre o estilo de *coping* e o ajustamento psicológico ao cancro num estudo retrospectivo de 244 mulheres australianas. Os autores pretenderam estudar o tipo de atribuições causais e o seu impacto nas estratégias de *coping* adotadas por mulheres com Cancro da Mama em relação ao seu ajustamento à doença. Embora 70% das mulheres fizessem atribuições sobre a origem do seu cancro, estas não tinham um ajuste significativamente melhor do que as mulheres que não tinham realizado atribuições. Das mulheres que tinham feito uma atribuição causal, o tipo de atribuição, quer fosse controlável ou incontrolável determinavam a medida na qual as mulheres mostravam um comportamento de procura de informação. Os autores verificaram ainda que as mulheres que percebiam a causa do seu cancro como surgida de circunstâncias incontroláveis eram mais ativas na procura

de informação sobre o Cancro da Mama do que as mulheres que percebiam a causa do seu cancro como originária de circunstâncias controláveis. Os diferentes tipos de estratégias de *coping* adotadas pelas mulheres estavam associados com o seu ajustamento. As mulheres que consideravam o seu ajustamento excelente mostraram níveis mais baixos de impotência, tinham feito menos mudanças no seu comportamento social, estavam mais preocupadas com a sua doença, procuravam mais alternativas à terapia médica e exibiam mais comportamentos de procura de informação do que as mulheres com um ajustamento menos adequado.

Também Stanton, Danoff-burg e Huggins (2002) estudaram a capacidade das estratégias de *coping* específicas da situação e da esperança (uma tributo mais estável) para predizer prospectivamente o ajustamento desde o período subsequente ao diagnóstico até a primeiro ano. A amostra compunha-se de 70 mulheres com Cancro da Mama de estágio I ou II. Os autores constataram que o *coping* através da aceitação ativa no momento do diagnóstico predizia um ajustamento mais positivo ao longo do tempo, e que o *coping* orientado para o evitamento predizia um maior medo de recorrência do cancro. Os autores observaram ainda que o *coping* através da religião era mais eficaz para as mulheres com menos esperança, e os resultados sugeriram que as estratégias de *coping* centradas no enfrentamento tinham maiores benefícios de adaptação para as mulheres com uma elevada esperança. Os resultados do estudo também sugeriram que os fatores protetores e de risco para o ajustamento durante o primeiro ano de sobrevivência podem ser identificados anteriormente à cirurgia para o Cancro da Mama, sobretudo quando as duas características disposicionais – a esperança e as estratégias de *coping* específicas à situação – são tidas em conta.

No que diz respeito ao impacto das estratégias de *coping* na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, Filazoglu e Griva (2008) realizaram um estudo com o objetivo

de investigar o papel do suporte social e do *coping* na explicação da qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVS) em 188 pacientes turcas de Cancro da Mama. Os autores observaram níveis elevados de QDVS elevados, uma associação inversa no *coping* de desamparo e a QDVS e uma associação positiva entre o suporte social, o *coping* religioso, otimista e centrado nos problemas e a QDVS. Os autores observaram ainda que o tempo transcorrido desde o diagnóstico, o tempo transcorrido desde a operação, o tratamento pós-operatório, o suporte social e a o *coping* centrado nos problemas eram preditores significativos da QDVS, explicando aproximadamente 55% da variância na QDVS física e emocional. O *coping* e o suporte social tinham um efeito independente sobre a QDVS, superior às variáveis sociodemográficas e médicas.

### **2.8.3 *Coping, sobrevivência e recorrência do cancro***

Motivado pela falta de uma compreensão clara acerca das causas e dos tratamentos para o cancro, um movimento crescente de autoajuda tem centrado a sua atenção no papel do stresse e do *coping* no cancro. Este interesse público levou muitos investigadores a estudar empiricamente a relação entre os estilos de *coping* e o diagnóstico, sobrevivência e recidiva do cancro. Vários estudos de pequena dimensão sugerem que ter um espírito de luta está associado a melhores resultados médicos, enquanto a repressão das emoções, a negação, o evitamento, o sentimento de impotência e a desesperança podem estar associados a piores resultados. Porém, as falhas metodológicas e a falta de resultados significativos na maioria destes estudos sugerem que estas associações são fracas (Gerits, 2000; Petticrew, Bell, & Hunter, 2002). No entanto, tem-se observado que alguns fatores psicológicos, como a depressão, influenciam os resultados médicos dos pacientes oncológicos.

Por exemplo, Reynolds et al. (2000) realizaram um estudo de grande dimensão para avaliar a associação entre as estratégias de *coping* e a sobrevivência ao Cancro da

Mama em mulheres caucasianas e afro-americanas. Para tal, administraram um questionário modificado do *Ways of Coping* de Folkman e Lazarus a 442 mulheres afro-americanas e 405 mulheres caucasianas diagnosticadas com Cancro da Mama invasivo durante 1985 e 1986 e seguiram estas pacientes até 1994. Os autores observaram que as estratégias de *coping* centrado nas emoções estavam significativamente associadas à sobrevivência, e que a expressão de emoções estava associada a uma maior sobrevivência (taxa de risco = 0,6). Quando se considerava conjuntamente com a presença ou ausência de suporte emocional percebido, as mulheres que reportavam níveis baixos de expressão emocional e de suporte emocional percebido experienciavam uma sobrevivência mais baixa do que as mulheres que tinham níveis elevados em ambas variáveis (taxa de risco = 2,5). As relações de risco eram evidentes para as mulheres de ambas raças e para os pacientes com estádios iniciais e avançados da doença. Os resultados obtidos neste estudo sugerem que a oportunidade para a expressão emocional pode aumentar a sobrevivência dos pacientes com Cancro da Mama (Reynolds et al., 2000).

No entanto, uma revisão sistemática da literatura de Petticrew, Bell e Hunter (2002) sobre a influência dos estilos de *coping* (o espírito de luta, a desesperança ou impotência, a negação e o evitamento) na sobrevivência e recidiva dos pacientes com cancro não chegou às mesmas conclusões. Ao analisar estudos observacionais longitudinais sobre este tema, os autores verificaram que dos 26 estudos que investigaram a associação entre os estilos de *coping* e a sobrevivência ao cancro e dos 11 estudos que investigaram a recorrência, a maioria dos estudos que investigaram o espírito de luta (10 estudos) e a desesperança ou impotência (12 estudos) não encontraram associações significativas entre a sobrevivência e a recorrência. As provas empíricas que os outros estilos de *coping* desempenhavam um papel importante também

eram fracas, e os resultados positivos tendiam a verificar-se em estudos pequenos ou com falhas metodológicas. Os autores observaram ainda que a falta de ajustamento para variáveis potencialmente confundidoras era frequente, e que as conclusões positivas sobre uma relação entre os estilos de *coping* e a sobrevivência ou recorrência do cancro eram mais comuns em estudos pequenos, o que indicava um possível viés. Assim, a partir desta revisão da literatura científica Petticrew et al. (2002) concluíram que existem poucas provas consistentes sobre o papel desempenhado pelos estilos de *coping* na sobrevivência ou recorrência do cancro, pelo que os pacientes de cancro não se deveriam sentir pressionados a adotar um estilo particular de *coping* para melhorar os resultados finais da doença.

#### **2.8.4 Atribuição de sentido, encontrar benefícios e ajustamento ao cancro**

Embora a experiência de cancro seja indutora de mal-estar e disruptiva, existe uma consciência crescente de que alguns aspetos da doença são vistos pelos pacientes como algo benéfico. Muitos pacientes referem resultados como uma melhoria dos recursos pessoais, um maior sentido de finalidade, uma maior espiritualidade, laços mais fortes com os outros e alterações nas prioridades da vida (Andrykowski, Brady, & Hunt, 1993; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Dow, Ferrell, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1996; Ferrell, Dow, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1995; Kurtz, Wyatt, & Kurtz, 1995; Stanton et al., 2002; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984). Apesar de parecer paradoxal, alguns pacientes referem que ter sido diagnosticados com cancro foi, na sua generalidade, uma experiência positiva na sua vida. Estes resultados são consistentes com a literatura científica de outras áreas que sugere que os eventos traumáticos podem produzir resultados positivos (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998; Ickovics & Park, 1998; McFarland & Alvaro, 2000; McMillen, Smith, & Fisher,

1997; Mohr et al., 1999; Park, Cohen, & Murch, 1996; Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998; Updegraff & Taylor, 2000).

Assim, tem sido descrito um conceito psicológico semelhante à área do *coping* e do ajustamento sobre diferentes termos, como “crescimento pós-traumático”, “crescimento associado ao stresse” e “encontrar benefícios”. Estes termos referem-se aos ganhos psicológicos positivos que se experienciam como resultado de enfrentar-se com uma situação de vida altamente desafiante e difícil (Tedeschi, & Calhoun, 2004). A pesquisa indica que muitos sobreviventes ao cancro referem ganhos psicológicos como uma maior apreciação e desfrute da vida, ter melhorado as suas relações e ter melhorado a visão de si mesmos como resultado de terem vivido e enfrentado o cancro (Thornton, 2002).

Encontrar sentido na doença crónica tem sido conceptualizado de várias formas. Janoff-Bulman e Frantz (1997) distinguem o sentido como compreensão, isto é, como uma tentativa de determinar como é que um acontecimento faz sentido, e apresenta um significado pessoal relevante. A procura de compreensão muitas vezes promove a consciência sobre a própria vulnerabilidade, o que abre caminho para criar sentido na vida ao gerar significação através das avaliações de valor e de merecimento (Janoff-Bulman & Berger 2000). Desta forma, o sentido como significado pode levar ao indivíduo a encontrar benefícios na experiência da doença crónica. Como referimos anteriormente, os indivíduos afetados por uma doença crónica muitas vezes referem um crescimento pessoal surgido desta experiência (Cordova et al., 2001). Encontrar sentido e benefícios na experiência da doença crónica tem sido estudado quer como um preditor do ajustamento subsequente, quer como um resultado adaptativo em si.

Numa revisão da pesquisa sobre encontrar benefícios nos pacientes com cancro, Stanton et al. (2006) concluíram que a evidência para uma relação entre encontrar

benefícios e o ajustamento é mista. Entre os resultados positivos mais notáveis, o sentido positivo percebido resultante da experiência de Cancro da Mama durante o primeiro ao quinto anos após o diagnóstico predizia um aumento no afeto positivo cinco anos depois (Bower et al., 2005), e encontrar benefícios no ano seguinte à cirurgia para o Cancro da Mama predizia um menor mal-estar e menos sintomas depressivos de quatro a sete anos depois (Carver & Antoni 2004). No entanto, ao ser avaliado precocemente na trajetória do cancro, encontrar benefícios parecia não ter uma relação ou até ter uma relação negativa com o ajustamento positivo (Tomich & Helgeson 2004; Sears et al., 2003). É possível que o empreendimento de encontrar benefícios na experiência da doença tenha funções diferentes ao longo do curso da doença crónica (Stanton et al., 2006).

Encontrar benefícios na experiência de ter cancro parece não ser um fenómeno exclusivo dos países ocidentais. Schroevers e Teo (2008) estudaram a prevalência do crescimento pós-traumático numa amostra de 113 pacientes oncológicos na Malásia e a relação deste com o mal-estar psicológico e o uso de estratégias de *coping* referidos pelos pacientes. Os autores verificaram que muitos pacientes referiram um crescimento pós-traumático, sobretudo no domínio da apreciação da vida. Todavia, esta experiência não estava significativamente associada ao nível de mal-estar psicológico. Os autores observaram ainda que um maior uso de estratégias de *coping* como o suporte instrumental, o reenquadramento positivo e o humor estavam associados a um maior crescimento pós-traumático.

#### **2.8.5. *Coping* espiritual e religioso**

Vários estudos têm sublinhado o papel central que desempenham as crenças espirituais como estratégia de *coping* dos pacientes oncológicos (Ashing-Giwa et al., 2004; Musick, Koenig, Larson, and Matthews, 1998; Potts, 1996). Um resultado que

surge consistentemente é que os pacientes oncológicos de minorias desfavorecidas, como os afro-americanos e os hispânicos, possuem um maior nível de espiritualidade e religiosidade (Bourjolly, 1998; Mickley & Soeken, 1993) e de uso do *coping* espiritual (Culver, Arena, Antoni, & Carver, 2002) do que os pacientes caucasianos. Além disso, os sobreviventes ao cancro de minorias étnicas são aqueles que referem ter mais necessidades espirituais e existenciais insatisfeitas (Moadel et al., 1999).

Por exemplo, Büssing, Ostermann e Matthiessen (2007) avaliaram as estratégias que utilizavam os pacientes alemães idosos internos e externos com doenças crónicas para controlar as suas doenças e se estes estavam convencidos que a espiritualidade e a religiosidade ofereciam efeitos benéficos. Os pacientes referiram contar com estilos de *coping* adaptativo que se referiam tanto à ajuda externa (confiança na ajuda dos médicos, procura de ajudas alternativas, confiança na ajuda de deus) e aos seus poderes e virtudes internos (uma vida saudável e consciente, perspectivas e atitudes positivas). Os autores também observaram que a reavaliação (ver a doença como uma oportunidade) estava fortemente associada à confiança na ajuda de Deus, o que era relevante especialmente nos pacientes oncológicos do sexo feminino. Comparados com os pacientes com outras doenças crónicas, os pacientes oncológicos procuravam significativamente mais um suporte significativo, confiavam mais num poder mais elevado e tinham uma interpretação mais positiva da doença. As mulheres com Cancro da Mama tinham um interesse significativamente superior na procura de um suporte significativo e numa interpretação positiva do que os pacientes com cancro da próstata. As atitudes e convicções religiosas e espirituais estavam influenciadas de forma significativa pelo sexo, a auto categorização espiritual e religiosa e o nível educativo.

Lavery e O’Hea (2010) observaram que os pacientes com cancro frequentemente classificam as atividades religiosas – como rezar e ir à igreja – como a resposta de

*coping* mais frequente à sua doença, e que a maioria destes pacientes relata que a sua fé religiosa constitui uma fonte importante de apoio (Flannelly, Flannelly, & Weaver, 2002; Zwingmann, Wirtz, Muller, Korber, & Murken, 2006). Assim, Lavery e O’Hea (2010) pretenderam estudar a influência do *coping* religioso no sofrimento emocional e na qualidade de vida face a uma doença potencialmente mortal.

O *coping* religioso tem sido associado a um menor mal-estar, bem como a uma maior eficácia percebida e qualidade de vida (Cole, 2005; Shaw et al., 2007; Tarakeshwar et al., 2006).

Contudo, a relação entre o *coping* religioso e o ajustamento à doença (conceptualizado como a ausência de mal-estar e uma boa qualidade de vida) ainda não foi completamente esclarecida. Numa revisão da literatura levada a cabo por Thune-Boyle et al. (2006) observou-se que ainda não existem provas suficientes para tecer conclusões definitivas acerca desta ligação. Dos estudos examinados, sete encontraram uma associação positiva entre o *coping* religioso e o ajustamento à doença, enquanto quatro constataram que o *coping* religioso era prejudicial. Os restantes sete estudos não encontraram associações entre as duas variáveis.

O *coping* religioso é geralmente separado em duas categorias distintas que englobam as práticas religiosas públicas (*coping* religioso extrínseco) e privadas (*coping* religioso intrínseco) (Thune-Boyle et al., 2006). A forma na qual os investigadores conceptualizam e avaliam o *coping* religioso pode ter um impacto significativo nos resultados que obtêm. Thune-Boyle et al. (2006) sugerem que as práticas religiosas públicas dos pacientes oncológicos podem não ser uma resposta à sua doença mas sim representativas de práticas religiosas típicas, pelo que podem não explicar o uso do *coping* religioso no cancro e aconselham os investigadores a estudar o *coping* religioso intrínseco, como as orações privadas.

Vários estudos investigaram os componentes positivos e negativos do *coping* religioso nos pacientes oncológicos (Sherman et al., 2005). O *coping* religioso positivo denota uma aproximação aos recursos religiosos e da fé, bem como encontrar sentido e conforto em resposta ao cancro (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998; Zwingmann et al., 2006). O *coping* religioso positivo também representa uma avaliação do cancro religiosa benevolente, uma crença no propósito da vida, e a perceção duma relação segura com Deus (Tarakeshwar et al., 2006).

Em contraste, o *coping* religioso negativo tem sido definido na literatura como uma luta com dúvidas relacionadas com a fé e a religião, como questionar e negociar com Deus, atribuir o cancro a um castigo de Deus ou afastar-se da religiosidade (Pargament et al., 1998; Zwingmann et al., 2006). Assim, o *coping* religioso negativo reflete uma luta decorrente duma visão negativa da vida e de sentir-se abandonado por Deus (Tarakeshwar et al., 2006). No entanto, as análises exploratórias e fatoriais identificaram dois fatores gerais do *coping* religioso: encontrar sentido na fé em consequência da doença e questionar a fé após a constatação da doença (Pargament et al., 1998; Zwingmann et al., 2006). Algumas investigações empíricas recentes avaliaram se estes dois fatores afetavam o ajustamento à doença nos pacientes oncológicos de forma semelhante ou distinta. De forma geral, os resultados sugerem que o *coping* religioso negativo está negativamente associado ao ajustamento ao cancro, com ligações entre este tipo de *coping* e a depressão, o mal-estar e uma qualidade de vida reduzida (Cole, 2005; Sherman et al., 2005, 2009; Tarakeshwar et al., 2006; Zwingmann et al., 2006). Por exemplo, Cole (2005) verificou que o *coping* religioso negativo estava associado a uma maior depressão, ansiedade e severidade da dor, bem como a um bem-estar físico inferior. De forma similar, os resultados obtidos por Tarakeshwar et al. (2006) sugerem que um maior uso de *coping* religioso negativo está

associado a uma qualidade de vida geral mais baixa e a um ajustamento psicológico inferior. Num estudo longitudinal, Sherman et al. (2009) constataram que o *coping* religioso negativo na base estava significativamente associado a vários correlatos de mal-estar pós-transplante, como níveis maiores de ansiedade e depressão, bem como a um menor bem-estar social, funcional e emocional.

Contudo, a investigação sobre o *coping* religioso positivo é menos clara. Enquanto Zwingmann et al. (2006) observaram uma associação positiva entre este tipo de *coping* e o ajustamento psicológico, outros dois estudos (Sherman et al., 2005, 2009) não encontraram associações significativas entre estas variáveis e Tarakeshwar et al. (2006) verificaram que o *coping* religioso positivo estava relacionado com uma melhor qualidade de vida geral mas que não estava associado ao ajustamento psicológico.

Sherman et al. (2005) apontam para várias razões pelas quais o *coping* religioso negativo poderá ter um impacto mais forte no ajustamento ao cancro do que o *coping* religioso positivo. Estes autores sugerem que é mais provável que o *coping* religioso negativo represente uma mudança subsequente ao diagnóstico de cancro, em vez duma amplificação das respostas de *coping* típicas. Desta forma, o *coping* religioso negativo poderá ser uma manifestação de um ajustamento à doença e psicológico deficiente. Porém, é importante sublinhar que tanto Sherman et al. (2005) como Zwingmann et al. (2006) observaram que os pacientes oncológicos adotam predominantemente um *coping* religioso positivo e tendem a utilizar o *coping* negativo a um nível restrito. Tendo em conta estes resultados, é difícil decidir a medida na qual o *coping* religioso negativo pode afetar o ajustamento do paciente ao cancro ao longo de tempo. As implicações destes resultados são ainda complicadas pelo fato de as investigações terem encontrado relações positivas entre o *coping* religioso positivo e o negativo, o que sugere que os

pacientes podem utilizar estes dois tipos de *coping* religioso em simultâneo (Zwingmann et al., 2006).

Sherman et al. (2009) tentaram obter respostas preliminares a algumas das questões que já mencionamos. Para tal, avaliaram as mudanças no uso de *coping* religioso positivo e negativo em 94 pacientes de mieloma, da base (durante a colheita de células pluripotenciais) até os dez dias que seguiram o transplante (uma média de 3,4 meses). De forma geral, o *coping* religioso positivo e negativo médios não se alteraram significativamente ao longo do tempo, o que sugere que o *coping* religioso se mantém estável ao longo das fases do tratamento. Contudo, os participantes que utilizavam o *coping* religioso negativo de forma crescente sofriam uma intensificação dos sintomas depressivos e reduções no bem-estar físico, emocional e funcional, comparados com os participantes cujo uso deste tipo de *coping* permanecia estável ou diminuía ao longo do tempo. Estes resultados são consistentes com aqueles obtidos por outros estudos que ligavam o *coping* religioso negativo com um pior funcionamento físico geral (Tarakeshwar et al., 2006). Ao mesmo tempo, as mudanças no *coping* religioso positivo não estavam associadas aos resultados físicos ou psicológicos.

## 2.9. Suporte social

### 2.9.1. Suporte social e saúde

É consensual que o suporte social é um conceito complexo, dinâmico e percecionado em função das circunstâncias de vida e dos seus protagonistas. Tem sido muito estudado nas últimas décadas, quer na sua conceptualização, quer na sua aplicação à investigação. No entanto, a diversidade de conceções, o seu grau de abstração, as suas definições, bem como os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação são ainda muito díspares (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003).

Em geral, considera-se que o suporte social afeta a saúde mental e física através da sua influência nas emoções, cognições e comportamentos das pessoas (Cohen, 1988). No caso da saúde mental, pensa-se que o suporte social mantém a regulação destes sistemas de resposta e previne respostas extremas associadas à disfunção (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000). Esta regulação ocorre através da comunicação daquilo que é esperado, de normas apropriadas, de recompensas e castigos e através do fornecimento de apoio de *coping* (Cassel, 1976; Thoits, 1986).

Também se considera que o suporte social tem um papel no risco, na progressão e na recuperação das doenças físicas. Neste caso, coloca-se a hipótese de que as relações sociais influenciam os comportamentos com implicações para a saúde, como a dieta, o exercício físico, o consumo tabágico e de álcool, o sono e a adesão a tratamentos médicos (Cohen et al., 2000). Por exemplo, DiMatteo (2004) realizou uma meta-análise sobre o suporte social e a adesão do paciente aos tratamentos médicos. O autor encontrou 122 estudos, entre 1948 e 2001 que relacionavam o suporte social estrutural ou funcional à adesão do paciente aos tratamentos médicos e observaram que o suporte

prático é aquele que apresenta uma associação mais elevada com a adesão e que esta era 1,74 vezes mais alta em pacientes de famílias coesas e 1,53 vezes mais baixa em pacientes provenientes de famílias em conflito. O autor verificou ainda que estar casado e viver com outra pessoa aumentava modestamente a adesão aos tratamentos.

Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes e Kawachi (2006) examinaram a relação entre os laços sociais e a sobrevivência após o diagnóstico de Cancro da Mama em 2.835 mulheres do *Nurses' Health Study* que tinham sido diagnosticadas com Cancro da Mama (com estádios entre o I e o IV) entre 1992 e 2002. Destas mulheres, 224 faleceram (sendo 107 mortes associadas ao Cancro da Mama) até 2004. As redes de suporte social foram avaliadas em 1992, 1996 e em 2000. O suporte social foi avaliado em 1992 e em 2000 como a presença e a disponibilidade de um confidente. As mulheres que estavam socialmente isoladas antes do diagnóstico tinham um risco subsequente acrescido de 66 de mortalidade por todas as causas, e o dobro do risco de mortalidade por Cancro da Mama quando comparadas com as mulheres socialmente integradas. As mulheres sem familiares próximos (Taxa de risco = 2,65), sem amigos (Taxa de risco = 4,06) ou sem filhos vivos (Taxa de risco = 5,62) tinham um risco mais elevado de mortalidade por cancro e por outras causas do que as mulheres com mais laços sociais. A participação em atividades religiosas ou comunitárias ou ter um confidente não estavam associadas aos resultados. É provável que o risco mais elevado de mortalidade após o diagnóstico de cancro nas mulheres socialmente isoladas se deva à falta de acesso aos cuidados, sobretudo aos cuidados benéficos por parte dos amigos, dos familiares e dos filhos adultos (Kroenke et al., 2006).

Além disso, o fracasso na regulação das respostas emocionais também contribui aos problemas psicológicos e pode desencadear mudanças relevantes na saúde nas

respostas aos sistemas neuro-endócrino, imunitário e cardiovascular (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt Glaser, 1996).

Existem dois modelos teóricos que identificaram as condições sob as quais os diferentes tipos de suporte social influenciam a saúde: O modelo da mitigação do stresse e o modelo dos efeitos diretos (Cohen & Wills, 1985).

O modelo da mitigação do stresse propõe que o suporte social está relacionado com a saúde apenas em pessoas sob stresse. O modelo do efeito principal ou direto sugere que os recursos sociais têm um efeito benéfico independentemente das pessoas estarem a sofrer stresse (Cohen et al., 2000). Em estudos correlacionais, observou-se que frequentemente a disponibilidade percebida dos recursos sociais atua como mitigadora do stresse, enquanto a integração social geralmente não interatua com o stresse mas age independentemente dos níveis de stresse (Cohen & Wills, 1985; Schwarzer & Leppin, 1989).

De acordo com o modelo do efeito principal, os indivíduos que participam em redes sociais estão sujeitos ao controlo social e à pressão do grupo de pares que influenciam os comportamentos de saúde normativos. Por exemplo, as suas redes de apoio social podem influenciar a frequência com que realizam atividade física, se seguem uma dieta baixa em gordura ou se fumam. Considera-se também que a integração numa rede social proporciona uma fonte de afeto positivo generalizado, sentimentos de previsibilidade e estabilidade, de sentido de pertença e de segurança, bem como de reconhecimento do próprio valor devido à capacidade que o indivíduo demonstra para cumprir as expetativas quanto ao seu papel social (Thoits, 1983; Wills, 1985).

Presume-se que estes estados psicológicos positivos são benéficos porque reduzem o desespero (Thoits, 1985), resultam numa maior motivação para cuidar de nós mesmos (Cohen & Syme, 1985) ou redundam na supressão da resposta neuro-endócrina e num melhoramento da função imunitária (Uchino et al., 1996). Ter vários laços dentro de uma rede social também fornece várias fontes de informação e por isso aumenta a probabilidade de ter acesso a uma fonte de informação adequada. A informação pode influenciar os comportamentos relevantes para a saúde ou auxiliar o indivíduo a evitar ou minimizar situações stressantes ou comportamentos de risco. Por exemplo, os membros da rede podem dar informações sobre o acesso aos serviços de cuidados médicos ou sobre as vantagens dos comportamentos que influenciam positivamente a saúde e o bem-estar (Cohen et al., 2000). A rede pode operar na prevenção das doenças ao proporcionar ajuda tangível e económica e resulta numa saúde melhor e em melhores cuidados de saúde para os membros da mesma. Por exemplo, os membros da rede podem fornecer comida, roupa e habitação, que previnem as doenças e limitam a exposição a fatores de risco (Cohen et al., 2000). As redes também podem dar informações sobre os cuidados de saúde que previnam o agravamento de doenças menores. É também possível que seja o isolamento que cause a doença, em vez da integração social proteger ou melhorar a saúde. Esta abordagem assume que o isolamento aumenta o afeto negativo e o sentido de alienação e diminui os sentimentos de controlo e de autoestima.

É ainda possível que o isolamento seja um stressor por si próprio. Embora nos tenhamos centrado sobre os efeitos principais associados a uma rede de apoio integrada, as perceções sobre a disponibilidade do suporte também têm sido associadas a efeitos principais e de mitigação. Estas associações podem dever-se a estados afetivos e cognitivos positivos associados ao conhecimento e segurança proporcionados pela

disponibilidade dos outros em épocas de necessidade. A disponibilidade percebida também pode mitigar os stressores menores e quotidianos, que muitas vezes não são avaliados pelos estudos que se centram nos acontecimentos de vida stressantes significativos. Desta forma, aquilo que parece ser um efeito principal pode tratar-se de situações mitigadoras ou stressantes não avaliadas (Cohen et al., 2000).

No que respeita ao modelo da mitigação do stresse, este propõe que o suporte opera ao prevenir as respostas aos acontecimentos stressantes que são prejudiciais à saúde (Cohen et al., 2000). O suporte pode desempenhar um papel nos vários momentos diferentes na cadeia causal que liga os stressores à doença (Lazarus & Folkman, 1984). Em primeiro lugar, a crença que os outros nos proporcionarão os recursos necessários pode redefinir o potencial de dano colocado por uma situação e fortalecer a capacidade percebida para lidar com as exigências do ambiente, prevenindo assim que uma situação particular seja avaliada como altamente stressante (Thoits, 1986). Em segundo lugar, as crenças de suporte podem reduzir ou eliminar a reação afetiva a um acontecimento stressante, diminuir as respostas fisiológicas ao mesmo ou prevenir outras respostas comportamentais desajustadas (Cohen et al., 2000). Foi também observado que a disponibilidade de pessoas com quem falar sobre os problemas reduz os pensamentos intrusivos que agem para manter respostas desajustadas crónicas aos acontecimentos stressantes (Lepore, Silver, Wortman, & Wayment, 1996).

A receção real de suporte também pode desempenhar um papel na saúde. O suporte pode aliviar o impacto do stresse percebido ao fornecer uma solução para o problema, ao reduzir a importância atribuída ao mesmo ou ao proporcionar uma distração do problema. Também pode tranquilizar o sistema neuro-endócrino de modo a que o indivíduo esteja menos reativo ao stresse percebido ou facilitar comportamentos saudáveis como o exercício e uma nutrição adequada (Cohen & Wills, 1985).

A maior parte das tarefas adaptativas nas doenças crónicas requerem a ajuda dos outros, como o amparo emocional e a ajuda tangível. O suporte social afeta os resultados de adaptação através de vias fisiológicas, emocionais e cognitivas (Wills & Fegan, 2001). Pode ajudar os recipientes do mesmo a utilizar estratégias de *coping* eficazes ao fornecer-lhes uma compreensão mais clara do problema e aumentar a sua motivação para empreender ações. O suporte também pode incentivar a adotar comportamentos de saúde positivos ou minimizar os comportamentos de risco, bem como diminuir a reatividade fisiológica perante o stresse. Debater sobre as preocupações associadas à doença num ambiente social de apoio e acrítico permite aos pacientes abordar as tarefas adaptativas da doença de forma mais adequada (Stanton et al., 2007).

A maior parte da pesquisa que tem avaliado os efeitos dos laços interpessoais nas doenças crónicas focou-se nos seus efeitos positivos. Tanto os aspetos estruturais dos laços sociais (como o estado civil ou o tamanho da rede de suporte social) como as dimensões funcionais (por exemplo, validar as emoções e fornecer informação) podem acarretar benefícios (Carver et al., 2005, Demange et al., 2004). Além disso, um forte suporte social contribui para explicar as trajetórias de ajustamento psicológico nos pacientes oncológicos nos quais esse ajustamento é melhor conseguido (Helgeson et al., 2004).

Embora o suporte social seja geralmente avaliado como uma característica relativamente estável do ambiente social dum indivíduo, este pode alterar-se ao longo do tempo. O suporte social pode erodir-se, e o maior mal-estar relatado pelo paciente pode pressagiar esta erosão dos laços sociais (Alferi et al., 2001, Moyer & Salovey, 1999). Assim, a natureza dinâmica do ajustamento pode refletir o desenrolar de fatores interpessoais e intrapessoais (Stanton et al., 2007)

As relações próximas podem ser uma fonte de apoio e de cuidados, mas também podem caracterizar-se por mal-entendidos, desaprovações e antagonismo. As tentativas bem-intencionadas de suporte podem ter resultados negativos se, por exemplo, ocorrerem numa má altura ou não corresponderem às necessidades percebidas pelo paciente (Cutrona & Russell, 1990). De forma similar, os pacientes que relatam problemas de comunicação com a sua equipa de cuidados médicos evidenciam um aumento do mal-estar três meses depois (Lerman et al., 1993). Na coorte do *Nurses' Health Study*, o isolamento social anterior a um diagnóstico de Cancro da Mama predizia uma qualidade de vida inferior quatro anos após o diagnóstico, explicando uma maior proporção da variância do que os fatores associados ao tratamento e ao tumor. Estes resultados demonstram a importância da ausência do suporte social no ajustamento dos pacientes oncológicos (Michael et al., 2002).

As crises vitais podem esmagar as pessoas significativas, comprometendo a sua capacidade para proporcionar um apoio eficaz (Bolger, Foster, Vinokur, & Ng, 1996). Estes autores avaliaram o funcionamento relacional de 102 pacientes com Cancro da Mama e as pessoas mais significativas para as mesmas, entrevistando-as aos quatro e dez meses após o diagnóstico. Os resultados obtidos apontaram para um funcionamento negativo da relação entre as pacientes e os seus entes queridos. Embora os outros significativos lhes dessem apoio em resposta à incapacidade física das pacientes, estes retiravam o apoio em resposta ao mal-estar emocional das pacientes. Além disso, o apoio dos outros significativos não aliviava o mal-estar das pacientes nem promovia a sua recuperação física. Os autores sugeriram que a eficácia das relações significativas nas alturas de stresse severo é limitada.

Na mesma linha, Koopman, Hermanson, Diamond, Angell, e Spiegel (1998) avaliaram as associações entre o ajustamento emocional ao Cancro da Mama avançado,

dor, suporte social e stresse vital em 102 mulheres com Cancro da Mama metastático ou recorrente. Os autores avaliaram três tipos de suporte social: O número de pessoas na rede de apoio; o suporte positivo e o suporte aversivo; tendo observado interações significativas entre o stresse vital e o suporte social. Ter mais pessoas na rede de suporte estava associado a um grau menor de perturbações do humor, mas apenas entre os pacientes que tinham sofrido um maior stresse vital. O contato social aversivo também estava significativamente associado às perturbações do humor, e ter mais contatos sociais aversivos estava particularmente associado à perturbação de humor nos pacientes que tinham vivido um maior stresse ao longo da vida. A intensidade da dor estava associada a um maior stresse vital, e não estava relacionada com o suporte social. Os resultados deste estudo corroboram a “hipótese da mitigação”, segundo a qual o suporte social pode proteger dos efeitos do stresse vital prévio no ajustamento emocional, neste caso às mulheres com Cancro da Mama metastático. Todavia, o suporte aversivo pode constituir uma fonte adicional de stresse e estar associado ao mal-estar emocional, pelo que é pertinente distinguir entre os tipos de interações de apoio que se dão com os membros das redes de suporte social.

Como já tínhamos referido, apesar de o suporte social proporcionar benefícios psicossociais às mulheres com Cancro da Mama, estas podem sofrer um desencontro entre o apoio que desejam e aquele que recebem dos membros da rede de suporte social. Reynolds e Perrin (2004) avaliaram o papel do apoio desejado e indesejado no ajustamento psicossocial de 79 mulheres em recuperação do Cancro da Mama. Os autores observaram que os padrões distintos de suporte desejado não estavam associados a um ajustamento psicossocial melhor ou pior. Todavia, um descompasso entre o apoio entre o dador e o recipiente influenciavam significativamente o

ajustamento psicossocial e o apoio social indesejado mas recebido estava associado a um baixo ajustamento psicossocial.

A pesquisa com casais nos quais um tinha uma doença crónica proporciona algumas pistas sobre a forma em que a natureza transaccional do suporte social afeta o ajustamento dos pacientes. Os sintomas depressivos podem suscitar sentimentos de irritação e ressentimento no parceiro, o que por sua vez conduz a uma maior raiva e um fornecimento reduzido de apoio (Druley et al., 2003, Revenson & Majerovitz, 1990). Da mesma forma, os pacientes podem interpretar de forma errada os comentários negativos dos parceiros, entendendo que estes são incompetentes ou impotentes. Num estudo com mulheres idosas com osteoartrite, este padrão de interação entre os cônjuges predizia um aumento nos sintomas depressivos seis meses mais tarde (Martire et al., 2002).

Num estudo dos pacientes com Cancro da Mama e os seus parceiros, um comportamento pouco apoiante percebido por parte do parceiro, que incluía evitação e criticismo, predizia o mal-estar destas mulheres ao longo do tempo (Manne et al., 2005). Na mesma linha de resultados, um baixo constrangimento social mitigava a relação entre os pensamentos intrusivos relacionados com a doença e o mal-estar subsequente em pacientes oncológicos (Lepore, 2001).

Northouse, Mood, Templin, Mellon, e George (2000) realizaram um estudo com pacientes de cancro de cólon e os seus cônjuges (56 casais) com o objetivo de comparar as perceções sobre a doença, os recursos, o stresse concomitante e o ajustamento no primeiro ano subsequente à cirurgia; avaliar a influência do sexo (homem vs. mulher) e do papel social (paciente vs. cuidador) nas variáveis mencionadas; examinar o grau de associação entre o ajustamento dos pacientes e o dos seus cônjuges e identificar os fatores que afetavam o ajustamento à doença. Os casais foram entrevistados uma

semana após o diagnóstico e 60 dias e um ano após a cirurgia. Os autores constataram que os cônjuges relatavam um mal-estar emocional significativamente superior e menos suporte social do que os pacientes. As mulheres relataram sentir mais mal-estar, mais problemas associados ao papel social e menos satisfação marital, independentemente de serem o paciente ou o cônjuge. Tanto os pacientes como os cônjuges relataram decréscimos no seu funcionamento familiar e no suporte social, mas também uma diminuição do mal-estar emocional ao longo do tempo. Observaram-se ainda associações entre o ajustamento dos pacientes e o dos cônjuges ao longo do tempo. Os preditores mais fortes dos problemas de ajustamento ao papel dos pacientes eram a desesperança e os problemas de papel dos cônjuges. Por sua vez, os preditores mais fortes dos problemas de ajustamento ao papel entre os cônjuges eram os seus problemas de papel inicial e o nível de satisfação marital.

Existem pelo menos duas razões pelas quais o ambiente social é um campo especialmente importante no estudo da adaptação ao cancro. Em primeiro lugar, demonstrou-se que alguns aspetos do ambiente social promovem o bem-estar e protegem os indivíduos dos efeitos prejudiciais dos acontecimentos de vida stressantes, como ter um diagnóstico de cancro e todas as implicações que daí decorrem (Cohen & Wills, 1985). Tanto os aspetos estruturais das redes de suporte social – como o tamanho – como os aspetos funcionais – por exemplo, o suporte emocionais – têm sido associados à morbilidade e à mortalidade por cancro (Glanz & Lerman, 1992; Reynolds & Kaplan, 1990), embora a pesquisa sobre este tema não seja muito abundante

Em segundo lugar, o cancro é um acontecimento stressante que tem um forte impacto nas relações interpessoais (Peters-Golden, 1982). Dado que o cancro é uma doença potencialmente fatal e que muitas vezes é caracterizada por um estigma social, os membros das redes de apoio social dos pacientes oncológicos podem afastar-se

destes ou reagir de forma inapropriada (Helgeson & Cohen, 1996). O cancro também pode afetar indiretamente as relações, ao restringir as atividades sociais dos pacientes, o que por sua vez afetará o seu acesso aos recursos interpessoais (Bloom & Kessler, 1994; Bloom & Spiegel, 1984). Desta forma, as pessoas às quais lhes é diagnosticado um cancro podem ter dificuldades acrescidas em obter recursos sociais precisamente no período no qual mais os necessitam (Dakof & Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984).

Apesar da experiência de cancro depender de uma série de variáveis, como as sociodemográficas (a idade, o sexo, a classe social), o local do tumor primário, o estágio da doença e o tipo de tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia), Helgeson e Cohen (1996) afirmam que os pacientes com cancro são confrontados com uma série de desafios psicossociais comuns e que, em consequência, têm necessidades semelhantes que podem ser satisfeitas pelas pessoas do seu ambiente social.

Existem alguns dados sobre as diferenças étnicas existentes a nível do suporte social, sobretudo nos Estados Unidos. Os autores que se debruçaram sobre este tema observaram a existência de vulnerabilidades específicas entre os sobreviventes ao cancro Afro-Americanos e Hispânicos (Aziz & Rowland, 2002; Bourjolly, Kerson, & Nuamah, 1999; Rodrigue, 1997). Friedman et al. (2006) estudaram as associações entre a personalidade, o suporte social e o ajustamento ao cancro numa amostra de 81 pacientes numa clínica num hospital que tinha como utentes principalmente a hispânicos e afro-americanos com baixos rendimentos, e observaram que o otimismo e a satisfação com o suporte social explicavam 43% da variância no bem-estar social e familiar.

Um diagnóstico de cancro desafia asunções básicas sobre o próprio e sobre o mundo (Janoff-Bulman & Frieze, 1983), e um ajustamento adequado envolve a

recuperação e renovação destas premissas (Taylor, 1983). Especificamente, um diagnóstico de cancro pode induzir sentimentos de inadequação pessoal, uma diminuição do sentido de controlo, um aumento do sentimento de vulnerabilidade e confusão (Rowland, 1989). Como tínhamos referido, as pessoas que fazem parte do ambiente social do paciente podem comportar-se de tal forma que influenciam estas reações à doença.

Podemos afirmar que existem fundamentalmente três tipos de interações sociais apoiantes: a emocional, de informação e instrumental (House, 1981; House & Kahn, 1985; Thoits, 1985). Em teoria, cada tipo de suporte pode influenciar uma ou mais das reações à doença acima mencionadas (Helgeson & Cohen, 1996). O apoio emocional engloba a comunicação verbal e não-verbal de cuidado e preocupação. Inclui a escuta, o “estar aí”, a empatia, tranquilizar e confortar. O suporte emocional pode ajudar a restaurar a autoestima ou a reduzir os sentimentos de inadequação pessoal ao comunicar ao paciente que este é valorizado e amado (Helgeson & Cohen, 1996). Este tipo de suporte também permite a expressão de sentimentos que podem reduzir o mal-estar e levar a uma maior atenção e melhoria das relações interpessoais, dando algum propósito e significado à experiência da doença (Helgeson & Cohen, 1996).

O apoio de informação envolve a provisão de informações utilizadas para guiar ou aconselhar. A informação pode melhorar as perceções de controlo ao fornecer aos pacientes formas de gerir a doença e afrontar os sintomas (Helgeson & Cohen, 1996). Aprender a gerir a doença também pode aumentar o otimismo dos pacientes sobre o futuro e assim reduzir os sentimentos de vulnerabilidade. O apoio de informação também pode contribuir a melhorar o sentimento de confusão que surge com o diagnóstico de cancro ao ajudar o paciente a compreender, dentro do possível, as causas, o curso e o tratamento da doença (Helgeson & Cohen, 1996).

O suporte instrumental envolve o fornecimento de bens materiais ou de ordem prática e concreta, como transporte, dinheiro ou assistência com as tarefas domésticas. Este tipo de apoio pode mitigar a perda de controlo sentida pelos pacientes durante o tratamento do cancro, dando-lhes recursos tangíveis que estes podem utilizar para exercer controlo sobre a sua experiência. Contudo, o fornecimento de apoio instrumental pode também aumentar os sentimentos de dependência e comprometer a eficácia percebida dos pacientes (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

A pesquisa sobre o suporte social e o cancro tem-se debruçado sobretudo sobre duas questões: em primeiro lugar, sobre os tipos de apoio que os pacientes oncológicos desejam obter de cada um dos membros da sua rede de suporte, e em segundo lugar, sobre os tipos de suporte relacionados com o ajustamento ao cancro.

Em três estudos diferentes, os investigadores pediram aos pacientes que descrevessem as interações que consideravam úteis e inúteis durante a experiência da doença. Cada um destes estudos constatou que os pacientes oncológicos identificavam o suporte emocional como o tipo de apoio mais útil e que mais os ajudavam, independentemente de que membro da rede de suporte social estivesse envolvido. Observaram ainda que o apoio de informação era visto como útil se fosse proveniente dos profissionais de cuidados de saúde mas inútil e de pouca ajuda se este viesse da família e dos amigos.

Dunkel-Schetter (1984) entrevistou 79 pacientes com Cancro da Mama e Cancro Colorrectal entre os sete e os 20 meses subsequentes ao diagnóstico. O autor interrogou os participantes sobre os comportamentos mais úteis e os mais inúteis e as fontes destes comportamentos. Os comportamentos foram codificados em quatro categorias: emocional (amor, preocupação, compreensão, tranquilização, encorajamento),

instrumental (ajuda e assistência), informativo (conselhos, informação para a resolução de problemas) e avaliador (aprovação). O apoio emocional foi aquele mais frequentemente identificado como útil, e o apoio instrumental foi aquele menos identificado como útil. Ao considerar a fonte do apoio, o apoio emocional e instrumental eram percebidos como sendo úteis independentemente da sua fonte, enquanto o suporte informativo era percebido como útil apenas se a fonte fosse um profissional de cuidados de saúde. A falta de informação dada pelo médico era problemática e o excesso de informação recebida pelos amigos e a família eram problemática; o problema inverso (queixas de ter demasiada informação por parte do médico e pouca informação dada pelos amigos e a família) não se verificou.

O estudo longitudinal de Neuling e Winefield's (1988) obteve resultados semelhantes. Estes autores entrevistaram a 58 mulheres que estavam a recuperar de uma cirurgia mamária em três ocasiões: no hospital após a cirurgia, um mês após a cirurgia e três meses após a cirurgia. Em cada momento da avaliação, as pacientes pontuaram a frequência com a qual a família, os amigos e os cirurgiões lhes forneceram cada um dos seguintes tipos de apoio: emocional (ouvi-las, encorajá-las, falar com elas, compreendê-las, demonstrar-lhes amor), informativo (conselhos, dizer-lhes o que esperar, responder a perguntas), instrumental (ajudar com as tarefas, dar-lhes transporte, cuidar dos seus filhos quando necessário), e tranquiliza-las. Os resultados obtidos neste estudo sugeriram que a necessidade de apoio emocional, especialmente por parte da família, era especialmente elevadas; que o apoio emocional era o tipo de suporte mais recebido mas também aquele que era percebido como o menos adequado e que os pacientes desejavam apoio informativo mas apenas dos médicos.

Dakof e Taylor (1990) reproduziram estes resultados no que diz respeito ao apoio emocional e informativo. Os autores entrevistaram 55 pacientes oncológicos (com

vários tipos de cancro) que tinham sido diagnosticados seis anos antes ou que tinham sofrido uma recorrência para que identificassem os comportamentos de suporte mais úteis e os mais inúteis. Os comportamentos foram codificados em três categorias: apoio emocional, que incluía a presença física, a preocupação, a empatia, o afeto e a compreensão; o apoio informativo, que incluía a informação, o otimismo sobre o prognóstico e ser um modelo positivo; e o apoio instrumental ou tangível, que incluía a assistência prática e os cuidados médicos. Entre os tipos de apoio, o apoio emocional era percebido como aquele mais útil se estivesse presente e o mais prejudicial se estivesse ausente quando a fonte era um cônjuge, um membro da família ou um amigo. Quando a fonte era um médico, o apoio informativo era o mais útil se estivesse presente, e tanto o apoio informativo como o emocional eram prejudiciais se ausentes. O apoio instrumental foi identificado como aquele mais útil entre os pacientes com um mau prognóstico.

Outro estudo examinou as necessidades de apoio em 64 pacientes com vários tipos de cancro, que em média tinham sido diagnosticados 18 meses atrás (Rose, 1990). Os pacientes pontuavam a medida na qual precisavam de apoio emocional, instrumental e informativo de três fontes: família, amigos e profissionais de saúde. Alguns aspetos do suporte emocional eram desejados igualmente das três fontes, enquanto outros aspetos eram mais desejados de fontes diferentes. Por exemplo, um tipo de apoio emocional, a oportunidade de desabafar, era mais desejado da família e dos amigos do que dos profissionais de saúde. Os pacientes desejavam apoio instrumental da família mais do que dos amigos ou dos profissionais de saúde mas desejavam o suporte informativo mais dos profissionais de saúde do que da família ou dos amigos. Por último, os pacientes referiram o desejo por um tipo de suporte informativo – a modelagem – por parte dos amigos, especialmente quando o amigo tinha tido cancro.

Uma outra abordagem seguida para determinar as percepções de comportamentos úteis e inúteis envolveu a comparação de atitudes sobre o cancro entre 100 sujeitos saudáveis e 100 mulheres com Cancro da Mama que tinham sido diagnosticadas entre três semanas e 21 anos antes da entrevista (Peters-Golden, 1982). Este estudo identificou várias concepções erróneas que os sujeitos saudáveis tinham sobre as necessidades e os desejos dos pacientes oncológicos. Enquanto a maioria dos fornecedores potenciais de apoio referiam que tentariam animar um paciente oncológico, a maior parte dos pacientes referiam que o otimismo incessante os incomodava. Outro equívoco dos indivíduos saudáveis era que seria prejudicial discutir a doença com os pacientes oncológicos, que as preocupações principais dos pacientes eram estéticas (por exemplo, perder um peito), enquanto as preocupações centrais dos pacientes eram sobre a recorrência e a morte. No entanto, a expectativa dos sujeitos saudáveis de que os outros evitavam as pessoas com cancro foi corroborada pelos pacientes oncológicos.

Outros estudos identificaram comportamentos inúteis semelhantes. Os comportamentos de menos ajuda mais proeminentes apontados pelos pacientes oncológicos incluíam a minimização do problema, uma alegria forçada, que lhes dissessem para não se preocuparem, o fornecimento de cuidados médicos na ausência de apoio emocional e comentários insensíveis por parte dos amigos (Dakof & Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984). Dakof e Taylor (1990) observaram que um comportamento especialmente doloroso era a evitação do paciente por parte dos outros. Este comportamento caracterizava mais os amigos do que o cônjuge e a família. O comportamento que referido mais frequentemente como inútil foi o fracasso no fornecimento de apoio emocional. Evitar o paciente, minimizar os seus problemas e a alegria forçada impediam o paciente de falar sobre a sua doença. A disponibilidade de

alguém com quem o paciente pudesse debater preocupações relacionadas com o cancro era central no conceito de apoio emocional. Quiçá o motivo pelo qual os pacientes consideram a oportunidade para discutir sobre os seus sentimentos, sobretudo os negativos, como um dos tipos mais importantes de apoio (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979) é que este tipo de suporte muitas vezes não está disponível (Mitchell & Glicksman, 1977). Frequentemente, os pacientes desejam falar sobre as suas preocupações enquanto à doença, mas os membros da sua rede de suporte acreditam que falar sobre a doença é algo mau para os pacientes e incomodativo para os próprios.

Num estudo com frequentadores de grupos de apoio, 55% disseram que desejavam poder falar mais abertamente com os membros da família (Taylor, Falke, Shoptaw, & Lichtman, 1986). Dunkel-Schetter (1984) observou que 87% dos pacientes disseram que afrontavam a doença ao manter os pensamentos e os sentimentos para si próprios e que lhes preocupava como os outros reagiriam à sua expressão de sentimentos.

Embora a falta de apoio emocional da família e dos amigos seja especialmente prejudicial, existem limites ao grau em que os familiares e os amigos podem dar certos tipos de apoio emocional. Por exemplo, a tranquilização (“Tudo se resolverá”) ou a empatia (“Sei o que estás a sentir”) podem não ser úteis e serem consideradas como uma minimização do problema quando são dadas pela família e os amigos (Rowland, 1989; Wortman & Lehman, 1985). Porém, estas mesmas respostas podem ser vistas como genuínas e úteis quando são dadas pelos pares, ou seja, por pessoas que estão a enfrentar ou enfrentaram um stressor similar. Wortman e Lehman (1985) sugeriram que os pares se encontram numa posição única para fornecer apoio porque não partilham as concepções erróneas dos outros sobre a forma de enfrentar o cancro e não são vulneráveis

à ansiedade e ameaça que debater a doença coloca nos outros membros da rede de suporte.

### **2.9.2. Suporte social e ajustamento psicossocial ao cancro**

Seguidamente apresentamos alguns estudos que avaliaram a associação entre tipos específicos de apoio e o ajustamento dos pacientes oncológicos. Muitos destes estudos realizaram uma média entre os vários tipos de interações sociais. Descreveremos as relações entre os três tipos de suporte – emocional, informativo e instrumental – e o ajustamento ao cancro. Efetuaremos distinções entre as perceções dos pacientes da disponibilidade de apoio (isto é, suporte percebido) e os relatos da receção de apoio (ou seja, suporte recebido). Nos estudos que compararam o suporte percebido e o recebido, o suporte percebido estava mais fortemente associado ao ajustamento (Cohen & Hoberman, 1983; Cohen & Wills, 1985; Wethington & Kessler, 1986). Seis estudos focaram-se apenas no apoio emocional ao avaliar o ajustamento ao cancro, e cada um destes estudos revelou uma associação positiva entre o apoio emocional e um bom ajustamento. Por exemplo, num estudo de 41 mulheres que tinham sido mastectomizadas, em média 22 meses antes da entrevista, aquelas que percebiam um maior apoio emocional por parte do cônjuge, do médico, do cirurgião, das enfermeiras ou dos filhos, pontuavam-se a elas próprias como tendo um melhor ajustamento emocional (Jamison, Wellisch, & Pasnau, 1978).

De forma similar, num estudo de 86 mulheres com Cancro da Mama em estado avançado que eram entrevistadas em média 28 meses após o diagnóstico, Bloom e Spiegel (1984) observaram que o apoio emocional dos membros da família (a coesão, a expressividade e um baixo conflito) estava associado a uma perspetiva favorável (ou seja, à esperança no futuro). Os níveis mais elevados de suporte emocional percebido

também estavam associados a um melhor ajustamento social e emocional (um bom funcionamento nos papéis sociais, autoestima, satisfação com a vida e hostilidade reduzida) em 301 mulheres com Cancro da Mama com prognósticos favoráveis, no estágio I ou II (Zemore & Shepel, 1989).

Um estudo longitudinal também obteve resultados semelhantes sobre as relações entre o apoio emocional percebido e o ajustamento. Northouse (1988) entrevistou a 50 mulheres três dias (Período 1) e 30 dias (Período 2) após a mastectomia. O suporte emocional era medido como a disponibilidade de cinco fontes (parceiro, membro da família, amigo, enfermeira e médico) para ouvir, compreender, exprimir amor e preocupação, incentivar a paciente para falar sobre os problemas e permitir-lhe ser ela própria. Foi computado um índice de ajustamento a partir das medidas do humor, mal-estar psicológico e funcionamento psicossocial. O autor observou associações positivas entre o suporte emocional e o ajustamento em ambos períodos, e uma relação entre o ajustamento no período 1 e no período 2.

A hipótese de que a relação entre o apoio emocional e o ajustamento seja mediada pelo *coping* foi investigada num estudo por Bloom (1982), com 133 mulheres com Cancro da Mama sem metástases. Estas foram entrevistadas entre uma semana e dois anos e meio após a cirurgia. O autor avaliou um índice composto do suporte emocional percebido (isto é, coesão familiar), a presença dum confidente e dois aspetos da afiliação social (perceções dos contatos sociais e atividades de lazer). Nenhuma das variáveis de suporte estava diretamente associada a qualquer dos três índices de ajustamento (autoconceito, sentido de poder, e mal-estar psicológico), mas o índice de apoio emocional e as variáveis de contato social estavam associadas indiretamente aos três índices de ajustamento através dos seus efeitos inibitórios sobre as estratégias de

coping ineficazes. Uma segunda entrevista, conduzida dois meses depois numa parte da amostra (122 mulheres) revelou o mesmo padrão de resultados.

Por último, um estudo longitudinal que se focou na adequação percebida do apoio emocional mostrou efeitos benéficos da mesma tanto no ajustamento como na sobrevivência. Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, e Hamovitch (1992) entrevistaram 294 pessoas com Cancro da Mama, Cancro do Pulmão e Cancro Colorrectal entre três a seis meses após o diagnóstico inicial e seguiram-nas durante aproximadamente três meses. O suporte emocional estava associado a um mal-estar reduzido durante a entrevista inicial e predizia a sobrevivência. As análises separadas revelaram benefícios para a sobrevivência apenas para as mulheres com Cancro da Mama e apenas para aqueles com um tumor localizado. Desta forma, o local e o estágio do cancro podem constituir moderadores importantes da associação entre o suporte social e a saúde.

Três estudos avaliaram vários aspetos do suporte social e todos eles sugeriram relações entre o apoio emocional e o ajustamento. Por exemplo, num estudo com 58 mulheres com Cancro da Mama (com uma média de quatro meses transcorridos desde o diagnóstico), Doença Fibrocística ou Diabetes, foram avaliados cinco aspetos do suporte recebido (expressão de afeto positivo pelo paciente, afirmação, grau no qual o paciente confiava no membro da rede de apoio, reciprocidade – grau no qual o membro da rede falava sobre problemas importantes com o paciente – e ajuda) de quatro fontes (cônjuge, família, amigos e outros) (Primomo, Yates, & Woods, 1990). O primeiro dos quatro tipos de suporte refletia o apoio emocional que definimos anteriormente. Dois dos aspetos do apoio emocional (afeto e reciprocidade) estavam associados a um menor grau de depressão em cada um dos três grupos de mulheres quando a fonte era o parceiro ou um membro da família. A ajuda (isto é, o suporte instrumental) recebida de qualquer fonte não estava associada à depressão.

Outros autores (Funch & Mettlin, 1982) avaliaram o apoio emocional percebido, o apoio profissional e o apoio financeiro em 151 mulheres que tinham sido mastectomizadas três a 12 meses antes da entrevista. O apoio emocional (isto é, o grau em que os pacientes percebiam que podiam confiar e falar com os membros da rede de suporte social) estava associado às três medidas de ajustamento (afeto positivo, afeto negativo e um índice de bem-estar). O apoio profissional (ou seja, informação recebida e a satisfação com o médico) estava associado a dois dos três índices de ajustamento (o afeto negativo e o bem-estar). Nem o apoio emocional nem o profissional estavam associados a qualquer dos cinco índices de recuperação física. Contudo, o apoio financeiro (rendimentos e seguro de saúde) estava associado a uma melhor recuperação física nos cinco índices. Desta forma, os autores sugeriram que existem padrões diferentes de associação entre os distintos tipos de apoio e a saúde física e psicológica.

Woods e Earp (1978) analisaram a disponibilidade percebida do suporte emocional (i.e., a vontade de escutar) e do suporte instrumental (i.e., ajuda) do parceiro, família, amigos, guia espiritual, médico e pessoal de enfermagem em 49 mulheres que tinham sofrido mastectomias e observaram que nenhum tipo de suporte estava associado à depressão para as mulheres com um elevado número de complicações físicas derivadas da cirurgia, mas que ambos estavam a uma depressão reduzida entre mulheres com um baixo número de complicações físicas da cirurgia. Este padrão de resultados era mais significativo para o suporte instrumental do que para o emocional. Os autores postularam que o suporte social era útil apenas a um certo nível de incapacidade física.

Por ultimo, dois estudos centraram-se apenas no suporte informativo recebido e apenas numa fonte: o médico. Em estudos com duas amostras deparadas de 50 pacientes submetidos a radioterapia, a maioria destes relataram que os seus médicos não os tinham preparado para o tratamento (Mitchell & Glicksman, 1977; Peck & Bowland,

1977). Em ambos estudos, a falta de informação estava associada a medos incessários e irracionais.

Em suma, poucos estudos distinguiram os tipos de suporte relacionado com o ajustamento ao cancro, mas entre aqueles que o fizeram, a ligação mais forte entre o suporte e o ajustamento envolvia o apoio emocional. As pesquisas focaram-se mais no apoio emocional do que no informativo ou instrumental, o que reflete a perceção no meio científico e clínico que o apoio emocional é aquele mais importante. Observou-se também a partir dos resultados dos estudos que o apoio informativo é mais útil quando a fonte é um profissional de saúde. Existem poucos resultados sobre os benefícios para a saúde do suporte instrumental, mas este tema tem sido pouco estudado. Os efeitos do apoio instrumental podem circunscrever-se a certos resultados de saúde, como por exemplo a recuperação física, ou a pacientes com um nível particular de dificuldades (Dakof & Taylor, 1990; Woods & Earp, 1978).

Schroevers, Ranchor e Sanderman (2003) realizaram um estudo longitudinal nos Países Baixos com o objetivo de determinar o papel do suporte social (i. e., a disponibilidade percebida do suporte social, a falta de suporte emocional focado nos problemas recebido, e as interações negativas) e da autoestima nos sintomas depressivos de 475 pacientes com um diagnóstico recente de cancro e 255 indivíduos sem cancro da população geral. Os pacientes e o grupo de controlo foram entrevistados em duas alturas: três meses (T1) e 15 meses (T2) após o diagnóstico. Os resultados indicaram que o suporte social e a autoestima estavam moderadamente associados, e que a autoestima negativa estava mais fortemente associada aos três tipos de suporte social do que a autoestima positiva. Os autores verificaram ainda que o suporte social e a autoestima estavam independentemente associados aos sintomas depressivos de forma simultânea, de modo que os níveis baixos de suporte social e de autoestima estavam

fortemente associados a níveis elevados de sintomas depressivos. Este resultado sugere que estes dois recursos se complementam de forma aditiva. Uma análise longitudinal mostrou ainda que o suporte social e a autoestima prediziam os níveis futuros de sintomas depressivos. As comparações entre os pacientes oncológicos e o grupo de controlo geralmente não revelaram diferenças significativas entre os grupos nas associações entre o suporte social e a autoestima com os sintomas depressivos. A única exceção era a falta de suporte emocional focado nos problemas: aos três meses pós-diagnóstico, a falta deste tipo de suporte (caracterizado pela tranquilização, conforto, resolução de problemas e conselhos) estava mais fortemente associado aos sintomas depressivos nos pacientes do que no grupo de controlo.

Também Holland e Holahan (2003) estudaram a associação entre o suporte social percebido e o *coping* com a adaptação positiva ao Cancro da Mama. As participantes eram 56 mulheres entre os 38 e os 58 anos de idade que tinham sido diagnosticadas com Cancro da Mama de estágio I ou II, de um a 26 meses antes. Os autores constataram que o suporte social percebido e as estratégias de *coping* de aproximação estavam associadas a um ajustamento positivo, e que as estratégias de *coping* de evitação estavam negativamente associadas ao bem-estar psicológico mas não estavam relacionadas com os comportamentos de saúde. Os resultados corroboraram a existência de uma relação direta e indireta entre uma abordagem de coping de aproximação do suporte social e o bem-estar psicológico.

Hoskins et al. (1996) avaliaram o efeito do suporte marital e de outros adultos no ajustamento físico e emocional de 128 mulheres com Cancro da Mama, considerando também a função do papel social e a satisfação com os cuidados de saúde como preditores do ajustamento. Os autores recolheram os dados aos 7-10 dias, primeiro, segundo, terceiro e sexto mês e um ano após a cirurgia. O ajustamento emocional podia

ser predito a partir da satisfação com a resposta do parceiro às necessidades emocionais e de interação e pelo suporte recebido por outros adultos. O ajustamento físico não era predito pelo suporte, mas a satisfação com os cuidados de saúde era preditora do estado geral de saúde percebido. Por último, o estatuto funcional em papéis vocacionais, domésticos e sociais estavam significativamente relacionado com o ajustamento emocional e físico em todas as fases.

Sammarco (2001) estudou a relação entre o suporte social percebido, a incerteza e a qualidade de vida em 101 sobreviventes jovens (com idade inferior aos 50 anos) ao Cancro da Mama. A autora observou uma associação positiva entre o suporte social percebido e a qualidade de vida, uma relação negativa entre a incerteza e a qualidade de vida e que estas duas variáveis tomadas em conjunto explicavam uma maior proporção da variância na qualidade de vida do que se fossem consideradas independentemente. Observou-se ainda uma associação positiva entre o suporte e o tamanho da rede, e entre o tamanho da rede e o domínio socioeconómico da qualidade de vida, bem como associações negativas entre o suporte social percebido e a incerteza e entre o tamanho da rede e a incerteza.

Santos, Pais-Ribeiro e Lopes (2003) num estudo com 385 pessoas com doença oncológica localizada (sem metástases à distância, M0 ou Mx) da mama (n=127; 33%) e dos sistemas digestivo (n=151; 39,2%), urológico (n=56; 14,5%) e ginecológico (n=51; 13,2%), com diagnóstico médico efetuado há menos de 3 meses, encontraram uma excessiva e não esperada valorização da satisfação com os amigos/amizades e sua estreita relação com a subescala da intimidade, associada ao bem-estar e qualidade de vida dos pacientes. Os autores referem que:

“O suporte familiar, embora mais acessível e previsível em situação de

crise, pode mostrar-se menos funcional nesta fase, graças à situação de *distress* que envolve não só o doente, mas todo o núcleo familiar”, p. 200.

Kornblith et al. (2001) testaram três modelos teóricos que afirmam a influência do suporte social sobre o impacto de acontecimentos de vida stressantes no estado psicológico dos pacientes oncológicos: O modelo aditivo, segundo o qual o suporte social e os acontecimentos de vida stressante influenciam diretamente o ajustamento dos pacientes oncológicos, independentemente da magnitude de cada um; a hipótese de mitigação, que postula que os acontecimentos stressantes que ocorrem na presença de suporte social produzem menos mal-estar do que se ocorrerem na ausência de suporte; e tanto o modelo aditivo como o de mitigação. Para tal, entrevistaram a 179 pacientes que tinham Cancro da Mama de estágio II (com uma idade média de 56 anos e 68% deles em remissão), que tinham sido tratados em média 6,8 anos sobre o seu ajustamento psicossocial. Os autores observaram que níveis inferiores aos excelentes de suporte social, o maior impacto negativo dos acontecimentos de vida negativos, doença ou lesão pessoais e outros eventos negativos no ano anterior eram preditores significativos dum maior mal-estar psicológico, além de estar divorciado ou separado e de ter recebido os tratamentos para o cancro mais recentemente. Os resultados apoiaram o modelo aditivo, já que tanto os acontecimentos de vida negativos como o suporte social afetavam o estado emocional do paciente de forma independente e significativa. Todavia, o nível de suporte social tinha de ser muito elevado para reduzir a probabilidade de sofrer um mal-estar psicológico severo.

Akechil, Okamura, Yamawaki e Uchitomi (1998) realizaram um estudo sobre as características dos pacientes oncológicos e os fatores de suporte social como preditores da resposta dos pacientes a ter cancro em 455 pacientes oncológicos de ambulatório. Os autores verificaram que o tamanho da casa, o estatuto do desempenho, o apoio dos

médicos e a satisfação com o apoio eram preditores do espírito de luta dos pacientes e que a idade, o nível educativo, o tamanho da casa, o estatuto do desempenho e a satisfação com o apoio eram preditores da impotência percebida e da desesperança.

Como podemos observar, a esmagadora maioria dos estudos empíricos que avaliaram a relação entre o suporte social e o ajustamento psicológico no cancro centrou-se em mulheres com Cancro da Mama, o que torna impossível a generalização dos resultados obtidos a outros tipos de cancro. O estudo de Roberts, Lepore e Helgeson (2006) é um dos poucos que avaliou a relação entre o suporte social e o ajustamento em homens. Os autores entrevistaram a 89 homens que estavam a ser tratados de Cancro da Próstata localizado (61.8% foram tratados por prostatectomia radical), pretendendo avaliar se o suporte social aumentava a qualidade de vida relacionada com a saúde ao melhorar a sua capacidade para processar cognitivamente a experiência de viver com cancro. A primeira entrevista foi efetuada vários meses após o tratamento oncológico (T1) e o seguimento foi realizado três meses depois (T2). Os resultados do estudo mostraram que o suporte social durante o T1 estava positivamente associado ao funcionamento mental no T2, e que esta relação era mediada pelos indicadores de processamento cognitivo, pensamentos intrusivos e a procura de significado no T1, o que sugere que as relações sociais de apoio podem melhorar o funcionamento mental dos pacientes com cancro da próstata ao ajudá-los a processar cognitivamente a sua experiência (Roberts et al., 2006).

Em suma, podemos concluir que o suporte social tem um impacto significativo na forma de viver a experiência do cancro, de enfrentá-la, adaptar-se e ajustar-se à mesma, constituindo um recurso fundamental que pode influenciar o bem-estar psicológico dos pacientes quer direta – através do fornecimento de apoio emocional, informativo ou tangível – quer indireta, já que o suporte social pode fortalecer ou

debilitar os esforços de *coping*. Desta forma, é essencial estudar a composição, o tipo de apoio desejado e aquele recebido e a disponibilidade percebida das redes de suporte social do paciente oncológico para poder compreender a vivência desta doença e os mecanismos que determinam um ajustamento positivo ou negativo à mesma.

### **Capítulo 3. Objetivos e Questões de Investigação**

Toda a investigação pressupõe objetivos e questões que se desejam ver respondidas através dum processo orientado por métodos cientificamente validados e reconhecidos pela comunidade científica.

O processo começa com a definição da área de interesse do investigador e das questões de investigação que pretende ver respondidas em consequência da sua investigação.

Segundo Barker, Pristang e Elliot (2002) as questões de investigação podem ser de dois tipos: confirmatórias (pressupõem a elaboração de hipóteses) ou exploratórias (as que buscam encontrar tendências ou abrir caminhos para novas investigações).

Os mesmos autores referem também que a investigação científica deve ser mais centrada nas questões de investigação do que nos métodos já que, em rigor, a metodologia adotada dependerá das questões de investigação formuladas e do seu tipo exploratório ou confirmatório.

Por isso, definir os objetivos e questões de investigação é um passo da máxima importância, que condiciona todo o processo de investigação, desde a revisão da literatura (o estado da arte) até às metodologias adotadas, incluindo a seleção dos sujeitos, os instrumentos de avaliação ou observação e os próprios testes estatísticos a selecionar.

A presente investigação é de natureza exploratória e está diretamente vinculada à prática clínica do investigador, como tal decidimos colocar objetivos e questões de investigação e não hipóteses de investigação.

### **3.1. Objetivos da investigação**

A presente investigação orientou-se por objetivos gerais e específicos. Entre os objetivos gerais salientamos:

- O alargar das linhas de colaboração e comunicação científica com outros países, nomeadamente Portugal, na área da Psicologia da Saúde, campo de investigação que começa agora a dar os primeiros passos em Angola;
- Lançar alicerces para a proliferação de projetos de investigação no interface entre a Medicina e a Psicologia, em Angola, e, em especial, contribuir para o desenvolvimento da disciplina da Psicologia da Saúde em Angola;
- Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da Psico-oncologia em Angola, já que este domínio do saber é, tanto quanto nos é dado conhecer, inexistente no nosso país.

Quanto aos objetivos específicos que presidiram à elaboração deste trabalho podem resumir-se aos seguintes:

- Perceber o impacto psicológico da doença oncológica nos pacientes angolanos tratados em Portugal;
- Perceber os processos de adaptação à doença oncológica por parte desses pacientes;
- Avaliar possíveis influências de algumas variáveis psicossociais no desenvolvimento da doença oncológica e nos processos de adaptação à doença em pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal.

### **3.2. Questões de Investigação**

São as seguintes as questões de investigação a que este estudo procurará responder. Sendo um estudo exploratório, as questões colocadas poderão não dar lugar a respostas taxativas, mas apenas indicações de tendências e bases para novas investigações, estribadas nos resultados agora alcançados e utilizando desenhos de investigação mais rigorosos.

*3.2.1. Em que medida é que os estilos de vida dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal diferem dos duma população de controlo constituída por angolanos saudáveis residentes em Portugal? E, subsidiariamente, em que medida esses estilos de vida são influenciados pela doença oncológica nos pacientes do Grupo Oncológico*

Responder a esta questão permitirá, eventualmente, questionar algumas relações de causalidade entre alguns estilos de vida e o desenvolvimento da doença oncológica, com vista a futuras investigações neste domínio do saber, utilizando desenhos de investigação mais rigorosos que o atual.

Permitirá também, e sobretudo, esclarecer melhor o impacto da doença oncológica sobre os estilos de vida destes pacientes por comparação com uma população de controlo parcialmente equiparada, em relação às variáveis não relacionadas com a saúde.

***3.2.2. Em que medida diferem os perfis de personalidade dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal dos angolanos saudáveis residentes em Portugal? Terá a presença da Doença Oncológica uma influência suficientemente forte para influenciar as dimensões da personalidade dos pacientes oncológicos?***

As respostas a esta questão de investigação permitirão confirmar ou negar, para esta população, resultados de outros estudos realizados noutras partes do mundo e perceber até que ponto se observam diferenças significativas nos perfis de personalidade de pacientes oncológicos e pessoas saudáveis e em que dimensões da personalidade.

***3.2.3. Até que ponto, e em que tipo de estratégias, diferem os estilos de coping dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal em comparação com os seus patrícios saudáveis residentes em Portugal?***

A resposta a esta questão permitirá perceber melhor se existem (e quais) as diferenças no modo de lidar com os problemas colocados pela vida entre estas duas populações, confirmando ou negando resultados de outros estudos realizados com outras populações e permitindo lançar as bases de novas investigações sobre o tema.

***3.2.4. Em que medida as dimensões de personalidade influenciam os estilos de coping adotados pelos pacientes oncológicos?***

Na medida em que se torna difícil comparar a influência da personalidade nos estilos de *coping* de sujeitos que enfrentam uma ameaça real, como a doença oncológica atual e sujeitos que apenas podem considerar essa situação em imaginação, interessou-nos saber, apenas no Grupo Oncológico, até que ponto as suas estratégias de *coping* eram (ou não) influenciadas pelas características da sua personalidade.

Esta questão é tanto mais importante quanto o  *coping*  foi descrito, como veremos adiante, como a maneira como uma personalidade enfrenta uma situação stressante.

***3.2.5. Em que medida os pacientes angolanos tratados em Portugal se sentiam satisfeitos com o Suporte Social Percebido e em que medida diferem dos seus patrícios saudáveis, residentes em Portugal, no que se refere a esta variável psicológica.***

Responder a esta questão de investigação pode ajudar os cuidadores formais e informais a melhorar o apoio a estes pacientes e permitir compreender melhor as áreas em que o Suporte Social é considerado como inadequado ou insuficiente por estes pacientes.

Esta questão é tanto mais importante quanto lidamos com uma população que sofre os efeitos duma dupla agressão aos seus padrões habituais de existência: a doença em si e o facto de se encontrarem deslocados num país e numa cultura estranhas, situações para as quais os seus antecedentes pessoais os não prepararam.

## **Capítulo 4. Metodologia**

### **4.1. Considerações prévias**

A investigação em Psicologia da Saúde reparte-se por três grandes domínios: a) os comportamentos e estilos de vida com impacto na saúde e a redução do risco de adoecer, por virtude de mudanças nesses comportamentos, bem como as estratégias de educação para a saúde que poderão ser mais eficazes na alteração desses comportamentos; b) as relações entre o stresse e a saúde, bem como o vasto campo das perturbações psicossomáticas, nas quais os fatores psicossociais desempenham um papel importante, por vezes decisivo; c) os processos de ajustamento psicológico à doença física e aos tratamentos médicos associados (Smith, T. W. 2003).

O nosso estudo integra-se neste último domínio de investigação e procurou compreender melhor os processos de ajustamento psicológico à Doença Oncológica em pacientes angolanos a realizar tratamento médico em Portugal.

A seleção da metodologia a adotar num estudo científico deve ter em conta, em primeiro lugar, as questões de investigação, ou as hipóteses a que a investigação pretende responder e, em segundo lugar, os recursos e as oportunidades colocados à disposição do (s) investigador (es).

Face às questões de investigação colocadas e aos recursos materiais e humanos disponíveis, decidimo-nos pela realização dum estudo exploratório, utilizando análises comparativas entre duas populações globalmente semelhantes, mas que se diferenciavam por serem ou não portadoras de doença oncológica.

O nosso objetivo primário, como referido antes, foi o de estudar os processos psicossociais envolvidos na adaptação dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal, ao abrigo dos protocolos de cooperação entre Angola e Portugal.

Pareceu-nos que a comparação desta população com uma amostra de angolanos residentes em Portugal, em relação às variáveis em análise, acrescentaria uma dimensão suplementar ao estudo, já que esta última população partilharia os valores, cultura e estilos de vida da nossa população alvo, acrescentando assim uma dimensão relativizadora à nossa investigação.

A metodologia selecionada colocava, à partida, várias armadilhas e dificuldades, nem sempre fáceis de ultrapassar. Desde logo a condição de as duas populações, embora sendo ambas angolanas, se poderem diferenciar em relação a várias circunstâncias e processos eventualmente influentes nos resultados da investigação, para além da sua condição de saúde.

Com efeito, os pacientes oncológicos acabavam de chegar a Portugal, estando por isso o seu processo de adaptação à realidade sociocultural portuguesa numa fase incipiente, o que não acontecia com a população (amostra) de controlo, que se encontrava a viver, e/ou trabalhar, e/ou estudar, em Portugal ao longo de variáveis períodos de tempo.

Os diferentes graus de aculturação da população angolana residente em Portugal também não puderam ser testados, já que a operacionalização da investigação, o tempo e os recursos financeiros e humanos disponíveis, não permitiram o controlo adequado dessa variável.

Numa investigação ideal a amostra de controlo, constituída por sujeitos saudáveis, seria composta por angolanos acabados de se instalarem em Portugal, mas por motivos diversos que não a sua condição de saúde.

A metodologia selecionada, embora com as limitações referidas, foi a dum estudo empírico, transversal e comparativo em que se compararam duas populações de

residentes angolanos em Portugal: uma (Grupo Oncológico) constituído por pacientes oncológicos, cuja estadia em Portugal se devia à realização de tratamentos médicos e a outra (Grupo de Controlo) constituída por uma amostra de sujeitos angolanos que se encontravam a residir em Portugal por motivos não relacionados com a suas condições de saúde.

#### **4.2. Procedimentos**

O Grupo Oncológico foi recrutado de entre todos os pacientes oncológicos angolanos que residiam temporariamente em Portugal com o objetivo de realizarem tratamentos médicos adequados à sua doença, entre Junho de 2008 e Março de 2010 e que aceitaram integrar este estudo, preenchendo para isso um protocolo de consentimento informado.

Os procedimentos iniciais relacionados com este Grupo consistiram no rececionamento dos doentes a partir duma sala de espera situada na Embaixada de Angola em Portugal, utilizando o apoio dos funcionários do setor da saúde da embaixada, que por inerência das suas funções, trabalham diretamente com o investigador.

Posteriormente, os doentes foram encaminhados para uma sala preparada para o efeito, onde, antes do preenchimento dos questionários relacionados com o trabalho de investigação, foi sempre feita uma sessão de esclarecimento dos propósitos e objetivos do trabalho de investigação. Depois do referido esclarecimento, os que livremente aceitaram participar no estudo, assinaram o consentimento informado conforme já foi referenciado. Todo o preenchimento dos questionários foi realizado com o apoio e devida supervisão do investigador, de forma a evitar possíveis dificuldades de interpretação da linguagem escrita. Quando os sujeitos afirmavam não compreender

algum dos itens dos vários Instrumentos utilizados, foi-lhes devidamente explicado, em palavras simples, mas respeitando o sentido dos conteúdos, o significado das questões duvidosas, sem com isso interferir nas opções de resposta.

Em termos de condições para estes procedimentos existe uma sala de espera e um gabinete médico com equipamento médico e informático para introdução de todos os dados recolhidos numa base de dados previamente construída para o efeito. Durante a entrevista e avaliação clínica prévia o investigador teve acesso a todos os dados dos resultados de exames clínicos dos doentes incluindo o estadiamento tumoral já confirmado a partir de Angola, respeitando todos os preceituários do sigilo médico e a interação com todos os outros colegas também médicos assistentes.

È importante realçar que todos os doentes só são encaminhados de Angola para Portugal depois de serem avaliados por uma equipa médica multidisciplinar da Junta Nacional de Saúde do Ministério da Saúde da República de Angola.

O investigador teve acesso a todos os dados clínicos dos doentes oncológicos, tanto os originários das equipas de saúde de Angola como os dos hospitais portugueses em que os doentes foram acolhidos e tratados, por inerência da sua qualidade de médico da Embaixada. Após confirmação das consultas e de todos os cuidados médicos os doentes são encaminhados para os vários hospitais nomeadamente: IPO Lisboa e Porto; Hospital Santa Maria, Hospital Curry Cabral, Hospital Pulido Valente, Hospitais Universitários de Coimbra, Hospital Amadora-Sintra, Hospital de S. José e algumas clínicas privadas.

Outros doentes, que se dispuseram a participar livremente no estudo, foram inquiridos e preencheram o questionário em ambiente hospitalar principalmente no Hospital de Santa Maria depois de uma breve sessão de esclarecimento, onde o

investigador é também médico residente. Enfatizando, toda a avaliação clínica e de rotinas oncológicas de carácter evolutivo sempre efetuado pelo investigador e muitas vezes em interação com os colegas médicos dos hospitais onde são tratados. O contacto permanente com este Grupo de doentes à luz das funções que o investigador exerce na Embaixada tem permitido o acompanhamento da toda a vivência muitas vezes dramática com disrupções psicológicas consideráveis.

Foram considerados critérios de exclusão a existência de doença mental grave e/ou a incapacidade, ou excessiva dificuldade, para compreenderem a língua portuguesa na sua forma escrita.

Todos os pacientes oncológicos, que reuniam estas condições e não apresentavam critérios de exclusão, foram integrados no estudo, constituindo assim uma coorte populacional que se pode considerar representativa de todos os pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal.

Quanto ao Grupo de Controlo, tratou-se duma amostra de conveniência, recrutada entre os residentes angolanos em Portugal, por motivos de estudo ou de trabalho, que se deslocaram ao Consulado de Angola em Lisboa para tratarem de assuntos relacionados com a sua condição de emigrantes. Também eles deviam aceitar participar voluntariamente no estudo, não manifestarem sinais evidentes de perturbação mental e dominarem a língua portuguesa escrita.

À semelhança do Grupo Oncológico, todos os procedimentos foram sempre precedidos de um esclarecimento adequado dos propósitos de trabalho de investigação e os sujeitos que livremente aceitaram integrar o estudo assinaram o respetivo consentimento informado antes de preencherem os instrumentos de investigação. Participaram também neste estudo funcionários do Consulado Geral de Angola e da

Embaixada da República de Angola que livremente se dispuseram a participar. Outro local de recrutamento foi o setor de estudantes, de estudantes angolanos que vivem e estudam em Portugal e, nas mesmas condições, aceitaram participar neste estudo.

Os pacientes oncológicos aceitaram ainda fazer um exame médico detalhado, de acordo com o protocolo que se descreve em seguida, executado pelo autor desta investigação, no âmbito das suas funções como médico residente da Embaixada de Angola em Lisboa.

### **4.3. Instrumentos**

Os instrumentos selecionados para uma investigação devem reunir algumas propriedades importantes (Barker, Pristang & Elliot, 2002): a) Em primeiro lugar devem ser adequados à recolha da informação necessária para responder às questões de investigação colocadas. Devem também estar adaptados às populações ou amostras que são objeto de estudo e serem suficientemente simples de forma a permitirem uma fácil compreensão dos itens de que se compõem.

Em paralelo, devem possuir características e qualidades psicométricas que façam deles instrumentos ao mesmo tempo fiáveis e económicos, principalmente em termos de tempo despendido pelos sujeitos para responderem aos seus itens.

Com efeito, instrumentos demasiado longos, ou uma grande acumulação de instrumentos, usados num único momento de avaliação, podem implicar a dispersão da atenção em função do cansaço acumulado pelos sujeitos do estudo e a consequente diminuição da fiabilidade dos dados obtidos.

A presença destas condições era tanto mais necessária quanto se tratava de pessoas cujo sofrimento ou debilidade física, devido à sua doença oncológica, não aconselhava a exposição a longos períodos de recolha de dados.

#### **4.3.1. Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Estilos de Vida**

Para efeitos da realização desta investigação elaborámos um questionário relacionado com três grandes domínios:

1. **Dados Sociodemográficos:** Composto por 14 questões e destinado a apurar a Idade, Sexo, Raça, Educação, Estado Civil, Tipo de Residência (Urbana, Rural, etc.), Nº de pessoas por agregado familiar, Profissão, Local de Trabalho, Distância da residência ao local de trabalho e forma ou meio de deslocação e Salário (baixo, médio superior), em relação ao país de residência.

2. **Questionário biométrico e clínico:** Composto por 15 questões dirigidas a todos os sujeitos (Altura, Peso, Índice de Massa Corporal (IMC), Avaliação subjetiva do Estado de Saúde e sua evolução desde o ano anterior, Grau de Satisfação com a Vida Sexual, Condições de Vida Relacionadas com o Estado de Saúde, Doenças, Tensão Arterial, Nível de Glicémia e Níveis de Colesterol HDL e LDL);

Sete questões sobre a saúde dirigidas só a mulheres (Tempo decorrido desde a última mamografia, Antecedentes de Cancro da Mama em Mãe ou Irmãs, Eventual realização dum Histerectomia, Realização de Esfregaço Vaginal, Idade da Primeira Menarca, História de Gravidezes Anteriores, Número de Filhos e Presença ou Ausência de Menopausa, bem como a idade em que a mãe atingiu a menopausa;

Quatro questões dirigidas só a homens (Realização ou não de Exames retal e à próstata, PSA e Inventário de Possíveis Disfunções erécteis);

Nove questões dirigidas apenas a pacientes oncológicos (Tipo e Localização da Doença Oncológica, Estádio e Gravidade da Doença, Início da Doença,

Antecedentes Patológicos Pessoais e Familiares relacionados com a doença oncológica e Tratamentos médicos já realizados);

3. **Questionário de Estilos de Vida**, para todos os sujeitos que integraram o estudo: Composto por 31 questões relacionadas com o Estilo de Vida dos sujeitos que integraram o estudo (Hábitos Tabágicos, atuais ou passados, Consumo de Drogas, atual ou passado, Antecedentes de Doenças Sexualmente Transmitidas, Vida Sexual e Parceiros Sexuais, Atividades de Vida Diária e suas possíveis limitações devido a problemas de saúde ou outros, Quantidade e Tipo de Exercício Físico praticado, Número de Refeições Diárias, Frequência do Consumo de Alimentos com Alto Teor de Gordura ou Colesterol, Frequência do Consumo de Fruta, Vegetais, Peixe e Laticínios, Padrão de Consumo de Álcool, Alterações de Peso devidas a doença ou dieta, Padrão de Consumo de Água, Hábitos de Sono e suas possíveis alterações, bem como a atribuição de causalidade a essas alterações, caso estivessem presentes, Atividade e Satisfação com a Família e os Amigos e Frequência e Tipo de Práticas Espirituais.

#### **4.3.2. NEO-FFI20**

O inventário de personalidade NEO-FFI20 é uma versão reduzida do Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) de Costa e McCrae (1992).

Este instrumento avalia a personalidade humana com base no modelo dos Big Five, inspirado nas teorias de personalidade de Cattell (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade).

Neuroticismo – As facetas que compõem o traço Neuroticismo são: Ansiedade (tendência para ser medroso e se sentir tenso, preocupado ou insatisfeito); Hostilidade-

Raiva (tendência para a frustração, a hostilidade e o azedume); Depressão (tendência para expressar e sentir afetos negativos, sentir-se facilmente desencorajado e para experimentar sentimentos de culpa, tristeza, desesperança e solidão); Consciência de Si (que se refere a sentimentos frequentes de vergonha ou embaraço, desconforto na relação com outros, sensibilidade exagerada ao ridículo e tendência para se sentir inferior); Impulsividade (que se refere à dificuldade para controlar os impulsos e para adiar a satisfação de necessidades e desejos); Vulnerabilidade ao stresse (que reflete a tendência para ter dificuldades em lidar com e suportar o stresse da vida diária, provocando a tendência para a dependência de terceiros e uma maior frequência de sentimentos de desespero e descontrolo).

A escala avalia este traço, tal como os outros, numa perspetiva dicotómica, em que resultados baixos ao traço referido significam, não só que esse traço não está presente, mas também que a pessoa tem tendência para se comportar, pensar e sentir de forma contrária aquela que o traço reflete. Pelo contrário, quanto mais altos forem os resultados na escala, ou subescala respetiva, mais o sujeito demonstra apresentar as características que ela mede.

Extroversão – Refere-se à tendência para as pessoas serem calorosas e afetivas, nas suas relações com outros, e gostarem, em geral, de se envolverem em reuniões alegres e ruidosas de pessoas. Este traço inclui seis dimensões: Caloroso (as pessoas com este traço desenvolvido são amigáveis, afetuosas, gostam genuinamente das outras pessoas e estabelecem facilmente vínculos afetivos com os outros; no sentido contrário, i.e., quando os sujeitos obtêm baixos scores a esta subescala tendem a ser mais distantes, formais e reservados que os outros); Gregarismo (as pessoas que cotam alto nesta subescala tendem a gostar de estar com outras pessoas e procuram ativamente a companhia de outros, baixas cotações sugerem uma tendência consistente para não

procurar, ou mesmo evitar os estímulos sociais); Assertividade (cotar alto nesta subescala sugere que a pessoa é dominante e é dotada de forte ascendente social, pelo contrário, cotar baixo significa que a pessoa prefere passar despercebida e dar o protagonismo a outros); Atividade (altas cotações nesta subescala revelam uma forte tendência para a pessoa se manter ocupada, pelo contrário, baixas cotações indicam uma tendência para a pessoa preferir um tipo de vida mais calmo e sedentário); Busca de Excitação (as pessoas com elevados scores nesta subescala tendem a procurar estados onde prevalecem elevados níveis de excitação e estimulação, gostam de cores brilhantes e locais barulhentos); Emoções positivas (as pessoas que obtêm resultados elevados nesta subescala, tendem a procurar e a sentir emoções positivas como alegria, felicidade, satisfação e riam-se muito e muitas vezes. São otimistas e tendendo mais a procurar estar de bem com a vida).

Abertura à Experiência – Este traço, como o nome indica, procura medir a tendência das pessoas para estarem disponíveis ou procurarem novas experiências e inclui também seis subescalas ou dimensões: Fantasias (que avalia a tendência das pessoas para terem fortes fantasias e sonharem acordadas, não só para escaparem à realidade envolvente, mas também para contruirem um mundo interior mais rico. As pessoas que cotam alto nesta subescala acreditam que a vivência de fantasias torna a sua vida mais completa e satisfatória. Pelo contrário, as pessoas que cotam baixo nesta subescala tendem a manter-se concentradas no real e nas tarefas que têm entre mãos); Estética (as pessoas que cotam alto nesta subescala tendem a valorizar a arte e o que é belo, apresentam forte apetência por atividades artísticas e, dum modo geral, sentem emocionalmente gratificadas em contacto com , teatro, música, pintura, bailado ou outras artes. Pelo contrário, as pessoas que cotam baixo nesta subescala são relativamente insensíveis à arte e à estética); Sentimentos (esta subescala avalia a

capacidade das pessoas estarem recetivas aos seus sentimentos e emoções mais íntimos e avaliam as emoções como uma parte importante da vida); Ações (as pessoas que cotam alto nesta subescala tendem a procurar diferentes tipos de atividade, ir a novos lugares, experimentar novos sabores e alimentos e a desenvolver vários tipos de hobbies ao longo do tempo. Pelo contrário, baixos scores sugerem pessoas que valorizam as rotinas e estão pouco disponíveis para mudanças de atividade); Ideias (cotar alto nesta subescala sugere que a pessoa é intelectualmente curiosa, está aberta a novas perspectivas e desenvolve uma série de interesses de natureza intelectual. Scores baixos significam que a pessoa é pouco curiosa acerca do mundo e, se muito inteligente, mantém um interesse num número muito limitado de áreas ou tópicos); Valores (abertura aos valores significa que a pessoa está disponível e procura reexaminar com frequência as suas crenças sociais, políticos ou religiosas, dando-lhes por isso grande valor e importância. Os baixos scores a esta subescala sugerem a presença duma tendência para a rigidez e dogmatismo).

Amabilidade – Refere-se à tendência para as pessoas serem prestáveis e confiáveis, para terem em conta as perspectivas e interesses dos outros nas suas avaliações ou decisões e tendem a ser pragmáticas e realistas no modo como abordam os problemas. Também integra seis subescalas: Confiança (as pessoas que cotam alto nesta subescala tendem a acreditar que as outras pessoas são basicamente honestas e dignas de confiança. As pessoas que cotam baixo tendem a ser cínicas e a assumir que as outras pessoas podem ser desonestas ou perigosas); Sinceridade (*straightforwardness*) (as pessoas que cotam alto nesta subescala tendem a ser diretas, sinceras e simples, pelo contrário, baixos scores sugerem tendência para manipular os outros através da lisonja, da astúcia ou do engano); Altruismo (as pessoas que cotam alto nesta subescala tendem a colocar os interesses dos outros e da comunidade à frente

dos seus e mostram tendência para respeitar e considerar os outros e os apoiar nas necessidades. Pelo contrário, baixos scores sugerem tendência para o egoísmo e o desinteresse pelos problemas dos outros seres humanos); Condescendência (as pessoas que cotam alto nesta subescala tendem a evitar a conflitualidade e a esquecer e perdoar as ofensas alheias. Os baixos scores sugerem tendência para o rancor e a agressividade e facilidade para expressar sentimentos de raiva); Modéstia (as pessoas que cotam alto nesta subescala são geralmente humildes e procuram não dar muito nas vistas, embora isso não signifique obrigatoriamente que têm défice de autoestima. As pessoas que cotam baixo tendem a ser avaliadas como preconceituosas e arrogantes pelos outros); Delicadeza (as pessoas que obtêm elevados scores nesta subescala tendem a ser simpáticos e a preocuparem-se com os outros, velando pelas suas necessidades. Pelo contrário, os baixos scores correspondem a pessoas menos suscetíveis de se sentirem sensibilizadas pela piedade, avaliando as suas atitudes e avaliações como realistas e baseadas na pura lógica).

Consciosidade – Refere-se à tendência para as pessoas buscarem a ordem e a organização e também inclui seis subescalas: Competência (refere-se à tendência para se ser capaz, sensível às circunstâncias, prudente e efetivo. As pessoas que obtêm elevados scores nesta subescala consideram-se competentes e preparadas para a vida, enquanto as pessoas que obtêm baixos scores tendem a avaliar-se como impreparadas para lidar com as contingências da vida. Esta subescala é aquela se que se relaciona mais com a autoestima e o locus de controle interno); Ordem (refere-se à tendência que algumas pessoas apresentam para serem ordenadas, organizadas e metódicas. Os baixos scores correspondem às pessoas que tendem a ser mais desorganizadas. Levado ao extremo, este traço pode sugerir tendência para personalidade obsessivo-compulsiva); Respeitabilidade (refere-se à tendência para as pessoas regerem-se por princípios éticos

e a cumprirem escrupulosamente as suas obrigações morais. Em oposição, as pessoas com mais baixos scores nesta subescala tendem a ser menos dignos de confiança); Realização pessoal – (esta subescala traduz o grau em que as pessoas tendem a ser empenhadas na sua autorrealização, a sua tendência para se fixarem objetivos elevados e para se esforçarem arduamente para os alcançar. Scores muito elevados podem traduzir uma tendência para se ser um *workaholic*, enquanto os baixos scores sugerem pessoas pouco empenhadas ou mesmo preguiçosas); Autodisciplina (esta subescala revela a tendência para as pessoas se fixarem objetivos e os levarem a cabo mesmo sob condições difíceis e tendem a mover-se em função de auto motivações. Pelo contrário, aqueles que obtêm baixos scores tendem a procrastinar e sentem-se facilmente desencorajados, face a possíveis dificuldades encontradas); Deliberação (altos scores nesta subescala demonstram a tendência para as pessoas refletirem bem antes de agirem e serem consequentes no curso das suas vidas. Baixos scores sugerem que essas pessoas tendem a falar e agir sem medir as consequências das suas ações).

A versão reduzida desta escala, designada por NEO-FFI20, como foi referido acima, compõe-se de 20 itens, que têm por base os itens do NEO-PI-R, permitindo aceder às cinco dimensões do Modelo dos Big Five e foi adaptada para a população portuguesa por Bertoquini e Ribeiro (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Foram selecionados quatro itens por cada dimensão de personalidade, em função de diversas análises estatísticas. O conjunto de 20 itens selecionado demonstrou uma estrutura fatorial bem definida, com todos os itens nas respetivas dimensões e com elevadas cargas fatoriais (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Destaca-se que, apesar de ser um instrumento breve, o NEO-FFI20 demonstrou características psicométricas favoráveis. Apesar de cada dimensão do inventário ser

composta somente por quatro itens o valor mínimo do *Alfa de Cronbach* é de 0,70 (neuroticismo = 0,71; extroversão = 0,71; abertura à experiência = 0,72; amabilidade = 0,70 e conscienciosidade = 0,76) (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Tabela 5

*Correspondência entre os Itens do NOE-FFI20 e os Itens Correspondentes do NEO-PI-R de Costa & McCrae (1992)*

<b>Itens do NEO-FFI20</b>	<b>Itens do NEO-PI-R</b>	
1	71*	
2	77	
3	128*	<b>Neuroticismo = 1 + 6 + 11 + 16</b>
4	184	
5	215	
6	26	
7	107	<b>Extroversão = 2 + 7 + 12 + 17</b>
8	188	
9	154	
10	185	
11	11*	<b>Abertura à Experiência = 3 + 8 + 13 + 18</b>
12	227	
13	53*	
14	74*	
15	200	<b>Amabilidade = 4 + 9 + 14 + 19</b>
16	186	
17	12	
18	8*	
19	4*	<b>Conscienciosidade = 5 + 10 + 15 + 20</b>
20	85	

Nota1. A cotação é feita de 0 a 4. \* itens com cotação invertida

Nota2. Retirado de Bertoquini e Ribeiro (2006)

Um problema suplementar refere-se à questão de saber se uma Escala com apenas 20 itens é adequada para medir as múltiplas facetas da personalidade humana. Esta questão pode ter várias respostas de acordo com os objetivos da investigação que

nos propomos realizar. No âmbito deste trabalho interessou-nos sobretudo conhecer os grandes traços de personalidade dos sujeitos que integraram o estudo, de forma a permitir perceber se havia diferenças significativas entre os sujeitos com Doença Oncológica e os sujeitos sem Doença Oncológica, em relação às várias dimensões da personalidade. Não se tratava, portanto, dum estudo da personalidade dos sujeitos, mas apenas o reconhecimento das grandes tendências da sua personalidade.

Ora, de acordo com Bertoquini e Ribeiro (2006, pgs. 193-4):

“Escala (breve) bem construída podem ter diversos benefícios relativamente às escalas mais extensas. Podem, por exemplo, aumentar o número de questionários preenchidos, melhorar a qualidade das respostas já que a motivação dos sujeitos aumenta quando confrontados com escalas de curta extensão”

Bertoquini e Ribeiro (2006) referem ainda que, quando existe escassez de tempo e recursos e somente se pretende informação global da personalidade, então pode recorrer-se a medidas breves, como aquela que utilizámos.

Esta situação adequa-se à presente investigação, em que muitos dos sujeitos apresentavam pouco treino de leitura e escrita e algumas dificuldades para sustentar a atenção concentrada.

Foi também tido em conta que sujeitos portadores de Doença Oncológica, após terem sido submetidos a um exame médico rigoroso, não poderiam ser massacrados com um número elevado e extenso de questionários, incluindo as escalas que o estudo exigia, de forma a garantir uma boa adesão aos Instrumentos utilizados e a garantia da fiabilidade das respostas às questões colocadas.

#### 4.3.3. Brief COPE

*Coping* é o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para lidar com as situações consideradas como escapando à rotina diária e induzindo algum grau de desafio, stresse ou desconforto. Sobrepõe-se, parcialmente, ao que Freud chamava *mecanismos de defesa do Eu* e pode ser considerado do ponto de vista das estratégias habituais que o sujeito utiliza para lidar com acontecimentos avaliados como stressantes, do ponto de vista do modo como a pessoa lidou pontualmente com uma situação considerada como desafiante.

Para avaliar os estilos de *coping* selecionou-se o Brief COPE. Esta escala permite avaliar o *coping* disposicional (estilos de *coping*), bem como o *coping* situacional, mediante alterações na formulação da escala de resposta (e.g. “nunca faço isto” – formato disposicional; “fiz isto” – formato situacional) (Pais Ribeiro, J. L. 2007).

No presente estudo utilizou-se o formato situacional, por dois motivos: 1) pretendemos observar o modo como os sujeitos que integraram o estudo lidam com uma situação de stresse grave (a Doença Oncológica), em comparação com outros que não enfrentavam essa doença e, também, o modo como a Doença Oncológica afeta as estratégias de *coping* dos sujeitos do estudo. Na verdade, a Doença Oncológica é uma situação de vida de tal modo grave, que as estratégias habitualmente utilizadas para lidar com os acontecimentos stressantes podem não ser consideradas suficientes pelos sujeitos e estes verem-se obrigados a utilizar estratégias de *coping* menos habituais. Em princípio, a comparação do Grupo Oncológico com um Grupo de Controlo, saudável, mas equiparado no que respeita à maioria das outras variáveis, vai-nos permitir avaliar

até que ponto a Doença Oncológica influencia os modos como os sujeitos, em ambas as condições de saúde, lidam com os problemas.

O Brief COPE é composto por 28 itens, que se dividem em 14 escalas (2 itens por subescala). Este instrumento é uma escala de tipo Likert, podendo as respostas variar entre 0 e 3, incluindo quatro afirmações desde “nunca faço isto” até “faço sempre isto”. Esta escala foi desenvolvida por Carver (1997, citado por Ribeiro, 2007), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004).

As subescalas do instrumento são: *Coping* Ativo (Alpha = 0,65), Planear (Alpha = 0,70), Utilizar Suporte Instrumental (Alpha = 0,81), Utilizar Suporte Social Emocional (Alpha = 0,79), Religião (Alpha = 0,80), Reinterpretação Positiva (Alpha = 0,74), Auto culpabilização (Alpha = 0,62), Aceitação (Alpha = 0,55), Expressão de Sentimentos (Alpha = 0,84), Negação (Alpha = 0,72), Auto distração (Alpha = 0,67), Desinvestimento Comportamental (Alpha = 0,78), Uso de Substâncias (medicamentos/álcool) (Alpha = 0,81) e Humor (Alpha = 0,83). De salientar que nalgumas escalas o *Alpha de Cronbach* é baixo. Contudo, os autores referem que tal é aceitável tendo em conta as características da escala (2 itens por subescala) (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

De seguida apresentam-se as diferentes subescalas e os itens componentes: *Coping* Ativo (itens 2 e 7), Planear (itens 14 e 25), Utilizar Suporte Instrumental (itens 10 e 23), Utilizar Suporte Social e Emocional (itens 5 e 15), Religião (itens 22 e 27), Reinterpretação Positiva (itens 12 e 17), Auto culpabilização (itens 13 e 26), Aceitação (itens 20 e 24), Expressão de Sentimentos (itens 9 e 21), Negação (itens 3 e 8), Auto distração (itens 1 e 19), Desinvestimento Comportamental (itens 6 e 16), Uso de Substâncias (itens 4 e 11) e Humor (itens 18 e 28).

Os autores apresentam a seguinte definição para cada uma das subescalas do Brief COPE: 1) *Coping* Ativo – refere-se a iniciar uma ação ou fazer esforços para lidar de forma ativa com o stressor; 2) Planear – pensar sobre o modo de gerir a situação stressante, planeando os esforços de *coping* ativo; 3) Utilizar o Suporte Instrumental – procurar ajuda, informações ou conselho sobre o que fazer, recorrer às Instituições e Organizações disponíveis e acessíveis para o sujeito; 4) Utilizar o Suporte Social e Emocional – procurar a simpatia ou o suporte emocional de alguém, falar dos problemas pessoais com outros; 5) Religião – recurso a atividades e práticas religiosas e/ou espirituais; 6) Reinterpretação Positiva – crescer com a situação stressante, tirando o melhor partido possível dessa situação ou vendo-a de forma mais favorável; 7) Auto culpabilização – culpar-se e criticar-se pelo que aconteceu; 8) Aceitação – aceitar, resignar-se ao acontecimento ou situação stressante; 9) Expressão de Sentimentos – percepção de que o fator stressante provocou stresse emocional e busca de encontrar forma de exprimir ou descarregar esses sentimentos; 10) Negação – tentativa de negar a ocorrência do fator de stresse ou a sua gravidade; 11) Auto distração – distrair-se da situação stressante, investindo em outras atividades; 12) Desinvestimento Comportamental – desistir ou deixar de se esforçar por alcançar o objetivo prejudicado pelo fator de stresse; 13) Uso de Substâncias (medicamentos/álcool) – recorrer ao álcool ou outras drogas como desinvestimento no fator de stresse e busca de alívio no esquecimento ou embotamento; 14) Humor – procurar brincar com a situação stressante, ou alguma das suas facetas (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Na versão portuguesa, Ribeiro e Rodrigues (2004) referem que o instrumento apresenta características idênticas à escala original, confirmando-se também a distribuição dos itens pelas escalas respetivas. Neste sentido, concluem que este é um instrumento adequado a utilizar nos estudos sobre o *coping* com populações de língua

portuguesa. Assim, o Brief COPE apresenta-se como um instrumento adequado, pois para além de demonstrar características psicométricas satisfatórias, também é uma escala abreviada, permitindo assim não sobrecarregar os nossos sujeitos, já enfrentando problemas de sobrecarga de stresse emocional e/ou situacional.

#### **4.3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais Ribeiro (1999) destina-se a avaliar, como o nome sugere, os níveis de satisfação com as várias áreas da vida em que o suporte social percebido se pode manifestar.

Na sua versão final consta de 15 frases, que são apresentadas como autoafirmações. O sujeito assinala o grau em que concorda-discorda dessas afirmações através duma escala de Likert de cinco posições: concordo totalmente, concordo na maior parte, nem concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente.

Foi adotada uma solução fatorial de quatro fatores, que explicam 61,3% da variância total dos resultados, sendo que a consistência interna da Escala, medida pelo Alpha de Cronbach é de 0,85, o que pode ser considerado um valor que indica uma muito boa consistência interna.

Após análise fatorial, com rotação Varimax e ACP (Análise dos Componentes Principais), os fatores encontrados foram os seguintes:

Fator 1 (Alpha de Cronbach=0,83)\_ Designado por *Satisfação com os Amigos*, é composto por cinco itens, explica 35% da variância total e mede, como o nome sugere, o grau de satisfação com as amizades;

Fator 2 (Alpha de Cronbach=0,74) \_ Designado por *Intimidade*, é composto por quatro itens, explica 12,1% da variância total da Escala e mede o grau em que o sujeito se sente satisfeito com o suporte social íntimo percebido.

Fator 3 (Alpha de Cronbach=0,74)\_ Designado por *Satisfação com a Família*, é composto por três itens, explica 8,7% da variância total e mede o grau de satisfação com o apoio familiar.

Fator 4 (Alpha de Cronbach= 0,64)\_ Designado por *Satisfação com as Atividades Sociais*, é composto por três itens, explica 7,3% da variância total da Escala e mede o grau de satisfação percebida com o envolvimento social dos sujeitos.

Como se pode observar pela descrição da Escala o fator que mais contribui para a Satisfação com o Suporte Social percebido é a Satisfação com as Amizades, que explica mais de metade da variância total, o que permite compreender que esta fonte de suporte social é de extrema importância na avaliação subjetiva dos sujeitos.

Esta Escala foi aplicada a uma amostra portuguesa de 385 pessoas diagnosticadas com doença oncológica, há menos de três meses, (maioritariamente mulheres com Cancro da Mama e baixos níveis médios de instrução) Santos, Pais Ribeiro & Lopes (2003). Os resultados deste estudo confirmaram os resultados iniciais e conservaram os mesmos fatores, com a mesma posição relativa, mas verificou-se uma tendência para a satisfação com as amizades ser associada com a intimidade, nesta amostra em particular. Estes resultados confirmaram a validade da Escala, quando utilizada com sujeitos com diagnóstico de Doença Oncológica. Todavia, tal como para os outros instrumentos considerados, com exceção do Questionário, que foi construído de raiz, não se encontraram adaptações para Angola destes instrumentos ou de outros equivalentes, pelo que a leitura dos resultados deve ser feita com os devidos cuidados.

## Capítulo 6. Apresentação e Discussão dos Resultados

### 6.1. Caracterização Sociodemográfica das Amostras

Tabela 6

Caracterização sociodemográfica das Amostras (N=219)

Característica	Amostra Total N=219		Grupo Oncológico N=89		Grupo Controlo N=130		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Género</b>	Masculino	72	32,9	28	31,5	44	33,8
	Feminino	147	67,1	61	68,5	86	66,2
<b>Classes Etárias</b>	18-32 Anos	56	25,6	8	9	48	36,9
	33-44 Anos	55	25,1	21	23,6	34	26,2
	45-54 Anos	55	25,1	29	32,6	26	20
	>54 Anos	53	24,2	31	34,8	22	16,9
	Média de idades (dp)	44,5	14,58	50,2	13,51	40,55	14,03
<b>Estado Civil</b>	Casado	135	61,6	66	74,2	69	53,1
	Solteiro	64	29,2	18	20,2	46	35,4
	Viúvo	16	7,3	5	5,6	11	8,5
	Separado/divorciado	1	0,5	-	-	1	0,8
	Outros	3	1,4	-	-	3	2,3
<b>Residência</b>	Urbana	140	63,9	52	58,4	88	67,7
	Suburbana	66	30,1	31	34,8	35	26,9
	Rural	13	5,9	6	6,7	7	5,4
<b>Nível Instrução</b>	Iltrado	7	3,2	4	4,5	3	2,3
	Ensino Básico	57	26	29	32,6	28	21,5
	Ensino Secundário	89	40,6	38	42,7	51	39,2
	Ensino Superior	66	30,1	18	20,2	48	36,9
<b>Profissão</b>	Quadros Superiores	2	0,9	1	1	1	0,8
	Especialistas profissões intelectuais e científicas	54	24,7	30	33,7	24	18,5
	Técnicos e profissionais nível intermédio	35	16	18	20,2	17	13,1
	Pessoal administrativo e serviços	18	8,2	7	7,9	11	8,5
	Agricultores e Pescadores	6	2,7	2	2,2	4	3,1
	Operários e operadores máquinas e montagem	17	7,8	4	4,5	13	10
	Trabalhadores não qualificados	87	39,7	27	30,3	60	46,2
<b>Salário</b>	Mínimo	34	15,5	9	10,1	25	19,2
	Médio	95	43,4	41	46,1	54	41,5
	Superior	38	17,4	20	22,5	18	13,8
	Sem salário	52	23,7	19	21,3	33	25,4

Sendo um estudo comparativo procurámos que o perfil não clínico do nosso Grupo de Controlo se aproximasse tanto quanto possível do Grupo Oncológico, de forma a podermos retirar algumas inferências, ainda que não completamente generalizáveis sobre as relações entre as variáveis em estudo. Essa paridade não foi possível de obter em relação às variáveis Idade, Estado Civil e Nível de Instrução. Nestas variáveis os dois grupos apresentavam diferenças estatisticamente significativas, como veremos de seguida.

As amostras da presente investigação foram constituídas por 219 cidadãos angolanos, divididos em dois grupos, um de pessoas sofrendo de doença oncológica, designado por Grupo Oncológico, formando 40,6% da amostra total ( $n = 89$ ) e um Grupo de Controlo (angolanos saudáveis residentes em Portugal), que integra os restantes 59,4% da amostra total ( $n = 130$ ) (Tabela 6).

O género feminino é claramente maioritário, quer no total das amostras (67,1%), quer em ambos os grupos tomados separadamente (68,5% no Grupo Oncológico e 66,2% no Grupo de Controlo). A distribuição por género não diferencia os dois grupos ( $\chi^2 = 0,36$ ;  $p=0,413$ ).

A frequência claramente superior do sexo feminino no Grupo Oncológico e, por extensão, no Grupo de Controlo, está provavelmente relacionada com duas ordens de fatores: a) a maior frequência de casos de Cancro da Mama e Cancro do Colo do Útero na população oncológica angolana encaminhada para tratamento em Portugal, cuja prevalência pode estar associada a uma vida sexual muito precoce e um número elevado de filhos e b) a percentagem relativamente inferior de homens com idades superiores a 40-50 anos em Angola, devido às várias guerras pelas quais o país passou. Ora, é a partir destas idades que a prevalência do Cancro da Próstata aumenta exponencialmente, sendo este tipo de cancro o mais frequente entre os homens.

Neste caso, a disparidade entre as frequências de género nos pacientes oncológicos provenientes de Angola, que se tentou respeitar também no Grupo de Controlo, parece refletir, pelo menos parcialmente, a especificidade da realidade angolana.

Os participantes de ambos os grupos apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 81 anos, sendo a média etária de 44,5 anos ( $dp = 14,58$ ). O Grupo Oncológico apresentou uma idade média de 50,19 (13,51), enquanto o Grupo de Controlo apresentava uma média de idades de 40,55 (14,03). A diferença entre os grupos, quanto a esta variável, era muito significativa ( $t = 5,104$ ;  $p < 0,0001$ ). Dada a natureza dos grupos, constituídos por emigrantes angolanos vivendo em Portugal (Grupo de Controlo) e por pacientes oncológicos angolanos que vêm realizar tratamentos médicos em Portugal (Grupo Oncológico) esta diferença era esperada e inevitável, uma vez que os emigrantes angolanos residentes tendem a regressar a Angola no período mais tardio das suas vidas e os pacientes oncológicos são tradicionalmente mais velhos que a população saudável.

Apesar de todos os esforços para equiparar os grupos, aumentando a idade média do grupo de controlo, esse objetivo não foi possível de alcançar, nesta variável, devido às características intrínsecas a ambos os grupos. Todos os resultados que diferenciem os dois grupos serão por isso percebidos à luz duma precaução acrescida, em função desta limitação metodológica.

Quanto ao estado civil, 74,2% da amostra total refere ser casada ( $n = 66$ ), seguindo-se os solteiros (20,2%) e, finalmente, os viúvos (5,6%).

Por grupos, a frequência de casados/união de facto é idêntica (66, para o Grupo Oncológico e 69 para o Grupo de Controlo), mas correspondendo a percentagens relativas bastante diferentes (74,2% para o Grupo Oncológico, contra 53,1% para o

Grupo de Controlo). Os solteiros são claramente maioritários no Grupo de Controlo (35,4%) face ao Grupo Oncológico (20,2%). Os viúvos (7,3% dos participantes) distribuem-se de forma relativamente homogénea pelos dois grupos e os separados/divorciados são residuais (apenas 1 participante).

Esta distribuição dos grupos por estado civil diferencia os dois grupos de forma significativa à custa do maior número de solteiros no Grupo de Controlo ( $\chi^2 = 11,286$ ;  $p = 0,024$ ) e duma maior percentagem de casados no Grupo Oncológico. Obviamente que esta diferença está intimamente associada à diferença de idades entre os grupos, mas também será tida em conta quando se compararem os resultados dos dois grupos às variáveis independentes.

No que se refere à residência, a quase totalidade das amostras reside em áreas urbanas ou suburbanas (93.2%). Quanto a esta variável não se observam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2 = 1,970$ ;  $p = 0,373$ ).

Na verdade, quase todos os pacientes oncológicos encaminhados para Portugal vivem em Luanda ou na sua periferia, passando-se o mesmo com os residentes angolanos em Portugal, que vivem maioritariamente em Lisboa ou na sua periferia.

No que se refere ao nível de instrução, gostaríamos de realçar que ambos os grupos apresentam níveis de instrução superiores à média angolana, já que perto de metade de todos os angolanos selecionados possui o ensino secundário (42,7%) e 30,1% completaram algum grau de ensino a nível superior, sendo iletrados apenas 3,2% da população integrada neste estudo. Todavia, no que respeita à diferença entre os grupos, quanto a esta variável, observam-se diferenças significativas entre eles ( $\chi^2 = 8,311$ ;  $p=0,040$ ). A diferença é favorável ao Grupo de Controlo que possui um maior número de licenciados e titulares dum diploma do ensino secundário.

Em termos de profissão a amostra é bastante heterogénea, existindo maior número de participantes nas especialidades intelectuais e científicas (33,7%; n = 30) e em trabalhadores não qualificados (30,3%, n = 27). A restante amostra distribui-se por diversos grupos profissionais, como se pode observar na Tabela 6. Não se observaram diferenças significativas entre os grupos no que se refere à profissão, muito embora os trabalhadores não qualificados estivessem mais fortemente representados nos angolanos residentes em Portugal ( $\chi^2 = 12,288$ ;  $p = 0,056$ ).

Também os níveis salariais referidos não diferenciam as duas amostras, de forma estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 5,707$ ;  $p = 0,127$ ). Perto de metade da amostra total (46,1%) referiu auferir um salário médio, seguindo-se os que auferem um salário de nível superior (22,5%), os que referem não ter salário (21,3%) e os que auferem o salário mínimo (10,1%).

Obviamente, estamos conscientes que os salários dos participantes residentes em Angola e Portugal não seriam diretamente comparáveis, pelo que optámos por pedir a todos os participantes que se situassem num dos 4 graus de nível salarial propostos, tendo em atenção a realidade do país onde viviam. Consideramos por isso que, embora com a prudência devida, as realidades relativas podem ser comparadas da forma que o foram.

## **6.2. Comparação das Amostras em Relação às Características Biométricas e Clínicas**

Relativamente aos dados biométricos das amostras, o Grupo Oncológico apresenta uma altura mínima de 150 cm, máxima de 186 cm e média de 167,94 cm (5,91). Quanto ao Grupo de Controlo a altura mínima é de 145 cm, máxima de 180 cm e média de 167,15 cm (5,74), como pode ver-se na Tabela 7. Não se observam diferenças significativas entre os grupos, no que respeita à altura ( $T\text{ Student} = 0,98$ ;  $p = 0,33$ ).

Tabela 7

*Caracterização Biométrica e Clínica das Amostras*

Característica	Amostra Total		Grupo		Grupo		
	N=219		Oncológico		Controlo		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Altura</b>	1.45-1.65	75	34,2	29	32,6	46	35,4
	1.66-1.68	50	22,8	22	24,7	28	21,5
	1.69-1.70	48	21,9	17	19,1	31	23,8
	1.70-1.86	46	21	21	23,6	25	19,2
	Médias (do)	167,47	5,91	167,94	6,16	163,15	5,74
<b>Peso</b>	45-59	59	26,9	32	36	27	20,8
	60-65	55	25,1	13	14,6	42	32,3
	66-72	51	23,2	18	20,2	33	25,4
	73-102	54	24,7	26	29,2	28	21,5
	Médias (dp)	66,69	11,90	66,38	14,301	66,91	9,98
<b>IMC</b>	Baixo Peso	1	0,5	1	1,1	-	-
	Peso Normal	13	5,9	13	14,6	-	-
	Pré-obesidade	141	64,4	46	51,7	95	73,1
	Obesidade moderada	44	20,1	19	21,3	25	19,2
	Obesidade severa	20	9,1	10	11,2	10	7,7
	Obesidade muito severa	0	0	0	0	0	0
	Médias (dp)	23,92	4,391	23,75	5,35	24,04	3,61
<b>Pressão arterial</b>	Normal	98	44,7	32	36	66	50,8
	Pré-hipertensão	64	29,2	23	25,8	41	31,5
	HTA Estado 1	32	14,	16	18	16	12,3
	HTA Estado 2	25	11,4	18	20,2	7	5,4
<b>Saúde</b>	Excelente	39	17,8	-	-	39	30
	Muito Boa	34	15,5	3	3,4	31	23,8
	Boa	52	23,7	13	14,6	39	30
	Razoável	65	29,7	44	49,4	21	16,2
	Má	26	11,9	26	29,2	-	--
	Muito Má	3	1,4	3	3,4	-	-

Tabela 7 (cont)

Característica	Amostra total		Grupo Oncológico		Grupo Controlo		
	N=219		N=89		N=130		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexualidade</b>	Satisfeito	131	59,8	32	36	99	76,2
	Não satisfeito	88	40,2	57	64	31	23,8
<b>Limitações na atividade</b>	Sim	60	27,4	54	60,7	6	4,6
	Não	159	72,6	35	39,3	124	95,4
<b>Doenças</b>	Angina de peito	13	5,9	2	2,2	11	8,5
	Problemas crónicos coluna	29	13,2	19	21,3	10	7,7
	Artrite ou reumatismo	10	4,6	3	3,4	7	5,4
	Défice visual	24	11	17	19,1	7	5,4
	DPOC	3	1,4	3	3,4	-	-
	Insuficiência cardíaca	13	5,9	3	3,4	10	7,7
	Diabetes <i>Mellitus</i>	14	6,4	6	6,7	8	6,2
	Problemas gástricos	11	5	2	2,2	9	6,9
	Asma	3	1,4	1	1,1	2	1,5
	Défice auditivo	6	2,7	3	3,4	3	2,3
	Doença arteriosclerótica	2	0,9	1	1,1	1	0,8
	Doença coronária	2	0,9	2	2,2	-	-
	Valvulopatia	1	0,5	1	1,1	-	-

O participante do Grupo Oncológico com menor peso pesava 45 kg e o mais pesado 102 kg, para um peso médio de 66,38 kg (14,30). No Grupo de Controlo o peso mínimo observado foi também de 45 kg, o máximo de 100 kg e o médio de 66,91 kg (9,98). Também em relação ao peso não se verificaram diferenças significativas entre as médias dos dois grupos ( $T$  Student = -0,319;  $p = 0,750$ ).

Tabela 8

*Classificação das Categorias de Obesidade de Acordo com o IMC Preconizadas pela OMS*

<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de Co-morbilidades</b>
Baixo peso	< 18.5	Baixo (aumentado para outros problemas clínicos)
Varição normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40.0	Muito grave

Fonte: OMS (2000): *Obesity-Preventing and Managing the Global Epidemic*

Quanto ao IMC (Índice de Massa Corporal) optámos por distribuí-lo pelas categorias propostas pela OMS (2000), tal como pode ver-se na Tabela 8.

Como pode verificar-se na Tabela 7 nenhum dos participantes do Grupo de Controlo apresentava um IMC correspondente às categorias Baixo Peso ou Peso Normal. Todos os 130 participantes deste grupo apresentavam excesso de peso em relação à altura. Mas, também no Grupo Oncológico apenas 6,4% dos participantes apresentava Peso Normal ou Baixo Peso. Em contrapartida, 32,5% dos participantes do Grupo Oncológico e 26,9% do Grupo de Controlo apresentavam Obesidade Severa ou Moderada.

Este indicador sugere que esta população (tanto a residente em Angola, que integrava o Grupo Oncológico, como a residente em Portugal) apresenta estilos de vida pouco saudáveis, permitindo-se resvalar, numa percentagem exagerada, para uma condição de peso excessivo. Estes indicadores sugerem risco aumentado ou muito aumentado da existência de co morbilidades, tal como Diabetes, Doença Vesicular, Dislipidemia, Dispneia, Apneia do Sono, Doença Coronária, Hipertensão,

Osteoartrose, Dores Lombares, Hiperuricémia e Gota, bem como risco acrescido do desenvolvimento de alguns tipos de Cancro da Mama (DGS, 2005).

O IMC médio para o Grupo Oncológico observado foi de 23,75 (5,35) e para o Grupo de Controlo de 24,04 (3,61). Também em relação a esta variável não se observaram diferenças significativas nas médias dos dois grupos (t Student = -0,476;  $p = 0,635$ ).

Tabela 9

*Classificação da Pressão Arterial de Acordo com o NDHHS dos EUA*

<b>Classificação da pressão arterial</b>	<b>Pressão arterial sistólica (mmhg)</b>	<b>Pressão arterial diastólica (mmhg)</b>
Normal	< 120	<b>e</b> < 80
Pré-hipertensão	120 a 139	<b>ou</b> 80 a 89
Hipertensão estágio 1	140 a 159	<b>ou</b> 90 a 99
Hipertensão estágio 2	≥ 160	<b>ou</b> ≥ 100

Fonte: Modificado de Chobanian, Bakris, Black et al. (2003). *The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*. JAMA 2003; pag. 72.

Quanto à Pressão Arterial 26% da Amostra Total sofria de Hipertensão, independentemente do grupo, sendo todavia esse valor muito mais elevado no Grupo Oncológico (38,2%), contra 17,7% no Grupo de Controlo. Embora elevados, estes valores são apesar de tudo inferiores aos que a OMS (2008) indica para a população angolana com mais de 25 anos (45,5% dos habitantes angolanos apresentam valores de pressão arterial que cabem na categoria de hipertensão) ou estão a fazer medicação para baixar a pressão arterial.

No que se refere à avaliação subjetiva do seu estado de saúde, os dois grupos diferem, como seria de esperar, de forma muito significativa. Com efeito, nenhum dos pacientes do Grupo Oncológico classificou a sua saúde como excelente e nenhum dos participantes do Grupo de Controlo classificou a sua saúde como má ou muito má. Não podemos todavia deixar de realçar que 18% dos pacientes oncológicos classificaram a sua saúde como boa ou muito boa e que apenas uma minoria de 32,6% a classificou como má ou muito má.

Os grupos diferem de forma muito significativa quanto a este indicador subjetivo, mas realçamos, uma vez mais, a perspetiva positiva da generalidade da amostra, incluindo o Grupo Oncológico, na avaliação do seu estado de saúde ( $t = 14,125; p < 0,000$ ).

A perceção quanto às limitações no trabalho ou outras atividades também divide os dois grupos de forma muito significativa ( $t = -11,560; p < 0,000$ ), em desfavor do Grupo Oncológico. O número de pessoas que sente limitações na atividade no Grupo de Controlo é residual (apenas 4,6%). Quanto ao Grupo Oncológico um surpreendente número elevado de sujeitos, atendendo à gravidade da doença, não sentia limitações nas suas atividades diárias (39,3%).

A forma como os sujeitos encaravam a sua satisfação sexual divergia também, de forma muito significativa, em função da pertença a um dos grupos considerados ( $t = 6,481; p < 0,000$ ), sendo os sujeitos do Grupo de Controlo os que manifestaram maior satisfação com a sua vida sexual. Neste item as diferenças não são tão marcadas já que quase  $\frac{1}{4}$  dos sujeitos do Grupo de Controlo não se mostrava satisfeito com a sua vida sexual (23,8%) e 36% do Grupo Oncológico mostrava-se satisfeito com a sua atividade sexual.

Estes números sugerem que a doença oncológica afeta, de forma significativa, as várias áreas da vida pessoal consideradas, mas essa realidade não é comum a todos os sujeitos e há mesmo uma minoria não negligenciável para quem a avaliação subjetiva que fez da sua saúde, das limitações na atividade diária e da vida sexual, não é influenciada pela presença da Doença Oncológica.

Quanto à prevalência de doenças não neoplásicas nos dois grupos selecionados verifica-se que a Diabetes, os défices visuais, os problemas crónicos da coluna e a Insuficiência Cardíaca são as doenças crónicas mais frequentes. Em relação à Diabetes observa-se uma incidência inferior à média africana (9,7% em 2008, de acordo com a OMS), distribuindo-se pelos dois grupos de forma idêntica. Também os défices visuais apresentam uma incidência inferior à do continente africano (22,2% de acordo com a OMS, 2008). Todavia, estes défices são muito significativamente mais frequentes no Grupo Oncológico do que no Grupo de Controlo (17% contra 5,4%;  $\chi^2 = 10,186$ ,  $p = 0,002$ ). Esta diferença deve ser lida com cuidado devido à diferença na média de idades dos dois grupos (média superior em 4,05 anos no Grupo Oncológico).

Também os problemas crónicos da coluna vertebral diferenciam de forma muito significativa os dois grupos, sendo claramente mais frequentes no Grupo Oncológico ( $\chi^2 = 8,576$ ;  $p = 0,003$ ) e representam, para o conjunto dos dois grupos, uma incidência muito superior à do continente africano (10,1%, de acordo com a OMS, 2008).

Quanto à Insuficiência Cardíaca, observa-se uma incidência claramente superior no Grupo de Controlo, embora não suficiente para atingir significado estatístico, devido à relativa baixa frequência. Não deixa de ser surpreendente que, apesar da média de idades inferior, o Grupo de Controlo apresente 7,7% de sujeitos com Insuficiência Cardíaca, contra 3,4% do Grupo Oncológico. Esta diferença pode ser lida à luz de

vários fatores: a) diferentes estilos de vida dos angolanos residentes em Angola e em Portugal ou, b) mais fácil acesso a cuidados de saúde e diagnósticos diferenciados em relação aos residentes em Portugal. Como é óbvio não podemos inclinar-nos mais para uma ou outra causa, mas ambas são verosímeis, ou até as duas em simultâneo.

Para esta patologia não dispomos de dados relativos à realidade africana em geral ou angolana em particular, pelo que nos limitamos a chamar a atenção para esta discrepância sugerindo que talvez ela mereça uma investigação independente.

Os outros problemas de saúde inventariados não diferenciam os dois grupos de forma significativa e apresentam, em geral, uma incidência inferior à do continente africano.

Tabela 10

*Caracterização Clínica das Amostras (cont): Saúde Feminina.*

Característica	Amostra total		Grupo Oncológico		Grupo Controlo		
	N = 145		N = 58		N = 87		
	N	%	N	%	N	%	
N.º filhos	1 A 3	65	50,8	20	32,8	45	67,3
	4 A 10	63	49,2	41	67,2	22	32,8
	Médias (dp)	3,74 (2,21)		4,7 (2,122)		2,99 (1,997)	
Idade início menarca	11-12 Anos	36	27,9	17	34	19	24,1
	13-14 Anos	39	30,2	12	24	27	34,2
	15-18 Anos	54	41,9	21	42	33	41,8
	Idade média (dp)	11,7 (4,68)		13,33 (2,197)		10,79 (5,417)	
N.º mulheres com cancro na família	Nenhuma	97	75,8	43	84,3	54	70,1
	1	23	18	4	7,8	19	24,7
	2 A 5	8	6,3	4	7,8	4	5,2
Tempo desde última mamografia	≤ 1 Ano	40	27,2	24	39,3	16	18,6
	>1 < 3 Anos	23	15,6	9	14,8	14	16,3
	≥ 3 Anos	15	10,2	11	18	4	4,7
	Nunca	69	46,9	17	27,9	52	60,5
Tempo desde esfregaço vaginal	≤ 1 Ano	49	33,3	19	31,1	30	34,9
	>1 < 3 Anos	21	14,3	12	19,7	9	10,5
	≥ 3 Anos	21	14,3	11	18	10	11,6
	Nunca	56	38,1	19	31,1	37	43

Em relação aos indicadores de saúde femininos (Tabela 10) verificamos que as 145 mulheres das amostras tiveram, em média, 3,74 filhos, mas as mulheres do Grupo Oncológico tiveram mais filhos (média 4,7) do que as do Grupo de Controlo (média 2,9). As diferenças entre as médias dos dois grupos são estatisticamente muito significativas ( $t = 4,917$ ;  $p < 0,000$ ).

Este dado é relevante já que parece estar relacionado com estilos de vida africano e europeu (menos filhos nas mulheres que vivem na Europa), mas também porque é um potencial fator de vulnerabilidade em relação ao número elevado de casos de Cancro do Colo do Útero observados no Grupo Oncológico (Clavel-Chapelon, 2002; Munoz et al., 2002), como foi referido na revisão da literatura.

Em contrapartida, a idade média da primeira menarca é muito significativamente mais tardia (13,33 anos) no Grupo Oncológico (que vive em Angola) do que no Grupo de Controlo (10,79 anos). Esta diferença é muito significativa ( $t = 3,203$ ;  $p = 0,002$ ) e deve-se, provavelmente, às condições de vida enfrentadas por essas mulheres enquanto crianças e adolescentes: stresse de guerra, desmembramento de famílias, migrações e falta de recursos de todo o tipo, incluindo alimentar.

Estes resultados contrariam os esperados, que apontam para um risco acrescido de Cancro da Mama nas mulheres que tiveram a menarca mais jovens (Pike, Pearce, & Wu, 2004), mas por outro lado parecem confirmar a influência de dietas desequilibradas e insuficientes em vitaminas, fibras e leguminosas no aumento da probabilidade de desenvolvimento de Cancro da Mama (Clavel-Chapelon, 2002; Parkin, Boyd & Walker, 2011).

Uma percentagem de 24,3% do total da amostra teve pessoas próximas (mãe ou irmãs) com Cancro da Mama. É muito curioso constatar que Grupo de Controlo

apresentou uma maior prevalência de Cancro da Mama em familiares próximos do que o Grupo Oncológico (29,9 contra 15,6, prospectivamente). Essas diferenças não são significativas ( $t = -1,042$ ;  $p = 0,299$ ), mas sugerem a possibilidade de haver casos de cancro infra diagnosticados na população residente em Angola comparativamente com a residente em Portugal, em conjugação com fatores psicossociais não identificados.

Embora as diferenças não sejam significativas, as mulheres do Grupo Oncológico realizaram mamografias em maior número e mais recentemente, o que não será de estranhar em função da patologia oncológica que apresentam (predominantemente Cancro da Mama e Cancro do Colo do Útero) e de a idade média do Grupo de Controlo ser ligeiramente inferior.

Já quanto ao esfregaço vaginal os números são mais próximos entre os dois grupos e também sem diferenças significativas entre eles.

No que se refere aos aspetos da saúde masculina (Tabela 11), quer no Grupo Oncológico, quer no Grupo de Controlo, a maioria dos sujeitos fez o último exame retal há três ou mais anos ( $n = 15$ ; 53,6% e  $n = 26$ ; 59,1% prospectivamente). No que concerne à pesquisa de PSA (antigénio sanguíneo prostático) mais de 53% dos homens dos dois grupos referem nunca a ter realizado. Relativamente às dificuldades de ereção ou de micção, são apenas os homens do Grupo Oncológico que na sua maioria as indicam ( $n = 18$ ; 64,3% e  $n = 17$ ; 60,7%) (Tabela 4).

Tabela 11

Caracterização das Amostras (cont): Saúde Masculina (homens com > 40 anos)

Característica		Amostra		Grupo		Grupo	
		Total		Oncológico		Controlo	
		N=51		N=24		N=27	
		N	%	N	%	N	%
<b>Sente-se sexualmente satisfeito?</b>	Sim	17	33,3	10	41,7	7	25,9
	Não	34	66,7	14	58,3	20	74,1
<b>Tempo passado desde o último exame retal</b>	≤ 1 Ano	24	47,1	16	66,7	8	29,6
	1 Ano	4	7,8	2	8,3	2	7,4
	2 Anos	4	7,8	1	4,1	3	11,1
	≥ 3 Anos	17	33,3	5	20,8	12	44,4
	Nunca	2	3,9	0	0	2	7,4
<b>Tempo passado desde o último PSA</b>	≤ 1 Ano	10	19,6	2	8,3	8	29,6
	1 Ano	16	31,4	13	54,2	3	11,1
	2 Anos	3	5,9	2	8,3	1	3,7
	≥ 3 Anos	2	3,9	1	4,2	1	3,7
	Nunca	20	39,2	6	25	14	51,9
<b>Dificuldades para obter/manter a ereção</b> N=48	Sim	28	58,3	10	41,7	17	63
	Não	20	41,7	13	54,2	10	37
<b>Dificuldades para urinar</b> N=48	Sim	27	52,9	10	41,7	17	68
	Não	21	41,2	13	54,2	8	32

No que se refere especificamente à saúde masculina (Tabela 11), em relação a doenças e satisfação relacionadas com o funcionamento urinário e sexual, optámos por considerar apenas os homens de mais de 40 anos por razões óbvias.

Tendo este dado em consideração apurou-se que 66,7% do total dos homens, com mais de 40 anos, não se sentiam sexualmente satisfeitos.

Mas mais digno de realce foi a prevalência desse descontentamento ser claramente mais frequente nos sujeitos angolanos residentes em Portugal, sem patologia oncológica, atingindo uma percentagem de 74,1%. As diferenças entre os grupos, embora relevantes, não são suficientes para atingir significado estatístico, devido ao baixo número de sujeitos ( $\chi^2 = 1,417$ ;  $p = 0,234$ ).

Este resultado, surpreendente a vários títulos, parece-nos algo difícil de explicar, tendo em atenção que se compara uma população mais saudável com uma que sofre duma doença crónica grave e é a primeira que manifesta, em maior número, insatisfação com a sua vida sexual.

Em relação ao tempo passado em relação ao último exame retal e prostático, o Grupo Oncológico, comparativamente ao Grupo de Controlo (nos homens com mais de 40 anos), fez esse exame há menos de 1 ano com mais frequência (66,7% no Grupo Oncológico, contra 29,6% no Grupo de Controlo). Todavia, apenas 2 (7,4%) nunca fizeram um exame retal ou à próstata, no Grupo de Controlo e todos os homens do Grupo Oncológico tinham realizado esse exame há menos de 3 anos. No que se refere a este item as diferenças entre os Grupos estão muito perto da significância estatística ( $\chi^2 = 6,531$ ;  $p = 0,082$ ).

Já em relação ao marcador PSA observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos ( $\chi^2 = 12,168$ ;  $p = 0,016$ ), devido, sobretudo, ao número elevado de sujeitos do Grupo de Controlo que nunca tinha feito um exame deste tipo (51,9%).

Uma maioria alarmante de 58,3% dos homens das duas amostras, com mais de 40 anos, declarou ter dificuldades para manter uma ereção pelo tempo adequado. Esse

número era muito mais elevado no Grupo de Controlo (63%, contra 41,7% no Grupo Oncológico), sem que, todavia, essa diferença tivesse atingido significado estatístico ( $\chi^2 = 2,927; p = 0,078$ ).

Mais uma vez, relativamente tanto às competências como à satisfação sexuais, o Grupo de Controlo, constituído por pessoas saudáveis, mostrou ter mais problemas do que o Grupo Oncológico, o que parece ser um dado relevante e que merece um olhar mais atento em futuras investigações sobre a saúde física e psicológica e os níveis de bem-estar das populações emigrantes em geral e da população de imigrantes angolanos em Portugal, em particular.

É possível que estes níveis insatisfatórios de realização sexual se articulem com condições de vida adversas, particularmente a dificuldade para constituir famílias organizadas, as vivências de défices de integração na sociedade de acolhimento e outros fatores não imediatamente visíveis, que mereceriam um estudo mais especializado.

Também em relação à dificuldade para urinar a maioria dos sujeitos masculinos com mais de 40 anos, das duas amostras, apresentava essa dificuldade (52,9%). Mais uma vez o Grupo de Controlo (68%) apresentava essa dificuldade mais frequentemente do que o Grupo Oncológico (41,7%), muito embora as diferenças entre os Grupos não fossem estatisticamente significativas (Qui-quadrado=2,940; p=0,074).

Tabela 12

*Caracterização das Amostras de Acordo com os Antecedentes Pessoais – Hábitos Tabágicos e Sexuais*

Característica		Amostra		Grupo		Grupo	
		total		Oncológico		Controlo	
		N=145		N=58		N=87	
		N	%	N	%	N	%
<b>Hábitos tabágicos</b>	Sim	28	12,8	15	16,9	13	10
	Não	191	87,2	74	83,1	117	90
<b>Tempo que deixou de fumar</b>	1-2.5 Anos	7	50	1	20	6	66,7
	2.5-20	7	50	4	80	3	33,3
	Anos						
<b>Doença sexualmente transmissível</b>	Sim	10	4,6	6	6,7	4	3,1
	Não	209	95,4	83	93,3	126	96,9
<b>Doenças – quais</b>	HIV	1	11,1	1	25	-	-
	Sífilis	3	33,3	1	25	2	40
	Gonorreia	4	44,4	2	50	2	40
	Outras	1	11,1	-	-	1	20
<b>Sexualmente ativo</b>	Sim	154	70,3	36	40,4	118	90,8
	Não	65	29,7	53	59,6	12	9,2

Em relação aos antecedentes pessoais (Tabela 12), na amostra total 87.2% afirmou não ter hábitos tabágicos (n = 191), 83.1% (n=84) no Grupo Oncológico e 90% (n=117) no Grupo de Controlo. Não se observaram diferenças entre os grupos no que se refere a esta variável ( $\chi^2 = 2,226$ ;  $p = 0,136$ ). Para os que fumavam, e deixaram de fumar, sete (50%) tinham deixado de fumar há menos de dois anos e meio e outros sete (50%) tinham deixado de fumar há mais de dois anos e meio.

Do ponto de vista dos hábitos tabágicos, as nossas amostras apresentam hábitos de vida bastante saudáveis, não se diferenciando os grupos, de forma significativa, também em relação a esta variável ( $\chi^2 = 10,37$ ;  $p = 0,169$ ).

Ora, como foi referido anteriormente (GLOBOCAN, 2008), o consumo de tabaco é responsável, direta ou indiretamente, por 40% dos cancros nos homens e 26% nas mulheres. Talvez por isso a percentagem de pacientes com Cancro do Pulmão, no nosso Grupo Oncológico, é menor do que o esperado e inferior ao que ocorre nas populações europeias e norte-americanas.

Dez sujeitos (4,6% do total das amostras) tinham, ou tiveram no passado, uma doença sexualmente transmissível, sendo essa percentagem bastante superior no Grupo Oncológico (6,7% contra 3,1% no Grupo de Controlo). Apesar da diferença esta variável não diferenciou os dois grupos de forma estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 1,628$ ;  $p = 0,202$ ). As doenças referidas foram a Gonorreia (4 casos, dois no Grupo Oncológico e dois no Grupo de Controlo), a Sífilis (1 caso no Grupo Oncológico e dois no Grupo de Controlo) e o HIV (1 caso no Grupo Oncológico).

Em relação à realidade africana, estes números são bastante positivos já que 21,7% da população africana se encontrava afetada pelo HIV em 2004 (WHO, 2008) e vão de encontro ao esperado, já que Angola apresenta uma das mais baixas taxas de prevalência de HIV na população, situando-se esta num intervalo entre os 1,6 e os 2,4% da população adulta no ano de 2009 (WHO, 2010).

Globalmente, 70,3% da amostra total referia estar ativa sexualmente, mas esse percentual era muito inferior no Grupo Oncológico (40,4%) relativamente ao Grupo de Controlo (90,8%). Esta diferença é muito significativa, do ponto de vista estatístico ( $\chi^2 = 64,095$ ;  $p < 0,000$ ).

A média de idades mais elevada (mais 4 anos), no Grupo Oncológico, pode contribuir para explicar esta disparidade, mas a presença da Doença Oncológica será seguramente a principal responsável pela magnitude da diferença entre os dois grupos. Estes resultados esclarecem também, parcialmente, as disparidades acima referidas a propósito duma maior insatisfação sexual no Grupo de Controlo (Tabela 6). É muito provável que os sujeitos do Grupo Oncológico não se referissem a problemas de afirmação ou satisfação sexual pela simples razão de estarem sexualmente inativos e por isso não considerarem a vida sexual como uma prioridade atual, ou uma preocupação que perturbasse o seu dia a dia.

Tabela 13

*Caracterização das Amostras (cont)*  
*Limitações Sentidas pelos Sujeitos em Função do seu Estado de Saúde*

Característica		Amostra Total N=145		Grupo Oncológico N=58		Grupo Controlo N=87	
		N	%	N	%	N	%
<b>Atividades vigorosas (corrida, desportos)</b>	Limita muito	8	3,7	5	5,6	3	2,3
	Limita pouco	73	33,3	63	70,8	10	7,7
	Sem limitação	138	63	21	23,6	117	90
<b>Atividades moderadas</b>	Limita muito	2	9	1	1,1	1	0,8
	Limita pouco	63	28,8	53	59,6	10	7,7
	Sem limitação	154	70,3	35	39,3	119	91,5
<b>Levantar/carregar mercearias</b>	Limita muito	11	5	10	11,2	1	0,8
	Limita pouco	66	30,1	53	59,6	13	10
	Sem limitação	142	64,8	26	29,2	116	89,2
<b>Subir vários lances de escadas</b>	Limita muito	14	6,4	13	14,6	1	0,8
	Limita pouco	67	30,6	56	62,9	11	8,5
	Sem limitação	138	63	20	22,5	118	90,8
<b>Subir um lance de escadas</b>	Limita muito	12	5,5	8	9	4	3,1
	Limita pouco	46	21	36	40,4	10	7,7
	Sem limitação	161	73,5	45	50,6	116	89,2
<b>Dobrar-se/ ajoelhar-se / baixar-se</b>	Limita muito	15	6,8	10	11,2	5	3,8
	Limita pouco	53	24,2	44	49,4	9	6,9
	Sem limitação	151	68,9	35	39,3	116	89,2
<b>Anda mais de 1.5 Km</b>	Limita muito	14	6,4	9	10,1	5	3,8
	Limita pouco	57	26	19	55,1	8	6,2
	Sem limitação	148	67,6	31	34,8	117	90
<b>Andar vários quarteirões</b>	Limita muito	32	14,6	20	33,7	2	1,5
	Limita pouco	42	19,2	34	38,2	8	6,2
	Sem limitação	145	66,2	25	28,1	120	92,3
<b>Andar um quarteirão</b>	Limita muito	11	5	10	11,2	1	0,8
	Limita pouco	47	21,6	40	44,9	7	5,4
	Sem limitação	160	73,4	39	43,0	121	93,8
<b>Tomar banho/vestir-se</b>	Limita muito	5	2,3	2	2,2	3	2,3
	Limita pouco	39	17,9	31	34,8	8	6,2
	Sem limitação	174	79,8	56	62,9	118	91,5
<b>Frequência de exercício físico por semana</b>	<1 vez/semana	128	58,4	68	76,4	60	46,2
	1-2 vezes/semana	63	28,8	11	12,4	52	40
	≥ 3 vezes/semana	28	12,8	10	11,2	18	13,8
<b>Baixo nível de energia</b>	Sim	81	37	64	71,9	17	13,1
	Não	138	63	25	28,1	113	86,9

No que concerne às limitações sentidas nas diferentes atividades da vida diária (Tabela 13), em função do estado de saúde, verificou-se que os sujeitos que integravam o Grupo Oncológico se sentiam, em geral, mais condicionados pelo seu estado de saúde nas atividades da vida diária, principalmente as mais exigentes fisicamente.

Em relação às atividades físicas, os sujeitos do Grupo Oncológico apresentavam, em todas elas, dificuldades muito significativamente superiores às que referiam os sujeitos do Grupo de Controlo, incluindo as atividades menos exigentes, como “tomar banho” ou “vestir-se”, “levar compras da mercearia” ou “subir um lance de escadas”. Em todas as atividades físicas inquiridas as diferenças mostraram ser muito significativas entre os dois grupos, assumindo sempre essa diferença uma significância de  $p < 0,001$ .

Os sujeitos do Grupo Oncológico queixavam-se, além disso, de níveis de energia, muito significativamente mais baixos, em comparação com o Grupo de Controlo ( $\chi^2 = 78,462$ ;  $p < 0,000$ ) e também diferiam muito significativamente do Grupo de Controlo na frequência com que praticavam exercício físico numa semana normal ( $\chi^2 = 22,584$ ;  $p < 0,000$ ).

Estes resultados permitem verificar até que ponto a Doença Oncológica é sentida como penalizante pelos doentes e o intenso grau em que afeta o dia a dia destas pessoas.

Estas dificuldades tornam mais penoso o processo de ajustamento à doença oncológica (Boyer, 2008) na medida em que afetam o dia a dia dos pacientes e limitam a sua capacidade de lidar com os problemas da vida diária, durante longos períodos de tempo. Segundo este autor, quanto mais largo é o espectro das áreas de vida afetadas pela doença e maior o incómodo sentido em consequência dela, maior é a dificuldade de ajustamento ao curso da mesma e maiores as probabilidades do aparecimento de problemas psicológicos associados.

Todavia, e apesar disso, um número não negligenciável de sujeitos do Grupo Oncológico, de acordo com as atividades inquiridas, referiu não sentir qualquer limitação na sua execução. Essas percentagens vão desde os 62,9% para “lavar e vestir” até aos 23,2% para as “atividades físicas mais vigorosas”.

Obviamente que estes números dependem de inúmeros fatores tais como o tipo e o grau da doença oncológica, a idade dos sujeitos e algumas características de personalidade. Teremos ocasião de voltar a abordar este tema ao longo deste trabalho de investigação.

Especificamente no que se refere a aspetos da doença oncológica, a média de tempo de diagnóstico da doença é de 57.55 meses ( $dp = 73.7$ ), isto é, cerca de quatro anos e meio. Perto de metade da amostra encontra-se no estadiamento oncológico classificado como de grau T3, seguindo-se os de grau T2 e, finalmente, T1 e T4 (Tabela 14).

A localização anatómica da patologia oncológica é variada, sendo as patologias mais prevalentes, o Cancro do Colo do Útero (31.5%; n=28) e o Cancro da Mama (20.2%; n= 18), e a menos prevalente o Cancro da Nasofaringe (1.1%; n=1).

Comparativamente aos diagnósticos estabelecidos no Centro Nacional de Oncologia de Luanda, no ano de 2010 (Informação confidencial), a nossa amostra apresenta uma percentagem muito mais elevada de casos de Cancro do Colo do Útero, relativamente aos números do CNOL (2010), não diferindo muito as duas amostras em relação a outras localizações.

Tabela 14

*Caracterização do Grupo Oncológico de Acordo com as Características da Doença Oncológica (N=89) em Comparação com as Percentagens de 1as Consultas no Centro Oncológico de Luanda, em 2010.*

<b>Característica</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Tempo diagnóstico</b>	1 Mês	4	4,5	
	1 Mês-2 anos	14	15,7	
	Mais de 2 anos	71	79,8	
<b>Gravidade</b>	T1	10	11,2	<b>1as consultas no CNOL, em 2010 %</b>
	T2	29	32,6	
	T3	40	44,9	
	T4	10	11,2	
<b>Localização anatómica</b>	Tubo digestivo	12	13,5	9,2
	Mama	18	20,2	20,2
	Próstata	7	7,9	6,0
	Útero	28	31,5	16,6
	Pulmão	2	2,2	1,7
	Nasofaringe	1	1,1	1,2
	Faringolaringe	3	3,4	2,4
	Laringe	2	2,2	2,3
	Pele	2	2,2	4,9
	Outras	14	15,7	35,5
<b>Tipo de tratamento</b>	Médico	52	58,4	
	Médico-cirúrgico	37	41,6	

Embora os números relativos à nossa amostra e os dos diagnósticos efetuados em Luanda não sejam sobreponíveis, já que o critério de encaminhamento para Portugal de doentes oncológicos varia em função de vários fatores, acerca dos quais não dispomos de informação rigorosa, não podemos deixar de realçar a frequência muito mais elevada de Cancros do Colo do Útero na nossa população, comparativamente com a população de origem.

Este realce chama mais a atenção, na medida em que, em relação a outras localizações tumorais, não parece haver diferenças muito notórias entre a nossa amostra e o total de casos observados no Centro Oncológico de Luanda.

Devemos também realçar que os Cancros da Mama e do Colo do Útero são os mais frequentes, quer na nossa amostra, quer no total dos casos diagnosticados em Luanda, seguindo-se, a grande distância, as neoplasias do Tubo Digestivo e da Próstata.

É provável que a distribuição do cancro, por localização inicial, seja influenciada, pelo menos em parte, pelos estilos de vida das populações em análise. Por exemplo, o Cancro do Colo do Útero está associado a um início mais precoce da vida sexual, o que é mais frequente em Angola do que na Europa e a um número mais elevado de filhos, o que também é muito mais frequente em Angola. As mulheres que integraram o Grupo Oncológico tiveram uma média de 4,7 filhos, contra 2,99 do Grupo de Controlo, residente em Portugal.

A contrapartida positiva está no baixo número de casos de Cancro do Pulmão referidos, quer nos dados do CNOL, quer nos referentes à nossa amostra, o que corresponde a uma percentagem muito baixa de fumadores na população, mesmo no Grupo de Controlo, que vive em Portugal (apenas 10% dos sujeitos).

Relativamente às neoplasias associadas a infeções virais, como o Sarcoma de Kaposi, o Cancro da Bexiga e o Cancro do Fígado, são mais frequentes em África, mas estão pouco representados na nossa população. A causa destes resultados pode ser atribuível, muito provavelmente, ao baixo nível de educação para a saúde das populações residentes em Angola, o que conduz a diagnósticos muito tardios e, portanto, pouco indicados para encaminhamento para Portugal.

Relativamente aos tratamentos anteriores, uma pequena maioria dos participantes do nosso estudo indica que apenas teve tratamento médico, incluindo rádio e quimioterapia (58,4 %; n = 52). Já aos restantes 41.6 % foi prescrita uma combinação de tratamentos médicos e cirúrgicos.

### 6.3. Comparação dos Resultados das Amostras Quanto aos Estilos de Vida

Tabela 15

Caracterização das Amostras de Acordo com os Estilos de Vida

Característica		Amostra total N=145		Grupo Oncológico N=58		Grupo Controlo N=87	
		N	%	N	%	N	%
		<b>Satisfação com a aparência</b>	Sim	148	67,6	37	41,6
	Não	71	32,4	52	58,4	19	14,6
$\chi^2 = 46,284; p < 0,000^{**}$							
<b>Satisfação com o corpo</b>	Sim	138	63	40	44,9	98	75,4
	Não	81	37	49	55,1	32	24,6
$\chi^2 = 21,005; p < 0,000^{**}$							
<b>Número de refeições/dia</b>	1	9	4,1	4	4,5	5	3,8
	2	47	21,5	30	33,7	17	13,1
	3	136	62,1	47	52,8	89	68,5
	4	20	9,1	6	6,7	14	10,8
	5 ou mais	7	3,2	2	2,2	5	3,8
$\chi^2 = 9,322; p = 0,054$							
<b>Alimentos diários com colesterol /gorduras</b>	Sim	102	46,6	58	65,2	44	33,8
	Não	117	53,4	31	34,8	86	66,2
$\chi^2 = 20,831; p < 0,000^{**}$							
<b>Carne gorda/queijos/fritos/ovos</b>	Sim	149	68	70	78,7	79	60,8
	Não	70	32	19	21,3	51	39,2
$\chi^2 = 6,035; p = 0,014^*$							
<b>Doença que implique alteração na ingestão de alimentos</b>	Sim	48	21,9	21	23,6	27	20,8
	Não	171	78,1	68	76,4	103	79,2
$\chi^2 = 0,002; p = 0,966$							
<b>Ingestão regular de fruta/vegetais</b>	Sim	174	79,5	60	67,4	114	87,7
	Não	45	20,5	29	32,6	16	12,3
$\chi^2 = 6,071; p = 0,011^*$							
<b>1 a 2 copos de bebida alcoólica por dia</b>	Sim	80	36,5	41	46,1	39	30
	Não	139	63,5	48	53,9	91	70
$\chi^2 = 4,250; p = 0,039^*$							
<b>Alteração de peso/5Kg nos últimos 6 meses</b>	Sim	97	44,3	64	71,9	33	25,4
	Não	122	55,7	25	28,1	97	74,6
$\chi^2 = 38,675; p < 0,000$							

Tabela 15 (cont)

<b>Dieta nos últimos 6 meses</b>	Sim	29	13,2	8	9	21	16,2
	Não	190	86,8	81	91	109	83,8
$\chi^2 = 5,460; p = 0,019^*$							
<b>Consumo diário de laticínios</b>	Sim	183	83,6	71	79,8	112	86,2
	Não	36	16,4	18	20,2	18	13,8
$\chi^2 = 0,863; p = 0,353$							
<b>Consumo diário de carne/peixe</b>	Sim	172	78,5	60	67,4	112	86,2
	Não	47	21,5	29	32,6	18	13,8
$\chi^2 = 13,305; p < 0,000^{**}$							
<b>Consumo diário de água</b>	< 1 L	94	42,9	44	49,4	50	38,5
	> 1 L	125	57,1	45	50,6	80	61,5
$\chi^2 = 4,310; p = 0,038^*$							
<b>Rituais Religiosos</b>	Sim	146	66,7	72	80,9	74	56,9
	Não	73	33,3	17	19,1	56	43,1
$\chi^2 = 13,666; p < 0,000^{**}$							
<b>Alterações de sono</b>	Sim	97	44,3	65	73	32	24,6
	Não	122	55,7	24	27	98	75,4
$\chi^2 = 61,163; p < 0,000^{**}$							
<b>Alterações devidas a mudanças de hábitos (horários/ambiente)</b>	Sim	41	45,1	34	52,3	7	26,9
	Não	50	54,9	31	47,7	19	73,1
$\chi^2 = 4,834; p = 0,028^*$							
<b>Alterações devidas a doença</b>	Sim	58	63,7	56	86,2	9	27,3
	Não	33	36,3	2	3,1	24	72,7
$\chi^2 = 46,465; p < 0,000^{**}$							
<b>Alterações devidas ao consumo de drogas</b>	Sim	1	1,1	1	1,5	0	0
	Não	90	98,9	64	98,5	26	100
$\chi^2 = 0,404; p = 0,714$							
<b>Alterações devidas ao consumo de álcool</b>	Sim	6	6,6	6	9,2	0	0
	Não	85	93,4	59	90,8	26	100
$\chi^2 = 2,569; p = 0,109$							
<b>Alterações devidas a estado emocional</b>	Sim	57	62,6	38	58,5	19	73,1
	Não	34	37,4	27	41,5	7	26,9
$\chi^2 = 1,695; p = ,19$							

No que se refere aos estilos e padrões de vida (Tabela 15), os dois grupos diferem de forma significativa, ou muito significativa, em relação a um grande número de variáveis estudadas.

Desde logo, a “Satisfação com a Aparência”, é muito significativamente pior no Grupo Oncológico, em relação ao Grupo de Controlo ( $\chi^2 = 46,284$ ;  $p < 0,000$ ). Cinquenta e oito, vírgula 4 por cento, dos sujeitos do Grupo Oncológico não se sentiam satisfeitos com a sua aparência, contra apenas 14,6% do Grupo de Controlo.

Com efeito, a maior parte dos tratamentos a que os pacientes oncológicos estão sujeitos alteram de forma significativa a imagem corporal, quer se trate de quimioterapia (alopecia, p.ex.), de intervenções cirúrgicas (mastectomia, p.ex.) ou de radioterapia (queimaduras, p.ex.).

Estas diferenças, muito significativas, mostram bem até que ponto a Doença Oncológica afeta várias áreas da vida pessoal, incluindo a autoimagem, o que, como frisaram (Nezu, Nezu, Felgoise & Zwick, 2003 e Stanton, Revenson & Tennen, 2007) pode ter um impacto significativo em várias áreas da vida pessoal e social.

Também Hopwood (1993), revendo os instrumentos de avaliação da imagem corporal nos pacientes oncológicos, frisa a importância da realização desta avaliação, em função do elevado impacto que a maioria dos tratamentos provoca na imagem corporal dos pacientes oncológicos. São particularmente sensíveis as alterações da imagem corporal consecutivas a mastectomias radicais, especialmente em mulheres jovens (Fobair et al., 2006), com consequências potencialmente dramáticas para a vida social e sexual dessas pessoas.

Também, por razões óbvias, os pacientes oncológicos que enfrentaram cirurgias da cabeça e pescoço e que viram, em consequência disso, a sua imagem corporal significativamente alterada, podem sofrer de ansiedade aguda, percepção de perda da integridade do self e isolamento social e afetivo (Dropkin, 2001).

Diferenças semelhantes podem ser observadas em relação à “Satisfação com o Corpo” ( $\chi^2 = 21,005$ ;  $p < 0,000$ ). Uma maioria de 55,1% dos sujeitos do Grupo

Oncológico não se sente satisfeita com o seu próprio corpo, contra 24,6% do Grupo de Controlo.

Um dos problemas que as doenças crónicas provocam, em especial a Doença Oncológica, é a perceção da fragilidade e da vulnerabilidade do corpo, o sentimento de insegurança crónico em relação a uma “máquina” defeituosa, que pode avariar e autodestruir-se a qualquer momento. Esta sensação de insegurança e de alarme permanente é tanto mais aguda quanto mais grave é a doença e maior o número de recaídas (Nezu, Nezu, Felgoise & Zwick, 2003). Os mesmos autores salientam também a tendência para o desenvolvimento duma atenção seletiva em relação às disfunções (sintomas), potencialmente relacionados com a doença oncológica e os picos de ansiedade a eles associados.

Na verdade, o paciente oncológico, além da insatisfação com as alterações percebidas da sua aparência, perdeu, de forma permanente, o sentimento de invulnerabilidade em relação ao próprio corpo e estabelece com ele uma relação de amor-ódio, carregada de desconfiança, como se dum amante traído se tratasse.

Quanto aos hábitos nutricionais o número de refeições diárias tende a ser maior no Grupo de Controlo, mas sem que essa diferença atinja valores significativos do ponto de vista estatístico ( $\chi^2 = 9,322$ ;  $p = 0,054$ ), embora fique muito próxima da significância. Todavia, gostaríamos de realçar que apenas 14,6% dos sujeitos do Grupo de Controlo e 8,9% do Grupo Oncológico comem quatro ou mais refeições por dia.

Estes hábitos alimentares pouco saudáveis (em ambos os grupos) podem estar relacionados com uma série de fatores, mas é óbvio que constituem estilos de vida pouco saudáveis.

Embora as comparações entre ambos os grupos possam ser consideradas abusivas, face à própria condição de saúde do Grupo de Controlo, mas também devido à

ausência do seu ambiente natural de vida, e, a ambos os grupos apresentarem um número médio de refeições diárias pouco adequadas, não podemos deixar de realçar o menor número médio de refeições do Grupo Oncológico.

Os sujeitos do Grupo Oncológico apresentavam também, no geral, hábitos de consumo alimentar muito menos saudáveis que os sujeitos do Grupo de Controlo, já que comiam muito significativamente mais alimentos ricos em colesterol/gorduras ( $\chi^2 = 20,831; p < 0,000$ ). Também ingeriam mais frequentemente e de forma significativa ( $\chi^2 = 6,035; p = 0,014$ ) mais carnes gordas, queijo, frituras ou ovos.

Os pacientes do Grupo Oncológico também consumiam, significativamente menos frutas e vegetais ( $\chi^2 = 6,071; p = 0,011$ ) do que o Grupo de Controlo, e ingeriam significativamente mais álcool ( $\chi^2 = 4,250; p = 0,039$ ).

Quanto ao consumo de laticínios não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos.

Já quanto ao consumo de carne e peixe o Grupo de Controlo consumia estes alimentos de forma muito significativamente mais frequente ( $\chi^2 = 13,305; p < 0,000$ ) e também consumia significativamente água em maior quantidade ( $\chi^2 = 4,310; p = 0,038$ ).

Também, nos seis meses anteriores à aplicação do questionário, os elementos do Grupo de Controlo tinham feito significativamente mais frequentemente dieta, que os sujeitos do Grupo Oncológico ( $\chi^2 = 5,460; p = 0,019$ ).

Os hábitos alimentares têm sido referidos na literatura como tendo uma influência reconhecidamente crescente na eclosão e evolução da doença oncológica (Nezu, Nezu, Felgoise & Zwick, 2003), nomeadamente o consumo exagerado de álcool e de alimentos com elevado teor de gordura, o baixo número de refeições diárias e o baixo consumo de fruta e vegetais, bem como a baixo consumo de água.

Por exemplo, Bingham et al. (2003) reconheceram uma maior probabilidade de aparecimento de cancro colo-retal em pessoas com uma alimentação com baixo teor de fibras.

Também a *American Cancer Society*, através do seu *Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee* sugerem que o estado da arte da investigação na área da relação entre Nutrição e Prevenção do Cancro permite preconizar os seguintes hábitos alimentares como eficazes preventores de vários tipos de cancro:

Tabela 16

*Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention*

1. Manter um peso saudável ao longo da vida;
2. Equilibrar o consumo de calorias com os níveis de atividade física;
3. Evitar o excessivo aumento de peso ao longo dos ciclos de vida;
4. Consumo dum dieta saudável com predominância de alimentos com origem em plantas;
5. Consumir 5 ou mais qualidades de frutos e vegetais a nível diário;
6. Limitação do consumo de carne vermelha;
7. Consumo preferencial de grãos naturais em vez da sua forma processada;
8. Limitação do consumo de álcool.

Fonte : Kushi et al. (2006), p. 256.

A comparação dos dois grupos considerados, eliminando tanto quanto possível as diferenças raciais e culturais, mostra que, em todos os parâmetros aqui referidos o Grupo de Controlo (pessoas saudáveis) apresentava hábitos alimentares muito significativamente, ou apenas significativamente, mais saudáveis do que o Grupo Oncológico.

Estes indicadores, por si só, não são suficientes para retirar ilações definitivas sobre a influência de hábitos alimentares menos saudáveis na génese da doença oncológica, mas não há dúvida que vêm reforçar as conclusões da *task force* da *American Cancer Society*, acima citadas, sobre o impacto de hábitos alimentares saudáveis na prevenção ativa de vários tipos de doença oncológica.

Os pacientes do Grupo Oncológico também tinham apresentado, de forma muito significativa ( $\chi^2 = 38,675$ ;  $p < 0,000$ ), alterações recentes de peso (mais de 5 quilogramas nos últimos seis meses), mas essas alterações devem, com elevada probabilidade, ser atribuíveis à própria evolução da doença oncológica e não a hábitos alimentares ou estilos de vida específicos.

Ainda no que se refere aos estilos de vida, que diferenciavam as duas amostras, constatámos que os sujeitos oncológicos apresentavam uma assiduidade muito superior a rituais religiosos de todo o tipo, do que os sujeitos do Grupo de Controlo ( $\chi^2 = 13,666$ ;  $p < 0,000$ ).

Estes dados podem ser interpretados de várias formas. A mais óbvia é a de que os sujeitos que sofriam de doença oncológica, vendo as suas vidas ameaçadas, sentiram mais necessidade de apoio e suporte espiritual durante esta fase das suas vidas. Por exemplo Vachon (2008) afirma que os pacientes com cancro confiam frequentemente na sua religião e convicções espirituais para transmitir sentido à sua experiência da Doença Oncológica e à própria existência como um todo.

Também Stefanek, McDonald e Hess (2005) referem que, embora não existam evidências dum impacto positivo (ou negativo) da religião e espiritualidade, na evolução ou no desfecho da doença oncológica, estas crenças e práticas têm, frequentemente um papel muito importante no processo de adaptação psicológica à doença e respetivos tratamentos.

Todavia, uma interpretação alternativa pode ser avançada, sendo possível que os sujeitos angolanos saudáveis, vivendo em Portugal, tenham hábitos de consumo de rituais religiosos diferentes dos seus pares vivendo em Angola, em função de possíveis processos de aculturação.

Sem dúvida que toda a investigação recente sobre as relações entre hábitos religiosos e vivência da doença oncológica sugere uma tendência para estes pacientes se voltarem para as práticas religiosas ou para o seu lado mais espiritual, como uma estratégia de *coping* natural e facilmente acessível.

Para terminar, não podemos deixar de realçar as diferenças muito significativas entre os dois grupos no que se refere à presença de alterações do sono. O Grupo Oncológico apresenta uma elevada percentagem de sujeitos (73%) com alterações do sono, contra apenas 24,6% dos sujeitos que integraram o Grupo de Controlo. Estas diferenças são muito significativas ( $\chi^2 = 61,163$ ;  $p < 0,000$ ) e colocam em evidência as dificuldades de ajustamento psicológico à doença e à própria deslocação para outro país, outra cultura e outro ambiente.

Quando inquiridos sobre a razão de ser dessas perturbações do sono, uma esmagadora maioria dos sujeitos do Grupo Oncológico atribuía-as à sua doença (86,2%), contra apenas 9% dos sujeitos do Grupo de Controlo. Mais uma vez se registaram diferenças muito significativas entre os dois grupos neste item ( $\chi^2 = 46,465$ ;  $p < 0,000$ ).

A segunda causa mais frequentemente invocada pelos sujeitos do Grupo Oncológico, para as suas perturbações do sono, foram as *alterações devidas a mudança de hábitos (horários/ambiente)*. Os pacientes do Grupo Oncológico atribuíram, de forma significativa mais frequente, e estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 4,834$ ;  $p = 0,028$ ) as suas alterações de sono a estas alterações do seu ritmo/estilo de vida.

Nenhuma das outras possíveis causas consideradas: *consumo de drogas; consumo de álcool* ou *alterações devidas a estado emocional*, diferenciaram os dois grupos.

Face à análise comparativa dos padrões de consumo e estilos de vida dos dois grupos em análise não podemos deixar de realçar as diferenças muito significativas, a nível dos hábitos alimentares das populações selecionadas, mas também os baixos níveis de satisfação com o corpo e a aparência do Grupo Oncológico.

Se outras fontes de informação não existissem, os dados atuais, confirmaram as devastadoras consequências que a doença oncológica provoca em várias áreas da vida dos sujeitos, com especial realce na deterioração da autoimagem.

Mas os resultados obtidos, na comparação dos estilos de vida entre os dois grupos, também sugerem que os hábitos alimentares pré-mórbidos podem ter tido uma influência pervasiva sobre a própria eclosão da doença oncológica, como foi comentado acima.

#### 6.4. Comparação dos Resultados das Amostras de Acordo com as Dimensões da

##### Personalidade

Tabela 17

*Comparação dos Resultados das Amostras em Relação às Dimensões da Personalidade (NEO-FFI20 de Costa & McCrae, 1992)*

Dimensões	Amostra		Grupo		Grupo		Diferenças entre grupos	
	geral		Oncológico		Controlo		<i>t</i>	<i>p</i>
	N=219		N=89		N=130			
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Neuroticismo</b>	8,73	1,94	9,26	1,77	8,37	1,97	3,42	0,001
<b>Extroversão</b>	8,54	1,89	8,23	1,87	8,76	1,88	-2,08	0,039
<b>Abertura à experiência</b>	6,16	2,84	6,42	3,01	5,99	2,71	1,10	0,271
<b>Amabilidade</b>	8,27	1,66	8,2	1,6	8,32	1,71	-0,53	0,599
<b>Conscienciosidade</b>	12,22	1,76	12,12	1,76	12,29	1,76	-0,67	0,507

No que se refere às dimensões da personalidade e sua influência no desenvolvimento de doenças neoplásicas já foi anteriormente referido que existe um consenso científico sobre a incapacidade de estabelecer ligações de causalidade entre a personalidade e a predisposição para sofrer duma doença oncológica (Bleiker et al., 1996; Hahn & Petitti, 1988; Lillberg et al., 2002).

As preocupações da presente investigação estavam por isso mais centradas nas possíveis influências da presença da Doença Oncológica nas dimensões da personalidade e no modo como estas poderiam influenciar os processos de *coping* com a doença.

Os resultados ao NEO-FFI\_20 (Tabela 17), permitem observar que, em ambos os grupos, tal como na amostra total, a dimensão Conscienciosidade é a que obtém

valores médios mais elevados, sendo a Abertura à Experiência a dimensão com valores inferiores, quer na amostra total quer em cada um dos grupos.

Como foi antes referido a Conscienciosidade é geralmente considerada como estando associada a comportamentos mais saudáveis, mas principalmente ao estilo de *coping* mais ativo e mais centrado nos problemas (.Costa & McCrae, 1992; Goldberg, 1993).

Os valores atuais sugerem que as duas amostras, não só apresentam níveis consistentemente elevados de enfrentamento dos problemas colocados pela vida, como demonstram que os Grupos obtêm resultados muito semelhantes a esta dimensão da personalidade. Dito de outra forma, os resultados sugerem que ambos os Grupos adotam, tendencialmente, estilos de enfrentamento em relação aos problemas da vida e que a presença da Doença Oncológica não altera essa tendência.

Já em relação à dimensão em que se observaram os resultados mais baixos – a Abertura à Experiência – as investigações longitudinais desenvolvidas sugerem que valores elevados nesta dimensão tendem a predispor as pessoas á adoção de comportamentos de risco, a experimentar coisas novas, mesmo que potencialmente perigosas para a saúde. Por essa via, constitui um factor de vulnerabilidade em relação ao desenvolvimento de várias patologias devido à potencial exposição a ambientes ou elementos pouco saudáveis como o tabaco, o álcool e a promiscuidade sexual (Hampson et al., 2007).

Os dois Grupos em análise parecem, em função das dimensões da sua personalidade, apresentar características protetoras em relação à adoção de comportamentos pouco saudáveis e tender a desenvolver atitudes ativas de enfrentamento face aos problemas colocados pela vida.

Todavia, duas dimensões da personalidade separam os dois Grupos de forma muito significativa (o Neuroticismo) e significativa (a Extroversão).

Debrucemo-nos primeiro sobre a dimensão Neuroticismo. As diferenças entre os dois Grupos, em relação a esta dimensão da personalidade são muito significativas, do ponto de vista estatístico ( $t = 3,42$ ;  $p = 0,001$ ), tendo o Grupo Oncológico os valores mais elevados.

As diferenças entre os resultados de ambos os Grupos, nesta dimensão, são fáceis de comentar, dada a sua elevada amplitude. Mais difícil é perceber se os níveis muito significativamente superiores de Neuroticismo dos sujeitos do Grupo Oncológico são parte da causa da sua doença ou consequência dela.

Como foi anteriormente analisado, o papel do Neuroticismo preservação da saúde tem sido mal compreendido, embora seja uma crença comum que ele conduza a resultados de saúde negativos. Os resultados a este respeito têm sido inconsistentes, pelo que é provável que neste caso as facetas e a combinação de tendências neuróticas com outros traços de personalidade sejam especialmente relevantes. Friedman (2000) sugeriu a existência de dois tipos de padrões neuróticos. O primeiro caracteriza-se pela instabilidade emocional, uma visão pessimista do mundo e um estilo interpessoal hostil, que podem levar a comportamentos pouco saudáveis e a resultados negativos para a saúde (Suls & Bunde, 2005). O segundo caracterizar-se-ia por uma preocupação excessiva com a saúde, o que conduziria a sensações pervasivas de malestar físico e psicológico, mas que conduziria a um padrão consistente de atenção e vigilância em relação às manifestações de possíveis doenças e evitamento das situações e elementos potencialmente prejudiciais para a saúde.

Por outro lado, vários estudos referem o neuroticismo como estando consistentemente relacionado com problemas de adaptação a doenças crónicas,

exacerbando os sentimentos de dor e malestar associados a essas doenças (Charles, Gatz, Kato, & Pedersen, 2008; Costa & McCrae, 1987).

Também Korotkov e Hannah (2004) analisaram a associação entre o Modelo dos Cinco Fatores e o estado de saúde, comportamento face à doença e comportamento no papel de paciente num estudo longitudinal *two wave*, uma medida sobre o stresse vital e dez instrumentos sobre o estado de saúde, o comportamento face à doença e comportamento no papel de paciente a 706 adultos com uma idade média de 37 anos.

As análises de regressão múltipla revelaram que os cinco fatores estavam associados ao estado de saúde de forma independente, e que os resultados aos 5 fatores se encontravam mais frequentemente associados com as medidas de bem-estar subjetivo (ou seja, o afeto positivo ou negativo). Em cada uma das medidas do estado de saúde, o Neuroticismo foi aquele que teve um efeito mais consistente dos cinco fatores.

Os nossos resultados não permitem confirmar ou desmentir os resultados do conjunto de estudos referidos, mas, face à quase total homogeneidade desses resultados, é bem mais provável que as tendências neuróticas do nosso Grupo Oncológico expressem o malestar associado ao estado de doença e às limitações por ele provocadas do que estivessem previamente comprometidas na etiologia da doença neoplásica.

Com efeito, o neuroticismo em pacientes oncológicos também tem sido associado a uma tendência a focar-se na interpretação negativa de informações de comparação social, levando a comparações negativas com pessoas com estados de saúde piores do que o deles. Este processo de identificação também parecia mediar a relação negativa entre o neuroticismo e os sentimentos de mestria e incerteza durante e após o tratamento oncológico (Van der Zee et al., 1999).

Este argumento é reforçado pela diversidade das patologias neoplásicas que integraram o nosso Grupo Oncológico, quando em estudos longitudinais anteriores apenas se encontraram evidências ligeiras do neuroticismo hostil na predisposição ao Cancro Colorectal.

Já os sujeitos do Grupo de Controlo obtiveram valores médios superiores nas dimensões Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade.

Nos valores à dimensão Extroversão a diferença entre os Grupos era significativa ( $t = -2.08, p = 0,039$ ), em desfavor do Grupo Oncológico, que apresentava uma média significativamente mais baixa que o Grupo de Controlo.

Na dimensão Amabilidade a diferença não foi significativa ( $t = -0,53, p = 0,599$ ), sendo as médias entre os grupos muito similares. O mesmo se verificou na dimensão Conscienciosidade ( $t = -0,67, p = 0,507$ ).

A Extroversão e a Amabilidade têm sido associadas ao comportamento e à saúde de forma inconsistente (Cloninger, 2005; Roberts et al., 2007), provavelmente devido à sua natureza social (Kern & Friedman, 2011). Os indivíduos extrovertidos podem sentir-se especialmente atraídos por meios sociais onde o álcool, o sexo pouco seguro e a condução perigosa são a norma, e conseqüentemente desenvolver um estilo de vida perigoso. Por exemplo, na amostra do estudo de Terman, as crianças alegres tinham uma maior probabilidade de ter comportamentos de risco, o que por sua vez aumentava o seu risco de uma mortalidade precoce (Martin et al., 2002). Por outro lado, os indivíduos extrovertidos tendem a ter redes sociais reforçadas, que são geralmente protetoras contra maus resultados de saúde (Taylor, 2007).

Os resultados do nosso estudo parecem sugerir que os níveis significativamente inferiores de Extroversão encontrados nos sujeitos do Grupo Oncológico parecem traduzir, mais uma vez, uma tendência para o isolamento e a introversão, como parte do

processo de adaptação à doença oncológica e ao seu deslocamento para um país e uma cultura diferentes do seu.

### 6.5. Comparação dos Resultados das Amostras de Acordo com as Estratégias de Coping Utilizadas

Tabela 18

*Caracterização das amostras de acordo com os Resultados à Escala Brief Cope (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)*

Dimensões	Grupos						Diferenças entre grupos	
	Amostra geral n=219		Oncológico n=89		Controlo n=130			
	M	DP	M	DP	M	DP	t	p
<b>Coping ativo</b>	2,54	1,52	3,02	1,28	2,22	1,59	4,15	0,000
<b>Planear</b>	2,79	1,58	3,38	1,36	2,39	1,61	4,93	0,000
<b>Utilizar suporte instrumental</b>	3,14	1,65	3,52	1,18	2,88	1,87	3,06	0,002
<b>Utilizar suporte social/emocional</b>	3,05	1,62	3,46	1,23	2,77	1,79	3,39	0,001
<b>Religião</b>	4,54	1,7	5,21	1,15	4,08	1,85	5,60	0,000
<b>Reinterpretação positiva</b>	2,25	1,4	2,46	1,13	2,11	1,54	1,96	0,052
<b>Autoculpabilização</b>	1,48	1,34	1,64	1,32	1,36	1,35	1,52	0,130
<b>Aceitação</b>	2,17	1,31	2,40	1,10	2,01	1,42	2,33	0,021
<b>Expressão de sentimentos</b>	3,41	1,77	4,30	1,29	2,79	1,79	7,24	0,000
<b>Negação</b>	2,45	1,59	3,29	1,45	1,88	1,41	7,20	0,000
<b>Autodistração</b>	2,63	1,5	2,75	1,26	2,55	1,64	1,05	0,294
<b>Desinvestimento comportamental</b>	,90	1,12	1,00	1,07	,82	1,15	1,15	0,251
<b>Uso substâncias/medicamentos/alcool</b>	,65	,97	1,03	1,11	,39	,76	4,73	0,000
<b>Humor</b>	2,17	1,25	2,42	,88	2,01	1,43	2,61	0,010

A Escala utilizada (o Brief Cope) procura avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas quando estão perante uma situação stressante, como uma doença, um tratamento, um exame académico, ou outras semelhantes.

O nosso maior interesse residia na análise das estratégias de *coping* utilizadas pelo Grupo Oncológico, de forma a melhor caracterizar a utilização dos seus recursos adaptativos. O Grupo de Controlo setrviu como referência balizadora, mas temos consciência de que os resultados de ambos os grupos não são, em rigor, diretamente comparáveis, uma vez que o Grupo Oncológico se encontrava efetivamente perante uma situação altamente stressante, o que não acontecia com o Grupo de Controlo.

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas pelos sujeitos da amostra, a mais frequentemente utilizada, por ambos os Grupos, perante uma situação de ameaça à sua integridade física ou psicológica, era a Religião. A estratégia com valores médios inferiores, na amostra total, era o Uso de Substâncias, Medicamentos ou Álcool, sendo esta também a estratégia menos utilizada pelos sujeitos do Grupo de Controlo. No caso do Grupo Oncológico, era na estratégia Desinvestimento Comportamental que se observaram as médias mais baixas.

A comparação entre os dois grupos permite-nos verificar que nas dimensões Reinterpretação Positiva, Auto-Culpabilização, Auto-Distração e Desinvestimento Comportamental não existem diferenças significativas. Em todas as outras dimensões, o Grupo Oncológico obtém valores significativamente superiores ao do grupo de controlo, como se pode observar na Tabela 18.

**Coping Ativo** \_ Em relação a esta estratégia, as diferenças entre os grupos são muito significativas ( $p < 0,01$ ), em favor do Grupo Oncológico. Para o Grupo Oncológico esta estratégia de *coping* é a 7ª mais frequentemente utilizada perante a sua situação de doença. A média obtida sugere que uma atitude de controlo ativo se situa entre o “Faço isso por vezes” e “Em média é isso que faço”, o que sugere uma atitude moderadamente positiva de busca de controlo ativo sobre a sua situação de saúde.

O *Coping* Ativo refere-se ao iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor. Nesse sentido apresenta-se como uma estratégia de enfrentamento, considerada muitas vezes como a mais eficaz, embora possa conduzir, temporariamente a um aumento do mal-estar (Carver & Scheier, 1998; Klinger, 1998).

No caso concreto da Doença Oncológica, o *coping* ativo refere-se à procura de informação relevante para a situação, à busca e mobilização de recursos disponíveis no meio envolvente e aos esforços para encontrar e adotar o melhor tratamento disponível ou acessível.

Este estilo de *coping* aumenta a perceção de controlo por parte das pessoas, numa situação de saúde marcada por contornos indefinidos e imprevisíveis e que pode (o que geralmente acontece) abranger períodos de tempo relativamente longos (Folkman & Moskowitz, 2000). Neste sentido diminui a ansiedade associada à incerteza provocada pela doença e à perceção de perda de controlo que lhe é inerente.

Como vimos, esta estratégia de *coping* não é a mais utilizada por ambos os grupos, mas é muito significativamente mais utilizada pelo Grupo Oncológico, face ao Grupo de Controlo. Ainda assim qualquer das médias dos grupos considerados é muito inferior à média da população “normal” de referência utilizada no estudo de adaptação da Escala para Portugal ( $m= 3,51$ ;  $dp=1,25$ ) (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Constatamos por isso que existe uma relativamente ampla margem de possível progresso na frequência com que esta estratégia de *coping* é utilizada pelos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal, o que pode ser objeto de programas de estímulo adequado, nomeadamente no aumento do fornecimento da informação adequada face à situação de doença, na familiarização com os recursos de saúde acessíveis, no conhecimento do que os pacientes podem e devem fazer para melhorar o

seu bem-estar ou combater os efeitos nocivos dos tratamentos administrados e assim por diante.

**Planear** \_ Refere-se ao modo de se confrontar com o stressor e planear esforços de *coping* ativos para lidar com ele. Trata-se por isso de uma estratégia de enfrentamento, que compartilha as características do *coping* ativo e lhe está intimamente associada.

Também em relação a esta estratégia de *coping* se observam diferenças muito significativas entre os dois grupos, sendo que o Grupo Oncológico utiliza esta estratégia com uma frequência muito significativamente superior ( $t=4,93$ ;  $p=0,000$ ). Em relação à população de referência, que serviu para a adaptação desta escala, os valores médios da nossa amostra são também bastante inferiores ( $md=3,73$ ;  $dp=1,33$ ) sugerindo uma tendência consistente a uma menor utilização de estratégias de *coping* designadas por enfrentamento.

Planear pode constituir uma estratégia de *coping* difícil de adotar face a uma doença como o cancro, que se caracteriza pela incerteza e imprevisibilidade, constiu ainda um esforço para manter alguma perceção de controlo e para diminuir os níveis de ansiedade associados ao seu curso. Muito embora os planos elaborados possam vir a revelar-se inadequados, face ao curso da doença, o próprio ato da sua elaboração transmite um sentimento reconfortante de aumento do controlo percebido sobre a situação caótica em que o sujeito se encontra (Savelkoul et al., 2003).

Talvez por isso a necessidade da utilização desta estratégia de *coping* seja muito mais premente no Grupo Oncológico do que no Grupo de Controlo, que não enfrenta, atualmente pelo menos, uma situação de contornos semelhantes.

**Utilizar Suporte Instrumental** \_ refere-se à procura de ajuda, à busca de informações, ou de conselhos acerca do que fazer face à situação stressante. Também no

que se refere a esta estratégia de *coping* verificamos que o Grupo Oncológico a utiliza de forma muito significativamente mais frequente do que o Grupo de Controlo ( $t=3,06$ ;  $p=0,002$ ).

Em relação a esta estratégia de *coping* também constatamos que tanto o Grupo de Controlo como o Grupo Oncológico a utilizam com mais frequência do que a amostra de referência que serviu para a adaptação desta Escala [Md Amostra= 3,14 (1,65); Md.Grupo Oncológico =3,52 (1,18); Md Grupo de Controlo= 2,88 (1,87); Md. Amostra de Referência=2,42 (1,55)].

A utilização de Suporte Instrumental foi descrita por Stanton et al. (2001) como uma das estratégias mais eficazes ao longo do processo de ajustamento à doença crónica e pressupõe a busca ativa de informação relevante, de ajudas disponíveis e de meios funcionais ou institucionais, a que o sujeito possa recorrer para o ajudar a lidar com a situação stressante.

No caso dos pacientes do Grupo Oncológico verificamos que eles utilizam esta estratégia de *coping* de forma muito frequente, o que induz um aumento da perceção de controlo da situação stressante, mas também a seleção da ajuda mais adequada e acessível. Já o Grupo de Controlo, que também utiliza essa estratégia de forma frequente, mas muito menos frequentemente, não parece necessitar tanto deste tipo de ajuda, provavelmente porque as situações stressantes que enfrenta também exigem menos suporte instrumental que aquelas que enfrentam os seus pares do Grupo Oncológico.

**Utilizar Suporte Social Emocional** \_ Refere-se a obter simpatia ou suporte social de alguém relevante de forma a sentir apoio emocional perante a situação stressante que se enfrenta.

Também em relação a esta estratégia de *coping* o Grupo Oncológico se revelou um utilizador muito mais frequente do que o Grupo de Controlo ( $t=3,39$ ;  $p=0,001$ ).

Já a nossa amostra, tomada no seu conjunto, apresenta uma média superior à amostra de referência, já citada [Md Amostra= 3,05 (1,62); Md Grupo Oncológico=3,46 (1,23); Md Grupo de Controlo=2,77 (1,79); Md Amostra de Referência=2,93 (1,68)].

A utilização mais frequente desta estratégia de *coping* pelo Grupo Oncológico não é de todo surpreendente, face à situação de vulnerabilidade afetiva em que estes pacientes se encontram e a consequente necessidade de obter apoio emocional para a sua condição.

Todavia, esta estratégia pode levar as pessoas a apresentarem-se como mais infelizes e sofrentes do que na realidade estão, de forma a obter mais simpatia e apoio emocional, o que acabará por induzir maiores níveis de mal-estar.

Com efeito (Stanton et al., 2000), baseados em vários estudos com pacientes oncológicos, concluem que lidar com o cancro através de estratégias de *coping* emocionais estava associado a uma melhoria da perceção de saúde e bem-estar e a menos consultas médicas, bem como a um aumento do vigor, no curto prazo, mas também estava associado a um aumento do mal-estar num período de seguimento de 3 meses.

Os autores sugerem que, embora o *coping* baseado no **suporte emocional** possa ser adaptativo no curto prazo, a continuação da sua utilização acaba por induzir problemas de ajustamento associados a processos ruminativos acerca da doença, aumento da atenção seletiva aos sintomas não diretamente relacionados com a doença e consequentes dificuldades de adaptação e aumento do mal-estar.

**Religião** – Este tipo de estratégia de *coping* leva as pessoas a um aumento da sua participação em rituais religiosos e práticas religiosas, como rezar, ir à missa e outras do mesmo género.

Constitui a estratégia de *coping* largamente favorita dos nossos dois grupos, mas com o Grupo Oncológico a utilizá-la com uma frequência muito significativamente superior ( $t= 5,60$ ;  $p= 0,000$ ).

Ambos os grupos da nossa amostra tendem a utilizar o *coping* religioso de forma muito mais frequente que a amostra de referência sobre a qual se adaptou a Escala para Portugal [Md da Amostra = 3,05 (1,62); Md do Grupo Oncológico = 3,46 (1,23); Md do Grupo de Controlo = 2,77 (1,79): (Md. Amostra de Referência = 1,1401 (1,508)].

Como foi referido na Revisão da Literatura vários estudos têm sublinhado o papel central que desempenham as crenças espirituais como estratégia de *coping* dos pacientes oncológicos (Ashing-Giwa et al., 2004; Musick, Koenig, Larson & Matthews, 1998; Potts, 1996). Um resultado que surge consistentemente é que os pacientes oncológicos afro-americanos e os hispânicos, possuem um maior nível de espiritualidade e religiosidade (Bourjolly, 1998; Mickley & Soeken, 1993) e de uso do *coping* espiritual (Culver, Arena, Antoni, & Carver, 2002) do que os pacientes caucasianos.

Estes resultados vêm-se amplamente confirmados pelos nossos resultados que evidenciam uma elevada popularidade deste tipo de *coping* na nossa amostra. Todavia, nem só os pacientes afro-americanos ou hispânicos utilizam com frequência esta estratégia de *coping*. Büssing, Ostermann e Matthiessen (2007) avaliaram as estratégias de *coping* que utilizavam os pacientes alemães sofrendo de doenças crónicas, para controlar as suas doenças, e se estes estavam convencidos que a espiritualidade e a religiosidade ofereciam efeitos benéficos. Os pacientes referiram confiar em estilos de

*coping* adaptativo, que se referiam tanto à ajuda externa (confiança na ajuda dos médicos, procura de ajudas alternativas, confiança na ajuda de Deus) como aos seus poderes e virtudes internos (uma vida saudável e consciente, perspetivas e atitudes positivas).

Na verdade é provável que a atribuição do significado de que a doença se deve “à vontade de Deus” e a entrega do nosso destino nas mãos duma entidade superior seja um fator de conforto mental e de facilitação do ajustamento a uma doença como o cancro.

Também Lavery e O’Hea (2010) observaram que os pacientes com cancro frequentemente referem as atividades religiosas – como rezar e ir à igreja – como a resposta de  *coping* mais frequente em relação à sua doença, e que a maioria destes pacientes relata que a sua fé religiosa constitui uma fonte importante de apoio (Flannelly, Flannelly, & Weaver, 2002; Zwingmann et al., 2006).

Complementarmente, o  *coping* religioso tem sido associado a menores níveis de mal-estar, bem como a uma maior eficácia percebida e a um aumento da qualidade de vida (Cole, 2005; Shaw et al., 2007; Tarakeshwar et al., 2006).

Todavia, estudos de meta análise parecem oferecer respostas contraditórias a esta questão. Numa revisão da literatura levada a cabo por Thune-Boyle et al. (2006) observou-se que, dos estudos examinados, sete encontraram uma associação positiva entre o  *coping* religioso e o ajustamento à doença, enquanto outros quatro constataram que o  *coping* religioso era prejudicial. Os restantes sete estudos não encontraram associações entre as duas variáveis.

É possível que a entrega a uma entidade divina do nosso destino pessoal seja uma fonte de paz, sobretudo num período tão conturbado, como aquele que se segue a um diagnóstico de cancro, todavia, essa entrega pode conduzir também uma relativa

tendência para descurar a busca de soluções terrenas disponíveis, como tratamentos médicos, por exemplo.

Embora a Escala utilizada não permita distinguir entre *coping* religioso positivo e negativo (Sherman et al., 2005), é relevante considerar que estas duas facetas do *coping* religioso podem ter consequências muito diferentes no ajustamento ao curso desta doença. O *coping* religioso positivo refere-se a uma aproximação aos recursos religiosos e da fé, bem como à tentativa de encontrar sentido e conforto em resposta ao cancro (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998; Zwingmann et al., 2006). O *coping* religioso positivo também representa uma avaliação do cancro religiosa benevolente, uma crença no propósito da vida, e a perceção duma relação segura com Deus (Tarakeshwar et al., 2006).

Em contraste, o *coping* religioso negativo tem sido definido na literatura como uma luta associada a dúvidas relacionadas com a fé e a religião, como questionar e negociar com Deus, atribuir o cancro a um castigo de Deus ou afastar-se da religiosidade (Pargament et al., 1998; Zwingmann et al., 2006).

Sherman et al. (2005) referem que o *coping* religioso positivo melhora os processos de ajustamento à doença e diminui o mal-associado ao diagnóstico e tratamentos, enquanto o negativo produz efeitos diametralmente opostos, mas que os efeitos nefastos do *coping* religioso negativo são mais claros do que os efeitos benéficos do *coping* religioso positivo.

Como é óbvio, os resultados do nosso estudo não nos permitem opinar sobre esta questão, mas pareceu-nos relevante chamar a atenção para ela, de modo a que possa ser tida em atenção em estudos posteriores.

**Reinterpretação Positiva** – Ver o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável e perceber a situação stressante como uma

oportunidade de crescimento pessoal, são formulas frequentemente utilizadas pelos pacientes oncológicos para descrever a sua relação com a doença.

Susan Folkman (Folkman & Moskowitz, 2004), foi uma das primeiras autoras a perceber, através dos seus estudos com pacientes com SIDA e seus companheiros, que o curso dos acontecimentos associados à doença, incluindo a morte do companheiro doente, podia ser reinterpretado num sentido positivo, através da valorização do crescimento pessoal associado à experiência, a valoração de experiências de vida às quais, até então, não se atribuía significado pessoal significativo e a redescoberta de sensações e afetos há muito esquecidos.

Este conjunto de alterações, nos processos de avaliação da (s) experiência (s) stressantes, foram designadas pela autora como Reinterpretação Positiva e passaram a ser comumente aceites como estratégias de *coping* adequadas a um mais bem sucedido processo de ajustamento pessoal à situação de stresse, particularmente a experiência da doença oncológica.

Com efeito, é frequente encontrarmos pacientes com cancro que afirmam que essa experiência fez delas “melhores pessoas”, que valorizam agora áreas da sua vida que não valorizavam antes, por as acharem óbvias e naturais e que reparam mais vezes em coisas e eventos mais simples, a que antes não davam grande atenção, como o cantar dum pássaro, uma paisagem bonita, um por do sol, ou gestos de carinho por parte de outros.

Nas nossas amostras observaram-se diferenças entre o Grupo Oncológico e o Grupo de Controlo, no que se refere a esta estratégia de *coping* e em favor do Grupo Oncológico, mas essas diferenças não foram suficientes para atingir significado estatístico ( $t = 1,96$ ;  $p = 0,052$ ). Todavia, ambos os grupos que compuseram a nossa amostra mostraram que utilizam esta estratégia de *coping* menos frequentemente do que

a população de referência que temos vindo a citar [Md Amostra = 2,25 (1,4); Md Grupo Oncológico = 2,46 (1,13); Md Grupo Controlo = 2,11 (1,54); Md Amostra de Referência = 3,29 (1,39).

Como referimos antes, encontrar sentido na doença crónica tem sido conceptualizado de várias formas. Janoff-Bulman & Frantz (1997) distinguem o sentido como compreensão, isto é, como uma tentativa de determinar como é que um acontecimento faz sentido, e apresenta um significado pessoal relevante. A procura de compreensão muitas vezes promove a consciência sobre a própria vulnerabilidade, o que abre caminho para dar novos sentidos à própria vida ao gerar significação através das avaliações de valor e de merecimento (Janoff-Bulman & Berger 2000). Encontrar sentido e benefícios na experiência da doença crónica tem sido estudado quer como um preditor do ajustamento subsequente, quer como um resultado adaptativo em si.

Entre os resultados positivos mais notáveis, o sentido positivo percebido resultante da experiência de Cancro da Mama durante o primeiro ao quinto anos após o diagnóstico, predizia um aumento no afeto positivo cinco anos depois (Bower et al., 2005), e encontrar benefícios no ano seguinte à cirurgia para o Cancro da Mama predizia menores níveis de mal-estar e menos sintomas depressivos de quatro a sete anos depois (Carver & Antoni 2004).

Encontrar benefícios na experiência de ter cancro parece não ser um fenómeno exclusivo dos países ocidentais e, como podemos constatar nas nossas amostras, é uma estratégia de *coping* extensiva aos pacientes oncológicos angolanos e seus pares imigrantes saudáveis, embora seja utilizada de forma ligeiramente menos frequente, que na população portuguesa de referência.

Por exemplo, Schroevers e Teo (2008) estudaram a prevalência do crescimento pós-traumático numa amostra de 113 pacientes oncológicos na Malásia e a relação deste

com o mal-estar psicológico e o uso de estratégias de *coping* referidos pelos pacientes. Os autores verificaram que muitos pacientes referiram um crescimento pós-traumático, sobretudo no domínio da apreciação da vida.

Os seres humanos, em geral, parecem pois necessitar de atribuir sentidos às experiências traumática de vida, que sejam coerentes com a sua narrativa pessoal anterior, de forma a estabelecerem alguma ordem e imporem alguma organização à experiência relativamente caótica da doença. Essa atribuição de sentido, bem como a percepção de crescimento pessoal associada, permite uma percepção de maior controlo sobre a experiência traumática, facilitando assim os processos de adaptação e diminuindo o mal-estar associado à experiência.

Face à relativamente menor frequência com que esta estratégia de *coping* é utilizada pelos nossos pacientes oncológicos, relativamente à população de referência, seria eventualmente interessante que, em possíveis programas de promoção do ajustamento psicológico à doença nos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal, se desse mais atenção à promoção da utilização desta estratégia de *coping*, como parte da melhoria dos processos de ajustamento à experiência da doença.

**Auto culpabilização** – Refere-se à tendência para a pessoa se culpabilizar pelo que aconteceu, atribuir a causa da eclosão da doença às suas características pessoais, aos seus atos, ou às suas omissões.

Na nossa amostra é a 3ª estratégia de *coping* menos utilizada e não se observam diferenças significativas entre os grupos, no que respeita à sua utilização ( $t = 1,52$ ;  $p = 0,130$ ).

Embora as diferenças não sejam significativas, o Grupo Oncológico é aquele que mais utiliza esta estratégia de *coping*, face ao total da amostra e ao Grupo de Controlo [

Md. Total da Amostra = 1,48 (1,34); Md Grupo Oncológico = 1,64 (1,32); Md Grupo de Controlo = 1,36 (1,35); Md Amostra de Referência = 2,520 (1,54) ].

Todavia, a média de utilização desta estratégia de *coping* é claramente superior na Amostra de Referência, que temos vindo a utilizar.

Estes resultados sugerem que a **auto culpabilização**, que constitui uma estratégia de *coping* pouco adaptativa e centrada nas emoções negativas, é menos popular na amostra de sujeitos angolanos, do que nas populações europeias, o que parece constituir uma característica positiva dos processos de adaptação às adversidades da vida adotados por esta população.

Com efeito a estratégia designada por **auto culpabilização** conduz a uma atribuição de causalidade aos acontecimentos lesivos para a pessoa, nomeadamente a doença, centrada nas ações, ou na sua ausência, por parte da pessoa que adoece, sendo por isso a doença percebida como um castigo imposto ao sujeito, em função das suas más opções e ações.

Este tipo de atribuição provoca mais facilmente reações de mal-estar, especialmente ansiedade e depressão e facilita a adoção de atitudes mais passivas face à própria doença (Folkman & Moskowitz, 2004; Stanton et al., 2007). Neste sentido pode ser percebida como uma estratégia de *coping* inadequada, sendo a baixa frequência da sua utilização no nosso Grupo Oncológico um motivo de otimismo em relação ao ajustamento destes pacientes à sua doença.

**Aceitação** – Refere-se à atitude de aceitar o fato de que o evento stressante aconteceu e é real e que exige de alguma forma uma atitude de ajustamento. Em certa medida é o contrário da negação, processo através do qual a pessoa nega a própria existência da situação stressante.

A frequência com que esta estratégia de *coping* é utilizada também separa os nossos grupos de maneira estatisticamente significativa, em favor do Grupo Oncológico ( $t= 2,33$ ;  $p = 0,021$ ).

Quanto à comparação com a amostra de referência, representativa da população portuguesa, constatamos que existe uma clara tendência para uma mais frequente utilização desta estratégia de *coping* em relação à nossa amostra [Md Total da Amostra = 2,17 (1,31); Md Grupo Oncológico = 2,40 (1,10); Md Grupo de Controlo = 2,01 (1,42); Md Amostra de Referência = 3,05 (1,35)].

A estratégia de aceitação tem sido relacionada com melhores níveis de ajustamento e bem-estar pós-diagnóstico e maior disponibilidade para suportar o mal-estar associado ao desconforto dos tratamentos médicos em pacientes residentes em países em desenvolvimento, em associação com o *coping* religioso que, como vimos, é também o mais popular na nossa amostra (Al-Azri, Al-Awisi & Al-Moundhri, 2009).

**Expressão de sentimentos** – Refere-se ao aumento da consciência do stresse emocional pessoal e à tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.

Também esta estratégia de *coping* diferencia os nossos dois grupos de maneira estatisticamente muito significativa, em favor do Grupo Oncológico ( $t= 7,24$ ;  $p = 0,000$ ), o que traduz uma muito clara tendência para que os sujeitos do Grupo Oncológico expressem mais frequentemente emoções relacionadas com a (s) situação (ões) stressante (s) do que o Grupo de Controlo.

Este resultado não é de todo surpreendente, já que os sujeitos do Grupo Oncológico estavam mergulhados numa situação emocionalmente caótica, não só devido às incertezas, medos e angústias relacionados com a sua situação de saúde, mas também com o desconforto relacionado com o confronto com uma cultura diferente,

hábitos e rotinas diferentes e o enfrentamento de tratamentos médicos desconfortáveis e (ou) dolorosos.

A utilização desta estratégia de *coping* em pacientes oncológicos parece ter efeitos benéficos nos psicológicos de ajustamento à doença, como vimos anteriormente (Savelkoul et al., 2003).

O processamento e a partilha das emoções negativas associadas à situação de doença é uma estratégia tão comum nos doentes oncológicos, que pode ser observada e verificada em qualquer sala de espera em que estes doentes se acumulem, quer aguardem tratamentos de radioterapia, quer aguardem tratamentos de quimioterapia.

As emoções expressas nem sempre são predominantemente negativas. Num estudo realizado em Portugal, com 46 pacientes oncológicos (sofrendo de neoplasias com várias localizações) (Cruz & Campôa, 2008), os autores verificaram que, relativamente à expressão emocional o diferencial entre as emoções positivas e negativas era positivo ( $Md = +8,75$ ;  $dp = 9,093$ ), demonstrando a coexistência de emoções positivas e negativas, mesmo perante esta situação de vida altamente stressante. Esta capacidade de expressar as emoções, tanto negativas como positivas, tal como já foi anteriormente demonstrado por Folkman e Moskowitz (2004), é crucial para os processos de adaptação à vivência de situações de stress intenso e prolongado e aumenta a probabilidade de sobrevivência (Quartana, Laubmeier & Zakowski, 2006).

Em comparação com a Amostra de Referência, que tem vindo a ser referida por nós, os nossos sujeitos apresentavam uma frequência média de utilização desta estratégia superior à dessa amostra [ $Md$  Amostra = 3,41 (1,77);  $Md$  Grupo Oncológico = 4,30 (1,29);  $Md$  Grupo Controlo = 2,79 (1,79);  $Md$  Amostra de Referência = 2,87 (1,59), à custa do Grupo Oncológico, que se destacava como sendo aquele para quem esta estratégia de *coping* era mais popular.

**Negação** - Refere-se à tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante. Trata-se duma estratégia de *coping* bastante primitiva e um dos mecanismos de defesa do Eu inicialmente referidos por Freud (Laplanche & Pontalis, 1973), que consistia em negar uma realidade externa ou interna que causasse perturbação emocional e entrasse em conflito com o equilíbrio do Eu.

A tentativa de negar a situação stressante faz parte das estratégias ditas de evitamento e conduz a dificuldades aumentadas de ajustamento à situação stressante, como vimos anteriormente. Por exemplo, em comparação com as mulheres menos evitantes, as pacientes de Cancro da Mama que tinham um estilo de evitamento cognitivo elevado, antes da biópsia da mama, relataram um maior mal-estar nesse ponto, após o diagnóstico de cancro e após a cirurgia (Stanton & Snider 1993). O *coping* através do evitamento pode levar a comportamentos prejudiciais, como o consumo de álcool, induzir paradoxalmente pensamentos e emoções intrusivos relacionados com a doença (Wegner & Pennebaker 1992) ou impedir esforços de *coping* mais eficazes.

Negar a doença pode também conduzir ao adiamento dos tratamentos adequados e, em consequência, ao avanço descontrolado da doença neoplásica, embora possa traduzir-se por uma temporária sensação de tranquilidade (Roesch et al., 2005, Stanton et al., 2001).

Na nossa amostra, a frequência com que esta estratégia é utilizada diferencia, de forma muito significativa, os nossos grupos, em favor do Grupo Oncológico ( $t = 7,20; p = 0,000$ ).

Quanto à comparação com a Amostra de Referência portuguesa resultados dos nossos grupos são substancialmente superiores, principalmente no Grupo Oncológico

[Md Amostra = 2,45 (1,59); Md Grupo Oncológico = 3,29 (1,45); Md do Grupo Controlo = 1,88 (1,41) Md da Amostra de Referência = 1,30 (1,42)].

Estes resultados sugerem a necessidade de promover, junto dos pacientes oncológicos angolanos, a adoção de estratégias de *coping* mais centradas no enfrentamento e menos no evitamento, de que a negação é uma das principais facetas, já que, como vimos anteriormente, a adoção da negação pode contribuir para o aumento do desconforto a médio prazo, mas principalmente para uma diminuição da eficácia de todos os tratamentos médicos.

**Auto distração** – Refere-se ao desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração. Esta estratégia de *coping* não separa, de forma estatisticamente significativa, os dois grupos da nossa amostra ( $t = 1,05$ ;  $p = 0,294$ ), sendo todavia o Grupo Oncológico aquele que a utiliza de forma mais frequente [Md Amostra = 2,63 (1,5); Md Grupo Oncológico = 2,75 (1,26) Md Grupo Controlo = 2,55 (1,64); Md Amostra Referência = 3,31 (1,34)], mas ainda assim de maneira menos frequente que a Amostra de Referência portuguesa que temos vindo a citar.

A autodistração parece funcionar, como estratégia de *coping* efetiva, nas primeiras fases do tratamento do cancro, afastando os pacientes, de forma temporária embora, das preocupações obsessivas centradas na doença e nos desconfortos associados. Todavia, quando utilizada a longo prazo parece contribuir para aumentar o desconforto físico e psicológico e diminuir a assiduidade aos tratamentos prescritos (Carver et al., 1993; Dunkel-Schetter et al., 1992; Felton et al., 1984).

Mas, tendo em conta a violência agressiva que podem assumir certos tratamentos e a dor, que muitas vezes está associada ao curso da doença, parece

inevitável que as pessoas tendam a refugir-se num mundo mental alternativo, onde a doença deixa de ser o principal foco da atenção.

Constatamos que, apesar disso, os nossos pacientes oncológicos utilizam essa estratégia de forma moderada, quando comparados com a Amostra de Referência portuguesa, o que parece ser um sinal positivo, no perfil dos esquemas de *coping* que utilizados pelos nossos pacientes.

Devemos aliás referir que algumas abordagens psicológicas de ajustamento ao cancro e aos vários tipos de mal-estar que lhe estão associados, utilizam este tipo de estratégia, através de técnicas de relaxamento, em que a imaginação desempenha um papel muito importante.

É necessário também referir que há muitas diferenças individuais nesta questão, já que, se algumas pessoas são capazes de trilhar com facilidade os caminhos da imaginação, já para outras, essa estratégia exige muito esforço, com poucos efeitos práticos.

**Desinvestimento Comportamental** \_ Refere-se à estratégia de desistir, ou deixar de se esforçar em relação à tentativa para alcançar o objetivo com o qual o stressor está a interferir. Naturalmente que, perante uma doença como o cancro este tipo de estratégia de eviamento pode ter consequências catastróficas e interferir de forma significativa com a sobrevivência dos pacientes.

Também a frequência da utilização desta estratégia de *coping* não separa os nossos grupos de forma estatisticamente significativa ( $t = 1,15$ ;  $p = 0,251$ ), o que significa que os pacientes oncológicos da nossa amostra não a utilizam significativamente mais ou menos vezes que o nosso Grupo de Controlo.

A utilização desta estratégia de *coping* é relativamente pouco frequente, tanto nas nossas amostras como na Amostra de Referência que temos vindo a citar [Md

Amostra Total = 0,90 (1,12); Md Grupo Oncológico = 1,00 (1,07); Md Grupo Controlo = 0,82 (1,15); Md Amostra Referência = 0,67 (1,061)], sendo, apesar de tudo, bastante inferior na Amostra de Referência.

Esta estratégia de *coping* não só conduz a menor eficácia nos modos de lidar com a doença oncológica, ou outras fontes de stresse prolongado, como provoca mais mal-estar psicológico, objetivo que procurava evitar (Stanton & Snider 1993).

Felizmente, os resultados médios da nossa amostra de pacientes oncológicos utiliza esta estratégia de *coping* com uma frequência relativamente baixa, não parecendo por isso necessário adotar medidas educativas especificamente dirigidas à sua diminuição.

**Uso substâncias/ medicamentos/alcool** – Refere-se à estratégia de usar álcool ou outras drogas, como medicamentos, como um meio de desinvestir do stressor.

Este tipo de estratégia de *coping* separa, de forma estatisticamente muito significativa, os nossos dois grupos ( $t = 4,73$   $p = 0,000$ ), à custa duma frequência de utilização muito superior no Grupo Oncológico.

Devemos todavia realçar que as médias de utilização desta estratégia de *coping* são muito baixas, em todas as amostras consideradas [Md Amostra Total = 0,65 (0,97); Md Grupo Oncológico = 1,03 (1,11); Md Grupo Controlo = 0,39 (0,76); Md Amostra Referência = 0,25 (0,78)].

De todos os grupos considerados o Grupo Oncológico era o que utilizava, em média, de forma mais frequente esta estratégia de *coping*, que pertence às estratégias de evitamento e tem os mesmos motivos e as mesmas consequências das outras que temos vindo a considerar.

Todavia, não foi possível apurar até que ponto o uso de fármacos para ajudar os pacientes oncológicos a lidar com a sua doença não estaria relacionada com conselhos

médicos desinados a minimizar a ansiedade associada à situação. Também não foi possível distinguir entre o uso de fármacos e de álcool, devido à natureza da afirmação incluída na Escala Brief Cope.

Como vimos anteriormente, a densidade emocional e os elevados níveis de ansiedade associados às expectativas sobre o futuro e ao convívio com uma doença imprevisível como o cancro, tornam muitas vezes necessária a gestão médica dos elevados níveis de ansiedade, mas também, algumas vezes, a utilização da automedicação e do uso do álcool.

**Humor** – A estratégia designada por uso do humor refere-se à capacidade e prática das pessoas que enfrentam situações stressantes na sua vida de utilizarem o humor para lidar com elas. Essa estratégia pode assumir várias formas, como a da pessoa fazer piadas acerca da sua situação, desvalorizar o stressor ou contar histórias divertidas para relatar a sua situação stressante.

O uso desta estratégia de *coping* também diferenciou, de forma estatisticamente significativa, os nossos dois grupos, em favor do Grupo Oncológico, que utilizava o humor com mais frequência que o Grupo de Controlo ( $t = 2,61$ ;  $p = 0,01$ ). Quando comparamos a frequência da utilização do humor entre os nosso grupos e a Amostra de Referência, verificamos que a frequência média de utilização desta estratégia de *coping* não difere muito entre as duas amostras, tomadas na globalidade (Md Amostra = 2,17 (1,25); Md Grupo Oncológico = 2,42 (0,88); Md Grupo Controlo = 2,01 (1,43); Md Amostra de Referência = 2,46 (1,63).

O uso do humor tem vindo a ser reconhecido como uma estratégia de *coping* muito útil e eficaz, perante situações altamente stressantes, permitindo à pessoa distanciar-se da situação, ver-se a si próprio e à situação difícil em que está inserido com outros olhos.

Joshua, Cotroneo e Clarke (2005) mostraram que, uma maioria de 64% os pacientes oncológicos terminais que entrevistaram, referia que o uso do humor lhes permitia tolerar melhor a sua situação pessoal.

Os autores afirmam que o papel do humor, como mecanismo de defesa, tem um grande valor nos cuidados médicos e de enfermagem em oncologia, permitindo às pessoas processos de ajustamento mais fáceis às situações altamente stressantes e indutoras de ansiedade que os pacientes enfrentam.

Os nossos resultados permitiram apurar que os nossos pacientes oncológicos utilizam o humor com bastante frequência e, em todo o caso, com maior frequência que a população de controlo equiparada e com uma frequência muito idêntica à da Amostra de Referência, que temos vindo a citar.

Estes resultados são de certa forma surpreendentes e colidem com o senso comum, que visualiza o paciente oncológico como mergulhado num estado de permanente depressão e ansiedade.

Citando um paciente do estudo de Joshua, Cotroneo e Clarke (2005):

“The other reactions—anger, depression, suppression, denial— took a little piece of me with them. Each made me feel just a little less human. Laughter made me more open to ideas, more inviting to others, and even a little stronger inside. It proved to me that, even as my body was devastated and my spirit challenged, I was still a vital human.” (p. 646).

Embora, como vimos anteriormente, não existam evidências seguras de que as estratégias de *coping* tenham uma influência decisiva na evolução e no desenlace da doença oncológica (Gerits, 2000; Petticrew, Bell, & Hunter, 2002), parece pode afirmar-se, com grande margem de segurança, que algumas estratégias de *coping* facilitam o

ajustamento ao cancro e que essas estratégias são mais ou menos eficazes em função do estadio de evolução da doença (Reynolds et al., 2000).

Na nossa amostra verificámos (Tabela 18) que os pacientes oncológicos utilizam quase todas as estratégias de *coping* mais frequentemente, e de forma estatisticamente significativa, ou muito significativa, do que os seus pares do Grupo de Controlo, com exceção da autoculpabilização, da distração e do desinvestimento comportamental.

Estes resultados sugerem que as estratégias de *coping* inventariadas fazem parte dum processo de ajustamento à situação de doença que estes pacientes enfrentam e que elas são percebidas como indispensáveis a esse ajustamento, mesmo que a investigação tenha demonstrado que algumas, sobretudo as mais centradas no evitamento, podem não ser muito eficazes para atingir os objetivos pretendidos.

## 6.6. Resultados do Grupo Oncológico em Relação às Correlações entre Estilos de Coping e Dimensões da Personalidade

O *coping* foi descrito como “a personalidade em ação, sob stresse” (Bolger, 1990, p.525). Esta definição parece ter encontrado inúmeras confirmações, como demonstrou o estudo de meta-análise de Connor-Smith e Flachsbart (2007). Na verdade, segundo estas autoras, a personalidade pode ser equacionada como um moderador que, de forma generalizada e pervasiva, influencia todos os nossos pensamentos, emoções e comportamentos e imprime uma orientação pessoal à relação dos indivíduos com o seu ambiente, em especial em situações de stresse. O *coping*, por sua vez, pode ser entendido como um mediador entre as nossas características de personalidade e os acontecimentos stressantes com que nos deparamos ao longo da nossa vida.

Todavia, a magnitude das correlações, e mesmo a sua orientação, entre as dimensões da personalidade e as estratégias de *coping* tem variado de estudo para estudo, com muitos estudos a fracassar na tentativa de as demonstrarem, mesmo utilizando metodologia rigorosa e poderosos instrumentos de cálculo estatístico (McWilliams, Cox, & Enns, 2003), relações estáveis entre ambas as variáveis.

Apesar disso, interessou-nos perceber até que ponto as características de personalidade dos nossos pacientes oncológicos influenciavam as suas estratégias de *coping*, quando confrontados com uma situação limite muito exigente em termos de recursos pessoais disponíveis.

Como podemos observar na Tabela 19 o traço Neuroticismo correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa, apenas com a estratégia de *coping* da Negação, o que é parcialmente coerente com a literatura especializada (Connor-Smith &

Flachsbart, 2007), que sugere que o Neuroticismo tende a provocar a adoção de estratégias de *coping* mais centradas no evitamento e na gestão emocional.

Tabela 19

Correlações entre estilos de *coping* e dimensões da personalidade, para o Grupo Oncológico

Correlações Pearson	Personalidade				
	Neuroticismo	Extroversão	Abertura Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
<i>Coping</i>	Oncológico	Oncológico	Oncológico	Oncológico	Oncológico
Ativo	$r = 0,012$ $p = 0,908$	$r = 0,012$ $p = 0,057$	$r = 0,195$ $p = 0,067$	$r = 0,154$ $p = 0,151$	$r = -1,183$ $p = 0,087$
Planear	$r = 0,058$ $p = 0,59$	$r = 0,10$ $p = 0,349$	$r = -0,148$ $p = 0,167$	$r = -0,005$ $p = 0,966$	$r = -0,106$ $p = 0,324$
Suporte Instrumental	$r = -0,097$ $p = 0,365$	$r = 0,076$ $p = 0,481$	$r = 0,076$ $p = 0,481$	$r = 0,071$ $p = 0,511$	$r = 0,319$ ** $p = 0,002$
Suporte Emocional	$r = 0,122$ $p = 0,253$	$r = 0,212$ * $p = 0,046$	$r = 0,145$ $p = 0,176$	$r = 0,062$ $p = 0,563$	$r = -0,132$ $p = 0,218$
Religião	$r = -0,133$ $p = 0,215$	$r = -0,223$ * $p = 0,036$	$r = -0,304$ ** $p = 0,004$	$r = -0,110$ $p = 0,304$	$r = -0,110$ $p = 0,304$
Reinterpretação Positiva	$r = 0,070$ $p = 0,512$	$r = 0,085$ $p = 0,428$	$r = 0,053$ $p = 0,619$	$r = 0,093$ $p = 0,387$	$r = 0,062$ $p = 0,561$
Culpabilização	$r = 0,001$ $p = 0,990$	$r = 0,010$ $p = 0,927$	$r = -0,065$ $p = 0,545$	$r = -0,014$ $p = 0,899$	$r = -0,221$ * $p = 0,038$
Aceitação	$r = 0,010$ $p = 0,927$	$r = 0,005$ $p = 0,963$	$r = -0,003$ $p = 0,976$	$r = -0,002$ $p = 0,987$	$r = -0,026$ $p = 0,809$
Expressão de Sentimentos	$r = -0,035$ $p = 0,748$	$r = -0,109$ $p = 0,311$	$r = 0,195$ $p = 0,067$	$r = -0,069$ $p = 0,523$	$r = -0,052$ $p = 0,631$
Negação	$r = 0,224$ * $p = 0,035$	$r = -0,109$ $p = 0,311$	$r = -0,104$ $p = 0,333$	$r = -0,164$ $p = 0,126$	$r = 0,052$ $p = 0,625$
Autodistração	$r = 0,029$ $p = 0,789$	$r = 0,029$ $p = 0,790$	$r = 0,000$ $p = 0,997$	$r = 0,126$ $p = 0,238$	$r = -0,115$ $p = 0,284$
Desinvestimento Comportamental	$r = 0,168$ $p = 0,115$	$r = -0,051$ $p = 0,633$	$r = 0,092$ $p = 0,391$	$r = -0,047$ $p = 0,664$	$r = -0,155$ $p = 0,284$
Uso Substâncias/ álcool/ drogas	$r = 0,047$ $p = 0,659$	$r = -0,007$ $p = 0,946$	$r = -0,55$ $p = 0,608$	$r = 0,098$ $p = 0,359$	$r = -0,164$ $p = 0,124$
Humor	$r = -0,201$ $p = 0,058$	$r = -0,106$ $p = 0,322$	$r = -0,096$ $p = 0,369$	$r = -0,166$ $p = 0,119$	$r = -0,091$ $p = 0,395$

Legendas: \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  Correlação significativa negativa Correlação significativa positiva

Já os doentes com personalidades mais extrovertidas mostraram uma tendência significativa para utilizarem o Suporte Emocional e o Suporte Instrumental como estratégias de *coping*. Ou seja, estes pacientes tenderam a procurar suporte emocional

junto de outras pessoas, incluindo a busca de conforto, empatia e aproximação a outrem e a usarem os recursos disponíveis no seu entorno para os ajudar a lidar com a situação stressante que estavam a viver.

Estes resultados são compatíveis e confirmam os de outros estudos (Miles & Hempel, 2003) que sugerem expectativas de correlações positivas entre a Extroversão e a busca de apoio emocional e instrumental, bem como *coping* ativo, reestruturação cognitiva e uso de substâncias, sendo que estas três últimas associações não foram encontradas no nosso estudo.

Quanto às relações entre o traço de personalidade Abertura à Experiência e estratégias de *coping* preferenciais, apenas encontramos uma relação muito significativa, mas negativa, com o uso da Religião ( $r = -0,304$ ;  $p = 0,004$ ), (Tabela 19). Este resultado está parcialmente de acordo com os resultados da maioria dos estudos revistos por Connor-Smith e Flachsbart (2007), que, todavia, referem também uma tendência para associações significativas positivas com as seguintes estratégias de *coping*: Solução de Problemas, Distração, Reestruturação Cognitiva e Aceitação, associações essas que não foram encontradas no nosso estudo. É possível que a ausência de significação estatística da relação entre a Abertura à Experiência e estas estratégias de *coping* tenha mais a ver com a dimensão pouco alargada da nossa amostra, do que com resultados contraditórios, já que as associações encontradas na nossa amostra vão no mesmo sentido das obtidas noutros estudos.

O traço de personalidade Amabilidade não mostrou ter nenhuma influência (positiva ou negativa) na frequência com que a várias estratégias de *coping* foram selecionadas pelo nosso Grupo Oncológico. Eram esperadas correlações positivas com o uso do Suporte Emocional e do Suporte Instrumental, com a Aceitação e com a

Reestruturação Cognitiva, de acordo com o estudo de meta-análise que temos vindo a citar (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

A ausência de influência deste traço de personalidade, que implica uma tendência para o altruísmo, para ter em conta os pontos de vista alheios e para ser cordato e tolerante nas relações interpessoais, parece-nos adequada e sem surpresa quando o problema se situa nos processos de adaptação a uma doença crónica e devastadora como a doença oncológica.

Quanto à Conscienciosidade, que se refere ao desejo de atingir objetivos programados, à aderência e empenho ao trabalho, ao escrupulo moral e à tendência para usar de precaução e cautela nas decisões pessoais (Vollrath & Torgersen, 2000), encontramos uma associação positiva e muito significativa entre este traço de personalidade e o Uso de Suporte Instrumental ( $r = 0,319$ ;  $p = 0,002$ ) e uma correlação negativa e significativa com a Culpabilização ( $r = -0,221$ ;  $p = 0,038$ ).

Estes resultados são coerentes com os encontrados na literatura consultada, muito embora o trabalho de meta-análise de Connor-Smith e Flachsbart (2007) nos sugerisse que este traço de personalidade é o mais influente, tanto do ponto de vista negativo como positivo, na seleção das estratégias de *coping*. Assim eram esperadas associações significativas negativas em relação ao Uso de Substâncias, Desinvestimento Comportamental, Negação, Culpabilização e Evitamento e positivas em relação à Resolução de Problemas (*Coping* Ativo), Uso de Suporte Instrumental e Suporte Emocional, reestruturação Cognitiva e Aceitação.

Como vimos, de todas estas associações significativas esperadas, apenas encontramos uma associação fortemente positiva com o Uso de Suporte Instrumental e uma ligeiramente negativa com a Culpabilização.

Atendendo ao relativamente baixo número de casos do nosso Grupo Oncológico e às características muito especiais da situação clínica e pessoal em que se encontravam parece-nos que estes resultados não são de todo surpreendentes e confirmam, pelo menos parcialmente, os resultados de outros estudos internacionais, com todo o tipo de populações e situações stressantes.

### **6.7. Comparação dos Resultados das Amostras de Acordo com o Grau de Satisfação com o Suporte Social Percebido**

Há pelo menos três razões pelas quais o Suporte Social assume particular importância no estudo dos processos de adaptação ao cancro. Em primeiro lugar o Suporte Social disponível, em quantidade e qualidade, mostrou aumentar o bem-estar dos doentes que enfrentam a Doença Oncológica e proteger essas pessoas dos acontecimentos stressantes associados ao diagnóstico, tratamento (s) e curso da doença (Besser & Priel, 2008), aumentando a sua qualidade de vida. Em segundo lugar, os estudos já referidos na Revisão da Literatura mostram que as pessoas que dispõem de mais e melhores redes de Suporte Social apresentam maiores probabilidades de sobrevivência quando afetadas por uma doença oncológica (Cohen et al., 2000; Ell et al., 1992; Roberts et al., 2006). Em terceiro lugar, a Doença Oncológica é um acontecimento stressante que influencia o curso e a natureza das relações interpessoais a vários níveis, já que o cancro é uma doença com um desfecho muitas vezes fatal e com algum grau de estigma associado. Isto pode conduzir a um afastamento das pessoas amigas, por não saberem o que dizer, ou fazer, ou por não se sentirem à vontade perante uma pessoa que estavam habituadas a visualizar de outra maneira. Pode também afetar as relações com amigos e até família menos chegada porque as pessoas doentes se vêm limitadas (em grau diverso) na sua capacidade de partilhar as interações ou atividades sociais que anteriormente praticavam, o que terá como consequência o afastamento forçado das relações de amizade e isso quando mais necessitavam delas (Dakof & Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984; Wortman & Conway, 1985).

Mas também as relações com os familiares mais próximos podem ficar expostas a níveis acrescidos de tensão, deteriorando-as, ou, pelo contrário, tornando-as mais coesas.

Dunst e Trivette (1990) propõem as seguintes dimensões de suporte social que, consideram terem um impacto significativo no bem-estar das pessoas:

1. Dimensão da rede social, compreendendo o número de pessoas que a compõem e a sua importância para o seu utente;
2. Existência de relações sociais, que vão das mais próximas, tais como o casamento, às mais distantes como os clubes a que a pessoa pertence, ou os companheiros de trabalho;
3. Frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo interage com as pessoas que compõem a sua rede de suporte social, tanto em grupo como face a face e tanto presencialmente, como por telefone ou outra forma de comunicação à distância;
4. Necessidade de suporte, designando a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo, já que há pessoas que parecem necessitar mais e outras menos de suporte social;
5. Tipo e quantidade do suporte disponível na rede de apoio social de que o indivíduo dispõe;
6. Congruência entre as necessidades de suporte percebidas pela pessoa e as que estão realmente disponíveis;
7. Utilização, designando a frequência com que as pessoas recorrem ao suporte social disponível, quando necessitam dele;
8. Dependência, que traduz o grau em que a pessoa pode confiar nas suas redes de suporte social, quando necessita delas;
9. Reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido;
10. Proximidade, que expressa o grau de proximidade que percebem as pessoas que disponibilizam o suporte social;
11. Satisfação, que exprime a percepção da utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo quando recorre à sua rede de suporte social

Os resultados que apresentamos de seguida referem-se a esta última componente do Suporte Social percebido, isto é, o grau em que o indivíduo se mostra satisfeito com o Suporte Social recebido, em função da sua origem (Tabelas 20 e 21).

Tabela 20

*Comparação dos Resultados dos Grupos à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*

	Amostra total n=219		Grupo Oncológico n=89		Grupo Controlo n=130		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação com as amizades	2,28	0,71	2,24	0,53	2,3	0,82	-0,655	0,513
Satisfação com a família	1,73	1,00	3,1	0,54	3,3	0,02	-1,667	0,097
Satisfação com as atividades sociais	2,96	0,91	1,6	0,7	1,81	1,7	-4,973	0,000
Satisfação com a intimidade	3,19	0,56	2,61	0,91	3,2	-0,25	-2,999	0,003
Satisfação total	10,16	2,08	9,51	1,51	10,60	2,29	-4,24	0,000

A partir da Tabela 20 podemos constatar que, na amostra total, é a Satisfação com a Intimidade e com as Atividades Sociais, as que recolhem mais consenso e obtêm valores médios mais elevados.

Todavia, quando olhamos para cada Grupo de *per se* verificamos que a satisfação com o Suporte Social fornecido pela família e pelas relações mais íntimas são os que obtêm valores médios mais elevados, em ambos os grupos.

O Grupo de Controlo é aquele que obtém a média mais elevada, em todas as dimensões. Contudo, as diferenças significativas verificam-se na dimensão Intimidade ( $t = -2,99, p = 0,003$ ), onde o Grupo de Controlo obtém valores superiores ( $M = 3,2, DP = 0,25$ ) aos do Grupo Oncológico ( $M = 2,61, DP = 0,91$ ) e na dimensão Atividades

Sociais ( $t = -4,97$ ,  $p = 0,000$ ), onde se verificam igualmente valores médios mais elevados no Grupo de Controlo ( $M = 1,81$ ,  $DP = 1,7$ ) comparativamente ao Grupo Oncológico ( $M = 1,6$ ,  $DP = 0,70$ ). As diferenças na dimensão Satisfação com as Amizades ( $t = -0,66$ ,  $p = 0,513$ ) e Satisfação com a Família ( $t = -1,67$ ,  $p = 0,097$ ) não são estatisticamente significativas.

Quanto à satisfação com o suporte social total verifica-se um valor médio superior no Grupo de Controlo em comparação com o Grupo Oncológico, sendo esta diferença muito significativa do ponto de vista estatístico ( $t = -4,24$ ,  $p = 0,000$ ).

Estes resultados confirmam os de outros estudos que citámos anteriormente e mostram que os nossos pacientes oncológicos se encontram muito menos satisfeitos com o Suporte Social percebido, do que os seus pares do Grupo de Controlo, principalmente no que se refere à Satisfação com as Actividades Sociais e com as Relações de Intimidade.

Os resultados podem ser lidos de várias maneiras. Em primeiro lugar era expectável que estes doentes, deslocados do seu meio natural e enfrentando uma situação de saúde ameaçadora e penosa, não pudessem participar em actividades sociais de forma tão frequente quanto era seu hábito. Isto conduziria a uma percepção de insatisfação das Actividades Sociais mais aguda. Também era expectável que, não dispondo da proximidade com os seus amigos mais íntimos, que tinham ficado em Angola, se sentissem menos satisfeitos com as suas Relações de Intimidade. Em segundo lugar porque a própria condição de saúde com que estavam confrontados implicava limitações nestas duas áreas de Satisfação com o Suporte Social Percebido.

Se compararmos os resultados médios do no nosso Grupo Oncológico com uma amostra de 385 pacientes oncológicos portugueses (Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003) em relação à qual foi aferida, para pacientes oncológicos, a escala ESSS, que utilizámos

no nosso estudo (Tabela 21), verificamos que a satisfação média com o Suporte Social percebido, em todas as áreas, é substancialmente superior nos sujeitos oncológicos portugueses, em relação aos seus pares angolanos tratados em Portugal.

Tabela 21

*Comparação dos Resultados Médios do Grupo Oncológico (N=89) com os de uma Amostra de Referência Portuguesa (N=385)*

	Amostra Referência N=385		Grupo Oncológico N=89	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com as amizades	3,96	0,79	2,24	0,53
Satisfação com a família	4,33	0,83	3,1	0,54
Satisfação com as atividades sociais	3,0	0,98	1,6	0,7
Satisfação com a intimidade	3,84	0,84	2,61	0,91

A dimensão das diferenças encontradas diz muito sobre os problemas de suporte social que os pacientes angolanos tratados em Portugal têm de enfrentar. Na verdade, como já referimos anteriormente, eles não enfrentam apenas uma doença grave de desfecho imprevisível, mas também a ausência das pessoas mais significativas na sua vida, como a família, os amigos ou os colegas de trabalho.

Estas diferenças são mais evidentes na Satisfação com as Amizades e na Satisfação com as Atividades Sociais, ambas facilmente explicáveis pelo défice óbvio com que se confrontam os pacientes angolanos tratados em Portugal nessas duas áreas.

Analizemos pois, fator a fator, as diferenças e semelhanças entre as amostras consideradas.

**Satisfação com as Amizades** \_ Refere-se ao grau de satisfação do sujeito com as suas relações de amizade, expressa em 5 itens: “Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria”, “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho”, “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos”, “Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos” e “Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho”.

Como podemos ver na Tabela 20, o grau de satisfação com a rede de amigos não é afetada pela Doença Oncológica na população angolana inquirida, o que significa que a Doença Oncológica não veio colocar dificuldades na relação dos pacientes com a sua rede de amigos, pelo menos tal como eles (pacientes) a avaliam.

Já quando comparamos os doentes oncológicos da nossa amostra com uma amostra de doentes oncológicos portugueses, também eles sofrendo de vários tipos de doença oncológica, verificamos (Tabela 21) um importante desfazamento, em desfavor do nosso Grupo Oncológico, na satisfação com as amizades.

Ao comentarmos estes resultados não podemos deixar de ter em conta que estamos a comparar (tanto o Grupo Oncológico, como o Grupo de Controlo da nossa amostra) uma população deslocada das suas origens culturais e geográficas, com uma população (a portuguesa) inserida no meio que a viu nascer e crescer. Não são por isso realidades totalmente comparáveis, mas talvez nos dêem uma ideia mais próxima das dificuldades suplementares que sentem os sujeitos angolanos para ativar as suas redes de suporte social, nomeadamente as suas relações de amizade.

Atendendo a que esta é uma fonte de suporte social muito importante para combater o stresse inerente aos processos envolvidos no enfrentamento duma doença crónica, incapacitante e ameaçadora da vida como o cancro (de Ridder, Geenen, Kuijjer

& van Middendorp, 2008; Filazoglu & Griva, 2008), podemos considerar que os pacientes oncológicos angolanos, tratados em Portugal, enfrentam um défice significativo nessa área. Isto sugere a necessidade de mais e melhores apoios psicossociais para estes pacientes, sob a forma possível da formação de grupos de autoajuda, do aumento do apoio à comunicação telefónica com os amigos ausentes em Angola e do estímulo ao contacto com possíveis contactos entre a comunidade angolana residente em Portugal.

Com efeito, os amigos, de forma diferente da família, disponibilizam armas e recursos para ajudar os pacientes a combater o stresse inerente à sua situação clínica e social e sabemos, como foi amplamente demonstrado acima, que essas armas e recursos são da máxima importância para melhorar o bem-estar desses pacientes.

**Satisfação com a Família** - Refere-se ao grau em que a pessoa se encontra satisfeita com o suporte familiar e as atividades que realiza em conjunto com a sua família. É composto por três itens: “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”; “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família”; “Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família”.

Em relação ao Suporte Social centrado na família não é demais lembrar que os familiares mais próximos do doente oncológico (pais, maridos ou esposas, filhos, etc.) estão expostos quase aos mesmos níveis de stresse do próprio doente e o desgaste continuado que o curso da doença implica pode afetá-los em grau diverso.

Com efeito, a Doença Oncológica tem vindo a ser reconhecida como uma “doença familiar”. Num estudo com 91 adultos sofrendo de Doença Oncológica e respetivos esposos (as) conclui-se que (os) esposos (as) se preocupam tanto com tanto ou mais que os próprios pacientes com a sua saúde e a evolução do seu estado clínico.

Concomitantemente, os pacientes reportaram que participavam de forma idêntica nos processos de tratamento, mas que os pacientes recebiam mais suporte social do que os (as) esposos (as). (Davis-Ali, Chesler & Chesney, 1993).

Por outro lado, as mudanças que se têm vindo a operar nos sistemas de saúde implicam uma mudança do centro dos cuidados, nas doenças crónicas, das instituições hospitalares para os tratamentos ambulatoriais e a própria casa dos doentes. Estas mudanças impõem um envolvimento muito maior das famílias, que são chamadas a várias tarefas como aplicar tratamentos, monitorizar, avaliar sintomas e outras competências para as quais podem não se sentir preparadas o que implicará um aumento concomitante do stress associado ao curso da doença (Given, Given & Kozachik, 2001). Este envolvimento “técnico” acumula com as necessidades de suporte emocional e de cuidados não formais, nem sempre fáceis, principalmente em fases de recaída ou de agudização da doença.

Mas também se reconhece hoje que, uma diminuição da quantidade e qualidade do Suporte Familiar percebido, estão associados a um aumento do mal-estar psicológico, tanto dos pacientes como dos seus (suas) esposos (as). Os pacientes podem criar expectativas irrealistas sobre o que podem esperar dos seus familiares próximos e estes últimos podem criar expectativas de que os pacientes se tornem mais cooperantes, ou autónomos. O doente imaginado e o cuidador imaginado podem por isso não corresponder aos doentes e cuidadores reais, o que parece conduzir a um aumento do stress envolvido na relação entre cuidadores e doentes e na própria relação familiar (Baider, Ever-Hadanib, Goldzweig, Wygodaa & Peretz, 2003).

Por isso, os familiares próximos do doente oncológico, sendo, como são, chamados a desempenhar múltiplos papéis, necessitam, também eles, de todo o Suporte

Social e Institucional disponível e também eles se podem ver privados pelo menos duma parte desse suporte social.

Quanto a este Fator os nossos Grupos não se diferenciam de forma significativa ( $t = -1,667; p = 0,097$ ), o que revela que, embora o Grupo Oncológico possa estar temporariamente afastado duma parte da sua família, o mesmo pode acontecer com o Grupo de Controlo, composto por imigrantes angolanos em Portugal.

Já em relação à Amostra de doentes oncológicos portugueses se verificam diferenças acentuadas, em desfavor do Grupo Oncológico angolano, o que não pode ser considerado surpreendente, em função das condições especiais em que estas pessoas se encontram, mas que constitui um fator a ter em conta na avaliação dos processos de adaptação à doença, os tratamentos médicos em curso e à própria situação de deslocamento para um país estrangeiro.

Todavia, estes resultados chamam a atenção, face à importância da família no suporte ao doente oncológico, para a necessidade de colmatar de alguma forma, provavelmente através de grupos de autoajuda, as lacunas criadas pela ausência dos familiares próximos dos doentes angolanos tratados em Portugal, muito embora muitos deles disponham de pelo menos um familiar próximo que os acompanha e de providenciar apoio efetivo aos familiares que acompanham esses doentes a tratamentos no estrangeiro.

**Satisfação com as Atividades Sociais** – Refere-se ao grau em que as pessoas estão satisfeitas com as suas atividades em conjunto com outras, no contexto duma determinada cultura ou organização social.

Na Escala ESSS, que utilizámos, a Satisfação com as Atividades Sociais é avaliada à custa de três (3) itens: “Não saio com amigos tantas vezes quantas eu

gostaria”, “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam” e “Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)”.

A importância das atividades sociais no bem-estar, recuperação e sobrevida são um dado particularmente bem estudado, tendo os estudos efetuados permitido perceber que a prática de atividades sociais aumenta o bem-estar e a esperança de vida das populações. Num estudo prospetivo de 13 anos, com 2812 homens e mulheres, com idades superiores a 65 anos e vivendo na comunidade, Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkman (1999), concluíram que os idosos mais comprometidos com atividades sociais de todo o tipo tinham níveis superiores de bem-estar e qualidade de vida e, ainda mais importante, uma muito superior esperança de vida, que os seus pares com níveis de atividade social reduzidos.

O envolvimento e satisfação com as atividades sociais tem também implicações significativas na sobrevida de pacientes oncológicos. Por exemplo, num estudo prospetivo de 5 anos com uma coorte de 133 mulheres após diagnóstico de Cancro da Mama, em que foram usados métodos estatísticos multivariados para calcular os preditores de sobrevivência, foram encontradas relações significativas entre o tempo de sobrevida e as características clínicas da doença. Mas, paralelamente, foram encontradas relações significativas com a sobrevida, independentes dos fatores clínicos, em relação a: número de amigos que forneciam apoio, número de pessoas que mostraram apoio efetivo, a mulher continuar a trabalhar, a qualidade do casamento e a extensão do contacto com amigos e a dimensão da sua rede de suporte social. Os autores concluíram que o contexto social em que as mulheres evoluíam, após a sua doença e tratamento, principalmente ter amigos, ser socialmente ativa e trabalhar fora de casa, eram

estatisticamente importantes para o aumento da sobrevida (Waxler-Morrison, Hislop, Mears & Kan, 2002).

Também Michaela, Berkmanb, Colditzb, Holmesd e Kawachic (2002) conduziram um estudo prospetivo com 708 mulheres que desenvolveram Cancro da Mama. Os resultados mostraram que as mulheres com níveis inferiores de atividades sociais tinham uma probabilidade muito superior de apresentarem níveis inferiores de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, independentemente do tipo e dimensão do tumor e dos tipos de tratamentos médicos instituídos.

Parece por isso não haver grandes dúvidas sobre a importância deste fator na qualidade de vida e na própria sobrevida dos pacientes oncológicos, pelo que os resultados a esta dimensão são da máxima importância para o diagnóstico e a implementação de possíveis medidas preventivas adequadas.

No que a este fator diz respeito, o nosso Grupo Oncológico apresentou um défice muito significativo de satisfação com as Atividades Sociais, quando comparado com o nosso Grupo de Controlo ( $t = - 4,97$ ,  $p = 0,000$ ), mas também com os pacientes oncológicos portugueses da nossa Amostra de Referência [(Md Grupo Oncológico = 1,6 (0,7); Md Amostrate Referência = 3,0 (0,98)].

Obviamente, que podemos explicar, pelo menos em parte, este défice de Satisfação com as Atividades Sociais do Grupo Oncológico, com a sua condição de deslocados num país estrangeiro, mas não com a condição de doença, já que a Amostra de Referência de doentes oncológicos portugueses apresenta uma média de satisfação claramente superior.

Todavia, face à importância deste fator na Qualidade de Vida e na própria sobrevida dos pacientes oncológicos, como foi amplamente demonstrado, é nossa

convicção que algo mais se pode fazer por estes pacientes neste domínio, como visitas turísticas, passeios, atividades lúdicas como Bingo e outras compatíveis com o estado de saúde dos pacientes.

Tais atividades permitem não só que os pacientes não ocupem o seu pensamento apenas com a doença e as perspetivas negativas a ela associadas, mas também que vejam na sua estadia em Portugal uma oportunidade para conhecer locais e culturas, que farão parte das histórias que poderão partilhar com os seus amigos e familiares, uma vez regressados a Angola.

**Satisfação com a intimidade** – Este fator refere-se ao grau de satisfação percebida pelas pessoas em relação à disponibilidade de outrém para se envolver com o sujeito em relações que impliquem partilha de sentimentos, emoções e apoio afetivo, tal como percebemos e definimos uma amizade íntima, uma relação em nos sintamos completamente à vontade para partilhar ideias, sentimentos e dúvidas.

Na Escala que utilizámos (ESSS) esse fator é composto pelos seguintes itens: “Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio”; “Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer”; “ Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer”; e “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”.

O confronto com a Doença Oncológica pode, o que muitas vezes acontece, implicar a necessidade de ter amigos que, para além da família, permitam partilhar os sentimentos, dúvidas, angústias e expectativas, sem sobrecarregar ainda mais os membros da família próxima.

Num estudo de revisão anteriormente citado (Cohen et al., 2000) o apoio emocional é referido numa série extensa de estudos como o que é percebido como mais importante, nos processos de ajustamento à Doença Oncológica, por parte dos pacientes e o que conduz a mais e melhores níveis de bem-estar face à doença e confiança no futuro, aumentando também os níveis de autoconfiança e satisfação com a vida e reduzindo os níveis de hostilidade.

Ao contrário do que muitas vezes os amigos pensam: “não vamos falar do assunto para não o (a) perturbar”, ou “é melhor não falar disso porque não sei o que dizer”, os pacientes não desejam palavras de conforto ou de falsas esperanças, mas apenas a possibilidade de partilharem as suas ansiedades, medos e preocupações face ao futuro, ou, mais simplesmente, poderem partilhar o sofrimento físico, ou psicológico, causados pela doença (Slevin et al., 1996).

Devido a estas indefinições o doente oncológico sofre duma espécie de estigma associado à sua doença e não consegue encontrar, junto dos seus relacionamentos, em quantidade e qualidade, os momentos de intimidade de que necessita.

Os resultados expostos na Tabela 20 permitem verificar que o Grupo Oncológico se sente muito significativamente menos satisfeito com as Relações de Intimidade do que o Grupo de Controlo ( $t = -2,999$  ;  $p = 0,003$ ).

Também em relação à Amostra de Referência de doentes oncológicos portugueses se verifica que o nosso Grupo Oncológico se sente muito mais insatisfeito com essas relações do que os doentes da Amostra de Referência [Md Grupo Oncológico = 2,61 (0,91); Md Amostra de Referência = 3,84 (0,84)].

Estes resultados, nada animadores, dado o impacto deste tipo de relações sociais numa série muito importante de consequências que vão desde o bem-estar psicológico, à

diminuição da autoestima, das preocupações face ao futuro ao aumento dos níveis de stress pós-traumático e com possível impacto na própria sobrevivência dos pacientes, justifica medidas de intervenção psicossociais centradas no aumento das ocasiões e possibilidades de autorrevelações por parte dos pacientes.

Como os possíveis destinatários dessas mensagens emocionalmente impregnadas não se encontram fisicamente presentes, talvez fosse possível às autoridades angolanas disponibilizarem acesso telefónico gratuito sempre que as pessoas manifestassem a necessidade de partilhar emoções com amigos íntimos deixados em Angola, bem como alertar o pessoal técnico para dispor de algum tempo e abertura para conversar mais informalmente com os pacientes.

## **Capítulo 7. Conclusões**

A presente investigação desenrolou-se no contexto da prestação de cuidados médicos aos pacientes oncológicos angolanos a receberem tratamento em Portugal, ao abrigo da colaboração entre os dois países.

Tratou-se por isso duma investigação aplicada a uma população colocada perante situações atípicas em relação à sua vida anterior, quer por motivo da doença em si, quer devido ao desconforto concomitante da privação do seu meio ambiente natural e das suas rotinas habituais.

Sentimos que as condições especiais desta população nos solicitavam um olhar mais próximo, mais envolvido e também mais científico, de forma a contribuirmos para a melhoria geral das condições de acolhimento, apoio e prestação de cuidados, a que nos obrigámos, enquanto médico da Embaixada de Angola em Portugal.

Entendemos que, mais do que investigar a aderência aos tratamentos médicos instituídos, os seus efeitos e evolução (fatores que estão amplamente estudados), importava compreender melhor os processos de adaptação psicológica destes pacientes à sua condição clínica, aos tratamentos a que estavam a ser sujeitos e à situação de deslocamento em que estavam envolvidos.

Pareceu-nos também, como foi referido na Introdução a este trabalho, que este contributo, na área da Psicologia da Saúde, seria bem-vindo no nosso país, já que se torna urgente lançar as bases desta importante disciplina científica em Angola.

Chegados agora ao final desta investigação parece-nos importante realçar as mais importantes conclusões a que foi possível chegar, começando, naturalmente, por tentar responder às Questões de Investigação que colocámos no Capítulo 2.

*Questão 1. Em que medida é que os estilos de vida dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal diferem dos duma população de controlo constituída por angolanos saudáveis residentes em Portugal? E, subsidiariamente, em que medida esses estilos de vida são influenciados pela doença oncológica nos pacientes do Grupo Oncológico*

Em primeiro lugar, constatámos que os pacientes oncológicos da nossa amostra estavam, na sua maioria, insatisfeitos com a sua aparência física (58,4%), contrastando com os 32,4% dos sujeitos saudáveis, que integraram o Grupo de Controlo. A diferença entre os dois grupos mostrou ser muito significativa do ponto de vista estatístico ( $p < 0,0001$ ), em relação a este item. Estes resultados sugerem a conclusão de que a presença da Doença Oncológica, além de outras consequências eventualmente mais nefastas, afeta, de forma significativa a autoimagem física destes pacientes e a sua satisfação com a sua aparência, o que pode induzir consequências psicológicas (por exemplo, baixa autoestima), mas também sociais, induzindo atitudes e posturas de isolamento, desconforto na interação com outros e, dum modo geral, retraimento face aos contactos sociais.

Paralelamente, os pacientes que integraram o nosso Grupo Oncológico, apresentavam também, em comparação com os sujeitos do Grupo de Controlo, uma muito significativamente inferior satisfação com o seu próprio corpo ( $p < 0,0001$ ), o que não surpreende tratando-se de pessoas que enfrentavam uma doença grave e com desfecho imprevisível. Ora, uma das consequências psicológicas mais nefastas na vivência duma doença crónica grave, como a Doença Oncológica, é a perda da confiança na invulnerabilidade do nosso próprio corpo e na insatisfação geral com o seu funcionamento, como se do idílico romance anterior se tivesse passado para um estado

de hostilidade e desconfiança semelhantes a um pré-divórcio. Torna-se assim legítimo concluir que a vivência da Doença Oncológica acarretou, para os nossos pacientes, uma perda de confiança e satisfação com o próprio corpo.

Ainda em relação à comparação dos estilos de vida dos pacientes do Grupo Oncológico com os sujeitos saudáveis do Grupo de Controlo foi possível perceber que não havia diferenças significativas no número de refeições consumidas pelos dois grupos (a maioria consumia apenas 3 refeições por dia), mas que o Grupo Oncológico consumia, com muito maior frequência que o Grupo de Controlo, alimentos ricos em gorduras e colesterol, bem como fritos, numa base diária. Em contrapartida, consumia fruta e legumes, com frequência significativamente inferior, e bebia significativamente menos água que o Grupo de Controlo. Também em relação ao consumo de álcool o Grupo Oncológico afirmava beber álcool com frequência significativamente superior ao Grupo de Controlo.

Nos comentários à Tabela 15, na qual estes resultados foram expostos, foi possível lembrar o consenso científico atual acerca da influência de certos estilos alimentares no aumento da vulnerabilidade para a eclosão de doenças oncológicas. Embora não seja legítimo tirar conclusões generalistas a partir dos resultados obtidos com uma população tão restrita como aquela que avaliámos, é legítimo concluir que os resultados agora apurados confirmam os resultados de inúmeros estudos anteriormente analisados e discutidos, que afirmam o papel desempenhado pela alimentação saudável na manutenção da saúde, sendo que o contrário também é verdadeiro.

Os resultados obtidos permitiram-nos também constatar que os sujeitos que integraram o Grupo Oncológico usavam o suporte dos rituais religiosos de todo o tipo, com frequência muito significativamente superior aos do Grupo de Controlo, o que nos

sugere a presença duma forte necessidade de obter apoio e compensação de entidades superiores, de forma a minorar a incerteza e angústia associadas ao sofrimento e insegurança face ao futuro. Curiosamente, e contra todos os indicadores de saúde, não nos foi possível apurar uma maior frequência de fumadores nos antecedentes pessoais dos sujeitos de ambos os grupos, sendo a percentagem de fumadores, em ambos os grupos, muito baixa. Também não foi possível apurar diferenças quanto a antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis, também elas presentes numa percentagem muito baixa de ambos os grupos, ao contrário do que seria de esperar em populações africanas em que a incidência dessas doenças é muito elevada.

No que respeita ao impacto da Doença Oncológica sobre os Estilos de Vida dos sujeitos que integraram o Grupo Oncológico, em comparação com os sujeitos saudáveis do Grupo de Controlo, foi possível verificar um impacto negativo, muito significativo, sobre o processo do sono, atribuível quer à doença, quer à mudança de hábitos e horários.

Também em relação à vida sexual dos sujeitos se observou um impacto muito significativo da Doença Oncológica ao ponto de só 40,4% dos pacientes oncológicos permanecerem sexualmente ativos, contra 90,8% dos sujeitos que integraram o Grupo de Controlo. Embora estes números tenham de ser relativizados, como se referiu na discussão dos resultados, não deixa de ser outra área importante da vida pessoal dos pacientes que se vê gravemente limitada pela presença da doença.

Todavia, foi ao nível das atividades correntes do dia a dia, que encontramos um maior número de limitações devidas à Doença Oncológica. Atividades simples como carregar produtos comprados na mercearia, ou subir lanços de escadas, ou dobrar-se e

ajoelhar-se, ou andar a pé ou até tomar banho e vestir-se estavam parcialmente comprometidas nos pacientes oncológicos, em comparação com os sujeitos saudáveis.

Quase 80% dos pacientes oncológicos se queixavam também de baixos níveis de energia, que os impediam de fazer a sua vida diária da maneira habitual.

Os resultados encontrados na nossa investigação levam-nos por isso a concluir que havia diferenças significativas nos estilos de Vida dos pacientes oncológicos, em relação aos sujeitos saudáveis, antes da eclosão da doença oncológica, mas que a presença desta também teve um impacto negativo e altamente limitativo na sua autonomia pessoal, nos seus hábitos e Estilos de Vida e na capacidade de seguirem os seus ritmos da forma que lhes era familiar no passado.

Dito de outra maneira, observaram-se evidências de limitações importantes na Qualidade de Vida dos pacientes oncológicos, quando comparados com uma população saudável equiparada, o que abre a porta à necessidade da intervenção da Psicologia da Saúde para ajudar estes pacientes a percorrer os caminhos nem sempre fáceis do ajustamento à sua nova condição e às limitações impostas pela doença.

A justa e necessária preocupação com a sobrevivência destes pacientes não nos deve fazer esquecer a importância destes processos de ajustamento, em parte porque eles podem implicar, quando bem conseguidos, um aumento da Qualidade de Vida e em parte porque a tendência para o aumento dos períodos de sobrevida à Doença Oncológica coloca o acento tónico na necessidade de aprender a viver com a doença, sem que ela torne os pacientes apenas em meias pessoas, mas, pelo contrário, lhes permita pleno acesso à sua condição de seres humanos realizados.

*Questão 2. Em que medida diferem os perfis de personalidade dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal dos angolanos saudáveis residentes em Portugal? Terá a presença da Doença Oncológica uma influência suficientemente forte para influenciar as dimensões da personalidade dos pacientes oncológicos?*

Os resultados obtidos nesta investigação apontam para diferenças significativas (dimensão Extroversão), ou muito significativas (dimensão Neuroticismo) entre os dois grupos considerados. A Extroversão era significativamente superior no Grupo de Controlo e o Neuroticismo, muito significativamente superior no Grupo Oncológico.

Não se observaram diferenças significativas nas outras dimensões da personalidade (Amabilidade, Abertura à Experiência e Conscienciosidade).

Os resultados são consistentes com a literatura da especialidade e sugerem que a presença da Doença Oncológica tem um impacto tão significativo no universo mental dos pacientes que parece ser suficiente para alterar as características da sua estrutura mental trazendo um aumento de ansiedade, preocupação e tristeza (Neuroticismo) e uma diminuição da necessidade de comunicação e interação com o exterior e de envolvimento em atividades sociais ou socializantes.

Estas conclusões devem ser naturalmente lidas com precaução, já que as diferenças encontradas poderiam ser prévias ao aparecimento da Doença Oncológica, mas, como vimos na discussão dos resultados, existe algum consenso científico no sentido de considerar que não existem traços de personalidade que predisponham as pessoas a desenvolver cancro e que as alterações encontradas têm mais a ver com o impacto perturbador da doença.

Do nosso ponto de vista, os resultados suportam a interpretação de que a Doença Oncológica altera de modo significativo as perspetivas do indivíduo sobre si mesmo e sobre o futuro e facilitam necessidades de isolamento e introversão, diminuindo a disponibilidade para a interação com o mundo envolvente.

Também nesta área a Psicologia da Saúde poderia trazer um contributo positivo na diminuição da ansiedade, da tristeza, do pessimismo e da desesperança, componentes importantes do Neuroticismo, dos pacientes oncológicos angolanos em tratamento em Portugal, através de programas de intervenção-apoio especificamente desenhados para este tipo de pacientes e para as condições especiais em que se encontram. Do mesmo modo seria possível também encontrar processos de estimulação de contactos psicossociais com iguais, envolvimento em atividades grupais e outras formas de diminuir a tendência para o ensimesmamento e a introversão que estas pessoas enfrentam.

*Questão 3. Até que ponto, e em que tipo de estratégias, diferem os estilos de coping dos pacientes oncológicos angolanos tratados em Portugal em comparação com os patrícios saudáveis residentes em Portugal?*

Colocados perante um enorme desafio, talvez o maior das suas vidas, e com elevado potencial gerador de stresse, os pacientes oncológicos parecem usar quase todos os recursos e estratégias de *coping* à sua disposição de forma mais intensa e frequente que os seus pares saudáveis.

Utilizam mais frequentemente, e de forma muito significativa, o *Coping* Ativo, o Planeamento, o Suporte Instrumental, O Suporte Emocional, a Religião, a Expressão Emocional, a Negação e o Uso de Substâncias.

Utilizam mais frequentemente, e de forma estatisticamente significativa, a Aceitação e o Humor.

Não diferem dos seus pares saudáveis na frequência com que usam a Culpabilização, a Reinterpretação Positiva, a Autodistração e o Deinvestimento Comportamental.

Estes resultados permitem-nos concluir que os pacientes oncológicos angolanos, tratados em Portugal, não diferem muito dos seus pares em todo o mundo e que ativam as estratégias de *coping* positivas disponíveis para os ajudar a lidar com o pesadelo da doença oncológica.

Uma úniva exceção parece merecer ser realçada: a utilização pouco frequente da Reinterpretação Positiva, que permite aos sujeitos, que enfrentam situações stressantes muito graves, tentar perceber o lado “positivo” dessas experiências e que são vulgarmente referidas pelos pacientes oncológicos, como foi devidamente realçado na

Revisão da Literatura. Todavia, esta estratégia de *coping* tende a ser utilizada com mais intensidade após o abrandamento da crise, em períodos de maior estabilização da doença. Ora, os nossos pacientes encontravam-se em pleno tratamento, nas fases mais ativas da doença, sendo por isso mais compreensível a menor utilização desta estratégia de *coping*.

Dum modo geral devemos realçar a positividade e o ajuntamento dos estilos de *coping* utilizados pelos pacientes oncológicos, o que revela uma atitude psicológica caracterizada por:

- 1) Enfrentar os problemas, embora negando alguns aspetos mais dolorosos ou difíceis;
- 2) Utilizar, de forma adequada, os recursos instrumentais disponíveis, entre os quais se encontram os serviços médicos da Embaixada de Angola, mas também todos os outros apoios colocados à sua disposição;
- 3) Pedir ajuda quando necessário e ser capaz de expressar e partilhar o malestar emocional associado à sua condição de pacientes deslocados para longe das suas famílias, amigos e comunidades;
- 4) Procurar no suporte religioso apoio e conforto com o objetivo de se sentirem menos sós e mais protegidos (as) perante uma situação tão adversa como aquela que enfrentavam;

Como única estratégia negativa, mais utilizada que entre os seus pares saudáveis, realçamos o Uso de Substâncias, mas não estamos muito seguros de que os pacientes não tenham incluído o uso de fármacos prescritos pelos médicos no Uso de Substâncias, que se referem predominantemente ao álcool e às drogas não legais.

Em resumo, aparentemente, as estratégias de *coping* usadas pelos pacientes oncológicos angolanos, tratados em Portugal, aproxima-se muito do psicologicamente correto perante situações de intenso stresse e em que os recursos pessoais disponíveis são escassos e de resultados incertos.

Parece-nos por isso que cabe aos Serviços Médicos e eventuais futuros Serviços Psicológicos da Embaixada de Angola reforçar estas estratégias de *coping* positivas já praticadas pelos pacientes oncológicos e tentar aumentar as formas e as ocasiões para a utilização da Reestruturação Cognitiva, uma estratégia justamente considerada como altamente eficaz em situações de Doença Oncológica.

*Questão 4. Em que medida as dimensões de personalidade influenciam os estilos de coping adotados pelos pacientes oncológicos?*

Na medida em que se torna difícil comparar a influência da personalidade nos estilos de *coping* de sujeitos que enfrentam uma ameaça real, como a doença oncológica atual e sujeitos que apenas podem considerar essa situação em imaginação, interessou-nos saber, apenas para o Grupo Oncológico, até que ponto as suas estratégias de *coping* eram (ou não) influenciadas pelas características da sua personalidade.

Esta questão é tanto mais importante quanto o *coping* foi descrito, como a maneira como uma personalidade enfrenta uma situação stressante.

No que respeita a esta questão de investigação verificámos, sem surpresa, que os pacientes oncológicos que apresentavam traços neuróticos mais acentuados, tendiam a usar mais frequentemente, e de forma estatisticamente significativa a estratégia de Negação, mas não diferiam dos outros na frequência com que usavam as outras estratégias de *coping*.

Já os doentes mais extrovertidos utilizavam de forma mais frequente o Suporte Emocional e a Religião, mostrando assim uma significativa tendência para procurar externamente apoio para a situação stressante em que se encontravam.

Exatamente em sentido contrário procediam os doentes com níveis mais acentuados do traço Abertura à Experiência, que tendiam a procurar menos, e de forma muito significativa, o Suporte Emocional.

Se o traço Amabilidade não influenciou nenhuma estratégia de *coping* em particular, o mesmo não aconteceu com o traço Conscienciosidade, que influenciou os

doentes para utilizarem mais vezes, e de forma muito significativa, o Suporte Instrumental e menos vezes, de forma significativa, a Culpabilização.

Dum modo geral, podemos pois afirmar que alguns traços de personalidade se vêm associados, de forma significativa, a determinadas estratégias de *coping*, mas essas realações não são tão extensas e generalizadas quanto esperávamos, embora nos sugiram a importância de apurar a estrutura de personalidade dos pacientes, antes de se empreender qualquer estratégia clínica de apoio, quer por parte de médicos e enfermeiras, quer por parte de psicólogos.

*Questão 5. Em que medida os pacientes angolanos tratados em Portugal se sentiam satisfeitos com o Suporte Social Percebido e em que medida diferem dos seus patrícios saudáveis, residentes em Portugal, no que se refere a esta variável psicológica.*

Responder a esta questão de investigação pode permitir ajudar os cuidadores formais e informais a melhorar o apoio a estes pacientes e permitir compreender melhor as áreas em que o Suporte Social é considerado como inadequado ou insuficiente por estes pacientes.

Esta questão é tanto mais importante quanto lidamos com uma população que sofre os efeitos duma dupla agressão aos seus padrões habituais de existência: a doença em si e o facto de se encontrarem deslocados num país e numa cultura estranhas, situações para as quais os seus antecedentes pessoais os não prepararam.

Os nossos resultados sugerem que os pacientes oncológicos angolanos, que se encontram a fazer tratamento em Portugal, e que integraram o nosso Grupo Oncológico, se sentem, em geral, menos, ou muito menos satisfeitos com o seu Suporte Social do que os seus pares, que integraram o Grupo do Controlo.

Sentem-se menos satisfeitos com Suporte Familiar, embora a diferença para com o Grupo de Controlo não chegue a ser significativa do ponto de vista estatístico, o mesmo se passando em relação ao suporte social proveniente das suas Relações de Amizade.

Todavia, no que se refere ao grau de satisfação com as Relações de Intimidade e com as Atividades Sociais, os pacientes do Grupo Oncológico percebem-se com

estando muito significativamente menos satisfeitos do que os seus pares do Grupo de Controlo.

Mais preocupante é que os nossos pacientes angolanos também se sentiam muito menos satisfeitos com o seu Suporte Social do que uma amostra de pacientes oncológicos portugueses.

Sabendo nós que o Suporte Social, como ficou amplamente demonstrado, é um dos principais fatores de proteção em relação às dificuldades de ajustamento à doença oncológica, bem como em relação ao processo de ajustamento a outras doenças crónicas, preocupa-nos constatar estes défices no nosso Grupo Oncológico.

Até certo ponto, como já foi comentado na discussão dos resultados, estes défices podem ser atribuíveis à condição de deslocados em que se encontram, mas poderá haver algo mais do que isso, já que não se observam diferenças significativas no Suporte Social percebido, proveniente das Relações de Amizade e Familiares, em relação ao Grupo de Controlo.

É a nível das Relações de Intimidade e das Atividades Sociais que este grupo de pacientes parece mais particularmente vulnerável.

Estes resultados sugerem a necessidade, como foi acima referido, da implementação de medidas concretas de apoio nestas duas dimensões do Suporte Social. Grupos de encontro interpares, promoção de actividades sociais entre tratamentos (visitas guiadas, por exemplo) poderiam minimizar este desconforto agora detetado, face à importância protetora do Suporte Social percebido.

Resta-nos, para terminar, lamentar algumas limitações que reconhecemos ao nosso trabalho. Tais limitações poderão ter enviesado os resultados obtidos e, através deles, as conclusões alcançadas.

- 1) Em primeiro lugar a dificuldade que encontramos em recrutar um Grupo de Controlo cujas características (exceto as clínicas) fossem exatamente simétricas às do Grupo de Controlo. Sendo a principal limitação a diferença de idades (mais jovem o Grupo de Controlo). Todavia não era fácil, no tempo disponível para a realização da investigação e, face aos recursos disponíveis, recrutar um Grupo de Controlo sobreponível ao Grupo Oncológico em todas as dimensões, com exceção das clínicas;
- 2) Em segundo lugar lamentamos não ter podido dispor de Instrumentos Psicométricos adaptados à população angolana, pela simples razão de que eles ainda não existem, o que mostra o quanto ainda há que trabalhar para implementar esta disciplina científica em Angola;
- 3) Em terceiro lugar lamentamos não nos ter sido possível recolher uma amostra mais numerosa de pacientes oncológicos, mas, mais uma vez, o tempo e os recursos disponíveis não o permitiram, embora reconheçamos que, para estudos clínicos a nossa amostra é composta por um número bastante considerável de sujeitos;

Tentámos, na medida do possível, ter em conta, nas conclusões que tirámos, todas estas dificuldades metodológicas referidas, de forma a não retirar conclusões indevidas dos resultados apresentados. Todavia, é nossa obrigação, como cientistas, colocar o rigor acima de qualquer outra consideração.

Em relação às sugestões para o futuro, que este estudo nos obriga a fazer, muitas delas estão já referidas aquando da apresentação dos resultados e das conclusões que eles geraram. Não podemos todavia deixar de reconhecer o importante papel a desempenhar pela Psicologia da Saúde, enquanto disciplina científica, nos processos de ajustamento a esta e outras doenças crónicas e, por isso, à necessidade de serem dados passos concretos no sentido da implementação do seu ensino e prática na nação Angolana.

## Bibliografia

- Abubakari, A. R., Lauder, W., Agyemang, C., Jones, M., Kirk, A., & Bhopal, R. S. (2008). Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations: a meta-analysis. *Obesity Review*, 9(4), 297-311.
- ACS (2007) <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/cancer-facts-figures-consultado em 5/06/2012>
- ACS (2011a). <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/cancer-facts-figures-consultado em 5/06/2012>
- ACS (2011b). <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/cancer-facts-figures-consultado em 5/06/2012>
- Affleck G., Tennen H, Pfeiffer C, Fifield J, Rowe J. (1987b). Downward comparison and coping with serious medical problems. *Am J Orthopsychiatry*, 57(4), 570-8.
- Affleck. G., & Tennen. H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Agyemang, C., Owusu-Dabo, E., de Jonge, A., Martins, D., Ogedegbe, G., & Stronks, K. (2009). Overweight and obesity among Ghanaian residents in The Netherlands: how do they weigh against their urban and rural counterparts in Ghana? *Public Health Nutrition*, 12(7), 909-916.
- Akechil, Okamura, Yamawaki e Uchitomi (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77(12), 2381-2385
- Al-Azri, M, Al-Awisi, H & Al-Moundhri, M. (2009). Coping With a Diagnosis of Breast Cancer-Literature Review and Implications for Developing Countries, *The Breast Journal*, 15(6), 615-622.
- Aldwin, C. (1994) *Stress, coping and development: An integrative perspective*. London: The Guilford Press.
- Aldwin, C. M., Folkman, S., Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1980). *Ways of coping: A process measure*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Montreal.

- Alfano CM, Klesges RC, Murray DM, Beech BM and McClanahan BS (2002). History of sport participation in relation to obesity and related health behaviours in women. *Preventive Medicine*, 34, 82–89.
- Alfano, Catherine, Rowland, Julia (2004-2006), Recovery issue in cancer survivorship. *A new challenge for supportive care cancer Journal*, Sept./Oct. 2006. V.12, Issue 5, 432-443
- Alferi SM, Carver CS, Antoni MH, Weiss S, Duran RE. (2001). An exploratory study of social support, distress and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 41–46.
- Almada, S.J., Zonderman, A.B., Shekelle, R.B., Dyer, A.R., Daviglius, M.L., Costa, P.T., Stamler, J., et al (1991). Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men in the western electric study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 165–175.
- Allen, S. M., Shah, A. C., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Ciambone, D., Hogan, J. & Mor, V., et al (2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma, a randomized controlled trial. *Cancer*, 94 (12), 3089-3100.
- America, US Department of Health & Human Services Treating tobacco use and dependence: Quick reference guide for clinicians. *AHRQ = Agency for Healthcare Research and Quality: National Cancer Institute (NCI)*. ISSN-1530-6402.
- AmericanCancerSociety(2010):  
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-026238.pdf>. consultado em 17/01/2011
- Andersen B.L, Anderson B, DeProse C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *J Consult Clin Psychol.*, 576, 683–691.
- Andersen, B.L. e Simonelli, L. E. (2007). Cancer: general. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus, K. Wallston, J. Weinman, e R. West (eds). (2ª Ed.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261–276.
- Armstrong, A. C., Eaton, D., & Ewing, J. C. (2001). Cellular immunotherapy for cancer. *BMJ*, 323, 1289–1293.

- Arcavi & Benowitz, (2004). Cigarette smoking and infection. *Arch. Intern. Med.*, 164(20), 2206–2216.
- Aro, A. R., De Koning, H. J., Schreck, M., Henriksson, M., Anttila, A., Pukkala, E. (2005). Psychological risk factors of incidence of breast cancer: a prospective cohort study in Finland. *Psychological Medicine*, 35, 1515-1521.
- Ashing-Giwa, K., Padilla, G., Tejero, J., & Kim, J. (2004). Breast cancer survivorship in a multiethnic sample: Challenges in recruitment and measurement. *Cancer*, 101(3), 450–465.
- Aspinwall, L. G., & MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer*, 104, (Suppl 11), 2549–2556.
- Aziz N, Rowland J. (2002). Cancer survivorship research among ethnic minority and medically underserved groups. *Oncol Nurs Forum*, 29, 789–801
- Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Alteri A, Cogliano V.. On behalf of the WHO international agency for research on cancer monograph working group (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*, 8, 292-3.
- Baider, L., Ever-Hadanib, P., Goldzweigc, G., Wygodaa, M. R., Peretz, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress?. A sample of prostate and breast cancer couples, *Journal of Psychosomatic Research*, 55(5), 453–460.
- Bak, M., Krabbendam, L., Janssen, I., Graaf, R. de, Vollebergh, W., Van Os, J. (2005). Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 360–366.
- Bako, Dewar, Hanson, & Hill, (1982). Factors influencing the survival of patients with cancer of the prostate. *Can Med Assoc J.*, 127(8), 727–729.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners, Second Edition*. London: John Wiley & Sons, Ltd.
- Baser S, Shannon VR, Eapen GA, Jimenez CA, Onn A, Lin E, et al. (2006). Smoking cessation after diagnosis of lung cancer is associated with a beneficial effect on performance status. *Chest*; 130, 1784-90.
- Batty, G.D., Deary, I.J., & Gottfredson, L.S. (2007). Premorbid (early life) IQ and later mortality risk: Systematic review. *Annals of Epidemiology*, 17, 278–288.

- Beier & Ackerman (2003). Determinants of health knowledge: An investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 439-447.
- Beraldi (2009). O impacto do cancer na vida da família do doente. *II Simpósio Espiritossantense de Cancerologia e I Jornada de Farmácia, Nutrição e Enfermagem em Oncologia*. Vitória. ES: Sociedade Brasileira de Cancerologia.
- Bertoquini, V. & Ribeiro, J.L.P. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores de Personalidade. *Psychologic*, 43, 193-210.
- Besser, A. & Priel, B. (2008). Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support, *Personality and Individual Differences*, 44, 1711–25.
- Beyer, B. K. (1995). *Critical thinking*. Bloomington, In Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Bingham, S.A. (2003). Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet*, 361, 1496–501.
- Blalock, S., Devellis, B., Holt, K. & Hahn, P (1993) Coping with rheumatoid arthritis: is one problem the same as another?. *Health Education Quarterly*, 20(1), 119-132.
- Bleich S., Cutler D, Murray C., Adams A. (2008) Why is the developed world obese?. *Annu Rev Public Health*; 29, 273–295.
- Bleiker E.M., van der Ploeg H.M., Hendriks J.H., Adèr H.J. (1996). Personality factors and breast cancer developmental: a prospective longitudinal study. *J Natl Cancer Inst*, 16, 88(20), 1478-82.
- Bleiker, E, Ploeg, V., Hendriks, J., Leer, J.W., Kleijn, W. (1993). Retionality, emotional expression and control: Psychometric characteristics of a questionnaire for research in psycho-oncology. *Journal of Psychomatic Research*, 37(8), 861-872.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress, and adjustment to mastectomy. *Soc. Sci. Med.* 16, 1329-1338.
- Bloom, J., Stewart, S, Chang, S., Banks, P. (2004) Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147–160.
- Bloom & Kessler (1994). Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(2), 118-133.
- Bloom & Spiegel (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science & Medicine*, 19(8), 831-837.

- Blumberg, B. S. (1984). Hepatitis B virus and the control of hepatocellular carcinoma. *IARC Science Publications*, 63, 243-261.
- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health behaviors: A meta-analysis. *Unpublished manuscript, University of Illinois, Urbana-Champaign*.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A., Ng, R. (1996). Close relationships and adjustments to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 283-294.
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902.
- Bowen, Deborah J., Alfano, Catherine J., McGregor, Bonnie A., Andersen, Robyn (2004). Cancer detection and prevention: the relationship between perceived risk, affect, and health behaviors, V. 28, Issue 6, 409-417.
- Bowen, Deborah J., Alfano, Catherine M., McGregor, Bonnie A., Kuniyuki, Alan, Bernstein, Leslie, Meeske, Kathy, Baumgartner, kathy B, Fetherolf, Josala, Reeve, Bryee B., Smith, Ashley Wilder, et al (2007). Breast cancer research and treatment, V.106, N°1, 85-95.
- Booth-Kewley & Vickers (1994). Associations between Major Domains of Personality and Health Behavior. *Journal of Personality*, 62(3), 281-298.
- Bourjolly (1998). Differences in Religiousness among Black and White Women with Breast Cancer. *Social Work in Health Care*, 28(1), 21-39.
- Bourjolly, Kerson, & Nuamah (1999). A Comparison of Social Functioning Among Black and White Women with Breast Cancer. *Social Work in Health Care*, 28(3), 1-20.
- Bower, J., Ganz, P., Desmond, K., Rowland, J., Mayerowitz, B., Belin, T. (2000). Fatigue in Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates, and Impact on Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743.
- Bower, J., Woolery, A., Sternlieb, B., Garet, D. (2005). Yoga for Cancer Patients and Survivors. *Cancer Control*, 12(3), 165-171.
- Boyer, B.A. (2008). Theoretical Models in Health Psychology and the Model for Integrating Medicine and Psychology, in Bret A. Boyer and M. Indira Paharia (eds.). *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology*, New Jersey. John Wiley & Sons, 3-30.

- Brémond A, Kune GA, Bahnson CB. (1986) Psychosomatic factors in breast cancer patients: results of a case control study. *J Psychosom Obstet Gynecol.*, 5, 127–36.
- Buela-Casal, G. & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cancer. In: M. Simón (ed). *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología Y Aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 505-536.
- Buss, D.M. (1987). Sex differences in human mate selection criteria: evolutionary perspective. In: *Sociobiology and psychology: Idea, issues, and applications*. Ed. C. Crawford, M. Smith & D. Krebs. Erlbaum.
- Büssing, Ostermann e Matthiessen (2007). Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. *Breast Care*, 2(4), 195-202. □
- Browman, G.P., Wong, G., Hodson KI, Sathia, J., Russel R, McAlping, L., et al (1993). Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *New England Medicine*, 328, 159-163.
- Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1625-1638.
- Calhoun & Tedeschi (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 3-23.
- Calton (2007). History of diabetes mellitus and subsequent prostate cancer risk in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Cancer Cause Control*, 18(5), 493-503.
- Cannon, D. H. (1993). Home-health-care providers. *Arch Fam Med.*, 2(11), 1115-6.
- Carlson & Bultz (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psychooncology*, 13,837-849.
- Carpenter, CL, Ross, RK, Paganini-Hill, A., & Bernstein, L. (2003). Effect of family history, obesity and exercise on breast cancer risk among postmenopausal women. *Int. J. Cancer*, 106(1), 96-102
- Carver (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K., et al (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. (1998). Control Processes and Self-Organization as Complementary Principles Underlying Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 4, 304–315.
- Carver, C. S. (2005). Enhancing adaptation during treatment, and the role of individual differences. *Cancer*, 104, 2602-2607.
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 26, 595-598.
- Carver, C. S. & Connor-Smith, J. K. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., Meyer, B., & Antoni, M.H. (2000). Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 965–975.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24, 508-516.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126–131.
- Caspi, A., Roberts, B., & Shiner, R. (2005). Personality Development: Stability and Change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Cassel (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol.*, 104, 107-123.
- Cattell, R. B. (1946). *The description and measurement of personality*. New York: World.
- CC, Gotay; ME, Wilson (1998). Social support and cancer screening in African, American, Hipanic, and Native American Women, *Cancer Practice*, 1998 Jan./Feb., 6(1), 31-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, 2004, V. 16. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2005. Available at:

<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2004report/pdf/2004SurveillanceReport.pdf>. Accessed, April 20, 2007.

Centro Nacional de Oncologia de Luanda (2010).

Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Bonomi, A., Silborman, M., Yellen, S.B., Wnicoum, P., Brannon, J., et al (1993). A functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *American Society of Clinical Oncology*.

Cella, G.P., Bron, Dominique (2001). The effect of Epoetin alfa on quality of life in anemic cancer patients. *Cancer Practice*, V.7, Issue 4, 177-182.

Chan AS, Cheung MC, Law SC, Chan JH. (2004). Phase II study of alpha-tocopherol in improving the cognitive function of patients with temporal lobe radionecrosis. *Cancer*, 100(2), 398-404.

Charles, S., Gatz, M., Kato, K., Pedersen, N. (2008). Physical health 25 years later: The predictive ability of neuroticism. *Health Psychology*, 27(3), 369-378.

Cheang, A., & Cooper, C. (1985). *Psychosocial factors in breast cancer*. Stress Medicine. 1(1), 61-66.

Chlebowski, Rowan T., Blackburn, Georf L., Thomson, Cynthia A., Goodman, Marc T., et al (2004). Dietary fat reduction and breast cancer outcome: *Interview efficacy results from the women's intervention nutrition study*, *JNCI = Journal of the National Cancer Institutes*, V.98, Issue 24, 1767-1776.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA*, 289, 2560.

Christensen, A.J. & Ehlers, S.L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.

Classen, C., Koopman, C., Angell, K., Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.

Clausen, J. A. (1995). Gender, contexts, and turning points in adults lives. In P. Moen, G. H. Elder Jr., & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* ..Washington, DC: APA, 365-389.

- Clavel-Chapelon F (2002). E3N-EPIC Group. Differential effects of reproductive factors on the risk of pre- and postmenopausal breast cancer. Results from a large cohort of French women. *Br J Cancer* 86(5), 723–727.
- Cloninger, C. R. (2005). Comments on Lew Goldberg's IPIP. In L. R. Goldberg (Chair). The international personality item pool and the future of public-domain personality measures. Presidential symposium at the sixth annual meeting of the association for research in personality. *New Orleans*, January.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. *Second Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M., Jr., et al (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17, 214-223.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support*. New York: Oxford University Press, 3–25.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, L; Manion, L & Morrison, K (2000) *Research Methods in Education* (5th edition). London, RoutledgeFalmer.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Issue in the study and application of social support. In S. Cohen & S.L. Syme Eds. Chapter 1. Social Support and Health. San Francisco: Academic Press, 1-20.
- Cohen S & Wills T A. (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 98, 310-57.
- Colditz GA, DeJong W, Hunter DJ, Trichopoulos D, Willett WC (eds) (1996) Harvard report on cancer prevention. *Cancer Causes Control* 7, (Suppl), S1–S55
- Cole, M.B. (2005). *Group dynamics in occupational therapy*, (3<sup>rd</sup> edition), Thorofare: SLACK.
- Coleman, M. P., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J-M., De Angelis, R., Capocaccia, R., Baili, P., Rachet, B., Gatta, G., Hakulinen, T., Micheli, A., Sant, M., Weir, H. K., Elwood, J. M., Tsukuma, H., Koifman, S., Azevedo e Silva, G., Francisci, S., Santaquilani, M., Verdecchia, A., Storm, H. H. & Young, J. L., et al (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncology*, 9(8), 730-756

- Community Research Collaboration (CRC) Awards (1997). California Breast Cancer research program, 1997-2003. www.abcrp.org.
- Connolly JM, Coleman M., Rose DP: Effects of dietary fatty acids on DU145 human prostate cancer cell growth in athymic nude mice. (1997). *Nutri Cancer* 29(2), 114-9.
- Connor-Smith, Jennifer K., Flachsbart, J. K. C. (2007). Relations between personality and coping: A Meta-Analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380–1397.
- Coppen A., Metcalfe M., (1963). Cancer and extraversion. *Br Med J.*, 6, 2(5348), 18–19.
- Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Costa & McCrae (1990) Costa P.T., and McCrae R.R. (1990). Personality: Another "hidden factor" in stress research. *Psychological Inquiry* 1, 22-24.
- Costa P.T., and McCrae R.R (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology* 38, 668-678.
- Costa, P.T., Jr., and McCrae R.R.: (1985). Concurrent validation after 20 years: The implications of personality stability for its assessment. In J.N. Butcher, and C.D. Spielberger (Eds.): *Advances in personality assessment (Vol. 4)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 31-54.
- Costa P.T., and McCrae R.R. (1987) On the need for longitudinal evidence and multiple measures in behavioral-genetic studies of adult personality. *Behavioral and Brain Sciences* 10, 22-23.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1989). The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa P.T., and McCrae R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Costa, P.T; McCrae, R.R. (1992). *NEO PI-R: Professional Manual of Revised NEO Personality Inventory and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*, Odessa. Psychological Assesment Resources.

- Cox, L.P., Murray, C.D., and Noble, B.D. (2002). Pastiche: Making backup cheap and easy. In: *OSDI*.
- Cox L. S., Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. (2003). Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer*. 98(3), 632–44.
- Cruz, J.P. Campôa, E. (2008). Expressão Emocional e Bem-estar Subjectivo na Doença Oncológica, In I. Leal, J.L. Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa, ISPA Edições, 203-07.
- Culver, Arena, Antoni e Carver (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing african americans, hispanics and non-hispanic whites. *Psycho-Oncology*, 11, 495–504.
- Curado, M. P., Edwards, B. K., Shin, H. R. Storm, H., Ferlay, J., Heanue, M., & Boyle, P. (Eds.) (2007). *Cancer Incidence in Five Continents*, V. IX. Lyon: IARC. IARC Scientific Publications N° 160.
- Curry, SJ, Byers, T, and Hewitt, M (Editors). (2003). *Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C..
- Cutrona, C. E., & Russell, D. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In I. G. Sarason, B. R. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social Support: An interactional view*. New York: Wiley, 319-366.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- Dalton, S. O., Boesen, E. H., Ross, L., Schapiro, I. R., & Johansen, C. (2002). Mind and cancer. Do psychological factors cause cancer?. *European Journal of Cancer*, 38, 1313-1323.
- Dalton, S. O., Mellekjær, L., Olsen, J. H., Mortensen, P. B., & Johansen, C. (2002). Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969-1993. *American Journal of Epidemiology*, 155, 1088-1095.
- Danforth, C. M., E. Kalnay, and T. Miyoshi, 2007: Estimating and correcting global weather model error. *Monthly Weather Review*, 135, 281–299.
- Danhauer, S. C., Crawford, S L., Farmer, D. and Avis, N. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 4, 371-379.
- Darlington, GA, Kreiger, N., Lightfoot, N., Purdham, J. & Sass-Kortsak, A. (2007). Prostate cancer risk and diet, recreational physical activity and cigarette smoking. *Chronic Dis Can.*, 27, 4, 145-53.

- Dasgupta, P., Rastogi, S., Joshi, B., Pillai, S., Ordonez, D., Morris, M., Haura, E. and Chellappan, S. (2006) Nicotine induces cell proliferation by b-arrestin mediated activation of Src and Rb-Raf-1 pathway. *J. Clin. Invest.*, 116, 2208-17.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C. & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 6, 890-909.
- Davis, C.D. and Uthus, EO (2004). DNA methylation, cancer susceptibility, and nutrient interactions. *Experimental Biology Medicine*, 229, 988-995.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *J Pers Soc Psychol.* 75(2), 561-74.
- Davis-Ali, S. H., Chesler, M.A., & Chesney, B. K. (1993). Recognizing cancer as a family disease: Worries and support reported by patients and spouses. *Social Work in Health Care*, 19(2), 45-65.
- Davison, A. G, & Duffy, M. (1982). Smoking habits of long-term survivors of surgery for lung cancer. *Thorax*, 37, 331-333.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R. & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease, *Lancet*; 372, 246–55.
- Debes JD, Yokomizo A, McDonnell SK, Hebbring SJ, et al. (2004). Gluthatione-S-transferase P1 polymorphism I105V in familial and sporadic prostate cancer. *Cancer Genet.Cytogenet.*, 155, 82-86.
- Demange, V., Gullemin, F., Baumann, M., Swurmeijer, TP, Moum, T., Doeglas, D., Briancov, D., VAN der Heuvel, S. (2004). Problematic social support, family function, and subjective well-being in women whit rheumatoid arthritis. *Women & Health*, V.50, Issue 1.
- DeNeve, K.M., & Cooper, H. (1998).The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197–229.
- Devine, D., Parker, P.A., Fouladi, R.T., Cohen L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, *Psychooncology*, Jul.-Aug., 12(5), 453-62.
- Diener, Ed., Suh, E. M., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 2, 276-302.

- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Dimatteo, M. Robin, Lepper, Heidis, Croghan, Thomas W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch. International Medicine*, 160(14), 2101-2107.
- DiMatteo, M.R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Direcção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa.
- Do K.A., Johnson M.M., Lee, J.J., et al. (2004). Longitudinal study of smoking patterns in relation to the development of smoking-related secondary primary tumors in patients with upper aerodigestive tract malignancies. *Cancer*, 101, 2837-42.
- Doll, R. & Peto, R. (2003). *The epidemiology of cancer*. In Oxford Textbook of Medicine, 4th Edition.
- Dorn, L., & Matthews, G. (1992). Two further studies of personality correlates of driver stress. *Personality and Individual Differences*, 13, 949-951.
- Dorn, J., Vena, J., Brasure, J., Freudenheim, J. & Graham, S. (2003). Lifetime physical activity and breast cancer risk in pre- and postmenopausal women. *Med Sci Sports Exerc.*, 35(2), 278-85.
- Dorval M, Maunsell E, Deschenes L, Brisson J, Masse B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol.*, 16, 487-494.
- Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. (1996). An evaluation of the quality of life among longterm survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 39, 261-273.
- Dresler, C. M., Bailey, M., Roper, C. R., Patterson, G. A., & Cooper, J. D. (1996). Smoking cessation and lung cancer resection. *Chest*, 110(5), 1199-1202.
- Dresler, CM; Gritz ER. (2001). Smoking, smoking cessation and the oncologist. *Lung Cancer*; 34, 315-23.
- Dropkin, M.J. (2001). Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery, *Cancer Nurs.* 24(2), 143-8.
- Druley JA , Stephens MA , Martire LM , Ennis N , Wojno WC, (2003). Emotional congruence in older couples coping with wives' osteoarthritis: exacerbating effects of pain behavior. *Psychology and aging*, 18(3), 406-14.

- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., e Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press, 326-349.
- Echteld, Michael A., Deliews, Luc, Van der Wal, Gerrit, Ooms, Marcel E., Ribbe, Miel W. (2003). Palliative care units in the Netherlands: changes in patients functional status and symptoms, *Journal of Pains and symptom Management*, V.28, Issue 3, 233-243.
- Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell & Hamovitch, (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 6, 531-141.
- Engelman, Jeffrey A., Zejullahu, Kreshnik, Mitsudomi, Tetsuya, Song, Youngchul, Hyland, Courtney, Oh Park, Joon, Liderman, Neal, Gale, Christopher-Michael, Zhao, Xiaojnn, Chirstensen, James, Kosaka, Takayuki, Holmes, Alison J., Rogers, Andrew M., Capuzzo, Frederico, Mok, Tony, Lee, Charles, Johnson, Bruce E., Cantley, Lewis C., Janne, Pasi A., et al (2007). MET amplification leads to gefitinib resistance in lung cancer by activating ERBB3 signaling, *science*, 316(5827), 1039-1043.
- Erren, Thomas C., Morfeld, Peter, Stork, Joachim, Knauth, Peter, Von Mulman, Mathias JA., Breitstadt, Ralf, Muller, Vta, Emmerich, Michael, Piekarski, Claus, et al (2007). Shift work, chronodisruption and cancer? - The IARC 2007 challenge for research and prevention and 10 theses from the college colloprium 2008, *Scand J. Work Environ Health* 2009, 35(1), 74-79.
- Etminan, M., FitzGerald, J. M., Gleave, M. & Chambers, K. (2005). Intake of selenium in the prevention of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control*, 16(9), 1125-31.
- Everson, Araújo Nunes, Navarro, Francisco, Bacurau, Reury Frau Pereira, Pontes Júnior, Francisco Luciano, Fernandes, Luis Claudio, e tal (1996). Mecanismos Potenciais pelos quais treinamento de força pode afetar a caquexia em pacientes com cancer = Potencial mechanisms of resistance training action upon cachexia in cancer patients, *Revista Brasileira de Prescrições e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, V.1, Nº1, 1-17
- Ewertz, M., Duffy, S.W., Adami, H.O., Kvale, G., Lund, E., Meirik, O., Mellempgaard, A., Soini, I., & Tulinius, H., et al (1990). Age at first birth, parity and risk of

breast cancer: a meta-analysis of 8 studies from the Nordic countries. *International Journal of Cancer*, 46(4), 597-603.

- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of Personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1991). Personality and individual differences, V.13, Issue 6, Jun. 1992, 667-673.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5, or 3? Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2004). Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. *Tobacco Control*, 13, 388-395.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 2, 360(9343), 1347-60.
- Faragher, E. B. & Cooper, C. L. (1990). Type A stress prone behaviour and breast cancer. *Psychological Medicine*, 20, 663-670.
- Farnham, Shelly, Cheng, Lili, Stone, Linda, Zaner-Godsy, Melora, Hibbeln, Christopher, Syrjala, Karen, Clark, Ann Marie, Abrams, Janet, Minneapolis, April 2002, V.1, 1-8, N°1.
- Feldman, P. J., Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P. & Gwaltney Jr., J. M. (1999). The Impact of Personality on the Reporting of Unfounded Symptoms and Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2), 370-378.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Consultado em: <http://globocan.iarc.fr>, acedido em 15/02/2012.
- Ferlay, Jaques, Shin, Hei-Rim, Bray, Freddie, Forman, David, Mathers, Glin, Parkin, Donald Ma-Well (2008). *Estimates of Worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008*. *International Journal of Cancer*, V.127, Issue 12, 2893-2917, Dec. 2010.
- Fernandes-Taylor, S. & Bloom, J. R. (2010). *Post-treatment regret among young breast cancer survivors*. *Psycho-Oncology*, 60(5), 506-511.
- Ferrari, J. R., Díaz-Morales, J. F., O'Callaghan, J., Díaz, K., & Argumedo, D. (2007). Frequent behavioral delay tendencies by adults: International prevalence rates of chronic procrastination. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 458-464.

- Ferrell, B. R., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22, 915–922.
- Fife, Betsy L.; Wright, Eric R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer, *Journal of Health and Social Behavior*, V.41, N°1, 50-67.
- Filazoglu, G. & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 559–573.
- Fitzgibbon, Marian L. & Stolley, Melinda R. (2010). Diet and cancer. In: *Psycho-oncology*, for Jimmie C. Holland, Williams S., Paul B. Jacobsen: Oxford University press.
- Flannelly, L. T., Flannelly, K. J. & Weaver, A. (2002). Religious and Spiritual Variables in Three Major Oncology Nursing Journals: 1990-1999. *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 679-685.
- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J. & Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 15(7), 579–94.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Folkman, Susan (1993). Positive psychological states and coping with severe stress, *Social Science & Medicine*, V.45, Issue 8, Oct. 1997, 1207-1221.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000 a). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118. Reprinted in *The Western Psychologist*, October, 2000.

- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Forsén, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55(2-4), 176-185.
- Fox, C. M., Harper, A. P., Hyner, G. C., & Lyle, R. M. (1994). Loneliness, emotional repression, marital quality, and major life events in women who develop breast cancer. *J. Commun. Health*, 19, 467-482.
- Friedenreich CM, McGregor SE, Courneya KS, Angyalfi SJ, Elliot FG. (2004). Case-control study of anthropometric measures and prostate cancer risk. *Int J Cancer* 110(2), 278-83.
- Franceschi, S., & Raza, S. A. (2009). Epidemiology and prevention of hepatocellular carcinoma. *Cancer Letters*, 286(1), 5-8.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Friedman, H. S. (2000). Long-Term Relations of Personality and Health: Dynamisms, Mechanisms, Tropisms. *Journal of Personality*, 1089-1107.
- Friedman HS. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain Behav. Immun.*, 22, 668-75.
- Friedman, Howard S., Tucker, Joan S., Schwartz, Joseph E., Tomlinson-Kcasery, Martin, Carol, R., Leslie, Wingard, Deborah L., Criqui, Michael H., et al (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: the aging and death of the "termites". *American Psychologist*, V.50, (2), Feb. 1995, 69-78.
- Friedman, H. S, Tucker, J.S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L.R., Wingard, D.L., Criqui, M. H., et al (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites. *American Psychologist*, 50(2), 69-78.
- Friedman, Howard S., Vandembos, Gary R (1992). Disease-prone and self-healing personalities, *Hospital & Community Psychiatry*, V.43, (12), Dec. 1992, 1177-1179.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.

- Friedman, JM; Metzler, I; Detmer, D; Serlzer, D; Meara, JG (2011). Health information technology, meaningful use criteria, and their effects on surgeons, *Bulleting the American College of Surgeons*, Vol.97, N.7, 1-8.
- Friedman, MB; Byars, A; Yaffe, C; Covinsky, KE; Kennetn, E; Bruce, ML (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The national commorbidity survey replication, *Arch. Gen. Psychiatry*, 67 (5), 489-496.
- Friedenreich, CM (2001a). Physical activity and cancer prevention: from observational to intervention research. *Cancer Epidemiol. Biomark Prev*, 10, 287-301.
- Friedenreich, CM (2001b). Review of anthropometric factors and breast cancer risk. *Eur J Cancer Prev*, 10, 15-32.
- Friedenreich, CM, Orenstein MR (2002). Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanism. *J Nutr.*, 132, 3456 S-64 S.
- Friedenreich, C.M., Courneya, K.S., Neilson, H.K., Matthews, C. E., Willis, G., Irwin , M., Troiano, R., (2006). Ballard-Barbash, R. Reliability and Validity of the Past Year Total Physical Activity Questionnaire. *Am. J. Epidemiol.* 163(10), 959-970.
- Friedmanreich, Christine M. (2001). Physical activity and cancer prevention from observational to intervention research, *Cancer Epidemiol Biomarkero*, April 2001, 10, 287.
- Frisch, M., Biggar, R. J., Engels, E. A., & Goerdert, J. J. (2001). Association of cancer with AIDS-related immune suppression in adults. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1736-1745.
- Frost, G.I., Frost, G., Mohapatra, T. Wong, A.B. Csoka, R. Stern. (2000). HYAL1<sup>LuCa-1</sup>, a candidate tumor suppressor gene on chromosome 3p21.3 is inactivated in head and neck squamous cell carcinomas by incomplete splicing of pre-mRNA. *Oncogene*, 99, 870-877.
- Funch, D. P. & Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science & Medicine*, 16, 1, 91-98.
- Ganz, P. Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E., elin, T. R. (1996). Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results from the Moving Beyond Cancer Randomized Trial, *J Natl Cancer Inst.* 96(5), 376-387.
- Garety, Philippa A., Craig, Tom K. J., Dunn, Graham, Fornells-Am-Brojo, Mirian, Colbert, Susannah, Rahaman, Nikola, Read, Jason, Power, Paddy, et al (2002). Specialited care for early psychosis: symptoms, social functiony and patient satisfaction: randomised controlled trial. *Bj Psych=The British Journal of Psychiatry*.

- Garssen, B. & Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85(1), 51-61.
- Gerits, P. (2000). Life events, coping and breast cancer: state of the art. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 54(5), 229-233.
- Gilbert, P. & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behaviour and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295-306.
- Given, B.A., Given, C.W., Kozachik, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer, *CA Cancer J Clin*, 51, 213-231.
- Glanz, K. & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14(3), 204-212.
- Glass, T.A., Mendes de Leon, C., Marottoli, R.A. & Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans, *BMJ*, 319, 478-83.
- Goldacre, M. J., Wotton, C. J., Yeates, D., Seagroatt, V., & Flint, J. (2007). Cancer in people with depression or anxiety: a record-linkage study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 4, 683-689.
- Goldberg, Lewis R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48(1), 26-34.
- Graham, Christian, & Kiecolt-Glaser (2006). Stress, Age, and Immune Function: Toward a Lifespan Approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 389-400.
- Grassi & Cappellari (1988). State and trait psychological characteristics of breast cancer patients. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 4(2), 99-109.
- Gray, JM; Young, AN; Barker, WA; Curtis, A; Gibson, D (1997). Impaired recognition of disgust in Huntington's disease gene carriers. *Brain*, 120, 2029-2038.
- Greer & Morris (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer . A Controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(2), 147-153.
- Gritz ER, Schacherer C, Koehly L, Nielsen IR, Abemayor E. (1999). Smoking withdrawal and relapse in head and neck cancer patients. *Head Neck*, 21, 420-427.
- Gritz ER, Vidrine DJ, Lazev AB. (2003). Smoking cessation in cancer patients: Never too late to quit. In: Given B, Given CW, Champion V, Kozachik S, Devoss D, editors. Evidence-Based Cancer Care and Prevention: Behavioral Interventions. New York: Springer Publishers.
- Hackshaw, AK, Law, MR e Wald, NJ (1997). The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ.*, 18, 315(7114), 980-8.

- Hahn, RC & Petitti, DB (1988). Minnesota multiphasic personality inventory-rated depression and the incidence of breast cancer. *Cancer*, 61, 845-848.
- Hamajima, N., Takezaki, T., Tajima, K. (2002). Allele Frequencies of 25 Polymorphisms Pertaining to Cancer Risk for Japanese, Koreans and Chinese. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 3, 197-206.
- Hampson SE, Goldberg LR, Vogt TM, Dubanoski JP. (2006). Forty Years on: Teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology*. 25(1), 57-64.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., Dubanoski, J. P. (2007). Mechanisms by which childhood personality traits influence adult health status: educational attainment and healthy behaviors. *Health Psychology*, 26(1), 121-125.
- Hamburg, D. and Adams, J. (1967). A perspective on coping behaviour: seeking and utilising information in major transitions. *Archives of General Psychiatry*, 17, 277-284.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 656-666.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.
- Helgeson, VS, Snyder P., Seltman H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychol.* 23(1), 3-15.
- Heppner, P. P., Cook, S. W., Wright, D. M., Johnson, W. C. (1995). Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 279-293.
- Hilakivi-Clarke, L. (1997). Estrogen-regulated non-reproductive behaviors and breast cancer risk: Animal models and human studies. *Breast Cancer Research and Treatment*, 46(2), 143-159.
- Hilakivi-Clarke L, Rowland J, Clarke R, Lippman ME (1993). Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. *Breast Cancer Res. Treat*, 29, 141-60.
- Hirose K, Takezaki T, Hamajima N, Miura S, Tajima K., (2003). Dietary factors protective against breast cancer in Japanese premenopausal and postmenopausal women. *Int J Cancer*. 107(2), 276-82.

- Holland (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18, 15–29.
- Holland, J. C., & Lewis, S. (2000). *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: HarperCollins.
- Hooker, K., Frazier, L. D., & Monahan, D. J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34(3), 386-392.
- Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients, *European Journal of Cancer*, 29(2), 276-81.
- Hoskins CN, Baker S, Ekstrom D, Maislin G, Sherman D, Steelman-Bolander L, Bookbinder M, Knaeur C. (1996). Adjustment among husbands of women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol*, 14, 41–69.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- House, James S. and Robert L. Kabarl, (1985). "Measures and concepts of social support." In Sheldon Cohen and S. Leonard Syme (eds). *Social Support and Health*. New York: Academic Press, 83-108.
- Howard, S., & Hughes, B. M. (2008). *Type D personality and gender: Differences in habituation-sensitization of cardiovascular response to stress*. Paper presented at the Psychological Society of Ireland 39th Annual Conference, Carlow.
- Hulbert-Williams N, Neal R, Morrison V, Hood K & Wilkinson C (2011). Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: What psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*.
- Humphris, GM & Rogers, SN (2004). The association of cigarette smoking and anxiety, depression and fears of recurrence in patients following treatment of oral and oropharyngeal malignancy. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 13(4), 328-35.
- IBEP (2011). *Inquérito integrado sobre o bem estar da população: relatório analítico*. Luanda: Inst. Nacional de Estatística, vol. I.
- Ickes, W. Snyder, M. & Garcia, S. (1997). Personality influences on the choice of situations. In R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology*. San Diego: Academic Press, 165-195.

- Ickovics, J.R. & Park, C. L. (1998). Paradigm Shift: Why a Focus on Health Is Important. *Journal of Social Issues*, 54(2), 237–244.
- International Agency for Research on Cancer. (1990). IARC. Chromium and chromium compounds. Chromium [VI] (Group 1). Metallic chromium and chromium [III] compounds (Group 3). In: International Agency for Research on Cancer. Chromium, nickel and welding. Lyon, France: IARC, 49. [IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 49].
- International Agency for Research on Cancer (2002). Weight Control and Physical Activity 2002. 6 IARC Press Lyon, France.
- INE (2011). *Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População / IBEP*, vol. I e II. Luanda,. Instituto Nacional de Estatística.
- Isomura K, Kono S, Moore MA, Toyomura K, Nagano J, Mizoue T, Mibu R, Tanaka M, Kakeji Y, Maehara Y, Okamura T, Ikejiri K, Futami K, Yasunami Y, Maekawa T, Takenaka K, Ichimiya H, Imaizumi N (2006) Physical activity and colorectal cancer: the Fukuoka Colorectal Cancer Study. *Cancer Sci*, 97, 1099–1104.
- Jacobson COL. 2002/2008. *A model for delivering psycho-social health services, Washington, D.C.: Institute of Medicine/national Academies Press.*
- Jamison, K. R., Wellisch, D. K., & Pasnau, R. O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy. I. The woman's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 135(4), 432-436.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. Brewer (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies*. London: Wiley, 91-106.
- Janoff-Bulman, R., Berger, A. R. (2000). The other side of trauma: Towards a psychology of appreciation. Harvey, John H. (Ed); Miller, Eric D. (Ed), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*. New York, NY, US: Brunner-Routledge, xxv, 29-44.
- Janoff-Bulman, R. & Frieze, I (1983). A Theoretical Perspective for Understanding Reactions to Victimization. *Journal of Social Issues* 39(2), 1–17.
- Jemal, A., Center, M. M., Desantis, C., & Ward, E. M. (2010). Global Patterns of Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 19, 1893.

- Jian, L. Shen, Z. J., Lee, A. H., & Binns, C. W. (2005). Moderate physical activity and prostate cancer risk: A case-control study in China. *European Journal of Epidemiology*, 20, 155-160.
- John, Oliver P. (1990). The 'Big Five' Factor Taxonomy: Dimensions of Personality in the Natural Language and in Questionnaires. In Pervin, Lawrence A., (ed.) *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: Guilford, 66–100.
- John, O.P., Angleitner, A., & Ostendorf, F. (1988). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European Journal of Personality*, 2, 171 -203.
- Johansen, C. (2010). Psychosocial factors. In: J. C. Holland (Ed.). *Psycho-oncology* (2<sup>a</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- John, EM, Horn-Ross, PL, & Koo, J. (2003). Lifetime physical activity and breast cancer risk in a multiethnic population: the San Francisco Bay area breast cancer study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 12 (11 Pt 1), 1143-52.
- Joshua, A.M., Cotroneo, A., e Clarke, S. (2005). Humor and Oncology, *Journal of Clinical Oncology*, 23(3), 645-48.
- Jordan, Craig T., Guzman, Monica L., Noble, Mark. Cancer stem cells. *The New England Journal of Medicine*, 2006, 355, 1253-1673.
- Jordan, Craig T., Rosen, Jeffrey M.. The increasing complexity of the cancer stem cell paradigm, *Science* 26 June 2009, V. 324, 1670-1673.
- Kamadjeu, R. M., Edwards, R., Atanga, J. S., Kiawi, E. C., Unwin, N., & Mbanya, J. C. (2006). Anthropometry measures and prevalence of obesity in the urban adult population of Cameroon: an update from the Cameroon Burden of Diabetes Baseline Survey. *British Medical Council Public Health*, 6, 228.
- Katz, M. R., Rodin, G., & Devins, G. M. (1995). Self-esteem and cancer; theory and research, *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 608–615.
- Kawahara, T., Yanagi, H., Yura, T. and Mori, K. (1998). Unconventional splicing of HAC1/ERN4 mRNA required for the unfolded protein response. Sequence-specific and non-sequential cleavage of the splice sites. *J. Biol. Chem.*, 273, 1802-1807.
- Keefe F.J., AZeck G., Lefebvre J.C., Starr K., Caldwell D.S., Tennen H. (1997) Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain* 69, (1–2), 35–42.

- Kelsey JL, Gammon MD, John EM., (1993). Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev.* 15(1), 36-47.
- Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)*; 32(9), 1431-7.
- Kemeny, ME (2007). *Psychoneuroimmunology*. H.S. Friedman, R.C. Silver (Eds.), Foundations of Health Psychology, Oxford University Press, NY, 92–116.
- Kern, M. & Friedman, H. (2008). *Why do some people thrive while others succumb to disease and stagnation? Personality, social relations, and resilience*. In: New Frontiers in resilient aging: Life strengths and well-being in late life. Fry, P. and Keyes, Corey (Eds). Cambridge: Cambridge University Press, 162-182.
- Kern, M.L. & Friedman, H.S. (2011). Personality and pathways of influence on physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 76-87.
- Kern ML, Friedman H, Martin L, Reynolds C & Luong G. (2009). Conscientiousness, career success, and longevity: a lifespan analysis. *Ann Behav Med*; 37(2), 154-163.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Mcguire, L., Robles, T.F. and Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15–28.
- Klinger, E. (1998). The search for meaning in evolutionary perspective and its clinical implications. In Wong, P. e Fry, P. (Eds.) *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates.
- Klosky, J.L., Tyc, V.L., Tong, X. et al. (2007). Predicting pediatric distress during radiation therapy procedures: the role of medical, psychosocial, and demographic factors. *Pediatrics*, 119, 1159-1166.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., et al. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98(4), 679-689.
- Koopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, Spiegel D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology*. 7(2), 101-11.

- Korotkov, D. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behaviour? Expanding the nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 42, 1418-1426.
- Korotkov, D., & Hannah, T. E. (2004). The five factor model of personality: Strengths and limitations in predicting healthstatus, sick-role and illness behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 187–199.
- Kroenke, C. H., Bennett, G. G., Fuchs, C., Giovannucci, E., Kawachi, I., Schernhammer, E., Holmes, M. D., & Kubzansky, L. D. (2005). Depressive symptoms and prospective incidence of colorectal cancer in women. *American Journal of Epidemiology*, 162, 839-848.
- Kroenke, C. H., Hankinson, S. E., Schernhammer, E. S., Colditz, G. A., Kawachi, I., Holmes, M. D. (2004). Caregiving stress, endogenous sex steroid hormone levels, and breast cancer incidence. *American Journal of Epidemiology*, 159, 1019-1027.
- Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol.*, 24(7), 1105-11.
- Kruk, J (2006). Lifetime physical activity and the risk of breast cancer: A case-control study. *Cancer Det Prev*, 31, 18-28.
- Kruk J (2007). Physical activity in the prevention of the most frequent chronic disease: an analysis of the recent evidence. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 8, 325-38.
- Kruk J, Aboul-Enein HY. (2006). Physical activity in the prevention of cancer Asian *Pac J Cancer Prev.*, 7(1), 11-21.
- Kune, G.A., Kune, S., Watson, L.F. & Bahnson, C.B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychological Medicine*, 21, 29-41.
- Kurtz, M. E., Wyatt, G., & Kurtz, J. C. (1995). Psychological and sexual well-being, philosophical/spiritual views, and health habits of long-term cancer survivors. *Health Care for Women International*, 16, 253–262.
- Kushi, L.H. et al. (2006). American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention: Reducing the Risk of Cancer With Healthy Food Choices and Physical Activity, *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 254–28.
- Lambert, MT, Terrell, JE, Copeland, LA, Ronis, DL, & Duffy, SA. (2005). Cigarettes, alcohol, and depression: characterizing head and neck cancer survivors in two systems of care. *Nicotine Tob Res.* 7(2), 233-41.

- Lapalanche, J. & Pontalis, J.B. (1973). *Vocabulaire de Psychanalyse*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Larsson SC, Rutegård J, Bergkvist L, Wolk A. (2006). Physical activity, obesity, and risk of colon and rectal cancer in a cohort of Swedish men. *Eur. J. Cancer*, 42(15), 2590-7.
- Larsson, S.C. & Wolk, A. (2006). Meat consumption and risk of colorectal cancer: A meta-analysis of prospective studies. *Int. J. Cancer*: 119, 2657–2664.
- Lavery, J. and Clarke, V. (1996) "Casual Attributions, Coping Strategies, and Adjustment to Breast Cancer", *Cancer Nursing*, vol. 0, no. 0, 20-28.
- Lavery, M.E. e O’Hea, E.L. (2010). Religious/spiritual and adjustment in individuals with cancer: unanswered questions, important trends, and future directions. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(1), 55-65.
- Layde, P.M., Webster, L.A., Baughman, A.L., Wingo, P.A., Rubin, G.L., Ory, H.W. (1989). The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and Steroid Hormone Study Group. *J. Clin. Epidemiol.*, 42(10), 963-973.
- Lazarus, RS. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford Univ. Press.
- Lazarus, RS, Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee IM, Oguma Y. (2006). Physical activity Cancer Epidemiology and Prevention. In Schottenfeld D, Fraumeni Jr JF (eds). New York: Oxford University Press 3<sup>rd</sup>.edn, 449–467.
- Lee KJ, Inoue M, Otani T, Iwasaki M, Sasazuki S, Tsugane S. (2007). Physical activity and risk of colorectal cancer in Japanese men and women: the Japan Public Health Center-based prospective study. *Cancer Causes Control*. 18, 199–209.
- Lerman C, Daly M, Walsh WP, Resch N, Seay J, Barsevick A, Birenbaum L, Heggan T, Martin G. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers: determinants and implications. *Cancer*, 72, 2612–20.
- Lehman, E. M., & Wilson, M. L. (2009). Epidemic hepatitis C virus infection in Egypt: estimates of past incidence and future morbidity and mortality. *Journal of Viral Hepatitis*, 16(9), 650-658.
- Lemos-Giráldez, S., & Fidalgo-Aliste, A.M. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: A cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11(3), 197-209.

- Lenhard, W, Breitenbach, E., Ebert, H., Schindelhaber Deutscher, H.J., Henn, W. (2005). Psychological benefit of diagnostic certainty for mothers of childrens whit disabilities: lessons from Down Sindrome, V.133A, Issue 2, 170-175, 1 March 2005.
- Lepore SJ. (2001) *A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer*. In: Baum A, Anderson B, editors. *Psychosocial Interventions for Cancer*. APA; Washington, DC: 2001, 99–118.
- Lepore SJ, Eton DT. *Response shifts in prostate cancer patients: An evaluation of suppressor and buffer models*. In: Schwartz C, Sprangers M, editors. *Adaptations to changing health: Response shift in quality-of-life research*. American Psychological Association; Washington, DC: 2000, 37–51.
- Lepore, S., Silver, R.C., Wortman, C.B., & Wayment, H. A. (1996). Social Constraints, Intrusive Thoughts, and Depressive Symptoms Among Bereaved Mothers. *Journal of Pcxsonality and Social Psychology*, 70(2), 271-282.
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 19-48.
- Li, Q. B., D. J. Jacob, R. M. Yantosca, J. W. Munger, and D. D. Parrish, (2004). Export of NOy from the North American boundary layer: Reconciling aircraft observations and global model budgets, *J. Geophys. Res.*, 109(D2), D02313.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2001) Stress of daily activities and risk of breast cancer: a prospective cohort study in Finland. *International Journal of Cancer*, 91, 888-893.
- Lillberg, K., Verkasalo, P.K., Kaprio, J., Helenius, H., Koskenvuo, M. (2002). Personality characteristics and the risk of breast cancer: a prospective cohort study. *Int J Cancer* 100, 361–366.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2002a). A prospective study of life satisfaction, neuroticism and breast cancer risk (Finland). *Cancer Causes Control*, 13, 191-198.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., Koskenvuo, M. (2002b). Personality characteristics and the risk of breast cancer: a prospective cohort study. *International Journal of Cancer*, 100, 361-366.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2003). Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 157, 415-423.

- Lippman SM, Lee JJ, Karp DD, Vokes EE, Benner SE, Goodman GE, Khuri FR, Marks R, Winn RJ, Fry W, Graziano SL, Gandara DR, Okawara G, Woodhouse CL, Williams B, Perez C, Kim HW, Lotan R, Roth JA, Hong WK., et al (2001). Randomized phase III intergroup trial of isotretinoin to prevent second primary tumors in stage I non-small cell lung cancer. *J. Natl. Cancer Inst*, 93(8), 605-618.
- Liu, Y., & Wu, F. (2010). Global burden of aflatoxin-induced hepatocellular carcinoma: a risk assessment. *Environmental Health Perspectives*, 118(6), 818-824.
- Lüdtke, O., Trautwein, U. & Husemann, N. (2009). Goal and personality trait development in a transitional period: Testing principles of personality development. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 428-441.
- Mackay, J., Jemal, A., Lee, N. C., & Parkin, D. M. (2006). *The Cancer Atlas*. Atlanta: American Cancer Society.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. & Payot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1046-1053.
- Manne, Sharon L., Ostroff, Jamie S., Winkel, Gary, Fox, Kevin, Grana, Generosa, Miller, Eric, Ross, Stephanie, Frazier, Thomas, et al (2005). Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 634–646.
- Margolis, K.L., Manson, J. E., Greenland, P., Rodabough, R.J., Bray, P. F., Safford, M., Grimm, Jr, R.H., Howard, B.V., Assaf, A.R., Prentice, R., et al (2005). Leukocyte Count as a Predictor of Cardiovascular Events and Mortality in Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Intern Med.*, 165(5), 500-508.
- Martin, P., Valora, L. M., & Poon, L. W. (2002). Age change and differences in personality traits and states of the old and very old. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, 144-52.
- Martin, René; Davis, Gayla M.; Baron, Roberts ; Suls, Jerry; Blanchard, Edward B (1994). Specificity in social support: Perceptions of helpful and unhelpful provider behaviors among irritable bowel syndrome, headache, and cancer patients, *Health Psychology*, V.13 (5), Sep.1994, 432-439.
- Martins (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martire, L.M., Stephens, M.A.P., Druley, J.A., & Wojno, W.C. (2002). Negative reactions to received spousal care: Predictors and consequences of miscarried support. *Health Psychology*, 21, 167–176.

- Maruti, SS, Willett, WC, Feskanich, D., Rosner, B., & Colditz, GB (2008). A prospective study of age-specific physical activity and premenopausal breast cancer. *J Natl Cancer Inst.*, 100(10), 728-37.
- Matarazzo (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- McCrae, R. R. (1990). Traits and trait names: How well is Openness represented in natural languages? *European Journal of Personality*, 4, 119-129.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1985a). Comparison of EPI and Psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6, 587-597.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1985b). Openness to experience. In R. Hogan & W. H. Jones (Eds.). *Perspectives in personality*. Greenwich. CT: JAI Press, 1, 145-172.
- McCrae R.R., and Costa P.T. ( 1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae. R. R., & Costa, P. T. Jr. (1990). *Personality' in adulthood*. New York: Guilford.
- McCrae, R., & Costa, P. T. (1991). Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(2), 227-232.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the Five-Factor Model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The Five-Factor Model of personality: Theoretical perspectives* New York: Guilford Press, 51-87.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality*. New York: Guilford, 139-153.
- McCrae, R., & Costa, P. (1997). Personality trait structures as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCrae, R. R & John, O. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 174-214.

- McEwen, B.S. and Stellar, E. (1993). Stress and the individual mechanisms leading to disease. *Arch. Intern. Med.*, 153(18), 2093-2101.
- McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparison: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343.
- McGinnis, J.M. & Foege, W.H. (2004). The Immediate vs the Important. *JAMA*. 291(10), 1263-1264.
- McKenna, Zevon, Corn, & Rounds, (1999) Psychological factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531.
- McLemore, Theodore L., Adelberg, Steven, Liv, Mark C., McMahan, Noreen A., Sha Jin Yu, Hubbard, Walter C., Czerwinski, Maciej, Wood, Thomas G., Storeng, Rotsa, Lubet, Ronald A., et al (1989-1990). *Expression of CYP1A1 gene in patients with lung cancer: evidence for cigarette smoke-induced gene expression in normal lung tissue and for altered gene regulation in primary pulmonary carcinomas, JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, V.82, Issue 16, 1333-1339.
- McMillen, J.C., Smith, E. M. & Fisher, R.H. (1997). Perceived Benefit and Mental Health After Three Types of Disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 65, 5, 733-739.
- McTiernan A. (2008). Mechanisms linking physical activity with cancer. *Nature Reviews Cancer*, 8, 205–211.
- McTiernan, A., Tworoger , S.S., Ulrich , .M., Yasui , Y., Rajan , K. B., Sorensen, B., Rudolph , R.E., Bowen , D., Stanczyk , F.Z., Potter , J.D., Schwartz, R.S.et al. (2004). Effect of Exercise on Serum Estrogens in Postmenopausal Women, *Cancer Res*, 64, 2923.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 423–437.
- Mertens, A.J., Sweeney, C., Shahar, E., Rosamond, W.D. & Folsom, A.R. (2006). Physical activity and breast cancer incidence in middle-aged women: a prospective cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 97, 209–214.
- Michael, Y.L., Kawachi, I., Berkman, L.F., Holmes, M.D., & Colditz, G.A. (2000). The persistent impact of breast carcinoma on functional health status: Prospective evidence from the nurses' health study. *Cancer*, 89(11), 2176-2186.

- Michael, Y., Berkman, L., Colditz, G., Holmes, M. & Kawachi, I. (2002). Social Networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic research*, 52, 285-293.
- Michels K.B., Giovannucci, E., Joshipura, K.J., Rosner, B.A., Stampfer, M.J., Fuchs, C.S., et al. Prospective study on fruit and vegetable consumption and incidence of colon and rectal cancers. *J Natl Cancer Inst* 2000, 92, 1740–52.
- Mickley, J., & Soeken, K. (1993). Religiousness and hope in Hispanic and Anglo-American women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20, 1171-1177.
- Miles, J. N. V., & Hempel, S. (2003). The Eysenck Personality Scales. In M. Hersen, M. Hilsenroth, & D. Segal (Eds.). *The comprehensive handbook of psychological assessment: Personality assessment*. Hoboken, NJ: Wiley, 147–168.
- Miller DC (1991). *Handbook of research design and social measurement*. 5th ed. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.  
UTA location & call number: Central Library: Floor 2 Reference H 62 .M44
- Miller TQ, Smith TW, Turner CW, Guijarro ML, Hallet AJ. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*., 119(2), 322–348.
- Milner, J. A. (2006). Preclinical Perspectives on Garlic and Cancer. *J. Nutr.*, 136, 3, 827S-831S.
- Mitchell, G.W. & Glicksman, A.S. (1977). Cancer patients: Knowledge and attitudes. *Cancer*, 40, 61–66.
- Moadel, A. B. e Harris, M. S. (2008). Cancer. In: B. Boyer e I. Pahlaria (eds.). *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology*. New Jersey: John Willey & Sons.
- Mohr, D., Dick, L., Russo, D., J Pinn, J., Boudewyn, A., W Likosky, W., D Goodkin, D. (1999). The psychological impact of multiple sclerosis. Exploring the patient's perspective. *Health Psychology*, 18, 376–382.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238-1245.
- Mokhtar, N., Elati, J., Chabir, R., Bour, A., Elkari, K., Schlossman, N. P., Caballero, B. & Aguenou, H. (2001). Diet culture and obesity in northern Africa. *Journal of Nutrition*, 131(3), 887-892.

- Mols, F., Vingerhoets, Ad. J. J. M., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41, 2613–2619.
- Montgomery, G., & Bovbjerg, D., (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, 23(4), 381-387.
- Moos R.H. & Schaefer, J.A. (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In Moos, R.H. (ed.) *Coping with Physical Illness, 2, New Perspectives*. New York: Plenum Medical Book Co. 3-25.
- Moradi, F., Liu, L.C., Cheng, K, Waggoner, R.A, Tanaka, K, Ioannides, A.A. (2002). Consistent and precise localization of brain activity in human primary Visual cortex by MEG and fMRI. *NeuroImage*, 18, 595–609.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W. & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111-117.
- Moskal A, Norat T, Ferrari P, Riboli E. (2007). Alcohol intake and colorectal cancer risk: a dose-response meta-analysis of published cohort studies. *Int. J. Cancer*. 120(3), 664-71.
- Mostafa, M. H, Sheweita, S. A., & O'Connor, P. J. (1999). Relationship between schistosomiasis and bladder cancer. *Clinical Microbiology Review*, 12(1), 97-111.
- Moyer, A., & Salovey, P. (1999). Predictors of social support and psychological distress in women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 4, 177-191.
- Mroczek, D. K., Spiro, A., & Turiano, N. (2009). Do health behaviors explain the effect of neuroticism on mortality? Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality*, 43, 653–659.
- Munoz N., Franceschi S., Bosetti C., Moreno V., Herrero R., Smith J.S., Shah K.V., Meijer C.J., Bosch FX., et al (2002) International Agency for Research on Cancer Multicentric Cervical Cancer Study G Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*, 359, 1093–1101.
- Musick, M.A., Koenig, H.G., Larson, D.B. and Matthews, D. (1998). Religion and spiritual beliefs. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York : Oxford University Press, 780-789.

- Mutén, E. (1991). Self-reports, spouse ratings, and psychophysiological assessment in a behavioral medicine program: An application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality Assessment*, 57, 49-64.
- Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., Hozawa, A., Shibuya, D., Fukudo, S., Fukao, A., Tsuji, I., Hisamichi, S., et al (2003). Personality and the Risk of Cancer. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 95,11, 799-805.
- National Research Council (1982). Diet, nutrition, and cancer. Report of the Committee on Diet, Nutrition and Cancer, Assembly of Life Sciences. National Academy Press, Washington, D.C., 478.
- National Statistics Institute: UNAIDS, WHO/UNAIDS/UNICEF. *Towards Universal Access* (2010).
- Negri, E., & La Vecchia, C. (2001). Epidemiology and prevention of bladder cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 10(1), 7-14.
- Nelson, D. V., Friedman, L. C., Baer, P. E., Lane, M., & Smith, F. E. (1989). Attitudes to cancer: the branch of psychology that deals with the design, administration, and interpretation of quantitative tests for the measurement of psychological variables such as intelligence, aptitude and properties of fighting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 341-355.
- Ness, R.B., Cramer, D.W., Goodman, M.T., Kjaer, S.K., Mallin, K., Mosgaard, B.J., Purdie, D.M., Risch, H. A., Vergona, R. and Wu, A.H. (2002). Infertility, Fertility Drugs, and Ovarian Cancer: A Pooled Analysis of Case-Control Studies. *Am. J. Epidemiol.*, 155(3), 217-224.
- Neuling, S. J., & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends and surgeon. *Social Science and Medicine*, 27, 385-392.
- Newman, S.P.; Newman, R. Fitzpatrick; R. Lamb; M. Shipley (1990). Patterns of coping in rheumatoid arthritis, *Psychology and Health*, 4, 187-200.
- Newman, S.P., L. Steed, S.M.C. Hardman (1999). *An examination of self-regulation model in atrial fibrillation*, *British Journal of Health Psychology*, V.4, Nov., 337-347.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Felgoise, S.H. & Zwick, M.L. (2003). Psychosocial Oncology, in Arthur Nezu, Christine Maguth Nezu & Pamela A. Geller (eds.) *Handbook of Psychology, vol. 9: Health Psychology*, New Jersey. John Wiley & Sons, 267-87.
- Ngoma, T.A. & Msemo, D.B. (2010). Psychological issues related to common tumors in the developing world. In: J.C. Hoolland (Ed). *Psycho-oncology* (2<sup>a</sup> ed.). New York: Oxford University Press.

- Nielsen, N. R., Stahlberg, C., Strandberg-Larsen, K., Kristensen, T. S., Zhang, Z-F., Hundrup, Y. A., & Grønbaek, M. (2008). Are work-related stressors associated with diagnosis of more advanced stages of incident breast cancer? *Cancer Causes and Control*, 19, (3), 297-303.
- Nyklicek, I., Louwman, W. J., Van Nierop, P. W., Wijnands, C. J., Coebergh, J. W., & Pop, V. J. (2003). Depression and the lower risk for breast cancer development in middle-aged women: a prospective study. *Psychological Medicine*, 33, 1111-1117.
- Nordin K, Berglund G, Terje I, Glimelius B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale-a psychometric analysis and the concept of coping. *Psychooncology*, 8(3), 250-9.
- Norman W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 66, 576-583.
- Northouse (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nurs. Res.*, 37, 91-95.
- Northouse, L. L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S., & George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science & Medicine*, 50, 271-284.
- Nyklicek, I., Louwman, W. J., Van Nierop, P. W. M., Wijnands, C. J., Coebergh, J.-W. W., & Pop, V. J. (2003). Depression and the lower risk for breast cancer development in middle-aged women: A prospective study. *Psychological Medicine*, 33, 1111-1117.
- Ocama, P., Kagimu, M. M., Odida M, Wabinga, H., Opio, C. K., Colebunders, B., van Ierssel, S., Colebunders, R. (2008). Factors associated with carcinoma of the oesophagus at Mulago Hospital, Uganda. *Africal Health Science*, 8(2), 80-84.
- O'Donnell, M.C., Fisher, R., Irvine, K., Rickard, M. & McConaghy, N. (2000). Emotional suppression: can it predict cancer outcome in women with suspicious screening mammograms? *Psychological Medicine*, 30(5), 1079-1088.
- Oj. Saher, K.J., Roghmanns, R.K., Mulhem, P.J., Carpenter, J.R., Sargent, D.R., Copeland, O.A., Barbarin, L.K., Zelter, M.J., Dolgin (1997). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: the association of sibling adaptation with maternal well-being, physical health, and resource use. *New York: Department of Pediatrics/University of Rochester*.
- OMS. (2001). *Salude mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la salud en el mundo Ginebra: OMS.

- OMS (2004). *A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Sub-Saharan Africa*. Genebra.
- OMS (2010). *Cancro do Colo do Útero na Região Africana da OMS: situação actual e perspectivas*. Comité Regional Africano, 60ª Sessão, Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *World Cancer Report 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Orleans, C. Tracy, Shoenbach, Victor J., Wagner, Edward H., Quade, Dana, Salmon, Mary Anne; Pearson, David C., Fiedler, Judith, Porter, Carol, Kaplan, Berton H. (1990). Self-Help quit smoking interventions: Effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, V.59, Jan. 1991, 439-448.
- Osborne, Cynthia, Ostir, Glenn V., DU, Xianglin, Peek, M. Kristen, Goodwin, James S. (2005). The influence of marital status on the stage at diagnosis, treatment and survival of older women with breast cancer, *Breast Cancer Research and Treatment*, V.93, Nº (2005), 41-47.
- Ostroff, J.S., Jacobsen, P. B., Moadel, A.B., Spiro, R.H., Shah, J.P., Strong, E.W., Kraus, D.H., Schantz, P. (1995). Prevalence and predictors of continued tobacco use after treatment of patients with head and neck cancer. *Cancer*, 75, 569-576.
- Pais Ribeiro, J.L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social \_ESSS, *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-58.
- Pais Ribeiro, J.L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Pardoll, D.M. (2001). Stress, NK Receptors, and Immune Surveillance. *Science*, 294(5542), 534-536.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig.* 37, 710-724.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Parkin, D.M., Muir, C.M., Whelan, S.L., Gao, Y.T., Ferlay, J., Powell, J (1992), Cancer incidence in five continents, in collaboration with the International Association of Cancer Registers. *IARC Scientific Publications*, 1033p. ISBN92-832-2120-6.
- Parkin, M., Bray, F., Ferlay, J., Pisani, P. (2002). Global Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55, 2, 74-108.

- Parkin, D. M. (2006). The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer*, 118, 3030-3044.
- Parkin, D. M. (2008). The global burden of urinary bladder cancer. *Scandinavian Journal of Urology Nephrology Supplement*, 218, 12-20.
- Parkin, D.M. (2011). Cancers attributable to consumption of alcohol in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105, S14–S18.
- Parkin, D., Bray, F., Ferlay, J. & Pisani, P. (2005). Global cancer statistics, 2002. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 55(2), 74–108.
- Parkin, D. M., Sitas, F., Chirenje, M., Stein, L., Abratt, R., & Wabinga, H. (2008). Part I: Cancer in Indigenous Africans-burden, distribution, and trends. *Lancet Oncology*, 9(7), 683-692.
- Parkin (2011). The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010: overview results. *British Journal of Cancer*, 105(52), 52-55.
- Parkin, D.M., Boyd, L., & Walker, L.C. (2011). The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105, S77-S81.
- Parkin, D.M., Namboozee, S., Wabwire-Mangen, F.& Wabinga, H.R. (2010). Changing cancer incidence in Kampala, Uganda, 1991-2006. *Int J Cancer*, 1, 126(5), 1187-95.
- Patterson, J. (1987). *The dread disease: Cancer and modern American culture*. Cambridge : Havard University Press.
- Peck, A. & Bowland, J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, 40(1), 180–184.
- Peplonska B, Lissowska J, Hartman TJ, Szeszenia-Dabrowska N, Blair A, Zatonski W, Sherman ME, Garcia-Closas M, Brinton, LA (2008). Adulthood lifetime physical activity and breast cancer. *Epidemiology*, 19, 226–236.
- Perez, Martin A., Thorton, Andrea A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners, *Psycho-Oncology*, V.15, Issue 4, 285-296.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16, 483-491.
- Peto R, Darby, S., Deo, H., Silcocks, P., Whitley, E., Doll, R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*, 321, 323-9.

- Petra H. Lahmann, Hoffmann, Kurt. Allen, Naomi, Van Gils, Carla H., Khaw, Kay-Tee, Tehard, Bertrand, Berrino, Franco, Tjonneland, Anne, Bigaard, Janne, Olsen, Anja, Overvad, Kim, Clavel-Chapelon, Françoise, Nagel, Gabriele, Boeing, Heiner, Trichopoulos, Dimitrios, Economou, George, Bellos, George, Palli, Domenico, Tumino, Rosario, Panico, Salvatore, Sacerdote, Carlotta, Krogh, Vittorio, Peeters, Petra H.M., Bueno-de-Mesquita, H. Bas, Lund, Eiliv, Ardanaz, Eva, Amiano, Pilar, Pera, Guillem, Quirós, José R., Martínez, Carmen, Tormo, Maria J., Wirfallt, Elisabet, Berglund, Goran, Hallmans, Goran, Key, Timothy J., Reeves, Gillian, Bingham, Sheila, Norat, Teresa, Biessy, Carine, Kaaks, Rudolf, Riboli, Elio, et al. Body size and breast cancer risk: Findings from the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC), *IJC = International Journal of Cancer*, Sep.2004, U.111, Issue 5, 562-771.
- Petrie, K. J. & Reynolds, L. (2007). Coping with chronic illness. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus, K. Wallston, J. Weinman, e R. West (eds), (2<sup>a</sup> Ed.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: A systematic review. *BMJ*, 325, 1066–1069.
- Pettingale, K.W., Watson, M. & Greer, S. (1984). The validity of emotional control as a trait in breast cancerpatients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 21–30.
- Pierotti, B., Altieri, A., Talamini, R. (2005). Lifetime physical activity and prostate cancer risk. *Int. J. Cancer*, 4, 639-642.
- Pinto, Bernardino M., Hartman, Sheri J. (2010). Exercice and cancer. In: Jimmie C. Holland et al., *Psycho-Oncology and ed*. Oxford: *Oxford University Press*.
- Pike, M.C., Pearce, L.P., & Wu, A.H. (2004). Prevention of cancers of the breast, endometrium and ovary. *Oncogene*, 23(38), 6379–6391.
- Pisani, P., Parkin, D. M., Munoz, N., & Ferlay, J. (1997). Cancer and infection: estimates of the attributable fraction in 1990. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 6(6), 387-400.
- Polsky, Daniel, Doshi, Jalpa A., Marcus, Steven, Oslin, David, Rothbard, Aileen, Thomas, Niku, Thompson, Christy L. et al (2005). Long term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Archives of Internal Medicine*, 165(11), 1260-1266.

- Popkin, B. M. (2006). Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84, 289-298.
- Potts R.G. (1996) Spirituality and the experience of cancer in an African-American community: implications for psychosocial oncology. *Journal of Psychosocial Oncology* 14, 1–19.
- Prentice RL, Caan B, Chlebowski RT. (2006). Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the Women's Health Initiative randomized controlled dietary modification trial. *JAMA*, 295, 629-642.
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925–971.
- Price, P. A., et al. (2001), GCN Circ. 1107: <http://gcn.gsfc.nasa.gov/gcn/gcn3/1107.gcn3>.
- Priestman TJ, Priestman SG, Bradshaw C. (1985). Stress and breast cancer. *Br J Cancer*, 51(4), 493–498.
- Primomo J., Yates, B.C., & Woods, N.F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationships among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health*, 13, 153-161.
- Quartana, P., Laubmeier, K., Zakowski, S. (2006). Psychological Adjustment Following Diagnosis and Treatment of Cancer: examination of the moderating role of positive and negative emotional expressivity, *Journal of Behavioural Medicine*, 29(5), 487-98.
- Rabin, C., Leventhal, H., & Goodin, S. (2004). "Conceptualisation of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients." *Health Psychology*, 23(4), 407-412.
- Raza, S. A., Clifford, G. M., & Franceschi, S. (2007). Worldwide variation in the relative importance of hepatitis B and hepatitis C viruses in hepatocellular carcinoma: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 96(7), 1127-1134.
- Reddy, P., Meyer-Weitz, A., & Yach, D. (1996). Smoking status, knowledge of health effects and attitudes towards tobacco control in South Africa. *South African Medical Journal*, 86(11), 1389-1393.
- Reed, M. A., & Derryberry, D. (1995). Temperament and attention to positive and negative trait information. *Personality and Individual Differences*, 18, 135–147.

- Reich, Wendy, Felton, Earls, Frankel, Ora, Shayka, Joseph J. (1984). Psychopathology in children of alcoholics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, V.32, Issue 5, Sept. 1993, 995-1002.
- Revenson, T. A. & Majerovitz, D. (1990). The effects of chronic illness on the spouse. Social resources as stress buffers. *Arthritis & Rheumatism*, 4(2), 63–72.
- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., Chen, V. W. (2000). Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *Am. J. Epidemiol.*, 152(10), 940-949.
- Reynolds, P. & Kaplan, G.A. (1990). Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, (3), 101-110.
- Reynolds, J.S., & Perrin, N.A. (2004). Mismatches in Social Support and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Health Psychology*, 23(4), 425-430.
- Ribeiro, J. (2007). Reabilitação e qualidade de vida em doentes com epilepsia- implicações para crianças, jovens e adultos. In Alves, D., Luzeiro, I., Pimentel, J. (Eds). *Livro básico de Epilepsia*. Porto: Ed. Lidel., 343-354.
- Richer, Jennifer K., Jakobsen, Britta M., Manning, Nigle G., Abel, M. Gref, Wolf, Douglas M., Horwitz, Kathryn E. et al (2002). Differential gene regulation by the two progesterone receptor isoforms in human breast cancer cells. *JBC=The Journal of Biological Chemistry*, 277, 5209-5218.
- Pais Ribeiro, J.L. & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15.
- Riboli E, Norat T (2003) Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am. J. Clin. Nutr.*, 78, 559S–569S.
- Robbins, R. J., Keck, A. S., Banuelos, G. Finley, J. W. & (2005), Cultivation conditions and selenium fertilizations alter the phenolic profile, glucosinolate and sulforaphane content of broccoli. *J. Med. Food*, 8, 204–214.
- Roberts, B.W. & Bogg, T. (2004). A longitudinal study of the relationships between conscientiousness and the social environmental factors and substance use behaviors that influence health. *Journal of Personality*, 72, 325–353.
- Roberts, B.W., Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2003). Work experiences and personality development in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 582-593.

- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3–25.
- Roberts, K. J., Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (2006). Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 183-192.
- Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. 2006. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Bull.*, 132, 1–25.
- Roberts, Brent W., Kuncel, Nathan R., Shiner, Rebecca, Caspi, Avshalom, and Goldberg, Lewis R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 313-345.
- Rodrigues, A. (1997). *Stress e Trabalho*. São Paulo: Atlas
- Roesch, S.C., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., Pekin, S., Vaught, A.A. (2005). Coping with Prostate Cancer: A Meta-Analytic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 281-293.
- Rolls, B. J., Ello-Martin, J. A., & Tohill, B.C. (2004). What Can Intervention Studies Tell Us about the Relationship between Fruit and Vegetable Consumption and Weight Management? *Nutrition Reviews*, 62(1) : 1–17.
- Rönkä, A., Oravala, S., & Pulkkinen, L. (2003). Turning points in life course: The effect of gender and the amount of choice. *Journal of Adult Development*, 10, 203–215.
- Rose, J.H. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *American Journal of Community Psychology*, 18(3), 439-464.
- Rosenberg, Lawrence; SCHLICH, Thomas (2011). Have we entered uncharted waters? *Bulletin J the American College of surgeons*, July, 1-6.
- Rowland (1989). Developmental stage and adaptation: Adult model. In: JC Holland, JH Rowland (Eds). *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford, 25.
- Rugulies, R. (2002). Rugulies R. 2002. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med*, 23(1), 51–61.
- Sae-Won Han, Tae-Yon Kim, Pil Gyn Hwang, Soohyuna, Jeong, Jeonmi Kin, In Sil Choi, Do-Youn Oh, Jee Hynn Kin, Dong-Wan Kim, Do Hyun Chung, Seock-h In, Young Tae Kim, Jong Seok Lee, Dae Seof Heo, Yung-Jue Bang, Noe Kyeong Kim, et al (2005). Predictive and prognostic impact of apidermal growth

- factor receptor mutation in non-small-cell lung cancer patients treated with gefitinib. *American Society of Clinical Oncology*, April, V.23, N°11, 2493-2501.
- Sammarco (2001). Perceived Social Support, Uncertainty, and Quality of Life of Younger Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 24, 3, 212–219.
- Sanchez, M.J., Payer, T., Angelis, R. de, Larrañaga, N., Capocaccia, R., Martibez, C., Ciberspain Werring Group, et al (2012). Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projection for the period 1981-2012. *Awards of Oncology*, V.21, Issue Sup.3, III 30- III 36.
- Santos, C.S.V.B., Pais Ribeiro, J.L., Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com o diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.
- Sankar, Pamela, Cho, Mildred K., Condit, Celest M., Hunt, Linda M., Koenig, Barbara, Marshall, Patricia, Lee, Sandra Soo Jin, Spicer, Paul, et al (2004). Genetic research and health disparities, *Jama*, 291(24), 2985-2989.
- Sass-Kortsak A.M., Purdham JT, Kreiger N, Darlington G, Lightfoot N. (2007) Occupational risk factors for prostate cancer. *Am J Ind Med.*, 50(8), 568–576.
- Sakran, Joseph V., Kaafaran, Haythem M.A., Prabhakaran, Sangutha, Nitzschke, Stephanie, Casey, Katherine, et al (2011), *Enhancing American Surgical Training*, *Bulletin of the American College of Surgeons*, Vol. 97, N. 7, 1-7.
- Savelkoul M, deWitte L, Post M. (2003). Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases: a systematic review of controlled group intervention studies. *Patient Educ. Couns.*, 50, 133–43.
- Schapiro, I. R., Ross-Petersen, L., Saelan, H., Garde, K., Olsen, J. H., & Johansen, C. (2001). Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: a Danish cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 153, 757-763.
- Schapiro, I. R., Nielsen, L. F., Jorgensen, T., Boesen, E. H., & Johansen, C. (2002). Psychic vulnerability and the associated risk for cancer. *Cancer*, 94, 3299-3306.
- Schatzkin, A., Lanza, E., Corle, D., Lance, P., Iber, F., Caan, Bette, Shike, M., Weissfeld, J., Burt, R., Cooper, R., Kikendall, W., Cahill, J., Freedman, L., Marshall, J., Schoen, R.E., Slattery, M., and the Polyp Prevention Trial Study Group, et al (2000), Lack of effect of a low-fat, high-fiber diet on the recurrence of colorectal adenomas. *New England Journal of Medicine*, 342, 1149-1155.
- Scheier, M.F. & Bridges, M.W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, 57, 255-268.

- Schernhammer, E. S., Hankinson S. E., Rosner B. Kroenke, C. H., Willett W. C., Colditz G. A., & Kawachi, I. (2004). Job stress and breast cancer risk: The Nurses' Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 160(11), 1079-1086.
- Schneider, M., Norman, R., Steyn, N., & Bradshaw, D. (2007). Estimating the burden of disease attributable to low fruit and vegetable intake in South Africa in 2000. *South African Medical Journal*, 97(8), 717-723.
- Schnoll, R.A., Zhang, B., Rue, M., Krook J.E., Spears, W.T., Marcus, A.C. and Engstrom, P.F. (2003). Brief physician-initiated quit-smoking strategies for clinical oncology settings. A trial coordinated by the eastern cooperative oncology group. *Journal of Clinical Oncology*, 21(2), 355-365.
- Schnoll, R.A. Harlow, L.L., Stolbach, L.L. e Brandt, U. (1998), A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 7(2), 69-77.
- Schroevers, M., Ranchor, A., & Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science & Medicine*, 57, 375-385.
- Schroevers, M., Ranchor, A.V., Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine*, 63, 3, 598-610.
- Schroevers, M. J. & Teo, I. (2008), The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationship with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*. Netherlands : John Wiley & Sons, Ltd.
- Schütze, F. A. B., Jardim, D.L. F., Youjin, J., Choueiri, T.K. (2011). Haematologic toxicities associated with the addition of bevacizumab in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 47(8), 1161-1174.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology & Health: An International Journal*, 3, 1-15.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497.
- Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, Benbrahim-Tallaa L, Guha N, Freeman C, Galichet L, Cogliano V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group, et al (2009). A review of human carcinogens-Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*, 2009, 10(11), 1033-4.

- Segerstrom, S.C. (2000). Personality and the immune system: Models, methods, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 180-190.
- Segerstrom, Suzanne C. (2002). Individual Differences, immunity, and cancer: lessons from personality psychology, *Brain, Behavior, and Immunity*, 17 (2003), 592-597.
- Shaw, B., Han, J. Y., Kim, E., Gustafson, D., Hawkins, R., Cleary, J., McTavish, F., Pingree, S., Eliason, P., Lumpkins, C. (2007). Effects of prayer and religious expression within computer support groups on women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(7), 676-687
- Sherman, Allen C., Simonton, Stephanir, Latif, Umaira; Spohn, Rebecca; Tricot, Guido (2005). Religions struggle and religious confort in response to illness: Health Outcomes among stem cell trnsplant patients. *Journal of Behavioral Medicine*, V.28, N°4, 359-367.
- Sherman, Kerry A., Koelmeyer, L. (2009). Psychosocial preditors oh adherence to lymphodema risk minimization guidelins among women. *Psyco-Oncology*.
- Sherman, Kerry A., Kasparian, N. (in press). My genes are my destiny: Psychosocial aspects of geneti risk assessment for illness suscptibility, *Handbook of Applied Topics in Health Psychology*. Oxford: wiley-Blackwell.
- Sherman, Kerry, Soo, H. (in press). Rumination as a coping process in illness. In: L. Ricciardelli & M. Caltabiano (Eds), *Handbook of Applied Topics in Health Psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Silverman, S., J.R., Gorsky, M & Greenspan, D. (1983). Tobacco usage in patients with head and neck carcinomas: A follow-up study on habit changes and second primary oral/oropharyngeal cancers. *Journal of the American Dental Association*, 106(1), 33-35.
- Sitas, F., Urban, M., Bradshaw, D., Kielkowski, D., Bah, S., & Peto, R. (2004). Tobacco attributable deaths in South Africa. *Tobacco Control*, 13(4), 396-399.
- Slattery, M.L., C. Sweeney, J. Herrick, R. Wolff, K. Baumgartner, A. Giuliano T. Byers, (2007). ESR1, AR, body size, and breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women living in the Southwestern United States. *Breast Cancer Res. Treat.*, 105, 327-335.
- Slattery, M. L. & Potter, J. D. (2002). Physical activity and colon cancer; confounding or interation? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(6), 913-919.
- Slevin, M.L., Nichols, S.E., Downer, S.M., Wilson, P., Lister, T.A., Arnott, S., Maher, J., Souhami, R.L., Tobias, J.S., Goldstone, A.H., Cody, M. (1996). Emotional support for Cancer patients: what do atients really want? *British Journal of Cancer*, 74, 1275-1279.

- Smith, T.W. (2003). Health Psychology. In John A. Schinka & Wayne F. Velicier (eds) *Handbook of Psychology. Research Methods in Psychology* (V.2). New Jersey. John Wiley & Sons, 241-71.
- Smith-Warner, S., Spiegelman, D., Shiaw-Shyuan, Y., Van den Brandt, Piet, Folsom, A., Goldbohm, A., Graham, S., Holmberg, L., Howe, G.R., Marshall, J.R., Miller, A.B., Potter, J.D., Speizer, F.E., Willet, W.C., Wolk, A., Hunter, D. et al. (1998). Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies, *JAMA*, 279, 535-540.
- Smith, T. W., & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 139–172.
- Smith, T. W., & Spiro, A. (2002). Personality, health, and aging: Prolegomenon for the next generation. *Journal of Research in Personality*, 36, 363–394.
- Söllner W, Maislinger S, DeVries A, Steixner E, Rumpold G, Lukas P. (2000). Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: A survey. *Cancer*, 89, 873–880.
- Sommerfeld, E., Hensel, A. & Hildebrandt (Simmel), A. (1999). Cooperation of frontal and parietal brain areas as a function of cognitive training. In: Killeen, P.R.. & Uttal, W.R. (eds.) Fechner Day 99. Proceedings Fifteenth Annual Meeting of the International Society for Psychophysics. Tempe, AZ, USA: *The International Society for Psychophysics*, 356-361.
- Somerfield, M.R. & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625,
- Spadacio, Cristiane, Barros, Nelson Filice de (2008). Uso de Medicinas alternativas e suplementares por pacientes com cancer: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública, Faculdades de Ciências Médicas, Faculdade Estadual de Campinas (Unicamp)*.
- Spelten, E.R., Sprangers, M. A. G., Verbeek, J. H. A. M. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology*, 11(2), 124-131.
- Sprague BL, Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Newcomb, P.A., Titus-Ernston, L., Hampton, J.M., Egan, K. M., et al (2007). Lifetime recreational and occupational physical activity and risk of in situ and invasive breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 16, 236-43.
- Stefanek, M., McDonald P.G., Hess, S.A. (2005). Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges, *Psycho-Oncology*, 14(6), 450–63.

- Steindorf, K., Schmidt, M., Kropp, S., & Chang-Claude, J. (2003). Case-Control Study of Physical Activity and Breast Cancer Risk among Premenopausal Women in Germany. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 121-130.
- Steindorf, K., Jedrychowski W, Schmidt M, Popiela, T., Penar, A., Galas, A., Wahrendorf, J. (2005). Case-control study of lifetime occupational and recreational physical activity and risks of colon and rectal cancer. *Eur. J. Cancer Prev*, 14(4), 363-371.
- Steindorf, K., Friedenreich C., Linseisen J, Sabine Rohrmann, S., Rundle, A., Veglia, F., Vineis, P., Johnsen, N.F., Tjønneland, A., Overvad, K., Raaschou-Nielsen, O., Clavel-Chapelon, F., Boutron-Ruault, M., Schulz, M., Boeing, H., Trichopoulou, A., Kalapothaki, V., Koliva, M., Krogh, V., Palli, D., Tumino, R., Panico, S., Monninkhof, E., Peeters, P.H., Boshuizen, H.C., Bueno-de-Mesquita, H.B., Chirlaque, M., Agudo, A., Larrañaga, N., Quirós, J. R., Martínez, C., Barricarte, A., Janzon, L., Berglund, G., Bingham, S., Khaw, K., Key, T.J., Norat, T., Jenab, M., Cust, A., Riboli, E., et al (2006). Physical activity and lung cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Cohort. *Int. J. Cancer*, 119 (10), 2389-2397.
- Street, H. (2003). The Psychosocial Impact of Cancer: Exploring Relationships between Conditional Goal Setting and Depression, *Psycho-Oncology*, 12, 580–589.
- Stanton, A.L., Revenson, T.A. & Tennen, H. (2007). Health psychology. Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-92.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Stanton, J. M., Balzer, W. K., Smith, P. C., Parra, L. F., & Ironson, G. (2001). A general measure of work stress: The Stress in General scale. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 866-888.
- Stanton, J. M., Sinar, E. F., Balzer, W. K., & Smith, P. C. (2002). Issues and strategies for reducing the length of self-report scales. *Personnel Psychology*, 55, 167-194.
- Stanton, Neville A., R. Stewart, D. Harris, R. J. Houghton, C. Baber, R. McMaster, P. Salmo, G. Hoyle, G. Walker, M. S. Young, M. Linsell, R. Dymott, and D. Green., et al (2006). Distributed situation awareness in dynamic systems: theoretical development and application of an ergonomics methodology. *Ergonomics*, 49(12-13), 1288-1311.
- Stanton, A.L., Revenson, T. A. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-92.
- Stanton, S.J., Schultheiss, O.C., 2007. Basal and dynamic relationships between implicit power motivation and estradiol in women. *Horm. Behav*, 52(5), 571–580.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Stewart, T., Tsai, S. C., Grayson, H., Henderson, R., & Opelz, G. (1995). Incidence of de-novo breast cancer in women chronically immune suppressed after organ transplantation. *Lancet*, 346, 796-798.
- Stiegelis HE, Hagedoorn M, Sanderman R, van der Zee KI, Buunk BP, van den Bergh AC. (2003). Cognitive adaptation: a comparison of cancer patients and healthy references. *Br J Health Psycho.* 8(Pt 3), 303-18.
- Strickland, G. T. (2006). Liver disease in Egypt: hepatitis C superseded schistosomiasis as a result of iatrogenic and biological factors. *Hepatology*, 43(5), 915-922.
- Strom SS, Yamamura Y, Flores-Sandoval FN, Pettaway CA, Lopez DS. (2008). Prostate cancer in Mexican-Americans: identification of risk factors. *Prostate.1*, 68(5), 563-70.
- Stürmer, T., Hasselbach, P., & Amelang, M. (2006). Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *British Medical Journal*, 332, 1359-1365.
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications for overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260-300.
- Suls, J. & Fletcher, B (1985). Self-attention, life stress, and illness: a prospective study. *Psychos. Med.*, 47(5), 469-481
- Tannock, IF, Hill, RP, Bristow, RG & Harrington, L (Eds) (2004). *The basic science of oncology*, 4<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill, New York.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657.
- Tardon, A., Lee, WJ, Delgado-Rodriguez, M., Dosemeci, M., Albanês, D., Hoover, R., Blair, A. (2005). Leisure-time physical activity and lung câncer: a meta-analysis. *Cancer Causes Control*, 16, 389-397.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

- Taylor, S.E. (2007). "Social support". In Friedman, H.S., & Silver, R.C. *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press., 145–171.
- Taylor, S. E., Falke, R. L., Shoptaw, S.J. & Lichtman, R.R. (1986). Social support, support groups and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 608-615.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R., & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Theory and research on change in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1-22.
- Tehard, B., Friedenreich, C.M., Oppert, J-M. & Clavel-Chapelon, F. (2006). Effect of Physical Activity on Women at Increased Risk of Breast Cancer: Results from the E3N Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 15(1), 57-64.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* 6(3), 545-567
- Thoits, PA. (1983). Dimensions of Life Events that influence Psychological Distress: An Evaluation and Synthesis of the Literature. In *Psychological Stress: Trends in Theory and Research*. Edited by H.B. Kaplan. New York: Academic, 33-103.
- Thoits, P. A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and application*, Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhof., 51-72.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Thompson, R. J., Jr., Gil, K. M., Burbach, D.J., Keith, B. R., & Kinney, T. R. (1993). Role of child and maternal processes in the psychological adjustment of children with sickle cell disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 468-474.
- Thompson, D., Edelsberg, J., Colditz, GA, Bird, AP, & Oster, G., (1999). Lifetime health and economic consequences of obesity. *Arch Intern Med.*, 59(18), 2177-83.
- Thompson, S. C. e Kyle, D.J. (2000). The role of perceived control in coping losses associated with chronic illness. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.). *Loss and*

trauma: General and close relationship perspectives. Philadelphia, P.A.: Bruner/Mazel.

- Thornton, D. (2002) Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 139–153.
- Thune-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 63, 151–164.
- Titus-Ernstoff, L., Hatch, E.E., Hoover, R.N., Palmer, J., Greenberg, E.R., Ricker, W., Kaufman, R., Noller, K., Herbst, A.L., Colton T. and P. Hartge. <http://www.nature.com/bjc/journal/v84/n1/abs/6691521a.html> - aff3#aff3(2001). Long-term cancer risk in women given diethylstilbestrol (DES) during pregnancy. *British Journal of Cancer*, 84, 126–133.
- Tjønneland A, Olsen A, Boll K, Stripp C, Christensen J, Engholm G, et al. (2007) . Study design, exposure variables, and socioeconomic determinants of participation in Diet, Cancer and Health: a population-based prospective cohort study of 57,053 men and women in Denmark. *Scand J Public Health*. 2007 [Online 12 January 2007] [Cross Ref]
- Tollerud, D. J., J. W. Clark, L. M. Brown, C. Y. Neuland, D. L. Mann, L. K. Pankiw-Trost, W. A. Blattner, and R. N. Hoover. (1989). The effects of cigarette smoking on T cell subsets: a population-based survey of healthy Caucasians. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 139, 1446-1451.
- Tomich, P., & Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23.
- Tsugane S, Sasazuki S, Kobayashi M, Sasaki S, JPHC Study Group. (2004) Salt and salted food intake and subsequent risk of gastric cancer among middle-aged Japanese men and women. *Br J Cancer*, 90, 128–34.
- Tucker, J.S.; Friedman, H.S.; Wingard, D. L.; Schwartz, J.E. (1996). Marital history at midlife as a predictor of longevity: Alternative explanations to the protective effect of marriage. *Health Psychology*, 15(2), 94-101.
- Tung KH, Goodman MT, Wu AH, McDuffie, K., Wilkens, LR, Kolonel, LN, Nomura, LN, Terada, KY, Carney, ME, Sobin, LH, et al (2003). Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol.*, 158, 629–638.
- Turner-Cobb, J. M., Sephton, S. E., & Spiegel, D. (2001). Psychosocial effects on immune function and disease progression in cancer: Human studies. In R. Ader,

- D. L. Felton, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (3<sup>rd</sup> ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Uauy, R. & Solomons, N. (2005). Diet, Nutrition, and the Life-Course Approach to Cancer Prevention. *J. Nutrition*, 135(12), 2934S-2945S. <http://jn.nutrition.org/content/135/12/2934S.abstract-fn-1#fn-1>
- Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, (1996). The Relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 3, 488-531.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., Kiecolt-Glaser, J.K. The relationship between social support and physiological process: a review whit emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 1996, 119(3), 488-531.
- UNAIDS/OMS. AIDS epidemic update (2009). Consultado em Fevereiro de 2012, em: [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700\\_Epi\\_Update\\_2009\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf). 2009.
- Updegraff, J. A., & Taylor, S. E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In J. H. Harvey & E. Miller (Eds.), *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 3-28.
- Vachon, M.L.S. (2008). Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer Survivors, *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 218-25.
- Vander Ark, W., DiNardo, LJ & Oliver, DS (1997). Factors affecting smoking cessation in patients with head and neck cancer. *Laryngoscope*, 107(7), 888-92.
- Van der Zee, K. I., Buunk, B. P., Sanderman, R. Botke, G., & Van den Bergh, F. (1999). The Big Five and identification contrast processes in social comparison in adjustment to cancer treatment. *European Journal of Personality*, 13, 307-326.
- Vilar, António, Gabinete de Advogados António Vilar e Associados (2009). *Guia de Negócios em Angola*. Porto: Vida Económica, Fevereiro.
- Vizcaino, A. P., Parkin, D. M., & Skinner, M. E. (1995). Risk factors associated with oesophageal cancer in Bulawayo, Zimbabwe. *British Journal of Cancer*, 72(3), 769-773.
- Vollratha, M, Torgersenb, S. (2000). Personality types and coping, *Personality and Individual Differences*, 29, 367- 378
- Vorobiof, D. A., Sitas, F., & Vorobiof, G. (2001). Breast cancer incidence in South Africa. *Journal of Clinical Oncology*, 19(18), 125-127.
- Wakai, K., Kojima, M., Nishio, K., Suzuki, S., Niwa, Y., Yingsong, L., Kondo, T., Yatsuya, H., Tamakoshi, K., Yamamoto, A., Tokudome, S., Toyoshima, H., &

- Tamakoshi, A., et al (2007). Psychological attitudes and risk of breast cancer in Japan: a prospective study. *Cancer Causes Control*, 18, 259-267.
- Walker, B. H., J. M. Anderies, A. P. Kinzig, and P. Ryan. (2006). Exploring resilience in social-ecological systems through comparative studies and theory development: introduction to the special issue. *Ecology and Society*, 11(1), 12. [online] URL: <http://www.ecologyandsociety.org/vol11/iss1/art12/>.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820–838.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1987). Mood and the mundane Relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54, 296-308.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor model. *Journal of Personality*, 60, 441–476.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1997). The measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 86, 267–296.
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, 64, 737–774.
- Waxler-Morrison N., Hislop, T.G., Mears, B., Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: a prospective study. *Social Science Medicine*, 33, 177-183.
- World Cancer Research Fund (2007): <http://www.wcrf.org/>.
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2007): <http://eprints.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf>.
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (2008). Globocan 2008: cancer incidence mortality and prevalence worldwide in 2008. <http://globocan.iarc-r/>.
- Wellisch, D. K., Yager, J. (1983). Is there a cancer-prone personality? *Cancer Journal For Clinicians*, 33(3), 145-52.

- Wegner, D. & Pennebaker, J. (Eds) (1992). *Handbook of mental control*. New York: Prentice-Hall.
- Wethington, E. & Kessler, RC, (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Whalley, L.J. and Deary I.J. (2001). Longitudinal cohort study of childhood IQ and survival up to age 76. *British Medical Journal*, 322, 1-5, 2001.
- Whiteside, T. L., & Herberman, R. B. (1995). The role of natural killer cells in immune surveillance of cancer. *Curr. Opin. Immunol.*, 7, 704–710.
- Whittemore, AS, Harris, R. & Itnyre, J. (1992). Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies. II. Invasive epithelial ovarian cancers in white women. Collaborative Ovarian Cancer Group. *Am J Epidemiol*. 136(10), 1184-203.
- Who (2008). *The global burden of disease*, Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wild, C. P, & Montesano R. (2009). A model of interaction: aflatoxins and hepatitis viruses in liver cancer aetiology and prevention. *Cancer Letters*, 286(1), 22-28.
- Willet, Walter C., Stampfer, Meir J., Colditz, Graham A., Rosiver, Bernard A., Hennekens, Charles H., Speizer, Frank E., et al (1987). Dietary fat and the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 316, 22-28.
- Willet, Walter C., Kana W., B. Hv, Frank, Giovannucci, Edward (2005). Dietary patterns and risk of prostate cancer in V.S. men., *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, Jan.2006, 15, 167.
- Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Bienias, J.L., Evans, D.A. & Bennett, D.A (2004). Personality and Mortality in Old Age. *J. Gerontol. B, Psychol Sci Soc Sci*, 59(3), P110-P116.
- Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press, 61-82.
- Wills, T.A. & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*, Erlbaum, Mahwah, NJ, 209–234.

- Wirsching, M., Stierlin, H., Hoffmann, F., Weber, G. & Wirsching, B. (1982). Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1, 1-10.
- Woods, N., and Earp, J. (1978). Women with cured breast cancer. *Nurs. Res*, 27, 279-285.
- World Health Organization Regional Office for Africa (2008): [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_nga\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_nga_en.pdf).
- The World Health Report (2000). Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic Geneva.
- Wortman, C.B., & Boerner, K. (2007). Beyond the myths of coping with loss: Prevailing assumptions vs. scientific evidence. In H.S.Friedman, & R.C.Silver (Eds.), *Foundations of health psychology*. Oxford, UK: *Oxford University Press*, 285–324.
- Wortman, C. B. & Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. Cohen, Sheldon (Ed); Syme, S. Leonard (Ed). *Social support and health*, San Diego, CA, US: Academic Press, 281-302.
- Wortman, C. & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal Relationships and Cancer: A Theoretical Analysis. *Journal of Social*, 120–155.
- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Vol. 5. Stress*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 63-108.
- Wortman, C., & Lehman, D. (1985). Reactions to victims of life crisis: Support attempts that fail. In I. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and application*. The Hague: Martinus Nijhoff, 463-489.
- Yang, D., Bernstein, L. & Wu, A. (2003). Physical activity and breast cancer risk among Asian-American women in Los Angeles. *Cancer*, 97, 10, 2565–2575.
- Yikyung Park, Sad, Hunter, David J., Spiegelman, Donna, Leif Berkvist, Berrino, Franco, Van den Brandt, Piet A., Giovannucci, Edward, Goldbohm, Alexandra, Graham, Saxon, Harnack, Lisa, Hartman, Anne M., Jacobs, David, R., Kato, Ikuko, Krogh, Vittorio, Leitzmann, Michael F., McCullough, Marjorie L., Miller, Anthony B, Pietinen, Pirjo, Rohan, Thomas E., Schatzkin, Arthur, Willet, Walter C., Wolk, Aliaja, Zeleniuch-Jacquotte, Anne, M. Zhang, Shunin, Smith-Warner, Stephanie A., et al (2005). Dietary fiber intake and risk of colorectal cancer: A pooled analysis of prospective cohort studies, *JAMA = The Journal of the American Medical Association*, 294, N°22, 2849-2857.

- Zeegers MP, Dirx MJ, van den Brandt PA. (2005). Physical activity and the risk of prostate cancer in the Netherlands cohort study, results after 9.3 years of follow-up. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 14(6), 1490-5.
- Zemore R, Shepel LF. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Soc Sci Med.*, 28(1), 19-27.
- Zhang, K., Shen, X., Wu, J., Sakaki, K., Saunders T., Rutkowski, D.T., Back, S.H., Kaufman, R. J. (2006). Endoplasmic reticulum stress activates cleavage of CREBH to induce a systemic inflammatory response. *Cell*, 124, 587–599.
- Ziegler, J., Newton, R., Bourboulia, D., Casabonne, D., Beral, V., Mbidde, E., Carpenter, L., Reeves, G., Parkin, D. M., Wabinga, H., Mbulaiteye, S., Jaffe, H., The Uganda Kaposi's Sarcoma Study Group, Weiss, R. & Boshoff, C. (2003). Risk factors for Kaposi's sarcoma: a case-control study of HIV-seronegative people in Uganda. *International Journal of Cancer*, 103(2), 233-240.
- Zwingmann C, Wirtz M, Müller C, Körber J, Murken S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *29(6)*, 533-47.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1.**

### **Consentimento Informado**

*[Documento para o Participante]*

#### *Consentimento Informado*

#### **1. Título do Projeto.**

##### **Impacto psicológico em doentes Angolanos com patologia oncológica em Portugal**

*Contributo da Psicologia da Saúde Para Diagnóstico, Prevenção e Intervenção Precoce.*

*O presente documento visa fornecer-lhe a informação básica de que depende o seu consentimento para a participação voluntária neste projeto de investigação. O presente documento é um requisito necessário para essa participação. Pede-se que o leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e, se quiser participar, assinie o documento. Leve o tempo que entender necessário para examiná-lo.*

#### **2. Descrição sucinta da natureza, objetivos e procedimentos do estudo.**

O crescente desenvolvimento da Psicologia da Saúde nas últimas décadas, com a substantiva contribuição da Psicologia como ciência na sua dimensão global, desencadeou perspetivas que visam a promoção, proteção, prevenção da saúde e tratamento das doenças.

Do ponto de vista de investigação, a melhoria do diagnóstico etiológico dos doentes com suspeita de doença crónica nomeadamente oncológica tem revelado uma prevalência elevada de doentes com patologia tumoral, condicionando sua evacuação para Portugal na base dos acordos de cooperação entre ambos os países.

Objetivos:

- 1) Avaliar o papel do comportamento da etiologia da doença.
- 2) Analisar os comportamentos prejudiciais para a saúde.
- 3) Estudar o papel de psicologia na vivência da doença e seu tratamento.
- 4) Promover comportamento saudável e prevenção do aparecimento da doença.
- 5) Propor medidas para criação e desenvolvimento de programas de ensino/aprendizagem, tratamento e prevenção relacionadas com psicologia da saúde nas suas variadas dimensões em Angola.

*Os investigadores assumem a responsabilidade pela confidencialidade de quaisquer dados recolhidos.*

*Dada a voluntariedade da sua participação, é-lhe possível desvincular-se a todo o tempo do presente processo de investigação, sendo que tanto a recusa inicial como o abandono subsequente não acarretam qualquer penalização ou perda de direitos.*

*Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares previamente à sua participação, poderá contactar:*

Nome **Augusto Cassul**

Local **Setor da Saúde / Consulado / Embaixada de Angola em Lisboa**

*Telefone*            **938553883 / 21 3602006**

*e-mail / site*        ***a.cassul@gmail.com***

**3. Identificação completa dos Investigadores e Instituições envolvidos.**

*Augusto Cassul*

Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

---

(Assinatura legível do responsável pela investigação)

---

(Assinatura do próprio participante, ou seu representante legal)

*Sugerimos-lhe que conserve esta cópia do documento, ficando a outra cópia na posse do responsável do projeto.*

## **Anexo 2.**

### **Protocolo de Investigação**

#### **PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO**

---

**1. Tipo de Grupo**

*Grupo oncológico*

*Grupo de controlo*

#### **Questionário Sócio-demográfico**

**2. Sexo:** ( ) M ( ) F

**3. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**4. Raça:** \_\_\_\_\_

**5. Estado Civil** ( ) solteiro ( ) casado ou unido de facto ( ) viúvo ( ) divorciado ( ) outros.

**6. Residência** ( ) urbana ( ) suburbana ( ) rural

**7. Nível de Instrução** ( ) Iltrado ( ) Ensino básico ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior

**8. Profissão** \_\_\_\_\_

**9. Salário** ( ) Mínimo ( ) Médio ( ) Superior ( ) Sem salário

#### **Dados Biométricos**

**10. Altura:** \_\_\_\_\_ Cm

**11. Peso:** \_\_\_\_\_ Kg

**12. Índice de Massa Corporal** \_\_\_\_\_

**13. Valores de Tensão Arterial:** sitólica: \_\_\_\_\_ diastólica: \_\_\_\_\_

#### **Questionário Clínico**

**14. Em geral, como classifica a sua saúde?**

( ) Excelente

( ) Muito boa

( ) Boa

( ) Razoável

( ) Má

( ) Muito má

**15. Sente-se sexualmente satisfeito?**

Sim

Não

**16. Sente limitações no trabalho ou noutras atividades?**

Sim

Não

**Sofre de alguma destas doenças?** (Preencha o que se aplicar)

**17. Angina de peito**

Sim

Não

**18. Artrite ou reumatismo**

Sim

Não

**19. Asma brônquica**

Sim

Não

**20. Défice visual**

Sim

Não

**21. Doença pulmonar ou obstrutiva crónicas**

Sim

Não

**22. Insuficiência cardíaca**

Sim

Não

**23. Défice auditivo**

Sim

Não

**24. Doença coronária**

Sim

Não

**25. Valvulopatia**

Sim

Não

**26. Doença aterosclerótica (pós-AVC Hipertensão Arterial)**

Sim

Não

**27. Diabetes mellitus**

- Sim
- Não

**28. Problemas crónicos da coluna**

- Sim
- Não

**29. Problemas gástricos (úlceras)?**

- Sim
- Não

**30. Valores de glicémia em jejum?**

- Menor ou igual a 126
- Maior do que 126

**Só para Mulheres:**

**31. Há quanto tempo fez a última mamografia?**

- Inferior ou igual a 1 ano
- Superior a 1 ano e inferior a 3 anos
- Igual ou superior a 3 anos
- Nunca

**32. Quantas mulheres da sua família próxima (apenas mãe ou irmãs) tiveram Cancro da Mama?**

\_\_\_\_\_

**33. Já fez uma histerectomia?**

- Sim
- Não

**34. Há quanto tempo fez um esfregaço vaginal (Papanicolau)?**

- Inferior ou igual a 1 ano
- Superior a 1 ano e inferior a 3 anos
- Igual ou superior a 3 anos
- Nunca

**35. Com que idade teve o primeiro período (menarca)? \_\_\_\_\_**

**36. Alguma vez engravidou?**

- Sim
- Não

**37. Se sim, quantos filhos teve? \_\_\_\_\_**

**38. Já atingiu a menopausa?**

- Sim
- Não

**Só para Homens**

39. Tem 40 ou mais anos de idade?

Sim

Não

40. Quando foi a última vez que fez um exame retal ou à próstata?

Inferior ou igual a 1 ano

Superior a 1 ano e inferior a 3 anos

Igual ou superior a 3 anos

Nunca

41. Há quanto tempo fez o seu último PSA (antigénio sanguíneo prostático)?

Inferior ou igual a 1 ano

Superior a 1 ano e inferior a 3 anos

Igual ou superior a 3 anos

Nunca

Tem algum dos seguintes problemas? (Preencha os casos que se apliquem)

42. Dificuldade em obter ou manter uma ereção

Sim

Não

43. Problemas para urinar (urina muito frequentemente, tem de se levantar muitas vezes de noite para urinar, tem dificuldade para começar a urinar)

Sim

Não

**Só para doentes oncológicos**

44. Tipo e localização da patologia oncológica \_\_\_\_\_

45. Gravidade da Patologia Oncológica:

T0  T1  T2  T3  T4  N0  N1  N2  N3  N4  M0  M1

46. Tempo de diagnóstico (meses): \_\_\_\_\_

Tratamentos Anteriores efetuados:

47. Tipos de tratamento:

Médico (inclui quimioterapia)

Médico / Cirúrgico

Cirúrgico

Nenhum

**Os itens seguintes são sobre atividades que pode exercer num dia normal**

A sua saúde limita-lhe estas atividades? Se sim, até que ponto?

(Faça um círculo em cada número de cada linha)

1 = Limita muito 2 = Limita um pouco 3 = Sem limitação

48. Atividades vigorosas, como corrida, elevação de objetos pesados, ou participação em desportos extenuantes: 1 2 3
49. Atividades moderadas, como mover uma mesa, empurrar um aspirador, jogar bowling ou golfe: 1 2 3
50. Levantar ou carregar compras de mercearia: 1 2 3
51. Subir vários lances de escadas :1 2 3
52. Subir um lance de escadas: 1 2 3
53. Dobrar-se, ajoelhar-se ou baixar-se: 1 2 3
54. Andar mais de 1 km e meio: 1 2 3
55. Andar vários quarteirões: 1 2 3
56. Andar um quarteirão: 1 2 3
57. Tomar banho ou vestir-se: 1 2 3

**Questionário de estilos de vida**

58. Fuma tabaco?  
( ) Sim ( ) Não
59. Se deixou de fumar, há quanto tempo? (meses) \_\_\_\_\_
60. Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?  
( ) Sim ( ) Não
61. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_
62. Presentemente é sexualmente ativo?  
( ) Sim ( ) Não
63. **Numa semana normal, quantas vezes faz (fazia) exercício físico? (Atividade física= 30 minutos de exercício ou trabalho contínuo que lhe acelere o ritmo respiratório e o pulso cardíaco)**  
( ) Menos de 1 vez por semana  
( ) 1 ou 2 vezes por semana  
( ) 3 ou mais vezes por semana

**Responda por favor a cada questão preenchendo todos os casos que se aplicarem:**

64. **O meu nível de energia é (era) demasiado baixo.**  
( ) Sim ( ) Não
65. **Estou (estava) contente com a minha aparência normal.**  
( ) Sim ( ) Não
66. **Estou (estava) contente com o meu corpo.**

Sim  Não

#### **Saúde Nutricional**

**67. Quantas refeições completas faz (fazia) por dia?**

1 refeição  2 refeições  3 refeições  4 refeições  5 refeições ou mais

**68. Come (comia) todos os dias alimentos com alto teor de colesterol ou gorduras?**

Sim  Não

**69. Come (comia) carne gorda, queijo, fritos ou ovos?**

Sim  Não

**70. Sofre de alguma doença que implique mudar o tipo e/ou quantidade de alimentos queingere?**

Sim  Não

**71. Come (comia) fruta ou vegetais regularmente?**

Sim  Não

**72. Toma (tomava) 1 ou 2 copos de cerveja, licor ou vinho quase todos os dias?**

Sim  Não

**73. Faz habitualmente dieta ou fez nos últimos 3 meses?**

(Isto inclui qualquer tipo de dieta cultural ou religiosa)

Sim  Não

**74. Consome (consumia) algum tipo de laticínios diariamente (um copo de leite, uma sandes de queijo ou uma dose de iogurte)?**

Sim  Não

**75. Come (comia) diariamente carne, peixe ou frango?**

Sim  Não

**76. Quanta água bebe (bebia) por dia?**

menos de 1litro  1 litro ou mais

#### **Hábitos de Sono**

**77. Apresenta (apresentava) alterações do sono com frequência?**

sim  não

Atribui essas alterações a quais fatores? \_\_\_\_\_

**78. Mudanças de hábito (ambiente estranho, ausência de objetos familiares, horário alterado devido a trabalho ou lazer)**

sim  não

**79. Teve doenças nos últimos seis meses? Para os pacientes oncológicos seis meses antes da doença ter sido diagnosticada.**

sim  não

**80. Drogas**

sim  não

**81. Álcool**

sim  não

**82. Perturbações emocionais**

sim  não

**Atividades Espirituais:**

**83. Frequento rituais religiosos (p. ex. missa)**

sim  não

### Anexo 3.

### Escala NEO-FFI 20

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com uma cruz apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião. Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, preencha o quadrado errado e assinale com uma cruz a resposta correcta. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepião ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou uma pessoa muito activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 4.

### Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

#### Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

De seguida vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

<p>A = Concordo totalmente                  B = Concordo na maior parte                  C = Não concordo nem discordo                  D = Discordo na maior parte                  E = Discordo totalmente</p>
--

Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes como as que eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress na sua vida desde que soube que ia fazer este/a (tratamento, cirurgia, exame, etc.-deve adequar a frase à condição a avaliar). Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que fez para lidar com este problema. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tentou lidar com este problema. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. 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 *eficaz* ou não - mas se fez ou não fez isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade.

- 0-nunca faço isto
- 1-faço isto por vezes
- 2-em média é isto que faço
- 3-faço quase sempre isto

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho 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, 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 expresso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e 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 tomá-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 e expresso 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				

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

## Cotação

Itens do NEO-FFI-20	Itens do NEO-PI-R	
1	71*	
2	77	
3	128*	Neuroticismo = 1 + 6 + 11 + 16
4	184	
5	215	
6	26	
7	107	Extroversão = 2 + 7 + 12 + 17
8	188	
9	154	
10	185	
11	11*	Abertura à Experiência = 3 + 8 + 13 + 18
12	227	
13	53*	
14	74*	
15	200	Amabilidade = 4 + 9 + 14 + 19
16	186	
17	12	
18	8*	
19	4*	Conscienciosidade = 5 + 10 + 15 + 20
20	85	

Nota: A cotação é feita de 0 a 4. \*itens com cotação invertida