

**Mecanismos de *Coping*, Ansiedade Estado e
Perceção de Suporte Social em Pacientes com
Cancro da Mama: Um Estudo em Mulheres
Portuguesas**

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Laura Sofia Moura

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Mecanismos de *Coping*, Ansiedade Estado e Perceção de Suporte Social em Pacientes com Cancro da Mama: Um Estudo em Mulheres Portuguesas

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Laura Sofia Moura

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º Ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Paulo Joaquim Fonseca da Silva Farinha Rodrigues
Coorientadores: Professor Doutor Luís Alberto Coelho Rebelo Maia
Professora Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento

novembro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Laura Sofia Moura, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13211 do 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 28 /11 /2025

Dedicatória

A todas as mulheres que enfrentam a realidade do cancro da mama:

Esta dissertação é dedicada a vocês, que mesmo diante do medo, da dor e da incerteza, continuam a erguer-se através de coragem silenciosa e uma força que inspira.

Que a esperança que carregam, mesmo nos momentos mais difíceis, seja reconhecida. Que este trabalho, de alguma forma, honre a vossa luta e contribua para que cada caminho seja um pouco mais leve, compreendido e acolhido.

A vossa força, resiliência e esperança inspiram este trabalho e reforçam a importância de continuar a estudar, compreender e apoiar quem enfrenta esta realidade.

“Eu não sou o que me aconteceu. Eu sou aquilo que escolho me tornar.”

- Carl Jung

Agradecimentos

A **mim** mesma, por acreditar na minha capacidade mesmo quando o caminho parecia difícil e até impossível. Por persistir, superar obstáculos, noites e dias longos de estudo e momentos de dúvida, e por manter a motivação até ver este trabalho concluído. Esta dissertação é também fruto da minha dedicação, coragem e resiliência, e eu agradeço-me por cada esforço que tornou tudo possível.

À minha **mãe**, pelo amor incondicional, pela paciência infinita e pelo apoio constante em cada etapa desta jornada. Obrigada por acreditares em mim e por seres sempre a minha força silenciosa.

Ao **Professor Doutor Luís Maia**, que contribuiu para a orientação através de dedicação, empenho e atenção cuidadosa. O seu apoio, conhecimento e disponibilidade foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Embora tenha sido necessária uma mudança na etapa final do trabalho, reconheço e agradeço profundamente o seu contributo essencial durante grande parte deste processo.

À **Professora Doutora Carla Nascimento** que me apoiou de forma incansável nos momentos mais difíceis e de maior desespero. Um enorme obrigada por tornar os desafios mais leves, por acreditar em mim quando eu duvidava e por disponibilizar tanta paciência e compreensão ao longo deste percurso. O seu apoio fez toda a diferença na realização desta dissertação e na minha confiança para a concluir.

Ao **Professor Doutor Paulo Rodrigues** que sempre esteve disponível para me ajudar e que foi, sem dúvida, um alicerce enorme na realização desta dissertação. A sua paciência e ensinamentos foram cruciais para que este trabalho se concretizasse com rigor e confiança. Agradeço igualmente por ter assumido a orientação na etapa final deste trabalho, pela disponibilidade e contributos valiosos que permitiram a sua conclusão com sucesso.

Ao **Miguel da equipa dos ensaios clínicos** do Hospital CUF Descobertas, que sempre acreditou no meu empenho e nunca desistiu de mim, assim como deste trabalho. Um enorme obrigada pelo esforço e dedicação pois foram essenciais e profundamente valorizados.

À **Professora Doutora Isabel Fernandes** do Serviço de Oncologia no Hospital CUF Descobertas. A sua orientação e disponibilidade foram fundamentais para que este estudo se tornasse possível. A sua paixão pelo cuidado e pela investigação deixa uma marca profunda neste trabalho e em todos os que têm a sorte de aprender consigo.

À **Doutora Sofia Braga** do Serviço de Oncologia do Hospital CUF Descobertas pelo seu trabalho incrível e inspirador, pela dedicação exemplar e, acima de tudo, pela generosidade e apoio prestados durante a recolha de dados

À **Tânia**, à **Marta**, à **Li**, à **Jéssica** e à **Sara** pelo apoio, incentivo, paciência e pelos momentos de riso que tornaram os dias de estudo e escrita mais leves. A vossa amizade deu-me força nos momentos de dúvida, coragem para continuar e alegria para celebrar cada pequena conquista. Este trabalho também é um reflexo do vosso carinho e da vossa presença constante na minha vida.

A **todas as utentes** que puderam participar deste estudo. Sem a vossa disponibilidade, coragem e abertura para partilhar experiências tão pessoais e sensíveis, este trabalho não teria sido possível. O vosso testemunho foi fundamental para compreender a vivência do cancro da mama e trouxe significado a cada análise, resultado ou conclusão aqui apresentados.

Resumo

Esta investigação tem como principal objetivo estudar a relação entre a ansiedade-estado, os mecanismos de *coping* e a perceção de suporte social em mulheres com diagnóstico confirmado de cancro da mama. A amostra foi constituída por 72 mulheres, com idades entre os 31 e 83 anos ($M = 49.90$; $DP = 10.16$). O protocolo de investigação inclui: *Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey*, Questionário COPE reduzido e o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade e um questionário sociodemográfico. Os dados foram recolhidos por meio da disseminação de um questionário online, bem como em consulta de oncologia de um hospital privado.

Os resultados mostraram que a ansiedade-estado em mulheres com cancro da mama não se encontra diretamente relacionada com a presença ou ausência de doença oncológica ativa, mas sim com os estilos de *coping* utilizados. Estratégias adaptativas mostraram-se protetoras, enquanto estratégias desadaptativas se associaram a níveis mais elevados de ansiedade. A perceção de suporte social, apesar de elevada nesta amostra, não se revelou estatisticamente associada à ansiedade-estado. Estes resultados reforçam a relevância de promover o desenvolvimento de mecanismos de *coping* adaptativos como forma de proteção psicológica em mulheres com cancro da mama.

Palavras-chave

Cancro da mama; Mecanismos de *Coping*; Ansiedade-Estado, Perceção do Suporte Social

Abstract

This study aims to examine the relationship between state anxiety, *coping* mechanisms, and perceived social support in women with a confirmed diagnosis of breast cancer. The sample consisted of 72 women aged between 31 and 83 years ($M = 49.90$; $SD = 10.16$). The research protocol included the Medical Outcomes Study Social Support Survey, the Brief COPE questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory, and a sociodemographic questionnaire. Data were collected through the dissemination of an online questionnaire and during oncology consultations at a private hospital. The results showed that state anxiety in women with breast cancer was not directly related to the presence or absence of active oncological disease, but rather to the *coping* styles employed. Adaptive *coping* strategies were found to be protective, whereas maladaptive strategies were associated with higher levels of anxiety. Perceived social support, although high in this sample, was not statistically associated with state anxiety. These findings highlight the importance of promoting the development of adaptive *coping* mechanisms as a form of psychological protection for women with breast cancer.

Keywords

Breast Cancer; *Coping* strategies; State Anxiety; Perceived Social Support

Índice

Introdução	1
1.1 Cancro	3
1.2 Cancro da mama	5
1.2.1 Fatores de risco	6
1.2.2 Diagnóstico	7
1.2.3 Estadiamento e tratamento	8
1.3 Aspetos psicopatológicos associados à doença oncológica	9
1.4 Ansiedade	11
1.5 <i>Coping</i>	12
1.6 Perceção do suporte social	14
Capítulo II: Objetivos empíricos e hipóteses gerais	17
Capítulo III: Método	19
1.1 Tipo de estudo	19
1.2. Procedimento.....	19
1.3 Participantes	20
1.4 Protocolo de Investigação	22
1.4.1. Questionário Sociodemográfico	22
1.4.2. Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey – versão portuguesa (MOS-SSS-P).....	22
1.4.3 Questionário COPE reduzido (Brief-Cope).....	23
1.4.4 Inventário de Estado-traço de Ansiedade - <i>State-trait Anxiety Inventory</i> (STAI)	25
1.5 Análise estatística.....	26
Capítulo IV: Resultados	27
1.1 Preparação de dados.....	27
1.2 Análise da Normalidade da Amostra	30
1.3 Análise da diferença da Ansiedade-Estado entre pessoas com doença oncológica ativa e pessoas com doença oncológica não ativa.....	31
1.4 Análise da correlação entre as estratégias de <i>coping</i> adaptativas e níveis de ansiedade-estado.....	32
1.5 Análise da correlação entre os estilos de <i>coping</i> desadaptativos e níveis de ansiedade-estado.....	33
1.6 Análise da correlação entre a perceção de suporte social e os níveis de ansiedade-estado	33
1.7 Análise do efeito da ansiedade-estado nos estilos de <i>coping</i> desadaptativos	34
Capítulo V: Discussão	35

Capítulo VI: Conclusões	44
1.1 Limitações e Contributos	44
1.2 Recomendações	47
1.3 Implicações Clínicas	47
Capítulo VII: Reflexão Final	49
Bibliografia	50
Anexos	60

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da amostra	20
Tabela 2. Estudo da validade do instrumento MOS-SSS-P	23
Tabela 3. Estudo da validade do instrumento BRIEF-COPE	24
Tabela 4. Estudo da validade do instrumento STAI	26
Tabela 5. Estilos de <i>coping</i> mais frequentemente utilizados pelas participantes	27
Tabela 6. Média da percepção do suporte social	28
Tabela 7. Níveis de Ansiedade-Estado	28
Tabela 8. Matriz de Correlação de Pearson entre Estilos de <i>Coping</i> e Ansiedade-Estado	29
Tabela 9. Matriz de Correlação de Pearson entre a Percepção de Suporte Social e Ansiedade-Estado	29
Tabela 10. Teste de Normalidade da Amostra	30
Tabela 11. Teste t para Amostras Independentes.....	31
Tabela 12. Análise das Diferenças da Ansiedade-Estado em Função das pessoas Com Doença Oncológica Ativa e das pessoas Com Doença Oncológica Não-ativa	32
Tabela 13. Correlação entre a Ansiedade-Estado e Estratégias de <i>Coping</i> Adaptativas	32
Tabela 14. Correlação entre a Ansiedade-Estado e Estilos de <i>Coping</i> Desadaptativas	33
Tabela 15. Correlação entre a Ansiedade-Estado e a Percepção de Suporte Social.....	33
Tabela 16. ANOVA – <i>Coping</i> Desadaptativo.....	34
Tabela 17. Categorias da Ansiedade – Distribuição, Médias e Desvio Padrão	34
Tabela 18. Comparações Post hoc – Ansiedade Categorizada.....	34

Lista de Acrónimos

ACA	American Cancer Society
APA	American Psychological Association
STAI Forma Y-1	Ansiedade-Estado
CMTN	Cancro da Mama Triplo Negativo
CDIS	Carcinoma Ductal <i>in-situ</i>
CLIS	Carcinoma Lobular <i>in-situ</i>
CLIE	Consentimento Livre, Informado e Esclarecido
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
GAIN	Grupo de Avaliação e Intervenção Neuropsicológica
MOS-SSS-P	Medical Outcomes Study Social Support Survey – versão portuguesa
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ECIS	Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro
SNA	Sistema Nervoso Autónomo
STAI	State-trait Anxiety Inventory
UE	União Europeia
UBI	Universidade da Beira Interior
WHO	World Health Organization

Introdução

O presente estudo, elaborado no âmbito da Unidade Curricular Dissertação do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI), apresenta-se em formato de dissertação, subdividido em 7 capítulos intitulados Enquadramento Teórico, Objetivos Empíricos e Hipóteses Gerais, Método, Resultados, Discussão, Conclusões e Reflexão Final. Este estudo foi realizado no projeto “GAIN – Grupo de avaliação e intervenção neuropsicológica”, do Departamento de Psicologia e Educação da UBI.

O capítulo I centra-se na caracterização do cancro em termos gerais e, de forma mais específica, do cancro da mama. São igualmente abordados os aspetos psicopatológicos frequentemente associados à doença oncológica. Para enquadrar o estudo, procede-se ainda à exploração dos construtos em análise – ansiedade, *coping* e perceção do suporte social. Relativamente ao primeiro construto, apresenta-se a definição, diagnóstico, os principais fatores de risco, bem como o estadiamento e os tratamentos habitualmente associados.

O capítulo II apresenta os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas. O capítulo III foca-se na metodologia contemplando a caracterização do estudo, o procedimento adotado, a descrição da amostra, a apresentação dos instrumentos utilizados na recolha de dados, bem como os processos de preparação e análise estatística conduzidos para investigar as hipóteses e os objetivos propostos. O capítulo IV expõe os resultados obtidos, seguidos pelo capítulo V, dedicado à discussão, onde se comparam os resultados do presente estudo com a literatura existente. O capítulo VI apresenta as conclusões do trabalho bem como as limitações, contributos e recomendações do mesmo. Por fim, no capítulo VII, é realizada uma reflexão final sobre o estudo desenvolvido.

Esta dissertação finaliza com a apresentação das referências bibliográficas usadas a fim de sustentar cientificamente a mesma, bem como os anexos.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

O presente capítulo tem como finalidade proceder ao enquadramento teórico das variáveis em análise, constituindo a base conceptual que sustenta a investigação desenvolvida.

1.1 Cancro

De acordo com a *World Health Organization* (WHO) (2025), o cancro engloba um grupo amplo de doenças que podem surgir em qualquer órgão ou tecido do corpo. Estas doenças têm diversas características em comum caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células anormais, que ultrapassam os limites usuais dos tecidos, invadindo áreas adjacentes, espalhando-se para outros órgãos, através de um processo conhecido como metástase. Este processo é uma das principais causas de mortalidade associada ao cancro (*World Health Organization* [WHO], 2025).

Nem todos os tumores correspondem a neoplasias malignas (Boaretto et al., 2023). O termo tumor refere-se ao crescimento anómalo de um conjunto de células excedentárias, cuja presença não é necessária ao funcionamento normal do organismo (Boaretto et al., 2023). De forma geral, os tumores podem ser classificados em benignos ou malignos (Boaretto et al., 2023; Machado & Araújo, 2025; Marques, 2003; WHO, 2025).

Os tumores benignos caracterizam-se por um crescimento localizado, não infiltrativo e geralmente lento, não representando, na maioria dos casos, risco de vida para o indivíduo (Boaretto et al., 2023). Além disso, não possuem capacidade de invasão dos tecidos adjacentes nem de disseminação para outros órgãos, não ocorrendo, portanto, o fenómeno de metástase (Boaretto et al., 2023).

Em contrapartida, os tumores malignos correspondem efetivamente ao cancro (Boaretto et al., 2023; Machado & Araújo, 2025; Marques, 2003; WHO, 2025). Estes apresentam comportamento agressivo, com potencial para infiltrar tecidos circundantes e disseminar-se para locais distantes através dos sistemas linfático ou sanguíneo, originando metástases (Boaretto et al., 2023). Mesmo após a remoção cirúrgica, podem apresentar recidiva local ou metastática, representando, assim, uma ameaça significativa à vida do paciente (Boaretto et al., 2023). Neste caso, as células destes tumores podem invadir e danificar os tecidos e órgãos circundantes e, através do processo de metastização, libertar-se do tumor primitivo e entrar na corrente sanguínea ou no sistema linfático (Machado & Araújo, 2025; Marques, 2003).

Para além dos avanços da medicina, o cancro continua a ser uma das doenças mais preocupantes na comunidade científica e em sociedade (Pereira et al., 2016), bem

como um dos principais problemas sociais, de saúde pública e económicos do século XXI, sendo responsável por cerca de uma em cada seis mortes (16,8%) no mundo (Bray et al., 2021 as cited in Bray et al., 2024). Para além de representar uma barreira significativa no aumento da esperança média de vida, o cancro está associado a custos sociais e macroeconómicos elevados, que variam em função do tipo de cancro, da localização geográfica e do género do indivíduo (Chen et al., 2023 as cited in Bray et al., 2024).

A nível global, tanto a incidência como a mortalidade por cancro têm vindo a aumentar nas últimas décadas. Este crescimento é explicado, em grande parte, pelo envelhecimento e crescimento populacional, bem como pelas alterações na prevalência e distribuição de determinados fatores de risco (Fernandes & Cortes, 2020). A Europa destaca-se por apresentar taxas de incidência e mortalidade por cancro significativamente elevadas quando comparadas com a sua proporção populacional a nível global (Bray et al., 2024). Embora represente apenas uma fração relativamente pequena da população mundial, concentra cerca de 22,4% de todos os casos de cancro e 20,4% das mortes associadas à doença (Bray et al., 2024).

Segundo dados da *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN) (2022) são estimados 19,9 milhões de novos casos de cancro no mundo e 9,7 milhões de mortes por cancro. Estimativas sugerem que aproximadamente 1 em 5 indivíduos desenvolvem cancro ao longo da vida, e que 1 em cada 9 homens e 1 em 12 mulheres morrem da doença (Bray et al., 2024).

Em Portugal, o cancro é a segunda principal causa de morte e a sua prevalência aumentou 27% entre 2010 e 2020. (*Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD] & *European Commission*, 2025). De acordo com o Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS) do Centro Comum de Investigação, Portugal registou, em 2022, taxas de incidência de cancro padronizadas pela idade inferiores à média da União Europeia. Especificamente, as taxas foram 6% mais baixas nas mulheres e 1% mais baixas nos homens, em comparação com os valores médios observados nos países da União Europeia (OECD & European Commission, 2025). No que diz respeito às mulheres, a incidência prevista de cancro é muito mais reduzida quando comparada à dos homens, com 460 casos por 100 000, uma taxa inferior de 32% à dos homens (677 casos por 100 000) (OECD & European Commission, 2025). Entre as mulheres, as principais localizações do cancro são a mama (143 por 100 000), o cólon ou reto (63 por 100 000), a tiroide (31 por 100 000) e o pulmão (28 por 100 000) (OECD & European Commission, 2025). Para além destes dados, também é possível observar uma maior taxa de incidência de cancro em ambos os sexos no grupo etário 15-49 anos (OECD & European Commission, 2025).

Face a estes dados, e considerando que o cancro constitui uma das doenças com maior incidência tanto em Portugal como a nível mundial, estão associadas à sua ocorrência diversas implicações físicas, sociais e psicológicas (Bravo et al., 2021; Fernandes & Cortes, 2020; Holland, 2018). Com o objetivo de atenuar o impacto destas implicações no bem-estar dos doentes, emergiu um novo e relevante campo de estudo no âmbito da oncologia: a Psico-oncologia (Holland, 2018).

Esta nova disciplina foca-se essencialmente nas necessidades psicossociais do doente, na sua família e profissionais de saúde e também na influência dos fatores emocionais e comportamentais no início e progressão da doença (Holland, 2018). Segundo Holland (2018) a Psico-oncologia envolve duas dimensões: a primeira, psicossocial – refere-se às respostas emocionais manifestadas pelos pacientes ao longo de todas as fases da doença, assim como às reações dos seus familiares e cuidadores. Já a segunda, a dimensão psicobiológica, considera os fatores psicológicos, sociais e comportamentais que podem influenciar tanto a morbilidade como a mortalidade associada ao cancro (Holland, 2018).

1.2 Cancro da mama

O cancro da mama é uma doença na qual células mamárias anormais crescem descontroladamente formando tumores e pode ter origem em diferentes partes da mama: nos lóbulos – cancro lobular; nos ductos – cancro ductal; no mamilo – doença de *Paget*; na gordura e tecido conjuntivo (estroma) – tumor filóide e nos vasos sanguíneos e linfáticos – angiossarcoma (Almeida et al., 2005; American Cancer Society, 2021; Beers et al., 2008; WHO, 2024).

A forma inicial (*in situ*) é uma lesão precursora que se desenvolve num ducto mamário, sem invasão do tecido mamário adjacente (Beers et al., 2008). Por não apresentar risco de morte, pode ser identificada em estádios precoces (American Cancer Society, 2021; Fernandes & Cortes, 2020; WHO, 2024). Por outro lado, o termo cancro da mama invasivo é usado para descrever qualquer tipo de cancro da mama que se tenha espalhado para o tecido mamário próximo ou outros órgãos (metástase) (Alves et al., 2022 as cited in Machado & Araújo, 2025; American Cancer Society, 2021; WHO, 2024).

A evolução do cancro da mama varia de mulher para mulher, podendo apresentar um desenvolvimento mais lento ou, pelo contrário, um comportamento mais agressivo, com crescimento acelerado (Beers et al., 2008). Alguns cancros da mama invasivos apresentam características especiais ou evoluem de maneiras diferentes influenciando o seu tratamento e prognóstico (Beers et al., 2008).

O cancro da mama triplo negativo (CMTN) é um subtipo de cancro da mama, caracterizado por ser um tipo agressivo e invasivo, no qual as células cancerígenas não possuem recetores de estrogénio ou progesterona (American Cancer Society, 2021).

De acordo com a World Health Organization (2024), em 2022, 2.3 milhões de mulheres foram diagnosticadas com cancro da mama e 670.000 mortes ocorreram no mundo inteiro afetando mulheres de todos os países, em qualquer idade após a puberdade, mas com taxas crescentes na fase adulta. A mortalidade por cancro da mama, ajustada à idade, apresentou uma redução significativa – cerca de 40% - entre as décadas de 1980 e 2020 nos países desenvolvidos (WHO, 2024). Esta diminuição é atribuída sobretudo a estratégias eficazes de rastreio e tratamento, que permitiram uma redução anual consistente entre 2% e 4% nas taxas de mortalidade (WHO, 2024).

Não considerando o cancro da pele, o cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres e corresponde, no momento presente, à principal causa de morte por cancro, na mulher (Bravo et al., 2021). Em Portugal, atualmente, são detetados aproximadamente 9000 novos casos de cancro da mama e mais de 2000 mulheres morrem com esta doença (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2025).

1.2.1 Fatores de risco

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasia da mama podem ser classificados em dois grandes grupos: fatores relacionados à predisposição genética e fatores ambientais, incluindo aqueles associados ao estilo de vida (Fernandes & Cortes, 2020).

Segundo Marques (2003) a influência dos fatores genéticos na carcinogénese revela-se significativa, estando bem documentada a maior incidência de neoplasias mamárias em familiares de primeiro grau de indivíduos diagnosticados com neoplasias da mama, ovário ou cólon antes dos 65 anos de idade. Em contrapartida, os casos diagnosticados após essa faixa etária são, geralmente, menos indicativos de predisposição genética hereditária (Marques, 2003). Embora tenham pouca influência no risco de desenvolvimento do cancro da mama, fatores como menstruação precoce, menopausa após os 55 anos, gravidez tardia e ausência de gravidez podem aumentar a probabilidade da doença, sobretudo quando existe associação entre os três primeiros fatores (McPherson et al., 2000; OLH et al., as cited in Machado & Araújo, 2025; Marques, 2003).

A predisposição genética desempenha um papel importante no desenvolvimento do cancro da mama, sendo que mulheres com histórico familiar da doença apresentam risco significativamente aumentado (Machado & Araújo, 2025; Marques, 2003). No

entanto, apenas cerca de 10% da totalidade de neoplasias da mama podem ser classificadas como hereditárias (Fernandes & Cortes, 2020).

No que se refere aos fatores ambientais e relacionados ao estilo de vida, destacam-se a exposição prolongada a estrogénios (tanto endógenos quanto exógenos, incluindo terapêutica de substituição hormonal de longa duração), baixa fertilidade ou paridade reduzida, alta densidade mamária, histórico de hiperplasia atípica, exposição à radiação ionizante, dieta ocidental, obesidade e consumo de bebidas alcoólicas (Lee, 1983; Aversa et al., 2014 as cited in Fernandes & Cortes, 2020).

1.2.2 Diagnóstico

A deteção precoce do cancro da mama pode ser realizada por meio de duas estratégias complementares: o diagnóstico voltado para as mulheres que apresentam sinais ou sintomas suspeitos da doença, e o rastreamento dirigido a mulheres assintomáticas (Machado & Araújo, 2025; Fernandes & Cortes, 2020).

Os sinais e sintomas podem ser a presença de nódulos geralmente indolores, duros e irregulares, alterações no formato da mama como assimetria ou inchaço, vermelhidão, retrações, espessamento ou aspeto de “casca de laranja”, além da secreção pelo mamilo, que pode ser transparente ou apresentar coloração rosada ou avermelhada devido à presença dos glóbulos vermelhos (Machado & Araújo, 2025; Fernandes & Cortes, 2020). Podem ocorrer ainda alterações no posicionamento do mamilo e linfodos palpáveis na axila (Machado & Araújo, 2025). Embora menos frequente, a dor na mama ou na região axilar também pode estar presente (Nascimento et al., 2023 as cited in Machado & Araújo, 2025)

O diagnóstico do cancro da mama pode ser realizado por meio de diversos métodos complementares, incluindo o exame clínico da mama, mamografia de diagnóstico, ecografia (ultrassonografia), ressonância magnética, biópsia e outros exames adicionais (Machado & Araújo, 2025) . Esses procedimentos são utilizados de forma combinada para confirmar a presença de alterações suspeitas e estabelecer um diagnóstico preciso (Ferreira et al., 2021 as cited in Bravo et al., 2021). Mesmo assim, poderá não ser detetado através destes exames de diagnóstico, sendo necessário ter em conta alguns sintomas, sendo os mais frequentes um nódulo ou massa (Machado & Araújo, 2025).

Após a deteção de uma massa com potencial maligno, é imprescindível a realização de uma biopsia para confirmar ou excluir a presença de células cancerígenas (Beers et al., 2008; Machado & Araújo, 2025). Existem três tipos principais: biopsia por aspiração (retirada de algumas células através de uma agulha), biopsia por incisão (remoção de uma pequena porção do tecido) e biopsia por exérese (remoção completa da

massa). Geralmente, este procedimento não requer internamento hospitalar (Beers et al., 2008) e é guiado por exames de imagem, garantindo uma maior precisão no diagnóstico e, se possível, tornando o processo menos invasivo (Nascimento, 2003 as cited in Machado & Araújo, 2025).

Após o diagnóstico, a determinação do estágio da doença torna-se fundamental para orientar o plano terapêutico (Beers et al., 2008; Bravo et al., 2021; Fernandes & Cortes, 2020; Machado & Araújo, 2025).

1.2.3 Estadiamento e tratamento

O estadiamento do cancro da mama constitui um elemento central para a definição do prognóstico e para a seleção das estratégias terapêuticas mais adequadas (Fernandes & Cortes, 2020; Ramalho et al., 2021). Este processo tem por base o sistema TNM (Tumor, Node, Metastasis), que avalia três dimensões principais: o tamanho tumoral (T), o envolvimento dos gânglios linfáticos regionais (N) e a presença de metástases à distância (M) (Fernandes & Cortes, 2020). A combinação destes parâmetros permite classificar a doença em diferentes estádios clínicos (O a IV), os quais refletem a extensão da doença e orientam a tomada de decisão clínica (Fernandes & Cortes, 2020; Machado & Araújo, 2025; Ramalho et al., 2021).

O estágio 0 (zero) corresponde ao carcinoma *in situ*, ou seja, uma lesão não invasiva confinada aos ductos ou lóbulos mamários (Fernandes & Cortes, 2020).

Nos estádios iniciais (I e II), os tumores apresentam-se geralmente localizados e com menor envolvimento ganglionar, sendo, por isso, elegíveis para abordagens terapêuticas conservadoras (Fernandes & Cortes, 2020). Nestes casos, as opções terapêuticas incluem a excisão cirúrgica do tumor (Bravo et al., 2021), podendo envolver cirurgia conservadora da mama, que corresponde à ressecção parcial do tecido mamário que contém o tumor, garantindo margens cirúrgicas negativas, e é geralmente acompanhada de cirurgia axilar e radioterapia adjuvante (Fernandes & Cortes, 2020). Frequentemente são acompanhadas de reconstrução mamária imediata ou tardia, de acordo com as características clínicas e preferências da paciente (Bravo et al., 2021).

Nos estádios localmente avançados (III), em que se verifica maior envolvimento ganglionar ou extensão para estruturas adjacentes, é frequente recorrer a tratamentos neoadjuvantes, nomeadamente quimioterapia ou hormonoterapia pré-operatória, com o objetivo de reduzir o volume tumoral e aumentar a taxa de ressecabilidade (Fernandes & Cortes, 2020; Machado & Araújo, 2025). A cirurgia e radioterapia mantêm-se como pilares fundamentais do tratamento, mas em associação com terapias sistêmicas (Bravo et al., 2021; Fernandes & Cortes, 2020).

Nos estádios metastáticos (IV), o objetivo terapêutico centra-se no controlo da doença, prolongamento da sobrevivência e melhoria da qualidade de vida (Fernandes & Cortes, 2020). Nesta fase, a cirurgia raramente é curativa e tem sobretudo indicação paliativa ou para controlo local (Fernandes & Cortes, 2020). A terapêutica sistémica assume um papel central, incluindo quimioterapia, hormonoterapia (para tumores hormonosensíveis), terapias alvo (como anti-HER2 para tumores HER2 positivos) e, mais recentemente, imunoterapia, sobretudo para tumores triplo negativos (Fernandes & Cortes, 2020).

Adicionalmente, o tratamento é frequentemente complementado com cuidados de suporte (analgésia, fisioterapia, acompanhamento psicológico), fundamentais para garantir qualidade de vida e adesão terapêutica (Bravo et al., 2021; Fernandes & Cortes, 2020).

Após compreender as características clínicas, estádios e tratamentos do cancro da mama, torna-se igualmente relevante considerar os efeitos que esta patologia pode exercer sobre a esfera psicológica do indivíduo. Nesse sentido, o próximo tópico irá explorar os principais aspetos psicopatológicos associados à doença oncológica.

1.3 Aspetos psicopatológicos associados à doença oncológica

O diagnóstico de cancro representa um marco significativo na vida de qualquer pessoa, podendo desencadear uma experiência de crise de duração imprevisível e gerar diversas consequências psicossociais negativas (Patrão & Leal, 2004). Assim, denota-se que a doença oncológica está frequentemente associada a sintomas psicopatológicos, como ansiedade e depressão, sintomas de stress pós-traumático e ideação suicida, que podem surgir devido ao impacto emocional do diagnóstico, aos efeitos secundários do tratamento e às incertezas quanto ao prognóstico (Biswas et al., 2024; Carreira et al., 2021; Caruso et al., 2017; Getie et al., 2025; Okati-Aliabad et al., 2022). Esses sintomas tendem a surgir em diferentes fases do percurso da doença, sendo influenciados por fatores como estágio do cancro, tipo de tratamento, alterações na imagem corporal, a perceção de suporte social disponível e por variáveis psicossociais (Biswas et al., 2024; Getie et al., 2025). No cancro da mama, estima-se que mais de um terço dos pacientes desenvolva algum tipo de perturbação psicopatológica, principalmente depressão e ansiedade (Knobf, 2011 as cited in Rey Villar et al., 2017; Lu et al., 2020; Mitchell et al., 2012 as cited in Zamanian et al., 2021).

De acordo com Cardoso et al. (2009), o desenvolvimento da doença em doentes oncológicos envolve sofrimento emocional significativo desde o diagnóstico até à fase terminal. Cada doente lida com a doença oncológica de forma pessoal e individual, no

entanto, é possível observar a ocorrência de perturbações emocionais na adaptação após o diagnóstico (ou até antes), como o caso da ansiedade e/ou depressão (Cardoso et al, 2009). A presença de comorbidade psicológica é elevada sendo frequentemente acompanhada por diversos sintomas físicos como insónias, fadiga, perda de apetite, perturbações a nível sexual, dor e mudanças físicas e funcionais (Cardoso et al, 2009; Coelho, 2008).

Na mesma linha, Biswas et al. (2024) referem no seu estudo que tanto o cancro como as suas manifestações clínicas acarretam mudanças significativas na vida pessoal da paciente, repercutindo nas atividades quotidianas, no desempenho profissional, nos relacionamentos familiares e sociais e no papel na comunidade. Essas transformações costumam gerar uma carga psicológica intensa, níveis elevados de *stress*, redução da adesão ao tratamento e, em alguns casos, aumento da mortalidade (Arrieta et al., 2013; Batty et al., 2017 as cited in Biswas et al., 2024).

No que se refere às representações associadas ao tratamento, Garcia et al. (1996) salientam que a retirada de um seio ou de um órgão genital pode ser percecionada pela mulher como uma forma de mutilação podendo gerar ainda sentimentos de repulsa. Estes sentimentos estão frequentemente associados a elevados níveis de perturbação emocional (Moreira & Canavarro, 2011).

A intervenção cirúrgica, especialmente a mastectomia, pode afetar profundamente a identidade feminina da mulher (Amâncio & Costa, 2007). Como a mama é considerada um símbolo de feminilidade e atratividade, a sua perda pode desencadear alterações significativas no estilo de vida e impactar negativamente o comportamento (Amâncio & Costa, 2007). Esse impacto manifesta-se, muitas vezes, através de sentimentos de desvalorização pessoal e mudanças no autoconceito e na autoestima, podendo levar a mulher a sentir-se incapacitada (Amâncio & Costa, 2007).

Num estudo realizado por Derogatis e colaboradores (1983) onde participaram 20 500 mulheres com cancro, foi possível apurar que 47% da amostra apresentava psicopatologia. Destas, 44% tinham diagnóstico de perturbação clínica, sendo que 3% eram perturbações da personalidade, 13% de depressão e 4% de perturbação de ansiedade.

Posto isto, conclui-se que os sintomas psicopatológicos não são meros efeitos colaterais emocionais, mas componentes centrais da experiência oncológica (Biswas et al., 2024). Dentre as manifestações psicopatológicas mais comuns em pacientes oncológicos, a ansiedade destaca-se pela sua elevada prevalência e impacto na qualidade de vida (Zamanian et al., 2021). A seguir, será explorada a natureza da ansiedade no contexto oncológico.

1.4 Ansiedade

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional subjetivo (Acar et al., 2023; Andrade & Gorenstein, 1998; Cunha et al., 2020; Xi, 2020) e de humor, caracterizado por comportamentos de hipervigilância e evitamento (American Psychiatric Association [APA], 2024; Barbot & Carrasco, 2018). Este estado é marcado por sentimentos intensos de tensão, angústia, incerteza, apreensão, medo, ameaça, nervosismo e preocupação (APA, 2024; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2025; Spielberger, et al., 1971), os quais desencadeiam a ativação do sistema nervoso autónomo (SNA) perante a perceção de perigo ou ameaça (Acar et al., 2023; Spielberger, et al., 1971). Frequentemente, manifesta-se através de sensações físicas (APA, 2024) e psicológicas (Xi, 2020), podendo ser desencadeada por uma situação presente, pela antecipação de um evento ou circunstância potencialmente ameaçadora ou desagradável (APA, 2024; Cunha et al., 2020; SNS, 2025; Xi, 2020), ou ainda pela recordação de estímulos associados a experiências passadas (Graeff, 2007). Estas situações ativam uma resposta orgânica de vigilância acrescida e apreensão perante ameaças ambíguas, que são interpretadas como potenciais perigos (Barbot & Carrasco, 2018).

Sentir-se ansioso é diferente de estar ansioso de forma persistente (Silva et al., 2017). A ansiedade pode ser compreendida a partir de duas dimensões: ansiedade-estado e ansiedade-traço (Silva et al., 2017; Spielberger, 1966). A ansiedade estado refere-se a uma reação emocional momentânea, caracterizada por sentimentos conscientes de tensão, apreensão, nervosismo e hiperexcitação que variam em intensidade conforme as circunstâncias vivenciadas (Silva et al., 2017; Spielberger, 1966). Já a ansiedade traço corresponde a uma predisposição relativamente estável do indivíduo para perceber situações quotidianas como ameaçadoras, influenciando a forma como lida com o *stress* (Silva et al., 2017; Spielberger et al., 1983). Em geral, níveis elevados de ansiedade traço estão associados a maiores níveis de ansiedade estado, uma vez que indivíduos com maior predisposição ansiosa tendem a reagir com mais frequência a diferentes contextos como se fossem perigosos ou ameaçadores (Spielberger et al., 1979 as cited in Silva et al., 2017).

A ansiedade é uma perturbação frequentemente observada em pacientes com cancro, apresentando-se de forma mais prevalente nesta patologia quando comparada a outras doenças crónicas ou mesmo na população em geral (Araújo, 2011). Para além disso, a ansiedade também pode coexistir com sintomas depressivos, sendo que até metade das mulheres com cancro da mama apresentam depressão, ansiedade ou ambas durante o primeiro ano após o diagnóstico (Burguess et al., 2015 as cited in Zamanian et al., 2021).

Bertan e Castro (2010 as cited in Souza et al., 2024) destacam que os elevados níveis de ansiedade tendem a ser intensificados pelo estigma social e pelas alterações físicas decorrentes do tratamento. As mudanças na aparência comprometem a autoimagem da paciente, favorecendo o isolamento social e a redução da autoestima (Souza et al., 2024). Tais fatores reforçam a necessidade de um suporte emocional consistente, capaz de auxiliar a doente tanto no processo terapêutico quanto nos desafios impostos pela própria doença (Souza et al., 2024).

Um estudo feito por Linden et al. (2012 as cited in Vallim et al., 2017) revela que as taxas de prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com cancro são mais elevadas entre os indivíduos jovens quando comparadas às dos idosos, possivelmente porque estes últimos apresentam maior preparação cognitiva e emocional para aceitar a doença.

Resumindo, ao receber o diagnóstico de cancro da mama e a informação de que precisarão submeter-se à quimioterapia, as mulheres frequentemente experienciam diversas sensações que provocam *stress* e elevam os níveis de ansiedade, exigindo, assim, a utilização de mecanismos de *coping* (Silva et al., 2017). Compreender esses mecanismos permite analisar como as pacientes gerenciam a ansiedade, preservam o bem-estar psicológico e promovem a sua adaptação ao longo de todo o processo terapêutico.

1.5 Coping

O significado atribuído individualmente ao diagnóstico de cancro, assim como os efeitos dos tratamentos, origina uma complexa variedade de desafios a serem enfrentados tanto pelo doente como pela sua família, levando a uma quebra no quotidiano e gerando *stress* psicológico, ansiedade, medo e incerteza (Dev et al., 2024; Fritzen et al., 2023; Varela & Leal, 2007; Zamanian et al., 2021). Posto isto, perante as estratégias utilizadas para lidar com a realidade imposta pela doença, destaca-se o *coping* (Fritzen et al., 2023; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Lazarus e Folkman (1984, as cited in Varela & Leal, 2007) são amplamente reconhecidos por formularem uma das definições de *coping* mais citadas na literatura. Segundo os autores, *coping* refere-se ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, utilizados pelo indivíduo para lidar com exigências internas ou externas avaliadas como desgastantes ou que excedem os seus próprios recursos (Lazarus & Folkman, 1984 as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Freud (1993, as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) designava por mecanismos de *coping* os processos inconscientes que os indivíduos usavam para lidar com ameaças internas ou conflitos e, para ele, todos os mecanismos de defesa eram patológicos. A

partir da década de 70, o *coping* passou a ser considerado como um processo de resposta consciente ou uma reação a uma ameaça externa negativa ou stressante (contrariamente ao que Freud postulava) (Parker & Endler, 1992 as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Avanços teóricos recentes destacam que as estratégias de *coping* devem ser compreendidas como um processo dinâmico, determinado pelo contexto situacional e pela forma como o indivíduo realiza a avaliação cognitiva dos eventos (Theodoratou & Argyrides, 2024 as cited in Guessser et al., 2025).

De acordo com Gelder et al. (1996, as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), o termo “estratégias” de *coping* provém da investigação em psicologia social e refere-se a atividades das quais o indivíduo está consciente ou atento. A utilização recorrente de determinadas estratégias de *coping* caracteriza-se como um “estilo” de *coping* (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Por outro lado, o conceito de mecanismos de *coping* deriva da psicanálise e refere-se a processos mentais inconscientes (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).. Nesta perspetiva, Carver et al. (1989 as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) exploraram o papel das diferenças individuais no *coping*, propondo duas perspetivas para compreender esta relação. A primeira considera que existem modos estáveis (traços) ou estilos de *coping* preferidos, que os indivíduos usam para enfrentar situações stressantes e que permanecem relativamente consistentes ao longo do tempo e das circunstâncias, baseando-se em experiências prévias (Carver et al., 1989 as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). A segunda perspetiva sugere que determinadas características de personalidade predispõem os indivíduos ao uso de formas específicas de *coping* (Carver et al., 1989 as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Na presente investigação será abordado o *coping* traço, ou seja, estilos de *coping*.

A literatura identifica três grandes categorias de estratégias de *coping*: as estratégias focadas no problema – que dizem respeito aos esforços direcionados para a resolução ou modificação da situação causadora de stress; as estratégias focadas na emoção – que englobam as reações emocionais; e, por fim, as estratégias de evitamento, que, segundo Lazarus (1993, as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), podem assumir características tanto do *coping* focado no problema como nas emoções. Pacientes com cancro que recorreram a estratégias ou estilos de *coping* focados no problema (além do *coping* ativo) ou a formas de *coping* desadaptativo, incluindo expressão de sentimentos ou negação, apresentaram maior carga de sintomas (Dev et al., 2024). Por outro lado, aqueles que adotaram estratégias ou estilos de *coping* focados na emoção relataram níveis mais baixos de ansiedade e depressão (Dev et al., 2024).

Estudos recentes reforçam a ideia de que pacientes com cancro da mama recorrem a diferentes mecanismos de *coping* a fim de lidar com os múltiplos desafios físicos, emocionais e existenciais impostos pela doença, sendo estes determinantes na

manifestação de sintomas emocionais (Livneh, 2000 as cited in Okati-Aliabad et al., 2022). As estratégias e estilos de *coping* podem ser classificados como adaptativos, quando incluem o controlo percebido da doença, o pensamento positivo, a aceitação e a procura de apoio social ou desadaptativos, quando se expressam através de negação, frustração, medo ou evitamento (Hajian et al., 2017 as cited in Okati-Aliabad et al., 2022). Nosarti et al. (2002) referem que o evitamento na fase pós-cirúrgica pode assumir um papel benéfico, uma vez que auxilia a mulher a enfrentar este período delicado e a adaptar-se à sua nova imagem corporal. Nesse sentido, não se trata de negar a existência da doença, mas sim de evitar o confronto direto com as suas implicações, permitindo uma gestão mais suportável do impacto emocional associado (Nosarti et al., 2002).

Evidências da literatura indicam que as estratégias e os estilos de *coping* adotados influenciam de forma significativa a qualidade de vida, o ajustamento emocional e o bem-estar psicológico das pacientes ao longo das diferentes fases do percurso oncológico (Fortunato et al., 2024; Hurtado-de-Mendoza et al., 2022; Kelkil et al., 2022; Torralba-Martínez et al., 2022 as cited in Guesser, Pinheiro, Alberton, & Pinto, 2025). De forma semelhante, Okati-Aliabad et al. (2022) agruparam doze estratégias de *coping* relatadas por mulheres com cancro da mama metastático em cinco categorias: *coping* comportamental, *coping* cognitivo, *coping* existencial, *coping* de evitamento e suporte social.

Entre estas, o suporte social destaca-se como um fator transversal na literatura, frequentemente associado a um dos principais facilitadores do *coping* adaptativo, influenciando positivamente o bem-estar emocional e a resiliência das mulheres com cancro da mama (Okati-Aliabad et al., 2022). Assim, torna-se pertinente explorar, em maior profundidade, a perceção de suporte social neste contexto clínico.

1.6 Perceção do suporte social

O estudo da influência do suporte social na saúde teve início nos anos setenta (Fachado et al., 2007). Desde então, foram publicados diversos artigos de revisão que sustentam a teoria de que o apoio social atua como um fator protetor face aos efeitos do *stress* psicossocial e físico, exercendo ainda um impacto diretamente proporcional na saúde dos indivíduos (Fachado et al., 2007).

O suporte social é entendido como a perceção que o indivíduo tem acerca da disponibilidade de ajuda externa e tem sido reconhecido há muito tempo como um contributo crucial para a qualidade de vida, especialmente no que diz respeito ao bem-estar social, funcional e emocional (Siedlecki et al., 2014 as cited in Biswas et al., 2024; Leung et al., 2014 as cited in Zamanian et al., 2021; Jadidi & Ameri, 2022). Bowling (1991, as cited in Fachado et al., 2007) refere que o apoio social pode ser definido como

um processo interativo através do qual os indivíduos recebem ajuda de diferentes naturezas – emocional, material ou económica – proveniente da sua rede social. Este apoio não se limita ao fornecimento de recursos tangíveis, mas inclui também a perceção de disponibilidade de suporte, o que contribui para o bem-estar psicológico e físico dos indivíduos (Fachado et al., 2007). Trata-se de um conceito multidimensional, que envolve a perceção de ser amado, estimado e valorizado reforçando, assim, a sensação de pertença e segurança (Zamanian et al., 2021; Zhou et al., 2022). Para além disso, pode ser classificado em duas componentes principais. A primeira corresponde ao apoio social estrutural, associado à rede social do indivíduo, refletindo a quantidade de relações sociais disponíveis e o número de pessoas a quem pode recorrer em situações de necessidade (Fachado et al., 2007). A segunda componente refere-se ao apoio social funcional, de natureza mais subjetiva, que diz respeito à perceção que o indivíduo tem acerca da disponibilidade e qualidade do suporte que pode efetivamente mobilizar (Fachado et al., 2007).

Neste sentido, as perturbações psicológicas em pessoas com cancro da mama são fortemente influenciadas pelo suporte social (Biswas et al., 2024; Okati-Aliabad et al., 2022). Por exemplo, de acordo com a *stress buffer theory* de Cohen e Wills (1985), o apoio social surge como um protetor e/ou “amortecedor” dos efeitos que advêm do *stress* (Cohen & Wills, 1985 as cited in Biswas et al., 2024).

A maior resiliência, a perceção adequada do apoio social de familiares ou pessoas significativas e a adoção de estratégias positivas de *coping* constituem fatores determinantes para a recuperação global da função física, psicológica e social e uma maior capacidade de adaptação à doença, sobretudo em pacientes recentemente diagnosticadas (Biswas et al., 2024; de Souza et al., 2024; Okati-Aliabad et al., 2022; Zhou et al., 2022). Por outro lado, a perceção de ausência de suporte social pode exacerbar os sintomas psicopatológicos e dificultar a gestão emocional da doença (Kim et al., 2010).

No estudo de Fisa et al. (2025) foi observado que fatores psicossociais e religiosos, como apoio social e participação religiosa, associam-se a maior sobrevida em mulheres com cancro da mama. Ter dois ou mais familiares ou amigos disponíveis para apoio emocional ou instrumental reduziu em cerca de 20% o risco de mortalidade por todas as causas, em comparação a ter apenas um ou nenhum (Fisa et al., 2025). Na mesma linha, num estudo feito por Patrão et al. (2012), os autores observaram que os resultados do mesmo confirmam a importância do suporte social, bem como o uso de estratégias de *coping* adaptativas em todos os momentos da doença (diagnóstico, cirurgia, tratamentos) para uma melhor adaptação psicossocial. Li et al. (2023 as cited in Biswas et al., 2024) e Zamanian et al. (2021) também vão de encontro aos estudos anteriores

referindo existir uma associação negativa entre a percepção do suporte social e os níveis de ansiedade, indicando que um alto nível de apoio social pode aliviar a ansiedade por meio de estratégias de *coping* adaptativas.

Posto isto, repara-se que os efeitos benéficos do apoio social são amplamente reconhecidos, destacando-se o seu papel fundamental no processo de adaptação às doenças crónicas (Yates, 1995 as cited in Fachado et al., 2007). Além disso, o apoio social tem-se revelado um elemento-chave na preservação da integridade psicológica dos doentes, contribuindo para reduzir o impacto negativo do *stress* associado à condição de saúde (Yu et al., 2004 as cited in Fachado et al., 2007; de Souza et al., 2024).

A revisão da literatura apresentada evidencia a relação existente entre determinadas sintomatologias psicopatológicas, a percepção de suporte social e os mecanismos de *coping* no contexto da doença oncológica, com especial destaque para o cancro da mama. Assim, no presente estudo, considerou-se relevante explorar “Como é que a ansiedade-estado se relaciona com a percepção de suporte social e os mecanismos de *coping* em mulheres com cancro da mama?”. Esta questão de investigação orienta e fundamenta o estudo empírico desenvolvido nesta dissertação.

Capítulo II: Objetivos empíricos e hipóteses gerais

De modo a responder à questão de investigação anteriormente mencionada, considerou-se relevante a criação de objetivos e de hipóteses que auxiliem o desenho experimental e a análise dos resultados obtidos. Neste capítulo apresentaremos esses mesmos objetivos e hipóteses.

Objetivo Geral: Estudar a relação entre os sintomas psicopatológicos (ansiedade), os mecanismos de *coping* e a percepção de suporte social (percepção de suporte social emocional, afetivo, social e material) em doentes oncológicos, mais precisamente mulheres com cancro da mama, com idade igual ou superior a 18 anos de idade.

Como **objetivos secundários** este projeto propõe-se a:

1. Identificar os estilos de *coping* mais frequentemente utilizados pelas participantes neste estudo;
2. Identificar qual é a percepção de suporte social mais frequente nas participantes neste estudo;
3. Avaliar os níveis de ansiedade-estado na amostra em análise;
4. Estudar a relação entre os estilos de *coping* e os níveis de ansiedade-estado na amostra recolhida;
 - 4.1. Correlação entre os estilos de *coping* e a ansiedade-estado, na nossa amostra.
5. Estudar a relação entre os estilos de *coping* e a percepção de suporte social na amostra recolhida;
 - 5.1. Correlação entre os estilos de *coping* e a percepção do suporte social na nossa amostra.
6. Estudar a relação entre os níveis de ansiedade e a percepção de suporte social nas participantes neste estudo;
7. Explorar relações nos estilos de *coping*, na ansiedade estado e na percepção de suporte social de acordo com variáveis sociodemográficas na amostra recolhida;
 - 7.1. Explorar relações entre a percepção do suporte social e as variáveis sociodemográficas na nossa amostra;
 - 7.2. Explorar relações entre a ansiedade estado e as variáveis sociodemográficas na nossa amostra;
 - 7.3. Explorar relações entre os estilos de *coping* e as variáveis sociodemográficas na nossa amostra;

8. Analisar as diferenças entre as diversas variáveis em estudo tendo em conta as diversas fases de tratamento (estádio) dos participantes no estudo.

No que diz respeito às hipóteses e tendo por base a literatura consultada e anteriormente explanada, no capítulo anterior, considerou-se relevante a criação das seguintes hipóteses de estudo:

H1: Pessoas com doença oncológica ativa apresentam maiores níveis de ansiedade-estado do que as pessoas com doença oncológica não ativa;

H2: Correlações negativas entre estilos de *coping* adaptativos e níveis de ansiedade-estado;

H3: Correlações positivas entre estilos de *coping* desadaptativos e níveis de ansiedade-estado;

H4: Maior perceção de suporte social deve estar negativamente correlacionada com os níveis de ansiedade estado;

H5: Pessoas com níveis de ansiedade mais alto pontuam mais alto num agregado de estilos de *coping* desadaptativo.

Capítulo III: Método

O presente capítulo tem como propósito descrever de forma sistemática a metodologia adotada ao longo do estudo. Para tal, serão apresentados o desenho de investigação, os procedimentos de recolha de dados e a caracterização da amostra. Posteriormente, será descrito o protocolo de investigação, incluindo uma breve apresentação dos instrumentos utilizados, bem como os procedimentos de análise estatística aplicados.

1.1 Tipo de estudo

O presente estudo é de natureza quantitativa, uma vez que os dados obtidos são passíveis de serem mensurados, classificados e analisados (Günther, 2006). É ainda um estudo exploratório na medida em que se procurou avaliar uma população com uma determinada condição (cancro da mama) bem como diversas variáveis adstritas à mesma (Günther, 2006). Assenta na recolha e na análise estatística sistemática dos dados, com o propósito de identificar e estabelecer relações entre as variáveis definidas nas hipóteses e nos objetivos previamente delineados (Günther, 2006).

1.2. Procedimento

A presente investigação encontra-se inserida no projeto “GAIN – Grupo de avaliação e intervenção neuropsicológica” e recebeu o parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital CUF Descobertas no dia 07 de maio de 2025 (PIC 45/2025/53835514).

Os dados foram recolhidos entre dezembro de 2024 e agosto de 2025, mediante um questionário aplicado *online* (utilizou-se a plataforma *Google Forms*), através de técnicas de amostragem não probabilística – por conveniência. Esta técnica é aplicada quando a participação decorre de forma voluntária ou quando a seleção dos elementos da amostra se baseia na sua maior acessibilidade (Szwarcwald, 2023).

A divulgação do protocolo de investigação foi disponibilizada em plataformas digitais (*Facebook, LinkedIn, Messenger, Instagram, WhatsApp*), bem como de forma presencial no Hospital CUF Descobertas.

Na primeira página do questionário apresentava-se o estudo, informando que a participação era de carácter voluntário, anónima e sem fins lucrativos, assegurando-se a confidencialidade dos dados, solicitando o consentimento informado e incluindo uma questão sobre a intenção do participante em colaborar no estudo. Nas páginas subsequentes são apresentados o questionário sociodemográfico e os três instrumentos complementares utilizados na investigação.

1.3 Participantes

Foram convidadas a participar nesta investigação todas as mulheres portadoras de cancro da mama com idade igual ou superior a 18 anos de idade, com domínio da língua portuguesa e que voluntariamente aceitaram participar no presente estudo. Foram excluídas doentes iletradas e/ou não dominem a língua portuguesa uma vez que os instrumentos utilizados necessitam da compreensão dos itens.

A amostra inicial era composta por 79 participantes. Foram excluídos 3 participantes por serem do sexo masculino, 1 participante por não ter tido nem ter atualmente uma doença oncológica ativa e 3 participantes por não serem portadoras de cancro da mama. Assim, a amostra final foi composta por 72 participantes, com idades compreendidas entre os 31 e os 83 anos (média= 49.90, DP= 10.16). A maioria das participantes encontram-se casadas ou numa união de facto (N=56, 77.8%), com 2 filhos (N=31, 43.1%), agregado familiar direto de 2 pessoas (N=23, 31.9%), com licenciatura (N=26, 36.1%) e trabalhadora por conta de outrem (N=49, 68.1%) tendo um rendimento líquido mensal de agregado familiar considerado médio (N=38, 58.2%). No que toca à caracterização médica, a maioria das mulheres já teve uma doença oncológica ativa (N=41, 56.9%) e está a fazer tratamento atualmente (N=48, 66.7%), sendo o tratamento mais prevalente a hormonoterapia (N=29, 40.3%) e o estágio atual do cancro situa-se, por relato da participante, no estágio III (espalhado por mais de um tecido e causando comprometimento linfático) (N=21, 29.3%). Por fim, a maioria das participantes não identifica diagnóstico de doença mental (N=51, 70.8%) (ver tabela 1.).

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	N	%	Média	DP
Idade (31-83 anos)				49,90	10,16
Género	Feminino	72	100		
Nacionalidade	Portuguesa	72	100		
	Outra	0	0		
Língua Materna	Português	72	100		
	Outra	0	0		
Estado Civil	Solteira	2	2,8		
	Casada; União de facto	56	77,8		
	Divorciada; Separada	14	19,4		
	Viúva	0	0		
	1 pessoa	3	4,2		
	2 pessoas	23	31,9		

Agregado familiar (direto)	3 pessoas	22	30,6
	4 pessoas	21	29,2
	5 pessoas ou mais	3	4,2
Filhos	Não	8	11,1
	Sim, 1 filho	26	36,1
	Sim, 2 filhos	31	43,1
	Sim, mais de 2 filhos	7	9,7
Habilitações Literárias	Sem habilitação académica	0	0
	Até ao 4º ano de escolaridade	2	2,8
	Até ao 6º ano de escolaridade	0	0
	Até ao 9º ano de escolaridade	5	6,9
	Até ao 12º ano de escolaridade	21	29,2
	Licenciatura	26	36,1
	Mestrado / Pós-graduação	16	22,2
	Doutoramento	2	2,8
Situação Profissional atual	Desempregada	6	8,3
	Estudante	1	1,4
	Trabalhadora por conta própria	10	13,9
	Trabalhadora por conta de outrem	49	68,1
	Reformada; Aposentada	6	8,3
Rendimento médio líquido mensal do agregado familiar	Baixo (ganham menos de 750 euros)	2	2,8
	Baixo-médio (ganham entre 750 euros e 1500 euros)	14	19,4
	Médio (ganha entre 1500 euros a 3000 euros por mês)	38	52,8
	Médio-alto (ganham entre 3000 euros a 6000 euros por mês)	17	23,6
	Alto (ganham mais de 6000 euros por mês)	1	1,4
Doença oncológica ativa atualmente	Sim	31	43,1
	Não (Já teve)	41	56,9
Está a fazer tratamento?	Sim	48	66,7
	Não	0	0
	Já fez	24	33,3
Qual o tratamento que faz/ fez?	Quimioterapia	19	26,4
	Radioterapia	0	0
	Cirurgia	2	2,8
	Hormonoterapia	29	40,3
	Imunoterapia	3	4,2
	Terapêutica-alvo	2	2,8
	Vários	17	23,6

Estádio do cancro	Estádio 0	6	8,3
	Estádio I	17	23,6
	Estádio II	19	26,4
	Estádio III	21	29,3
	Estádio IV	4	5,6
	Não sei	5	6,9
Diagnóstico de doença mental	Não	51	70,8
	Perturbação de ansiedade	12	16,7
	Perturbação depressiva	8	11,1
	Perturbação da personalidade	0	0
	Outra	1	1,4
Caso tenha diagnóstico, faz medicação?	Não tenho diagnóstico	51	70,8
	Tenho diagnóstico, mas não faço medicação	4	5,6
	Tenho diagnóstico e não faço medicação	17	23,6
	Tenho diagnóstico e faço medicação		

1.4 Protocolo de Investigação

A realização deste estudo contou com um protocolo de investigação criado pela equipa de investigação selecionando um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica que se considerou mais adequados para medir as variáveis em estudo. Em seguida apresentaremos os instrumentos que compõe o referido protocolo utilizado.

1.4.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado pela equipa de investigação e é composto por questões que abordam aspetos como a idade, género, nacionalidade, língua materna, estado civil, constituição do agregado familiar, se tem filhos, habilitações literárias ou nível de escolaridade, situação profissional atual, rendimento médio líquido do agregado familiar, se tem uma doença oncológica ativa, qual órgão se manifesta a doença oncológica, há quanto tempo foi diagnosticado, se está a fazer tratamento e o tipo de tratamento, qual o estágio da doença que se encontra, se tem algum diagnóstico de doença mental e, em caso positivo, se faz uso de alguma medicação para esse diagnóstico (tal como pode ser observado na tabela 1).

1.4.2. Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey – versão portuguesa (MOS-SSS-P)

Este questionário foi desenvolvido por Sherbourne e Stewart em 1991 e adaptado e validado para a população portuguesa por Fachado e colaboradores em 2007. É um questionário multidimensional, de autopreenchimento e consta de 20 itens que avaliam

o apoio social estrutural (rede social) e o apoio funcional (Fachado et al., 2007). A avaliação da rede social em termos de apoio estrutural é feita através de uma primeira pergunta: “Quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem?” (Fachado et al., 2007). Já no que toca à análise do apoio funcional, esta é organizada em quatro dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio afetivo e interação social positiva (Fachado et al., 2007). Para essa avaliação são considerados 19 itens, que são classificados numa escala de *Likert* (Nunca=1, Raramente= 2, Às vezes= 3, Quase Sempre= 4, Sempre= 5) (Fachado et al., 2007; Sherbourne & Stewart, 1991).

O fator I inclui os itens 2, 3, 7, 8, 12, 15, 16, 18, e denomina-se apoio emocional; o fator II inclui os itens 1, 4, 11, 14 denominado apoio material; o fator III inclui os itens 5, 9 e 19 e denomina-se apoio afetivo; o fator IV inclui os itens 6, 10 e 17 denominado por interação social positiva (Fachado, et. al, 2007). Importa salientar que um dos itens (item 13) não está incluído em nenhuma subescala, mas faz parte do índice global, calculado a partir da média dos 19 itens (Fachado, et. al, 2007; Sherbourne & Stewart, 1991).

No que toca à consistência interna com recurso ao Alfa de *Cronbach*, este instrumento apresenta excelentes índices tal como referido por Fachado e colaboradores (2007) e o mesmo ocorreu no presente estudo. Estes resultados confirmam a robustez e a adequação do instrumento para a avaliação da perceção de suporte social em mulheres com cancro da mama (ver tabela 2.).

Tabela 2.

Estudoda Validade do Instrumento MOS-SSS-P

Dimensão	Itens do questionário	α Fachado et. al (2007)	α Amostra em estudo
Apoio Emocional	2, 3, 7, 8, 12, 15, 16, 18	.927	.960
Apoio Material	1, 4, 11, 14	.883	.914
Apoio Afetivo	5, 9, 19	.873	.941
Interação Social Positiva	6, 10, 17	.874	.945
Total	Todos	.967	.852

1.4.3 Questionário COPE reduzido (Brief-Cope)

Este questionário foi desenvolvido por Carver em 1997 e adaptado e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues em 2004. Até à versão adaptada e aqui utilizada, o COPE sofreu diversas alterações desde o seu modelo original de 52 itens (Carver et al., 1989, as cited in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Segundo Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) a equipa de autores originais deste instrumento nomearam este

inventário de COPE, pois, o objetivo final deste instrumento passa por avaliar estilos e estratégias de *coping*. Para além disso, os autores referem que a génese deste inventário deriva da vasta literatura acerca do *coping*, inclusive o modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) e do modelo de autorregulação comportamental (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O questionário *Brief Cope* adaptado e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro & Rodrigues (2004) é composto por 14 escalas: *Coping* ativo; Planeamento; Utilizar suporte instrumental; Utilizar suporte social emocional; Religião; Reinterpretação positiva; Auto-culpabilização; Aceitação; Expressão de sentimentos; Negação; Auto distração; Desinvestimento comportamental; Uso de substâncias (medicamentos/álcool); e Humor. Segundo estes autores, cada escala dispõe de dois itens. Totalizando 28 itens, estes são redigidos em termos da ação que as pessoas implementam e a resposta é fornecida numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”) entre “nunca faço isto” até “faço quase sempre isto” (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). O resultado é apresentado como um perfil, no entanto as subescalas não são somadas nem há uma nota total (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida (identificando o mais recente, neste caso: cancro da mama) (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A estrutura das subescalas *coping* focado no problema, *coping* focado nas emoções e evitamento foi definida com base na literatura científica existente, a qual sustenta a validade e a fiabilidade do instrumento Brief COPE em diferentes populações (Cooper et al., 2008).

O estudo da consistência interna com recurso ao alfa de *Cronbach* está representado na tabela 3, tanto para a versão original adaptada como para a amostra no presente estudo.

Tabela 3.

Estudo da Validade do Instrumento BRIEF-COPE

Dimensão	Itens do Questionário	α Carver (1997)	α Pais Ribeiro e Rodrigues (2004)	α Amostra em estudo (N=72)
<i>Coping</i> Ativo	2, 7	.68	.65	.44
Planeamento	14, 25	.73	.70	.72
Suporte Instrumental	10, 23	.64	.81	.43
Suporte Social Emocional	5, 15	.71	.79	.71
Religião	22, 27	.82	.80	1.00
Reinterpretação Positiva	12, 17	.64	.74	.75
Auto Culpabilização	13, 26	.69	.62	.99

Aceitação	20, 24	.57	.55	.20
Expressão de Sentimentos	9, 21	.50	.84	.76
Negação	3, 8	.54	.72	.59
Auto Distração	1, 19	.71	.67	.43
Desinvestimento Comportamental	6, 16	.65	.78	.58
Uso de Substâncias	4, 11	.90	.81	.75
Humor	18, 28	.73	.83	1.00

Tendo em conta a maior parte destes valores, podemos concluir que o estudo da consistência interna mostra valores adequados, já que nos estamos a referir a dois itens por escala.

1.4.4 Inventário de Estado-traço de Ansiedade - *State-trait Anxiety Inventory (STAI)*

Este questionário foi desenvolvido por Spielberger e colaboradores em 1983 e adaptado e validado para a população portuguesa por Santos e Silva (1997). Este questionário é um instrumento de autoaplicação que tem como principal finalidade avaliar a ansiedade estado e a ansiedade traço do sujeito. Este inventário é constituído por 40 questões, sendo as primeiras 20 correspondentes à avaliação da Ansiedade Estado e as restantes 20 à avaliação da Ansiedade Traço (Aker & Çoban, 2023; Chuquilín-Arista et al., 2020; El-Heis et al., 2024) Neste estudo foram utilizados os 20 itens relativos à Ansiedade-Estado (STAI Forma Y – 1), ou seja, às questões colocadas relativamente a “como se sente neste momento”, uma vez que a noção de estado presente neste inventário supõe uma reação transitória, que está associada a uma vivência específica, que no presente estudo é o cancro da mama.

As questões são apresentadas numa escala de *Likert*, de 4 pontos, em que 1 representa “Nada” e 4 “Muito” (Aker & Çoban, 2023; Barnes et al., 2002; Bieling et al., 1998; Brown et al., 2011 Chuquilín-Arista et al., 2020; El-Heis et al., 2024; Nakamura et al., 2023; Oishi et al., 2024; Quintão et al., 2013; Spielberger et al., 1971), tendo em conta a intensidade da ansiedade percebida pelo sujeito (Chuquilín-Arista et al., 2020). As pontuações obtidas no inventário variam entre 20, correspondente a níveis baixos de ansiedade, e 80, indicativo de níveis elevados de ansiedade (Aker & Çoban, 2023; Oishi et al., 2024), sendo que os valores mais elevados indicam maiores níveis de ansiedade (Aker & Çoban, 2023).

De modo a determinar a consistência interna do presente instrumento, procedeu-se à avaliação do Alfa de Cronbach. O valor obtido foi comparado com o encontrado por

Santos e Silva (1997). Deste modo é possível observar que o valor da consistência interna do presente estudo é mais elevado, consagrando-se excelente (ver tabela 4.).

Tabela 4.

Estudo da Validade do Instrumento STAI

Dimensão	α Santos & Silva (1997)	α Amostra em estudo (N= 72)
STAI – 1	.77	.94

1.5 Análise estatística

A etapa da análise estatística teve início com o recurso ao *software IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 29.0.1.0 (171).

Inicialmente, realizou-se uma verificação da qualidade dos dados, incluindo a exclusão de casos que não cumpriam os critérios de inclusão, resultando numa amostra final de 72 participantes. Foram também avaliadas as estatísticas descritivas (média, desvio padrão e frequências) a fim de poder caracterizar sociodemograficamente e clinicamente a amostra.

Antes de proceder às análises inferenciais, foi realizado o teste de normalidade (*Shapiro-Wilk*) para todas as variáveis, de modo a verificar se os pressupostos paramétricos eram cumpridos (Barbetta, 2002). Constatou-se que algumas variáveis não apresentavam distribuição normal, justificando a escolha de testes não paramétricos para certas análises, nomeadamente correlações de Spearman. A homogeneidade das variâncias foi verificada através do teste de *Levene*, garantindo a adequação das análises paramétricas (Barbetta, 2002).

De seguida, foi utilizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes de modo a analisar se existia diferenças nos níveis de ansiedade-estado entre mulheres com doença oncológica ativa e não ativa (Barbetta, 2002). As associações entre as variáveis contínuas e ordinais foram analisadas através do coeficiente de correlação de *Spearman*, considerando a não normalidade de algumas variáveis. Para avaliar o efeito da ansiedade-estado sobre os estilos de *coping* desadaptativos, foi realizada uma ANOVA de um fator, com cálculo do *eta* quadrado como medida de efeito, seguida de comparações *post hoc* (Barbetta, 2002).

Todos os testes foram conduzidos após verificação dos pressupostos estatísticos, assegurando a robustez e validade das análises.

Capítulo IV: Resultados

O presente capítulo tem como finalidade apresentar e descrever os principais resultados obtidos no âmbito deste estudo. Num primeiro momento, procedeu-se à preparação dos dados, assegurando a sua qualidade e adequação às análises subsequentes. Seguidamente, são apresentados os resultados descritivos, que permitem caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e clínicos. Por fim, serão expostos os resultados inferenciais, correspondentes às análises estatísticas realizadas para responder aos objetivos propostos, garantindo uma apresentação clara e sistemática dos dados.

1.1 Preparação de dados

Previamente à análise estatística, procedeu-se à preparação dos dados. Numa fase inicial, recorreu-se ao *Excel* [*Microsoft® Excel® para Microsoft 365 MSO (versão 2405 Build 16. 0. 17628. 20006) 64-bit*] para limpar os dados e prepará-los para os utilizar no *IBM Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 29.0.1.0 (171).

De acordo com a tabela 5, podemos observar que a reinterpretação positiva (Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável) ($M= 4.22$, $DP= 1.49$), seguido do *coping ativo* (Iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o *stressor*) ($M= 4.18$, $DP= 1.20$) são dois dos estilos de *coping* mais frequentemente utilizados pelas participantes. Também é possível observar que as participantes usam mais o *coping* focado nas emoções ($M= 19.22$, $DP= 5.56$), comparado ao *coping* focado no problema ($M= 15.94$, $DP= 4.17$) e ao evitamento ($M= 5.15$, $DP= 2.17$).

Tabela 5.

Estilos de Coping mais frequentemente utilizadas pelas participantes

	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
<i>Coping Ativo</i>	4.18	4.00	4.02	1.20
Planeamento	4.04	4.00	4.00	1.43
Suporte Instrumental	3.50	3.00	3.00	1.42
Suporte Social Emocional	3.90	4.00	3.93	1.49
Religião	3.11	4.00	4.00	2.15
Reinterpretação Positiva	4.22	4.00	5.85	1.49
Auto Culpabilização	2.35	2.00	2.02	1.89
Aceitação	3.86	4.00	3.98	1.23
Expressão de Sentimentos	2.81	3.00	2.10	1.54
Negação	.74	.00	.00	1.04
Auto Distração	3.65	4.00	4.01	1.38

Desinvestimento Comportamental	.49	.00	.00	.98
Uso de Substâncias	.28	.00	.00	.81
Humor	3.19	4.00	4.00	2.03
Focado no Problema	15.94	16.00	18.16	4.17
Focado nas Emoções	19.22	19.00	19.20	5.56
Evitamento	5.15	5.00	4.00	2.17

Para compreender a percepção do suporte social na amostra, foram calculadas as médias das quatro subescalas do MOS-SSS-P: Interação Social, Apoio Emocional, Apoio Afetivo e Apoio Material. Os resultados indicam que a subescala Apoio Afetivo apresentou a média mais elevada ($M = 4.36$, $DP = .85$), seguida da Interação Social ($M = 4.27$, $DP = .80$), Apoio Material ($M = 4.26$, $DP = .87$) e Apoio Emocional ($M = 4.17$, $DP = .81$) (ver tabela 6.).

Tabela 6.

Média da Percepção do Suporte Social

	Média	Desvio Padrão
Interação Social	4.273	.80
Apoio Emocional	4.173	.81
Apoio Afetivo	4.356	.85
Apoio Material	4.263	.87
Suporte Social Total	4.238	.77

Com o objetivo de identificar o nível de ansiedade-estado na amostra, procedeu-se a uma análise de frequências. Os níveis de ansiedade-estado na amostra revelaram-se moderados ($M = 42.17$, $DP = 12.05$) (ver tabela 7.).

Tabela 7.

Níveis de ansiedade-estado

	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Ansiedade Estado	42.17	41.50	46.02	12.05

Tendo em vista uma análise mais detalhada dos estilos de *coping*, recorreu-se às suas subescalas, nomeadamente *coping* focado no problema, *coping* focado nas emoções e *coping* por evitamento. Esta operacionalização permitiu distinguir diferentes formas de *coping* adotadas pelas participantes. Posteriormente, para investigar as relações existentes entre estas estratégias e os níveis de ansiedade-estado, realizou-se uma análise de correlações de *Pearson* (ver tabela 8.).

A análise de Correlação de *Pearson* revelou uma associação negativa moderada e estatisticamente significativa entre o *coping* focado no problema e os níveis de ansiedade-estado $r = -.407$, $p < .001$. Este resultado sugere que níveis mais elevados de utilização de estratégias de *coping* focadas no problema estão associados a menores níveis de ansiedade-estado na amostra.

Tabela 8.

Matriz de Correlação de Pearson entre Estilos de Coping e Ansiedade-Estado

		Focado no Problema	Focado nas Emoções	Evitamento	Ansiedade Estado
Ansiedade Estado	Correlação de Pearson	-.407	-.134	.180	1
	Sig. (2 extremidades)	<.001	.262	.130	
	N	72	72	72	72
Focado no Problema	Correlação de Pearson	1	.744**	.151	-.407**
	Sig. (2 extremidades)		<.001	.207	<.001
	N	72	72	72	72
Focado nas Emoções	Correlação de Pearson	.744**	1	.413**	-.134
	Sig. (2 extremidades)	<.001		<.001	.262
	N	72	72	72	72
Evitamento	Correlação de Pearson	.151	.413**	1	.180
	Sig. (2 extremidades)	.207	<.001		.130
	N	72	72	72	72

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

Com o objetivo de analisar a relação entre a percepção do suporte social e os níveis de ansiedade-estado, procedeu-se à análise de correlações de *Pearson* (ver tabela 9.).

Os resultados evidenciaram uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o Suporte Social Total e a ansiedade-estado ($r = -.246$, $p = .037$). Ao considerar as subescalas, observou-se que tanto o Apoio Emocional ($r = -.237$, $p = .045$) como o Apoio Material ($r = -.245$, $p = .038$) se correlacionaram negativamente com a ansiedade-estado. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de suporte social percebido, particularmente nas dimensões de apoio emocional e material, associam-se a menores níveis de ansiedade-estado.

Tabela 9.

Matriz de Correlação de Pearson entre a Percepção de Suporte Social e Ansiedade-Estado

		Ansiedade Estado
Suporte Social Total	Correlação de Pearson	-.246*
	Sig. (2 extremidades)	.037
	N	72

Interação Social	Correlação de Pearson	-.203
	Sig. (2 extremidades)	.088
	N	72
Apoio Emocional	Correlação de Pearson	-.237*
	Sig. (2 extremidades)	.045
	N	72
Apoio Afetivo	Correlação de Pearson	-.223
	Sig. (2 extremidades)	.059
	N	72
Apoio Material	Correlação de Pearson	-.245*
	Sig. (2 extremidades)	.038
	N	72
Ansiedade-estado	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2 extremidades)	
	N	72

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

1.2 Análise da Normalidade da Amostra

Com o propósito de testar a não normalidade das variáveis, optou-se pela utilização do teste *Shapiro-Wilk* (ver tabela 10.). Apenas as variáveis *Coping* Focado no Problema ($p = .102$), *Coping* Focado nas Emoções ($p = .314$) e Ansiedade-Estado ($p = .144$) apresentam uma distribuição normal.

Tabela 10.

Teste de Normalidade da Amostra

	Válidos	Omissos	Desvio Padrão		Shapiro-Wilk	Valor de p Shapiro-Wilk
Interação social	72	0	4.273	.799	.817	< .001
Apoio emocional	72	0	4.175	.814	.870	< .001
Apoio afetivo	72	0	4.357	.847	.758	< .001
Apoio material	72	0	4.264	.871	.818	< .001
Suporte Social Total	72	0	4.238	.769	.868	< .001
<i>Coping</i> ativo	72	0	4.181	1.202	.912	< .001
Planeamento	72	0	4.042	1.428	.852	< .001
Suporte instrumental	72	0	3.500	1.424	.919	< .001
Suportesocial emocional	72	0	3.903	1.493	.922	< .001
Religião	72	0	3.111	2.146	.868	< .001

	Válidos	Omissos	Média	Desvio Padrão	Shapiro-Wilk	Valor de p Shapiro-Wilk
Reinterpretação positiva	72	0	4.222	1.494	.896	< .001
Auto culpabilização	72	0	2.347	1.885	.864	< .001
Aceitação	72	0	3.861	1.225	.927	< .001
Expressão de sentimentos	72	0	2.806	1.535	.940	.002
Negação	72	0	.736	1.035	.717	< .001
Auto distração	72	0	3.653	1.375	.929	< .001
Desinvestimento comportamental	72	0	.486	.979	.553	< .001
Uso de substâncias	72	0	.278	.809	.394	< .001
Humor Focado no problema	72	0	3.194	2.032	.873	< .001
Focado nas emoções	72	0	15.944	4.172	.972	.102
Evitamento	72	0	19.222	5.559	.980	.314
Ansiedade estado	72	0	5.153	2.167	.929	< .001
	72	0	42.167	12.049	.974	.144

1.3 Análise da diferença da Ansiedade-Estado entre pessoas com doença oncológica ativa e pessoas com doença oncológica não ativa

Considerando o estudo da Hipótese 1, os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade-estado entre as participantes com doença oncológica ativa ($M= 43.03$, $DP= 11.87$) e participantes com doença oncológica não ativa ($M= 41.51$, $DP= 12.29$), $t= 0.53$, $p=.300$, indicando que a presença de doença oncológica ativa não se associou de forma significativa aos níveis de ansiedade-estado nesta amostra (ver tabela 11. e 12.).

Tabela 11.

Teste t para Amostras Independentes

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	d de Cohen	Erro padrão de d de Cohen
Ansiedade-Estado	.527	70	.300	.126	.239

Nota. Para todos os testes, a hipótese alternativa específica que o grupo 1 é superior ao grupo 2.

Nota. Teste t de Student.

Tabela 12.

Análise das Diferenças da Ansiedade-Estado em Função das pessoas Com Doença Oncológica Ativa e das pessoas Com Doença Oncológica Não-ativa

	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão	Coefficiente de variação
Ansiedade-Estado	1	31	43.03	11.87	2.131	.276
	2	41	41.51	12.29	1.919	.296

1.4 Análise da correlação entre as estratégias de coping adaptativas e níveis de ansiedade-estado

Correlacionando a ansiedade-estado com as estratégias de *coping* adaptativas, encontramos correlações negativas fracas entre a ansiedade-estado e *coping* ativo ($\rho = -.378, p = .001$), entre a ansiedade-estado e *coping* focado no problema ($\rho = -.407, p < .001$) e entre a ansiedade-estado e reinterpretação positiva ($\rho = -.472, p < .001$). Todas as outras correlações apresentam valores de correlação desprezível ($-.3 < \rho < .3$) (ver tabela 13.).

Tabela 13.

Correlação entre a Ansiedade-Estado e Estratégias de Coping Adaptativas

			Pearson		Spearman	
			r	p	ρ	p
Ansiedade estado	-	Coping ativo			-.378	.001
Ansiedade estado	-	Planeamento			-.228	.054
Ansiedade estado	-	Suporte instrumental			-.056	.640
Ansiedade estado	-	Suporte social emocional			-.123	.304
Ansiedade estado	-	Religião			-.062	.602
Ansiedade estado	-	Reinterpretação positiva			-.472	< .001
Ansiedade estado	-	Aceitação			-.035	.770
Ansiedade estado	-	Expressão de sentimentos	-.077	.518		
Ansiedade estado	-	Humor			-.172	.149
Ansiedade estado	-	Focado no problema	-.407	< .001		
Ansiedade estado	-	Focado nas emoções	-.134	.262		

1.5 Análise da correlação entre os estilos de *coping* desadaptativos e níveis de ansiedade-estado

Correlacionando a ansiedade-estado com os estilos de *coping* desadaptativos, encontramos uma correlação fraca entre a ansiedade-estado e o desinvestimento comportamental ($\rho = .350, p = .001$). Todas as outras correlações apresentam valores de correlação desprezível ($-.3 < \rho < .3$) (ver tabela 14.).

Tabela 14.

Correlação entre a Ansiedade-Estado e Estilos de Coping Desadaptativas

		ρ de Spearman	p
Ansiedade estado	- Auto Culpabilização	.158	.093
Ansiedade estado	- Desinvestimento comportamental	.350	.001
Ansiedade estado	- Negação	.225	.028
Ansiedade estado	- Evitamento	.229	.027
Ansiedade estado	- Auto distração	-.061	.695

Nota. Todos os testes são unilaterais, para correlações positivas.

1.6 Análise da correlação entre a percepção de suporte social e os níveis de ansiedade-estado

Não foram encontradas correlações entre a ansiedade-estado e a percepção de suporte social (ver tabela 15.)

Tabela 15.

Correlação entre a Ansiedade-Estado ea Percepção de Suporte Social

		ρ de Spearman	p
Ansiedade estado	- Interação social	-.192	.106
Ansiedade estado	- Apoio emocional	-.292	.013
Ansiedade estado	- Apoio material	-.183	.124
Ansiedade estado	- Apoio afetivo	-.210	.077
Ansiedade estado	- Suporte Social Total	-.266	.024

1.7 Análise do efeito da ansiedade-estado nos estilos de coping desadaptativos

Encontramos efeito principal da ansiedade-estado na pontuação dos estilos de coping desadaptativos ($F(2) = 3.51$, $p = .035$, $\eta^2 = .092$) (ver tabela 16). Para a ansiedade-estado baixa, a média agregada dos estilos de coping desadaptativos ($M = 1.27$, $DP = .57$) é menor do que a média agregada dos estilos de coping desadaptativos dos sujeitos com a ansiedade-estado alta ($M = 1.69$, $DP = 0.66$), $p = .027$ (ver tabelas 17 e 18).

Tabela 16.

ANOVA - Coping desadaptativo

Casos	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	p	η^2
Ansiedade categorizada	2.601	2	1.300	3.511	.035	0.092
Residuals	25.559	69	0.370			

Nota. Soma dos quadrados Tipo III.

Tabela 17.

Categorias da Ansiedade - Distribuição, Médias e Desvio Padrão

Ansiedade categorizada	N	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão	Coefficiente de variação
Baixa	27	1.267	0.574	0.110	0.453
Moderada	12	1.517	0.542	0.157	0.358
Alta	33	1.685	0.656	0.114	0.389

Tabela 18.

Comparações Post Hoc - Ansiedade Categorizada

	Diferença das Médias	Erro-padrão	df	t	p_{tukey}
1 2	-0.250	0.211	69	-1.184	.467
1 3	-0.418	0.158	69	-2.648	.027
2 3	-0.168	0.205	69	-0.820	.692

Nota. Valor de p ajustado para a comparação de um conjunto de 3 estimativas.

Capítulo V: Discussão

O presente estudo tem como objetivo compreender de que forma a ansiedade-estado se relaciona com a percepção de suporte social e com os mecanismos de *coping* em mulheres com cancro da mama. Adicionalmente, procuramos identificar quais os estilos de *coping* mais frequentemente utilizados, assim como a forma como as utentes percebem o suporte social e os níveis de ansiedade-estado da amostra.

Após a apresentação e análise dos resultados supramencionados, torna-se agora pertinente a sua discussão, tendo por base o enquadramento teórico e os objetivos empíricos definidos para o presente estudo.

De um modo geral, os resultados obtidos neste estudo mostram que a amostra apresenta uma média de ansiedade-estado de 42.17 pontos, num instrumento cujo intervalo varia entre 20 (níveis baixos de ansiedade) a 80 (níveis muito elevados) (Aker & Çoban, 2023; Oishi et al., 2024). Aker e Coban (2023) referem que valores mais elevados indicam maiores níveis de ansiedade, no entanto não foram encontrados estudos portugueses que reportem médias normativas de ansiedade-estado em mulheres com cancro da mama para servir como referência. Assim, este valor (42.17 pontos) reflete níveis moderados de ansiedade, sugerindo que as utentes experienciam uma ansiedade relevante, ainda que não muito extrema. Posto isso, estes valores refletem um impacto psicológico relevante no contexto oncológico, alinhado com estudos que reportam prevalência significativa de ansiedade em mulheres com cancro da mama. Sousa et al. (2015) identificaram uma prevalência de 28,2% de sintomatologia ansiosa em mulheres com cancro da mama. A predominância deste quadro é igualmente corroborada por Silva et al. (2010, as cited in Sousa et al., 2015), que destacam a ansiedade como a manifestação psicológica mais frequente perante o diagnóstico.

Relativamente à percepção do suporte social, os valores sugerem que, de um modo geral, as participantes percebem níveis elevados de suporte social, sendo que a subescala Apoio Afetivo registou a média mais elevada, indicando que o tipo de suporte mais salientado pela amostra está relacionado com o afeto e expressões de carinho e cuidado por parte das redes sociais, evidenciando a importância das relações afetivas na experiência de suporte social (Sherbourne & Stewart, 1991; Fachado et al., 2007). Estes resultados estão em consonância com a literatura, que evidencia que o apoio afetivo é um dos fatores centrais para a experiência positiva de suporte social em mulheres com cancro da mama, sendo crucial para o bem-estar psicológico e a manutenção de redes sociais funcionais (Sherbourne & Stewart, 1991; Fachado et al., 2007; Zamanian et al., 2021). Além disso, estudos recentes destacam que a percepção de suporte nas dimensões emocional e afetiva influenciam a forma como as pacientes lidam com o diagnóstico e

tratamento oncológico, reforçando a relevância do apoio afetivo como uma componente essencial do suporte social (Biswas et al., 2024).

Passando agora aos estilos de *coping*, os resultados mostraram que tanto a reinterpretção positiva como o *coping ativo* são os mais frequentemente utilizados pelas participantes. Estes dados sugerem que as participantes deste estudo recorrem sobretudo a estratégias adaptativas, centradas na procura de significado e no enfrentamento ativo da situação. Estes dados vão de encontro com a literatura atual, que evidencia que o *coping* ativo é uma das estratégias mais recorrentes em pacientes de cancro da mama (Rivera-Cruzatt et al., 2022 as cited in Guessser et al., 2025). Paralelamente, verificou-se que as participantes recorrem mais frequentemente ao *coping* focado nas emoções. O *coping* focado nas emoções tende a predominar quando as pessoas sentem que o *stressor* tende a persistir (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), o que poderá ir de encontro com a população em estudo uma vez que a natureza particular do diagnóstico de cancro da mama é frequentemente marcada por situações incontrolláveis ou imprevisíveis, como os efeitos dos tratamentos, o prognóstico da doença ou as alterações corporais (Cardoso et al., 2009). Michałowska et al. (2019) observaram que o *coping* focado nas emoções está relacionado à vivência de elevados níveis de ansiedade (tanto estado quanto traço). No entanto, dependendo do contexto (por exemplo, pré vs. pós-cirurgia no cancro de mama), uma estratégia focada na emoção pode ou não ser adaptativa (Roussi et al., 2007 as cited in Zamanian et al., 2021).

No presente estudo, verificou-se uma correlação positiva entre os níveis de ansiedade-estado e o desinvestimento comportamental, bem como um efeito principal da ansiedade sobre os estilos de *coping* desadaptativos. Estes resultados vão ao encontro com a literatura que associa estratégias de evitamento a níveis mais elevados de ansiedade, depressão e pior adaptação psicológica em doentes oncológicos (Fritzen et al., 2023; Lazarus, 1993; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Tao et al., 2022).

Relativamente à Hipótese 1, os resultados sugerem que, na amostra em estudo, não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade-estado entre as participantes com doença oncológica ativa e aquelas cuja doença não se encontra ativa no momento atual. Isto pode sugerir que o facto de ter cancro por si só já está associado a ansiedade-estado, independentemente do estágio da doença e de já ter tido ou ter atualmente uma doença oncológica. Estes resultados podem ser compreendidos à luz da evidência de que os efeitos psicológicos associados à vivência oncológica tendem a prolongar-se para além da fase de tratamento ativo (Maas et al., 2015). Por exemplo, Maas et al. (2015), numa revisão de 28 estudos com mulheres sobreviventes de cancro da mama, observaram que os sintomas de ansiedade permaneciam elevados (variavam entre 17,9% e 33,3%), mesmo após um ano do diagnóstico, sugerindo a possibilidade de

sofrimento emocional crônico (Maas et al., 2015). Assim, a ausência de diferenças significativas entre os dois grupos, nesta amostra, poderá refletir a persistência de ansiedade ao longo do tempo, independentemente do estado atual da doença, ou seja, é provável que a ansiedade não esteja diretamente dependente do estado clínico da doença, mas sim de fatores psicológicos e emocionais duradouros associados à experiência do cancro.

Na mesma linha, os resultados obtidos neste estudo são corroborados com os resultados de diversos estudos que sublinham a persistência da ansiedade ao longo do percurso oncológico. Rey Villar et al. (2017) verificaram níveis elevados de ansiedade no momento do diagnóstico, com reduções posteriores, mas sem regressar necessariamente a níveis baixos, o que pode explicar a presença de ansiedade significativa mesmo em mulheres cuja doença não se encontra ativa. De igual modo, Maia e Correia (2008) e Araújo (2011) destacam a elevada vulnerabilidade emocional até um ano após a cirurgia, enquanto Cohee et al. (2021) demonstram que sintomas psicológicos, físicos e sociais podem prever sofrimento anos após o diagnóstico e o tratamento.

Para além disso, fatores como a antecipação de resultados negativos, a incerteza em relação ao futuro, ou seja, à possibilidade de remissão e a preocupação com a recorrência da doença quanto pelos possíveis efeitos colaterais durante e após o tratamento, contribuem para níveis elevados de ansiedade independentemente do estado clínico atual (Barlow, 2000 as cited in Dinapoli et al., 2021; Montgomery et al., 2003; Walker et al., 1999 as cited in Dinapoli et al., 2021). Assim, estes dados ajudam a compreender, mais uma vez, a ausência de diferenças estatisticamente significativas na ansiedade-estado entre os dois grupos na presente amostra, sugerindo que a ansiedade está mais relacionada com fatores emocionais e antecipatórios do que exclusivamente com a presença de doença ativa.

No que se refere à segunda hipótese, esta previa a existência de correlações negativas entre os estilos de *coping* adaptativos e os níveis de ansiedade-estado. Os resultados confirmam parcialmente esta hipótese, ao evidenciar correlações negativas fracas, mas estatisticamente significativas, entre a ansiedade-estado e o *coping* ativo e entre a ansiedade-estado e o *coping* focado no problema e, de forma mais expressiva, entre a ansiedade-estado e a reinterpretação positiva. Estes dados evidenciam que uma maior utilização destas estratégias adaptativas tende a associar-se a níveis mais reduzidos de ansiedade-estado nas mulheres com diagnóstico de cancro da mama incluídas na amostra. Estes dados vão de encontro a diversos estudos que referem que existe reciprocidade entre estilos de *coping* e sintomas de ansiedade, de modo que pacientes com cancro de mama com níveis mais baixos de ansiedade praticam técnicas

de *coping* mais eficientes, enquanto aquelas com alta ansiedade tendem a lidar de forma menos eficiente (Silbva et al., 2017 as cited in Zamanian et al., 2021).

O *coping* ativo e o *coping* focado no problema, que envolvem a implementação de ações concretas e o planeamento para lidar de forma prática com os desafios impostos pela doença (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), poderão surgir como mecanismos protetores. Estes estilos permitem mobilizar recursos cognitivos e comportamentais direcionados para a resolução de problemas, promovendo uma perceção acrescida de controlo e eficácia (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Okati-Aliabad et al., 2022), aspetos fundamentais na gestão do sofrimento psicológico em contextos oncológicos. Estes dados vão de encontro aos estudos de Fritzen et al. (2023), Tao et al. (2022) e Rivera-Cruzatt et al. (2022 as cited in Guessser et al., 2025) onde referem que estratégias de *coping* ativo, como a resolução de problemas e a procura de suporte emocional estão associadas a menores níveis de ansiedade e que o *coping* ativo emerge como uma das estratégias mais recorrentes nas pacientes de cancro da mama. Na mesma linha, Heidkamp et al. (2024), num estudo qualitativo com mulheres em processo de reabilitação médica, identificaram três grandes dimensões do *coping* que as pacientes tendem a utilizar: estratégias comportamentais como o planeamento e gestão ativa do *stress*; estratégias cognitivo-afetivas como o pensamento positivo e a reavaliação cognitiva; e recursos interpessoais, destacando o suporte social.

Perante os resultados dos estudos anteriores e considerando os resultados observados na presente amostra – composta maioritariamente por mulheres com experiência prévia ou atual de doença oncológica, em diferentes fases de tratamento, com idades variadas e contextos sociofamiliares distintos - verifica-se que estilos de *coping* ativo e focado no problema se apresentam como mecanismos protetores, ainda que de forma parcial. Estes estilos podem favorecer o aumento da perceção de controlo e eficácia, contribuindo para a gestão da ansiedade-estado, estando em concordância com a literatura que destaca o papel do *coping* ativo na redução da ansiedade e na promoção de ajustamento psicológico em doentes oncológicos (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Fritzen et al., 2023; Tao et al., 2022; Rivera-Cruzatt et al., 2022 as cited in Guessser et al., 2025; Heidkamp et al., 2024).

Por sua vez, a reinterpretção positiva revelou a correlação negativa mais forte, ainda que fraca, com os níveis de ansiedade-estado. Este resultado sugere que a capacidade de (re)significar cognitivamente a experiência da doença, atribuindo-lhe novos sentidos ou perspetivando-a como oportunidade de crescimento pessoal (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), pode desempenhar um papel particularmente relevante na regulação emocional e na redução dos níveis de ansiedade em situações de elevada adversidade emergindo como fator de proteção no ajustamento psicológico

(Eker et al., 2024; Esquivas et al., 2024; Theodoratou & Argyrides, 2024 as cited in Guesser et al., 2025). Estes resultados também vão de encontro com o estudo de Heidkamp et. al (2024) referido no parágrafo anterior.

No entanto, importa salientar que, para os restantes estilos de *coping* adaptativo, não foram encontradas associações estatisticamente significativas, mantendo-se dentro de valores de correlação considerados desprezíveis. Este resultado pode indicar que nem todas as estratégias adaptativas exercem impacto direto sobre a ansiedade-estado, ou seja, embora o *coping* represente um conjunto de estratégias fundamentais na gestão do impacto psicológico do cancro da mama e representem um papel central na adaptação à doença, a sua eficácia não pode ser dissociada dos recursos externos que envolvem a pessoa, tais como o estágio do tratamento, o apoio social disponível e a perceção de autoeficácia (Fortunato et al., 2024; Lim et al., 2025; Torralba-Martínez et al., 2022 as cited in Guesser et al., 2025). De igual modo, Holahan e Moos (1987) defendem que fatores sociodemográficos tais como educação e nível sócio económico influenciam o *coping*. Na mesma linha, Carver et al. (1989 as cited in Guesser et al., 2025) , Nowack (1989 as cited in Guesser et al., 2025) e Schwarzer (1998 as cited in Guesser et al., 2025) referem que a efetividade dessas estratégias pode ser modulada por fatores individuais, como traços de personalidade, otimismo e autoeficácia, bem como por influências do contexto sociocultural.

A terceira hipótese do presente estudo estabelecia que os níveis de ansiedade-estado estariam positivamente correlacionados com os estilos de *coping* desadaptativos, isto é, que uma maior utilização destes estilos se associaria a níveis mais elevados de ansiedade. Os resultados obtidos revelaram apenas uma associação fraca e estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado e o desinvestimento comportamental, enquanto todos os outros estilos desadaptativos apresentaram correlações de valores desprezíveis. Estes resultados sugerem que a hipótese foi parcialmente confirmada, visto que a previsão de uma relação consistente e positiva com todo o conjunto de estilos de *coping* não se verificou.

A associação encontrada entre a ansiedade-estado e o desinvestimento comportamental é coerente com a literatura (García et al., 2018 as cited in Zamanian, H., et al., 2021). O desinvestimento comportamental, definido como a tendência para abandonar esforços ou desistir face a situações de stress (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), tem sido repetidamente apontado como uma estratégia pouco adaptativa , frequentemente associada a maior sofrimento psicológico, comprometimento da qualidade de vida, redução da adesão ao tratamento e maior risco de sintomas depressivos e de ansiedade (Baziliansky & Cohen, 2021; Calderon et al., 2021; Lim et al., 2025; Torralba-Martínez et al., 2022 as cited in Guesser et al., 2025). Na mesma

linha, o estudo de Esquivos et al. (2024) refere que as mulheres relataram lidar com a doença por meio de estratégias de evitamento, nomeadamente o desinvestimento comportamental, como ver televisão o dia todo.

Por outro lado, a ausência de correlações significativas entre a ansiedade-estado e outras estratégias desadaptativas poderá indicar que, nesta amostra específica, estas estratégias não assumem um papel tão central na experiência ansiosa. Uma possível explicação poderá se prender com o facto de muitas dessas estratégias não exercerem efeitos imediatos ou diretamente mensuráveis no estado ansioso momentâneo. Estratégias como negação, auto-culpabilização e auto distração tendem a funcionar como mecanismos de evitamento, cuja função principal é adiar o confronto com a fonte de stress, e não necessariamente intensificar a ansiedade no momento (Moos & Schaefer 1993, Roth & Cohen 1986, Skinner et al. 2003 as cited in Carver & Connor-Smith, 2010). Outro aspeto a considerar é que o *coping* desadaptativo pode atuar de forma indireta, mediando ou moderando a relação entre a ansiedade-traço, em vez de se associar diretamente à ansiedade-estado uma vez que este construto é altamente flutuante e sensível ao contexto imediato (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1979 as cited in Silva, Zandonade, & Amorim, 2017). Este pensamento vai de encontro a avanços teóricos recentes que destacam que as estratégias de *coping* devem ser compreendidas como um processo dinâmico, determinado pelo contexto situacional e pela forma como o indivíduo realiza a avaliação cognitiva dos eventos (Theodoratou & Argyrides, 2024 as cited in Guessier, Pinheiro, Alberton, & Pinto, 2025).

Perante estas evidências e considerando os resultados observados na presente amostra, onde apenas o desinvestimento comportamental apresentou uma correlação significativa com a ansiedade-estado, parece que, nesta população específica, determinadas estratégias desadaptativas assumem um papel mais relevante na experiência ansiosa, enquanto outras funcionam de forma indireta ou dependente do contexto, refletindo a natureza dinâmica do *coping* e a heterogeneidade nas respostas emocionais das participantes ao longo do percurso oncológico.

Outro ponto relevante é a heterogeneidade da presente amostra em termos de *coping* desadaptativo. Alguns estilos demonstraram ser menos utilizados que outros diminuindo, assim, a variabilidade estatística e dificultado a deteção de correlações.

Apesar da parcial confirmação da hipótese, os resultados contribuem para a compreensão do papel diferenciado dos mecanismos de *coping* desadaptativos. O desinvestimento comportamental emerge como um alvo clínico prioritário, uma vez que a sua associação com a ansiedade sugere a necessidade de intervenções que promovam a persistência ativa e a mobilização de recursos, ao invés do abandono dos esforços face às dificuldades.

A hipótese 4 previa que uma maior percepção de suporte social estaria negativamente correlacionada com os níveis de ansiedade-estado, ou seja, que as utentes que percebem um suporte social mais elevado apresentariam níveis mais baixos de ansiedade-estado. No entanto, os resultados obtidos neste estudo não revelaram correlações estatisticamente significativas entre a ansiedade-estado e a percepção de suporte social, quer no índice total, quer em qualquer uma das subescalas avaliadas (apoio emocional, apoio afetivo, interação social e apoio material).

Uma possível explicação para estes resultados prende-se com as características específicas da amostra. A percepção de suporte social na amostra foi, de forma geral, elevada em todas as subescalas, sugerindo que as participantes já dispõem de redes sociais relativamente consolidadas e de um suporte adequado. Este efeito poderá ter reduzido a variabilidade estatística necessária para identificar correlações significativas, dificultando a deteção de associações claras entre a percepção do suporte social e níveis de ansiedade-estado. Em termos metodológicos e estatísticos, trata-se de um fenómeno conhecido como “efeito teto” (*ceiling effect*). O termo “efeito teto” ocorre quando os participantes de um estudo apresentam pontuações situadas no limite máximo possível ou muito próximas dele (Everitt, 2002 as cited in Garin, 2014) , o que impede a mensuração ou estimativa da variância acima desse nível (Cramer & Howitt, 2005 as cited in Garin, 2014). No entanto, é necessário relatar que pacientes com cancro tendem a relatar maiores níveis de percepção suporte social quando comparados à população em geral, o que está associado a uma maior qualidade de vida entre pacientes com cancro de mama (Biswas et al., 2024; Firouzbakht et al., 2020 as cited in Zamanian, H., et al., 2021).

Adicionalmente, é importante considerar que a ansiedade-estado representa uma experiência emocional transitória, altamente sensível a fatores situacionais imediatos (Spielberger, 1983 as cited in Silva et al., 2017). Assim, mesmo que uma participante perceba um suporte social elevado de forma global, a ansiedade-estado momentânea pode ser influenciada por experiências clínicas recentes, o tipo de tratamento oncológico ou outros *stressores* temporários que não são captados pelas medidas de suporte social (Cardoso et al., 2009).

Para além disso, é fundamental considerar que o suporte social, apesar de ser uma variável reconhecidamente protetora, pode não atuar de forma direta e imediata sobre a ansiedade-estado, mas sim de modo indireto. Neste sentido, a percepção de suporte social pode reforçar a utilização de estilos adaptativos de *coping*, que por sua vez contribuem para a redução da ansiedade. Isso sugere que o efeito do suporte social pode estar “escondido” nos estilos de *coping*, o que ajuda a explicar a ausência de correlações diretas com a ansiedade-estado nesta amostra. Por exemplo, uma pesquisa publicada na

European Journal of Oncology Nursing revelou que níveis elevados de apoio social estão associados a menores níveis de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com cancro da mama, mediado por estratégias de *coping* funcionais (Zamanian, H., et al., 2021).

Assim, os resultados da presente amostra vão ao encontro aos estudos anteriores, sugerindo que, embora o suporte social seja um fator protetor reconhecido, o seu efeito pode estar mediado por processos cognitivo-comportamentais e pode depender do contexto individual e situacional de cada participante, refletindo a heterogeneidade presente nesta população de mulheres com cancro da mama.

Outro ponto relevante é que o MOS-SSS-P avalia a percepção de suporte social de forma autodeclarada, sendo uma medida subjetiva (Fachado et al., 2007) . Posto isto, é possível que existam discrepâncias entre a percepção de suporte e o suporte efetivamente recebido, bem como diferenças individuais na interpretação dos itens, limitando a correlação com os níveis de ansiedade-estado. Pesquisas anteriores indicam que, embora a percepção de suporte social desempenhe um papel crucial na adaptação psicológica dos doentes, uma vez que a percepção de suporte social adequado e o suporte proveniente de familiares, amigos, equipas hospitalares e organizações está associada a menores níveis de ansiedade e depressão e a uma melhor qualidade de vida diminuindo os sintomas de depressão, ansiedade e sentimentos de isolamento, os efeitos podem ser modulados por variáveis contextuais, como fase de tratamento, *coping* utilizado e características individuais da rede social (Abbas et al., 2019 ; Huurre et al., 2007 ; Naseri e Taleghani, 2018 as cited in Zamanian, H., et al., 2021). Num estudo longitudinal e contrário às expectativas, o apoio social não estava relacionado ao sofrimento específico do cancro no momento do diagnóstico, mas correlacionado positivamente após um período de seis meses a partir do diagnóstico (Epping-Jordan et al., 1999 ; Roussi et al., 2007 as cited in Zamanian, H., et al., 2021), e o efeito do apoio social no ajuste psicológico varia com o estágio de sobrevivência (Jang e Kim, 2018 as cited in Zamanian, H., et al., 2021).

Portanto, a ausência de correlação significativa neste estudo não invalida a relevância do suporte social, mas sugere que, no contexto específico desta amostra, a ansiedade-estado pode estar mais fortemente associada a outros fatores, nomeadamente os estilos de *coping*, como evidenciado pelas correlações encontradas com os estilos adaptativos e desadaptativos.

A análise revelou um efeito estatisticamente significativo do nível de ansiedade-estado sobre os níveis agregados dos estilos de *coping* desadaptativos. A comparação mostrou que as participantes com ansiedade-estado alta apresentam uma média agregada de *coping* desadaptativo superior face às participantes com ansiedade-estado baixa. Em termos práticos, a magnitude do efeito ($\eta^2 = .092$) indica que cerca de 9.2%

da variância na pontuação agregada das estratégias desadaptativas pode ser explicada pelo nível de ansiedade-estado.

Estes resultados corroboram o pressuposto teórico de que existe uma associação entre maior sintomatologia ansiosa e maior recurso a estratégias desadaptativas de *coping*. A literatura em oncologia e saúde mental tem consistentemente indicado que o *coping* de evitamento ou de desinvestimento comportamental tendem a estar associadas a pior ajustamento psicológico, maior sintomatologia ansiosa e pior qualidade de vida, enquanto estratégias mais ativas e de reinterpretação se associam a melhor adaptação (Cohee et al., 2021; Kvillemo & Bränström, 2014; Roszkowska & Białczyk, 2023).

Importa, contudo, sublinhar que a associação identificada no presente estudo não permite inferir causalidade. A relação entre ansiedade e *coping* é, muito provavelmente, bidirecional: Níveis elevados de ansiedade podem levar a respostas de *coping* mais arriscadas (por exemplo, tendência ao desinvestimento comportamental quando a pessoa se sente sobrecarregada), e, reciprocamente, a persistente utilização de estilos desadaptativos tende a manter ou agravar estados ansiosos ao dificultar a resolução ou regulação emocional. Este padrão de reciprocidade tem sido descrito em modelos transacionais de *stress* e *coping* e observado em estudos longitudinais em populações oncológicas (Dev et al., 2024; Romeo et al., 2019).

Em síntese, a confirmação da hipótese 5, isto é, a observação de que participantes com ansiedade-estado elevada pontuam mais alto no agregado de estilos desadaptativos, oferece evidência empírica relevante para a conceptualização do *coping* como um marco (e potencial alvo terapêutico) do sofrimento ansioso em mulheres com cancro da mama. Estes resultados reforçam a necessidade de integrar avaliações de estilos de *coping* nas rotinas de cuidados psicológicos oncológicos e de implementar programas que promovam estratégias mais adaptativas, com vista à redução da ansiedade e à melhoria do ajustamento global.

Capítulo VI: Conclusões

Desde há muito tempo que o estudo do cancro da mama tem sido uma área de elevado interesse para a comunidade científica. De modo geral, ainda que tenham surgido diversas limitações, a concretização deste estudo contribuiu de forma significativa para a compreensão sobre a forma como a ansiedade-estado se relaciona com a perceção de suporte social e com os mecanismos de *coping* em mulheres com cancro da mama, bem como a identificação dos estilos de *coping* mais utilizados e a perceção de suporte social experienciada pelas participantes.

Os resultados obtidos sugerem que, na população estudada, a ansiedade-estado é mais influenciada por fatores emocionais e cognitivo-comportamentais do que pelo estado clínico atual da doença. O *coping* adaptativo, nomeadamente o *coping* ativo e o *coping* focado no problema, surgem como um fator protetor relevante, enquanto o *coping* desadaptativo, em particular o desinvestimento comportamental, se associa ao aumento da ansiedade. O suporte social, apesar de reconhecidamente protetor, parece atuar de forma indireta, mediando os efeitos através do *coping* adaptativo. Estes resultados evidenciam a importância de estratégias de intervenção centradas na promoção de *coping* funcional e no fortalecimento da rede de suporte social, visando reduzir o sofrimento psicológico de mulheres com cancro da mama.

Tendo isso em consideração, enfatiza-se a importância de promover estratégias de *coping* adaptativas como forma de proteção psicológica e de reforçar as redes de suporte social, contribuindo para uma intervenção clínica mais direcionada e informada.

Além disso, o reconhecimento da relevância do *coping* focado nas emoções sublinha a necessidade de criar espaços de suporte emocional e de desenvolver programas psicoeducativos que ajudem as mulheres a gerir eficazmente os seus estados afetivos. Em contrapartida, importa também intervir no sentido de reduzir a utilização de estratégias desadaptativas, como o desinvestimento comportamental, dada a sua associação negativa com o bem-estar psicológico.

1.1 Limitações e Contributos

Os resultados obtidos nesta investigação devem ser interpretados à luz de uma série de limitações que emergiram no decurso do seu desenvolvimento e que podem não refletir de forma totalmente fidedigna as variáveis em análise. Tais constrangimentos implicam que os resultados e conclusões possam estar sujeitos a alguma distorção, devendo ser interpretados com cautela.

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com a sua natureza transversal e correlacional, o que impossibilita a determinação causal das relações entre as variáveis analisadas. Assim, estudos futuros deveriam recorrer a pesquisas de carácter longitudinal, permitindo investigar de forma mais robusta a direção das associações entre a ansiedade-estado e as dimensões do *coping* e da perceção do suporte social.

A segunda limitação deve-se ao facto de que num dos locais da recolha de dados (Hospital CUF Descobertas), existiu a necessidade de se realizar a recolha de dados junto dos participantes. Esta situação poderá ter suscitado sentimentos positivos nas participantes, conduzindo, conseqüentemente, a uma diminuição dos níveis de ansiedade-estado e, assim, a uma possível influência nos resultados obtidos. Acresce que, dado que as utentes presentes no Hospital se encontravam em tratamento no momento da recolha de dados, foi observado que algumas apresentavam maior sonolência e fadiga, fatores que igualmente poderão ter condicionado as respostas e, por conseguinte, influenciado os resultados.

Ainda, considera-se também como limitação a participação de uma amostra não probabilística (por conveniência) de tamanho reduzido, limitada apenas a mulheres com cancro da mama, o que não permite que os resultados apurados sejam generalizados a toda a comunidade que possui cancro da mama.

Uma terceira limitação diz respeito à utilização exclusiva de medidas de autorresposta, as quais podem não refletir de forma totalmente precisa e abrangente as variáveis em estudo e podem estar sujeitas ao fenómeno da desejabilidade social. Esta, tem por base o facto de a participante responder tendo em conta, não o que considera ser a resposta que melhor se adequa à sua situação, mas sim a resposta desejável em termos sociais (Bou Malham & Saucier, 2016). Esta limitação poderá ser minimizada em futuras investigações através da inclusão de questões abertas ou de métodos complementares de recolha de dados, que permitam enriquecer a compreensão dos fenómenos em análise e captar aspetos que não emergem em instrumentos padronizados.

Como quarta limitação, a amostra apresentou um nível considerável de heterogeneidade, nomeadamente em variáveis como o estágio da doença, o tempo desde o diagnóstico, os tratamentos realizados, e as condições psicológicas associadas. Esta diversidade pode dificultar a identificação de padrões claros de relação entre as variáveis estudadas.

Outro aspeto a considerar é que não foram controladas variáveis externas potencialmente relevantes como as características da personalidade, que podem exercer, de acordo com a literatura, influência significativa sobre os níveis de ansiedade e sobre os estilos de *coping*.

Por fim, é relevante notar que a utilização exclusiva da dimensão ansiedade-estado, em detrimento da ansiedade-traço, se revelou uma limitação neste estudo. A ansiedade-estado é um construto altamente flutuante e sensível, uma resposta emocional momentânea, influenciada pelo contexto imediato. Por outro lado, a ansiedade-traço representa uma predisposição relativamente estável em diferentes contextos, podendo ter uma relação mais consistente com os estilos de *coping* e com a percepção do suporte social. Assim, ao focar apenas na ansiedade-estado, os resultados obtidos podem refletir sobretudo reações situacionais associadas ao momento da recolha de dados (por exemplo, momento do tratamento ou até consulta médica), em vez de padrões emocionais mais duradouros. Esta opção metodológica, embora justificada pelo interesse em captar a experiência emocional presente, pode ter contribuído para correlações mais fracas ou até inexistentes, limitando a capacidade de identificar relações mais estáveis entre ansiedade e as restantes variáveis.

Aquando da interpretação dos resultados da presente investigação, é fundamental ter em conta as limitações supramencionadas, considerando que estas podem influenciar a generalização das conclusões obtidas, bem como a sua validade.

Apesar das limitações identificadas, o presente estudo apresenta contributos significativos para a investigação e prática clínica do domínio da Psico-oncologia. Em primeiro lugar, este trabalho contribui para aprofundar o conhecimento acerca das relações entre ansiedade-estado, *coping* e percepção de suporte social em mulheres com diagnóstico confirmado de cancro da mama, um grupo particularmente vulnerável a níveis elevados de *stress* psicológico. Ao explorar estas variáveis, esta investigação oferece uma visão mais abrangente dos fatores psicológicos envolvidos na adaptação à doença oncológica.

Em segundo lugar, o estudo fornece dados empíricos atualizados de uma amostra portuguesa, permitindo contextualizar os resultados a nível nacional. A identificação dos estilos de *coping* mais frequentemente utilizados e a análise da sua relação com a ansiedade permite delinear perfis psicológicos que podem ser úteis na construção de intervenções psicológicas mais direcionadas para este grupo populacional.

Além disso, os resultados reforçam a necessidade e importância de promover estratégias e estilos de *coping* adaptativos, nomeadamente a resolução de problemas e a capacidade de (re)significação cognitiva, como forma de proteção psicológica e de potenciar o bem-estar emocional destas mulheres, constituindo assim uma base relevante para futuras intervenções em contextos hospitalares e comunitários.

De um modo geral, este trabalho acrescenta valor prático e científico, contribuindo para orientar futuras linhas de investigação e para informar práticas clínicas mais sensíveis às necessidades psicológicas de mulheres com cancro da mama.

1.2 Recomendações

Tendo em conta os resultados obtidos e as limitações identificadas, considera-se pertinente apresentar algumas recomendações para futuras linhas de investigação, com o objetivo de aprofundar e alargar o conhecimento nesta área.

Em primeiro lugar, sugere-se a realização de estudos com amostras maiores e mais homogêneas, de forma a aumentar o poder estatístico e permitir uma análise robusta das relações entre as variáveis em estudo.

Em segundo lugar, recomenda-se a utilização de estudos de carácter longitudinal que permita acompanhar a evolução da ansiedade, do *coping* e da perceção de suporte social ao longo do tempo.

Outra recomendação importante diz respeito à inclusão de medidas de ansiedade-traço, para além da ansiedade-estado. Investigações futuras que integrem ambas as dimensões poderão fornecer uma visão mais completa dos mecanismos psicológicos envolvidos.

Por fim, sugere-se que futuras investigações explorem intervenções psicológicas direcionadas ao fortalecimento de estratégias e estilos de *coping* adaptativos e ao aumento da perceção do suporte social, avaliando o impacto destas intervenções na redução da ansiedade.

1.3 Implicações Clínicas

Os resultados do presente estudo apresentam implicações clínicas relevantes para a prática psicológica e multidisciplinar no contexto da oncologia mamária.

Em primeiro lugar, a constatação de que a ansiedade-estado influencia diretamente a adoção de mecanismos de *coping* menos adaptativos sugere a necessidade de intervenções psicológicas precoces focadas na regulação emocional e na reestruturação cognitiva (Eker et al., 2024; Esquives et al., 2024; Theodoratou & Argyrides, 2024 as cited in Guesser et al., 2025). Abordagens baseadas na redução de pensamentos disfuncionais, promoção de estratégias de *coping* mais adaptativas (como o *coping* ativo e a reinterpretação positiva) e melhoria do ajustamento emocional durante o processo de tratamento oncológico podem ser particularmente eficazes. A implementação de programas de psicoeducação e treino de relaxamento também podem contribuir para a diminuição da ansiedade e o aumento do bem-estar subjetivo.

Além disso, a ausência de correlações significativas entre a ansiedade e a perceção do suporte social reforça a importância de avaliar e intervir no suporte social de forma diferenciada, contemplando não apenas a quantidade de apoio recebido, mas a sua

qualidade e funcionalidade percebida. Este aspeto é fundamental, uma vez que o suporte social parece atuar como fator protetor frente ao impacto psicológico da doença, favorecendo o ajustamento emocional e a adesão ao tratamento (Fachado et al., 2007). Assim, a integração de familiares e cuidadores em programas de intervenção pode ser uma estratégia eficaz para fortalecer redes de apoio e reduzir o isolamento experienciado por algumas mulheres.

No âmbito médico e multidisciplinar, os resultados sublinham a relevância de uma abordagem centrada na pessoa, que envolva uma colaboração entre profissionais de diferentes áreas – psicologia, oncologia, enfermagem, nutrição, serviço social, etc. A articulação entre equipas permite uma intervenção global, atendendo simultaneamente aos aspetos físicos, emocionais e sociais da doença. Tal abordagem poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida, otimizar a adesão ao tratamento e reduzir as complicações associadas ao sofrimento psicológico, como fadiga e dor crónica.

De forma mais ampla, os dados apoiam a necessidade de incluir uma avaliação sistemática dos níveis de ansiedade nas rotinas clínicas de acompanhamento a mulheres com cancro da mama. A utilização de instrumentos psicométricos validados, como o STAI, pode auxiliar as equipas de saúde a identificar precocemente pacientes em maior vulnerabilidade emocional, direcionando-as para acompanhamento psicológico especializado.

Em síntese, as implicações clínicas do presente estudo apontam para a importância de uma atenção integrada e contínua, que valorize a dimensão psicológica tanto quanto a médica. A promoção de estratégias de *coping* adaptativas, o fortalecimento das redes de suporte social e o acompanhamento psicológico individualizado são pilares fundamentais para o bem-estar e a reabilitação biopsicossocial de mulheres com cancro da mama.

Capítulo VII: Reflexão Final

A realização desta investigação foi, para mim, um processo profundamente enriquecedor, não apenas no plano académico, mas também pessoal. A oportunidade de investigar a ansiedade-estado, o suporte social e os mecanismos de *coping* em mulheres com cancro da mama trouxe-me uma maior consciência sobre a importância do olhar humano e empático na prática psicológica.

Ao longo deste percurso aprendi que por detrás dos números e das escalas existem histórias de vida, de luta e de resiliência. Ouvir e observar estas mulheres ajudou-me a reconhecer a força que nasce da vulnerabilidade e a forma como qualquer tipo de apoio social pode transformar a experiência da doença e transformá-la em algo mais leve e possível de suportar.

Esta dissertação permitiu-me desenvolver um olhar mais crítico, mas também mais sensível sobre a investigação em Psicologia. Foi um exercício de disciplina, dedicação e, sobretudo, de contacto com realidades que me fizeram crescer enquanto futura psicóloga.

Mais do que um contributo académico, este trabalho deixa-me um legado pessoal: a certeza de que o conhecimento científico ganha sentido quando é colocado ao serviço das pessoas, ajudando a promover o bem-estar, dignidade e esperança.

Cuidar da mente é, também, cuidar do corpo – porque a verdadeira cura acontece quando a ciência e a humanidade caminham juntas.

Bibliografia

- Acar, G., Adiloglu, S., & Aktas, A. (2023). Age, gender, and systemic condition effects on anxiety in oral surgery patients: An analysis of different assessment tools. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, 36(4), 593-597.
<https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2023.11.005>
- Aker, N., & Çoban, S. A. (2023). The Effect of Listening to Music Presurgery on the Anxiety Level of Individuals who are Planned for Urological Surgery: Randomized Controlled Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 39(3), 468-474.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.10.005>
- Andrade, L. H. S. G., & Gorestein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.
- Almeida, V. L., Leitão, A., Reina, L. C. B., Montanari, C. & Donnici, C. L. (2005). Câncer e Agentes Antineoplásticos ciclo-celular Específicos e Ciclo-celular Não Específicos que interagem com o DNA: uma Introdução. *Química Nova*, 28(1), 118- 129.
<https://doi.org/10.1590/S0100-40422005000100021>
- Amâncio, V., & Costa, N. (2007). Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 41-53. <https://doi.org/10.18471/rbe.v21i1.3911>
- American Cancer Society. (2021). *What is breast cancer?*
<https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
- American Psychological Association. (2024). *Anxiety*. In APA dictionary of psychology.
<https://dictionary.apa.org/anxiety>
- Araújo, F. A. (2011). *Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama* [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório da Universidade de Aveiro.
- Barbetta, P. A. (2002). *Estatística aplicada às ciências sociais* (5.^a ed. rev.). Florianópolis: Editora da UFSC
- Barbot, A., & Carrasco, M. (2018). Emotion and anxiety potentiate the way attention alters visual appearance. *Scientific reports*, 8(1), 5938. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-23686-8>

- Barnes, L. L. B., Harp, D., & Jung, W. S. (2002). Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 603–618. <https://doi.org/10.1177/0013164402062004005>
- Beers, M. H., Porter, R. S., Jones, T. M., Kaplan, J. L., Berkwits, M., & McKinney, W. P. (2008). *Manual Merck de informação médica* (G. Gispert, Trad.). Barcelona: Editorial Océano. (Obra original publicada sem data)
- Bieling, P. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7-8), 777-788. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00023-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00023-0)
- Biswas, J., Sharma, R., Patel, S., & Lee, A. (2024). Relationship between perceived social support and mental health outcomes in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 47(8), 728–736. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11131397/>
- Boaretto, N., Costa e Silva, G. A., Freitas Luiz, F. A. de, Natividade, L. M. da, Miglioranza Massarotto, L. J., Bezerra de Sá, L. P. N., Cabral, N., & Aguiar, C. B. N. M. de. (2023). *Câncer: Uma revisão integrativa por estudantes de medicina*. *Brazilian Journal of Medicine – UFSC*, 9(2). <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v9i2.6402>
- Bou Malham, P., & Saucier, G. (2016). The conceptual link between social desirability and cultural normativity. *International Journal of Psychology*, 51(6), 474–480. <https://doi.org/10.1002/ijop.12261>
- Bravo, B. S., Lopes, A. B. B., Tijolin, M. B., Nunes, P. L. P., Lenhani, T., & Dias Júnior, S. F. (2021). Câncer de mama: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3). <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-357>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Brown, L. A., Forman, E. M., Herbert, J. D., Hoffman, K. L., Yuen, E. K., Goetter, E. M. (2011). A Randomized Controlled Trial of Acceptance-Based Behavior Therapy and Cognitive Therapy for Test Anxiety: A Pilot Study. *Behavior Modification*, 35(1), 31-53. <https://doi.org/10.1177/0145445510390930>
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof.*

Doutor Fernando Fonseca, *EPE*, 7(1 & 2), 8–18. Disponível em:

<https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4007>

- Carreira, H., Williams, R., Dempsey, H., Stanway, S., Smeeth, L., & Bhaskaran, K. (2021). Quality of life and mental health in breast cancer survivors compared with non-cancer controls: a study of patient-reported outcomes in the United Kingdom. *Journal of Cancer Survivorship*, 15, 564-575. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00950-3>
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389-402. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1288090>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Chuquilín-Arista, F., Álvarez-Avellón, T., & Menéndez-González, M. (2020). Prevalence of Depression and Anxiety in Parkinson Disease and Impact on Quality of Life: A Community-Based Study in Spain. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(4), 207-213. <https://doi.org/10.1177/0891988719874130>
- Coelho, C. (2008). *Mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia: Contributos para a compreensão da sua qualidade de vida*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto
- Cohee, A., Johns, S. A., Alwine, J. S., Talib, T., Monahan, P. O., Stump, T. E., Cella, D., & Champion, V. L. (2021). The mediating role of avoidant coping in the relationships between physical, psychological, and social wellbeing and distress in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 30(7), 1129–1136. <https://doi.org/10.1002/pon.5663>
- Cooper, C., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Validity and reliability of the Brief COPE in carers of people with dementia: The LASER-AD Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(11), 838-843. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818b504c>
- Cunha, S. V., Medeiros, R. G., Silva, R. L., & Gouveia, G. P. M. (2020). A eficácia da fisioterapia na ansiedade em indivíduos com fibromialgia: revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 51(e3343), 1-17. <https://doi.org/10.25248/reas.e3343.2020>
- de Souza, A. D., Lopes, J. A. C., Queiroz, M. S. R., Santos, L. C. S., Almeida, T. C. de M., de Oliveira, R. D. S., Matias, L. de S., Gusmão, Y. G., Maffezoli, G. de C. N. C., & Assunção, É. L. F. (2024). Quality of life of cancer patients: psychological and social aspects of cancer. *Aracê*, 6(3), 9096-9105. <https://doi.org/10.56238/arev6n3-282>

- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Carnicke, C. L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751–757. <https://doi.org/10.1001/jama.249.6.751>
- Dev, R., Agosta, M., Fellman, B., Reddy, A., Baldwin, S., Arthur, J., Haider, A., Carmack, C., Hui, D., & Bruera, E. (2024). Coping strategies and associated symptom burden among patients with advanced cancer. *The Oncologist*, 29(2), 166–175. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad253>
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., et al. (2021). Aspectos psicológicos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. *Current Oncology Reports*, 23, 38. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
- El-Heis, S., Barton, S. J., Chang, H. F., Nield, H., Cox, V., Galani, S., Cutfield, W., Chan, S.-Y., Godfrey, K. M., & NiPPeR Study Group. (2024). Maternal mood, anxiety and mental health functioning after combined myo-inositol, probiotics, micronutrient supplementation from preconception: Findings from the NiPPeR RCT. *Psychiatry Research*, 334, 115813. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115813>
- Fachado, A. A., Martínez, A. M., Menéndez Villalva, C., & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20(6), 525–533. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/894/568>
- Fernandes, I., & Cortes, P. (Coords.). (2020). *Manual de oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama* (1ª ed.). Sociedade Portuguesa de Oncologia. https://www.sponcologia.pt/download/manual_oncologia_spo.pdf
- Filho, A. M., Laversanne, M., Ferlay, J., Colombet, M., Piñeros, M., Znaor, A., Parkin, D. M., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). The GLOBOCAN 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. *International Journal of Cancer*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ijc.35278>
- Fisa, R., Mwala, K., DeMoulin, D., Kayamba, V., Shrubsole, M., Shu, X.-O., Fwemba, I., Mutale, W., & Lipworth, L. (2025). Association of social support and religiosity with survival among women with breast cancer in a low-income population in the Southeastern United States. *BMC Public Health*, 25, Article 708. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21908-z>

- Fritzen, F. T. P., Minto, L. G. M., Picolo, E. F., Fonseca, Á. M. D., Silva Júnior, J. A. da, & Nascimento, E. G. C. (2023). Aspectos do *coping* em pacientes adultos e idosos com câncer. *Saúde E Pesquisa*, 16(1), 1–16. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n1.e11278>
- Garcia, I., Wax, P., & Ghwartzmann, F. (1996). Aspectos psicossociais do paciente com câncer. In A. Murard & A. Katz (Orgs.), *Bases clínicas do tratamento* (pp. 125–131). Guanabara Koogan.
- Garin, O. (2014). Ceiling effect. In: Michalos, A.C. (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 631–633). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_296
- Getie, A., Ayalneh, M., & Bimerew, M. (2025). Global prevalence and determinant factors of pain, depression, and anxiety among cancer patients: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC psychiatry*, 25(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06599-5>
- Graeff, F. G. (2007). Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(Supl I), S3–S6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500002>
- Guessser, T. A. I., Pinheiro, V. H. G., Alberton, C. L., & Pinto, S. S. (2025). Estratégias de *coping* e bem-estar psicológico em mulheres sobreviventes de câncer de mama: Uma revisão narrativa. *Revista Psicologia e Saúde em Debate*, 11(2), 65–81. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A2A4>
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201–210. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>
- Heidkamp, P., Hiltrop, K., Breidenbach, C., Kowalski, C., Pfaff, H., Geiser, F., & Ernstmann, N. (2024). *Coping* with breast cancer during medical and occupational rehabilitation: a qualitative study of strategies and contextual factors. *BMC women's health*, 24(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03012-3>
- Holland, J. C. (2018). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho oncology*, 27, 1364–1376. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>

- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of *coping* strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946>
- Jadidi, A., & Ameri, F. (2022). Social support and meaning of life in women with breast cancer. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i4.6>
- Kim, J., Han, J. Y., Shaw, B., McTavish, F., & Gustafson, D. (2010). The roles of social support and *coping* strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *J Health Psychol*, 15(4), 543–552. <https://doi.org/10.1177/1359105309355338>
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). *Coping* with breast cancer: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(11), e112733. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112733>
- Lazarus, R. S. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2^a ed., pp. 21–39). Free Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2025). Cancro da Mama. <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010>
- Machado, P. C., & Araújo, E. R. G. (2025). Câncer de mama: Fatores de risco, prevenção e tratamento – uma revisão de literatura. *Ciências da Saúde*, 29(146). <https://doi.org/10.69849/revistaft/cl10202505071148>
- Marques, L. (2003). Cancro da mama. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(5), 463–468. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i5.9976>
- McPherson, K., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). ABC of breast diseases: Breast cancer—Epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ*, 321(7261), 624–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7261.624>

- Michałowska, S., Matuszewicz, S., & Samochowiec, A. (2019). *Coping and anxiety in cancer patients. Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 28–32. <https://doi.org/10.12740/APP/103093>
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165–184. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36290114.pdf>
- Nakamura, H., Sugihara, G., Hara, K., Inaji, M., Noha, M., Takumi, I., Watanabe, M., Takahashi, H., Maehara, T., Yamamoto, H., & Takagi, S. (2023). Seizure-related stress and arousal responses mediate a relationship between anxiety trait and state in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109442>
- Nezu, A. & Nezu, C. (2007). Psychological distress, depression and anxiety. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 323-327). Bethesda: Springer
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1123–1130. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00350-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00350-1)
- OECD & European Commission. (2025). *EU Country Cancer Profile: Portugal 2025* [Perfil do cancro por país da UE: Portugal 2025] (Estudos Perfil do Cancro por País da UE). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/46c3a9e0-en>
- Oishi, Y., Aruga, K., & Kurita, K. (2024). Relationship between face recognition ability and anxiety tendencies in healthy young individuals: A prosopagnosia index and state-trait anxiety inventory study. *Acta Psychologica*, 245, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104237>
- Okati-Aliabad, H., Ansari-Moghadam, A., Mohammadi, M., Kargar, S., & Shahraki-Sanavi, F. (2022). The prevalence of anxiety and depression and its association with coping strategies, supportive care needs, and social support among women with breast cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(1), 703–710. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06477-2>
- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250101.pdf>

- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53–73.
<https://www.redalyc.org/pdf/362/36250104.pdf>
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: Estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1(1), 33–55. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i1.6>
- Pereira, Thayanne Branches, & Branco, Vera Lúcia Rodrigues. (2016). As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 24-31. <https://doi.org/10.20435/2177093X2016104>
- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity Study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 305-310. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
- Ramalho, R. B., Castro, G. D. L., Sakamoto, G. S., Sales, A. K. R. C., Nascimento, W. N. L., Lourencini, Y. G., Lima, L. O., Prado, L. W., Nascimento, L. O. F., Pereira, L. A. A., Menezes, T. C. L., & Rosa, F. P. da. (2021). Diagnóstico e tratamento do câncer de mama: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 357–374.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-357>
- Rey Villar, R., Pita Fernández, S., Cereijo Garea, C., Seoane Pillado, M. T., Balboa Barreiro, V., & González Martín, C. (2017). *Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2958.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2021). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.
https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-6.pdf
- Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Gasparetto, E., Stanizzo, M. R., Torta, R., & Castelli, L. (2019). The traumatic experience of breast cancer: Which factors can relate to the post-traumatic outcomes? *Frontiers in Psychology*, 10, 891.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00891>
- Roszkowska, M., & Białczyk, K. (2023). *Coping* styles and quality of life in breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Cancers*, 15(23), 5515.
<https://doi.org/10.3390/cancers15235515>

- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85–98. https://doi.org/10.21631/rpp32_85
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Silva, A. V. D., Zandonade, E., & Amorim, M. H. C. (2017). Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2891. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1722.2891>
- Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 33(1), 39–53. <https://doi.org/10.14417/ap.832>
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and Research on Anxiety. In C. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. Academic press.
- Spielberger C. D., Gorsuch, R., Lushene, P., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for State-trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F. S., & Natalicio, D. S. (1971). Development of The Spanish Edition of The State-Trait Anxiety Inventory. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 5(3;4), 145-158. https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v5i3_4.620
- Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Ansiedade*. Instituto Nacional de Saúde — SNS 24. Acedido em 7 de outubro de 2025 em <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/saude-mental/ansiedade/>
- Szwarcwald, C. L. (2023). National health surveys: Overview of sampling techniques and data collected using complex designs. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32(3), e2023431. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300014.EN>
- Tao, Y., Yu, H., Liu, S., Wang, C., Yan, M., Sun, L., Chen, Z., & Zhang, L. (2022). Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. *BMC Psychiatry*, 22, 345. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03985-1>
- Vallim, L. de B., Souza, J. B. de, Alves, R. da S., Iunes, D. H., Chaves, É. de C. L., Carvalho, C. C., & Carvalho, L. C. (2017). Análise correlacional durante e após os ciclos de quimioterapia

- com o perfil de ansiedade de pessoas com câncer. *Conscientiae Saúde*, 16(1), 124–130.
<https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v16n1.6965>
- Varela, M., & Leal, I. P. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 25(3), 479–488. <http://hdl.handle.net/10400.12/115>
- Vernon, S. W., Tilley, B. C., Neale, A. V., & Steinfeldt, L. (1985). Ethnicity, survival, and delay in seeking treatment for symptoms of breast cancer. *Cancer*, 55(7), 1563–1571.
[https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19850401\)55:7%3C1563%3A%3AAID-CNCR2820550726%3E3.O.CO%3B2-1](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19850401)55:7%3C1563%3A%3AAID-CNCR2820550726%3E3.O.CO%3B2-1)
- Vodermaier, A., Linden, W., MacKenzie, R. *et al.* Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer* 105, 1814–1817 (2011).
<https://doi.org/10.1038/bjc.2011.503>
- World Health Organization. (2024). *Breast cancer*. World Health Organization
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- World Health Organization. (2025). *Cancer*. World Health Organization.
https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Xi, Y. (2020). Anxiety: a concept analysis. *Frontiers of Nursing*, 7(1), 9-12.
<https://doi.org/10.2478/FON-2020-0008>
- Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., & Foroozanfar, S. (2021). Perceived social support, *coping* strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101892.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>
- Zhou, K., Ning, F., Wang, X., Shao, P., & Chen, Y. (2022). Perceived social support and *coping* style as mediators between resilience and health-related quality of life in women newly diagnosed with breast cancer: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01783-1>

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética CUF



COMISSÃO DE ÉTICA CUF
FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO DE PIC's

Investigador Principal	LAURA MOURA
Identificação Estudo/Projecto	MECANISMOS DE COPING, ANSIEDADE ESTADO E PERCEÇÃO DE SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES COM CANCRO DA MAMA
Identificação do Cluster/Hospital	HOSPITAL CUF DESCOBERTAS
Data de submissão do estudo	11.04.2025
Data do parecer(s)	05.05.2025; 07.05.2025

PARECER PIC 45/2025/53835514

PARECER ÉTICO FAVORÁVEL	X
PARECER ÉTICO CONDICIONADO AO PREENCHIMENTO DE REQUISITOS	
PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser avaliado)	



Lisboa, 07 de Maio de 2025

Exma Senhora Doutora Laura Moura,

Considerando as alterações efectuadas, tenho o gosto de comunicar que a Comissão de Ética CUF deliberou emitir parecer favorável.

Agradecemos o cuidado posto na resposta às solicitações desta Comissão.

Aproveitamos para manifestar a nossa disponibilidade para tudo que considerar conveniente e apresentar os nossos melhores cumprimentos,

António Pinto Leite
Presidente da Comissão de Ética CUF

Anexo II – Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (CLIE)

Autorização para Participação em Estudo Clínico

PROMOTOR	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade da Beira Interior
RESPONSÁVEL PELO ESTUDO	Laura Sofia Moura
NOME DO ESTUDO:	“Mecanismos de Coping, Ansiedade Estado e Perceção de Suporte Social em Pacientes com Cancro da Mama”

Este documento complementa a informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

INFORMAÇÃO GERAL

Com este projeto de investigação pretende-se conhecer e estudar a relação entre os sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão), os mecanismos de coping e a perceção de suporte social (perceção de suporte social emocional, afetivo, social e material) em doentes oncológicos com idade igual ou superior a 18 anos.

O presente estudo surge no âmbito da elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde a decorrer na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior pela aluna Laura Sofia Moura e pela Orientadora Professora Doutora Isabel Fernandes. Este projeto demonstra-se deveras importante uma vez que pretende promover o avanço no conhecimento sobre a relação entre as variáveis em análise pois consideramos que está análise pode contribuir para um entendimento mais aprofundado de como essas variáveis se inter-relacionam. Ao integrar estas variáveis é possível obter dados mais robustos sobre os fatores psicológicos que influenciam a adaptação dos doentes à doença e ao tratamento. Para além disso, este tipo de conhecimento é essencial para o desenvolvimento de modelos de intervenção mais eficazes e personalizados, com base nas necessidades individuais dos pacientes. Por outro lado, o estudo promove novas informações que podem ajudar a alterar algumas políticas de saúde pública, melhorar as políticas de apoio psicossocial e influenciar a formação de profissionais de saúde.

O estudo decorrerá no Serviço de Oncologia do Hospital Cuf Descobertas, de forma que sejam incluídos doentes de cancro da mama do Serviço de Oncologia do Hospital Cuf Descobertas.

Neste estudo ser-lhe-á entregue um questionário que consiste em duas partes: a primeira - Questionário Sociodemográfico (género, idade, nível de escolaridade, situação conjugal e profissional, nacionalidade, língua materna constituição do agregado familiar, se tem filhos, rendimento médio, se tem diagnóstico de doença mental e se faz medicação), a segunda parte caracteriza-se por 3 questionários: o Questionário COPE reduzido (Brief-Cope) que avalia o modo como lida com o stress;

Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey – versão portuguesa (MOS-SSS-P) que avalia o apoio ou ajuda que dispõe atualmente; Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) que avalia a forma como se sente no preciso momento que está a realizar o questionário, ou seja, refere-se a questões que descrevam os seus sentimentos no momento presente.

QUALA DURAÇÃO ESPERADA DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

Neste estudo ser-lhe-á entregue, pela Professora Doutora Isabel Fernandes um questionário que, tal como acima detalhado, consiste em duas partes: na primeira iremos recolher informação sociodemográfica e, na segunda parte, será solicitado que preencha os três questionários anteriormente detalhados.

O tempo previsto para o preenchimento de toda a informação é, aproximadamente, 10 a 15 minutos.

QUAIS OS PROCEDIMENTOS DO ESTUDO EM QUE VOU PARTICIPAR?

No seguimento de uma das duas consultas, ser-lhe-á pedido que responda a um questionário que inclui um questionário sociodemográfico e 3 questionários que avaliem diversos aspetos comportamentais para que se estude a relação entre sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão), mecanismos de coping e a perceção de suporte social.

AMINHA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com o Hospital CUF Descobertas não será afetada.

QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

A recolha de informação para este estudo não trará benefício para si, no entanto, poderá contribuir para o estudo e perceber quais os mecanismos de coping mais utilizados em pacientes com cancro da mama, a ansiedade sentida e a perceção de suporte social das mesmas.

QUAIS OS POSSÍVEIS RISCOS DA MINHA PARTICIPAÇÃO?

Não há riscos que sejam conhecidos que resultem da sua participação neste estudo.

QUEM ASSUME A RESPONSABILIDADE, NO CASO DE UM EVENTO NEGATIVO?

Não há riscos que sejam conhecidos que resultem da sua participação neste estudo.

COMO É ASSEGURADA A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS?

Será realizada a ocultação da identidade dos participantes com código individual atribuído pela Professora Doutora Isabel Fernandes. Através deste código garante-se a pseudonimização dos dados.

Os Consentimentos Informados e os Questionários serão armazenados num armário fechado no Hospital Cuf Descobertas com acesso restrito à Professora Doutora Isabel Fernandes.

Os dados dos Questionários serão guardados numa base de dados, e dentro da base de dados cada participante será reconhecido por 1 código que apenas a Investigadora Responsável e a Investigadora Principal serão capazes de identificar. (Ex: 01; 02; 03;)

A confidencialidade dos dados obtidos nos questionários está absolutamente garantida.

OQUE ACONTECERÁ AOS DADOS QUANDO A INVESTIGAÇÃO TERMINAR?

Os dados serão eliminados findo o prazo de conservação terminar, que são 5 anos.

Posteriormente, será destruída a lista de códigos que o relaciona à sua informação e os dados em papel serão destruídos numa destruidora de papel.

Nos termos da lei, é-lhe também garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao Investigador Principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas. Caso exerça o direito de retirar o seu consentimento, poderá solicitar que todos os dados recolhidos anteriormente e até ao momento da desistência sejam eliminados, mesmo que em prejuízo deste estudo clínico.

COMO IRÃO OS RESULTADOS DO ESTUDO SER DIVULGADOS E COM QUE FINALIDADES?

Os resultados do estudo serão divulgados aquando da apresentação da dissertação do projeto.

Toda a informação recolhida será estritamente confidencial e a sua identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, apenas poderão ser divulgados resultados anonimizados. Apenas a equipa de investigação autorizada (do Hospital Cuf Descobertas) tem acesso ao registo e ficha de codificação.

Como medida de garantia de confidencialidade o presente estudo garante a pseudonimização dos seus dados pessoais.

EM CASO DE DÚVIDAS, QUEM DEVO CONTACTAR?

O Hospital CUF Descobertas é a entidade Subcontratante no âmbito do tratamento dos seus dados pessoais neste estudo clínico.

Para obter mais informações acerca dos termos do tratamento dos seus dados pessoais, bem como acerca de quais são os seus direitos à luz da lei da proteção de dados aplicável e de como os pode exercer, consulte a Política de Privacidade Saúde CUF em <https://www.cuf.pt/clientes-e-acompanhantes/politica-de-privacidade-cuf> ou contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, através de formulário no site <https://www.cuf.pt/contactos> selecionando o Assunto - Proteção de dados. Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de contacto com a Equipa de investigação ou com o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para a finalidade referida, o que não invalida, no entanto, o tratamento dos dados efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Assiste-lhe, ainda, o direito a apresentar uma reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso entenda que o tratamento dos seus dados pela Unidade CUF viola o regime legal em vigor a cada momento.

Poderá também ver esclarecidas todas as suas restantes dúvidas com a Equipa de Investigação, através de email para isabel.c.costa@cuf.pt

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO ENSAIO CLÍNICO

Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no projeto “Mecanismos de Coping, Ansiedade Estado e Perceção de Suporte Social em Pacientes com Cancro da Mama”. Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento ou ao meu representante, devidamente assinado.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Representante Legal: _____

Data _____

Nome do Investigador: _____

Assinatura do Investigador: _____

Data _____