

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAROLINA VILLANOVA QUIROGA

**AVALIAÇÃO DE PREDITORES DE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO EM UMA
POPULAÇÃO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DE PREDITORES DE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO
EM UMA POPULAÇÃO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

CAROLINA VILLANOVA QUIROGA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre
Janeiro de 2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DE PREDITORES DE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO
EM UMA POPULAÇÃO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

CAROLINA VILLANOVA QUIROGA

ORIENTADOR: Prof^a Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

CO-ORIENTADOR: Prof^a Dr. Tânia Rudnicki

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre
Janeiro de 2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**AVALIAÇÃO DE PREDITORES DE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO
EM UMA POPULAÇÃO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

CAROLINA VILLANOVA QUIROGA

COMISSÃO EXAMINADORA:

DR. LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

DR. SIMONE DOS SANTOS MACHADO
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

DR. TATIANA QUARTI IRIGARAY
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Porto Alegre
Janeiro de 2018

Ficha Catalográfica

Q8a Quiroga, Carolina Villanova

Avaliação de preditores de crescimento pós-traumático em uma população de mulheres com câncer de mama / Carolina Villanova Quiroga . – 2018.

97 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon.

Co-orientadora: Profa. Dra. Tânia Rudnicki.

1. Crescimento Pós-Traumático. 2. Câncer de Mama. 3. Ciclo Vital. 4. Avaliação Psicológica. I. Argimon, Irani Iracema de Lima. II. Rudnicki, Tânia. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecário responsável: Marcelo Votto Texeira CRB-10/1974

DEDICATÓRIA

À minha mãe, que mais uma vez não mediu esforços para permitir que eu realizasse mais um sonho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me apoiaram desde o momento da decisão pela realização do mestrado acadêmico. Vocês, desde sempre, são o motivo para eu tentar ser uma pessoa melhor;

A minha orientadora, Irani Argimon, que me acolheu, motivou e inspirou ao longo destes dois anos, contribuindo para que eu seja uma profissional e um ser-humano melhor;

A minha coorientadora, Tânia Rudnicki, que me apresentou ao tema desta dissertação e prontamente dividiu o conhecimento comigo;

Aos professores Leopoldo Barbosa, Tatiana Irigaray e Simone Machado, pela valiosa contribuição na banca de avaliação desta dissertação;

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, pela companhia e incentivo diários; em especial as bolsistas de iniciação científica vinculadas a este projeto, Laura e Isabela, que aceitaram a tarefa de aprender sobre o mundo da pesquisa comigo e trabalharam com tanto carinho neste projeto;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, sua coordenação, professores e demais funcionários. À CAPES, pelo apoio para o desenvolvimento deste projeto;

Aos amigos e amigas que estiveram ao meu lado durante esta caminhada;

Ao grupo “Torta da Odonto”, amigas queridas que irei levar para além das paredes do prédio 11; em especial a Luísa, pelo importante auxílio na reta final;

Ao grupo “Migas da Ética/Coleta/Análises/Dissertação”, Marina e Cristiane, que desde o primeiro dia me acolheram, incentivaram e inspiraram, compartilhando cada momento deste processo. Não existem palavras para agradecer a amizade de vocês;

Ao Serviço de Oncologia do Hospital São Lucas da PUCRS, a Clínica Oncotrata, ao grupo Despertar do Câncer (Cachoeirinha), Centro de Auxílio a Pessoas com Câncer (CAPC- Caxias do Sul) e ao serviço Amigas da Mama (AMA- Triúnfo), por acolherem este projeto e possibilitarem a coleta de dados. A todos que indicaram participantes para o estudo, e que divulgaram este projeto em suas redes de contatos;

E, principalmente, agradeço imensamente as oitenta e cinco mulheres que cederam um pouco do seu tempo e compartilharam comigo as suas histórias. Sem vocês, nada poderia ter sido possível.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	6
AGRADECIMENTOS	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
RELAÇÃO DE TABELAS	13
LISTA DE FIGURAS	14
1 APRESENTAÇÃO	15
1.1 Temática da dissertação	15
<i>1.1.1 Câncer e os aspectos emocionais do paciente oncológico</i>	15
<i>1.1.2 Crescimento Pós-Traumático</i>	17
1.2 Presente dissertação	22
<i>1.2.1 Objetivos e hipóteses</i>	22
<i>1.2.2 Delineamento da pesquisa</i>	23
<i>1.2.3 Instrumentos</i>	24
<i>1.2.4 Procedimentos de coleta de dados</i>	27
<i>1.2.5 Procedimentos de análise de dados</i>	27
<i>1.2.6 Considerações éticas</i>	28
Referências	30
2 Seção Teórica - Estudo 1	34
3 Seção Empírica - Estudo 2	56
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
Referências	77
ANEXOS	78
Anexo I – Carta de aprovação da comissão científica da PUCRS.....	79
Anexo II - Documento de aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa da PUCRS.....	80
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
Anexo IV – Ficha de dados sócio-demográficos e de saúde.....	86
Anexo V – Inventário de Crescimento Pós-Traumático.....	90
Anexo VI - Inventário de Estratégias de Coping.....	92
Anexo VII – Questionário de Ruminação e Reflexão.....	96

RESUMO

O crescimento pós-traumático (CPT) trata de uma mudança psicológica positiva resultante de situações vividas em circunstâncias desafiadoras e difíceis. Estudos apontam que o desenvolvimento de altos índices de CPT após uma situação específica está positivamente relacionado ao uso de estratégias de *coping* adaptativas, ruminação, percepção de suporte social e da situação vivida como traumática, como é o caso do câncer de mama. Nesta perspectiva, uma medida que avalie diferentes aspectos emocionais e interpessoais do indivíduo com câncer se mostra útil no trabalho da prevenção e promoção de saúde mental e qualidade de vida. O conhecimento acerca dos preditores de CPT, já descritos na literatura, pode ser usado como recurso para auxiliar no processo de elaboração. Pode-se assim pensar em tratamentos que priorizem possíveis aspectos positivos, trabalhando estratégias de enfrentamento adaptativas no que diz respeito ao auxílio na elaboração da situação. Esta dissertação teve como objetivo geral verificar se percepção de suporte social, ruminação e uso de estratégias de *coping* adaptativas apresentam correlação com os escores de CPT de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama. Trata-se de uma pesquisa transversal e exploratória, dividida em dois estudos. O primeiro uma revisão sistemática que buscou copilar e discutir resultados de estudos que objetivaram estudar a ruminação e/ou suporte social como preditores de CPT. O segundo um estudo empírico, transversal e exploratório, com objetivo de verificar se o CPT é uma variável presente em mulheres com câncer de mama no Brasil (n=84) e se ruminação, suporte social e estratégias de coping adaptativas se mostram preditores do mesmo nesta população. Utilizou-se o Inventário de Crescimento Pós-Traumático, Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, Escala de Percepção de Suporte Social, Questionário de Ruminação e Reflexão, Escala Baptista de Depressão – versão adultos, e aplicada ficha de dados

sociodemográficos e de saúde. No estudo 1, encontrou-se 12 artigos que corresponderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Através de análise quantitativa da qualidade metodológica e qualitativa dos resultados, observou-se que há quase consenso de que ruminação e suporte social são variáveis preditoras de CPT em diferentes populações. Já no estudo 2, o suporte social marital e estratégias de *coping* adaptativas foram preditoras de CPT na amostra estudada. O escore total de suporte social não se mostrou preditor, mas apresentou correlação positiva significativa. Ademais, possuir religião de identificação contribuiu em modelos regressivos para dois diferentes fatores que compõe o instrumento para avaliação de CPT. A partir dos estudos, concluiu-se que as variáveis suporte social, ruminação e estratégias de *coping* adaptativas se mostram preditoras de maiores escores de CPT. Porém, acredita-se que as mesmas apresentem diferentes contribuições de acordo com as populações estudadas. O estudo de preditores ainda é recente no Brasil no que diz respeito ao CPT. A partir desta pesquisa, abre-se espaço para outros estudos, com diferentes populações e metodologias, a fim de melhor compreender as especificidades do modelo e das variáveis avaliadas no contexto brasileiro. Entretanto, esta dissertação contribui para o embasamento de estratégias de intervenção pautadas nestes preditores para esta população específica.

Palavras-chave: crescimento pós-traumático; câncer de mama; ciclo vital; avaliação psicológica.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 7.07.07.00-6 Psicologia do Desenvolvimento Humano

ABSTRACT

Posttraumatic growth (PTG) refers to a positive psychological change which results from challenging and tough situations. Studies show that the development of high levels of PTG after a specific situation is positively related to the use of adaptive *coping* strategies, rumination, perception of social support and the actual situation being experienced as traumatic, such as breast cancer. From this perspective, a tool that evaluates different emotional and interpersonal aspects of an individual with cancer can be useful when working with prevention and promotion of mental health and quality of life. Knowing predictors of PTG, already described in literature, can be used as a resource to aid the process of elaboration. That would enable thinking about treatments that prioritize possible positive aspects, working in adaptive *coping* strategies to assist in the situation elaboration. This dissertation had as an initial objective to verify if social support perception, rumination, and use of adaptive *coping* strategies show a significant correlation with levels of PTG in women with confirmed breast cancer diagnosis. In order to do that, a transversal and exploratory research with two studies was conducted. The first a systematic review that focused on compiling and discussing the results of studies that studied rumination and/or social support as predictors of PTG. The second a empiric study, transversal and exploratory, with the objective of verifying if PTG is a variable present in women with breast cancer in Brazil (n=84) and if rumination, social support and adaptive coping strategies prove to be predictors of it in this population. The Posttraumatic Growth Inventory, Ways of Coping Checklist, Scale of Perceived Social Support (adult version), Rumination and Reflection Questionnaire, Baptista Depression Scale (adult version) were used, and a sociodemographic and health scale was applied.

On study 1, there were found 12 articles that corresponded to the including and excluding established criteria. Through quantitative analysis of the methodological and results quality, it was observed that there is almost a consensus of rumination and social support being predictor variables for PTG in different populations. As for study 2, marital social support and adaptive coping strategies were the predictors for PTG in the studied sample. The total score of social support did not appear as a predictor, but presented a significant positive correlation. Moreover, having a religion of identification contributed in regressive models for two different factors that composed the instrument utilized for PTG evaluation. From these studies, it was concluded that the social support, rumination, and adaptive coping strategies variables proved to be predictors of higher scores of PTG. However, it is believed that each one will present different contributions according to the studied populations. The study of predictors is still recent in Brazil regarding PTG. From this research, path is opened to other studies with different populations and methodologies in order to better understand the specificities of this model and its evaluated variables in the Brazilian context. Nonetheless, this dissertation contributes to the foundation of intervention strategies based on these predictors to this specific population.

Keywords: posttraumatic growth; breast cancer; vital cycle; psychological assessment.

Area as CNPq classification: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Subarea as CNPq classification: 7.07.07.00-6 Psicologia do Desenvolvimento Humano

RELAÇÃO DE TABELAS

RUMINATION AND PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT AS PREDICTORS OF POSTTRAUMATIC GROWTH IN WOMEN WITH BREAST CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW (Estudo 1)

Table 1. Description of the analyzed studies.....41

CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO E VARIÁVEIS PREDITORAS EM MULHERES ADULTAS COM CÂNCER DE MAMA (Estudo 2)

Tabela 1. Frequências para características demográficas de mulheres com câncer de mama (n=84).....62

Tabela 2. Correlações entre CPT, suporte social, ruminação, *coping* e sintomatologia depressiva em mulheres com câncer de mama.....64

Tabela 3. Preditores de Crescimento Pós-Traumático através do modelo de Regressão Linear Múltipla.....65

LISTA DE FIGURAS**RUMINATION AND PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT AS PREDICTORS
OF POSTTRAUMATIC GROWTH IN WOMEN WITH BREAST CANCER: A
SYSTEMATIC REVIEW (Estudo 1)****Figura1.** Flow Diagram based on Prisma Statement.....39

1 APRESENTAÇÃO

O referido estudo está vinculado ao grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital”, que tem como proposta a investigação de temas pertinentes ao ciclo vital e desenvolvimento humano, com foco na avaliação e na intervenção.

1.1 Temática da dissertação

1.1.1 Câncer e os aspectos emocionais do paciente oncológico

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua o câncer como o crescimento descontrolado e a disseminação de células malignas, que podem afetar basicamente todo o corpo humano. O crescimento das células afeta os tecidos próximos ao local primário e estas podem causar metástases em outras partes do corpo. O desenvolvimento de diversos tipos de câncer pode ser prevenido evitando-se a exposição a fatores de risco, como uso de tabaco e álcool. Quando detectados rapidamente, um número significativo de casos pode chegar à cura a partir de tratamentos como cirurgias, quimioterapia e radioterapia (World Health Organization [WHO], 2017).

No Perfil Oncológico dos Países da OMS (WHO, 2014), 16,8% das mortes de mulheres por câncer no Brasil foram decorrentes do diagnóstico de câncer de mama. O diagnóstico é o mais incidente entre as mulheres, seguido do câncer em colo de útero, colo retal, pulmão e tireoide.

Segundo a estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016), no ano de 2016 são esperados 57,960 novos casos de câncer de mama no Brasil, estimando-se um risco de 56,20 novos casos a cada 100,000 mulheres. É o tumor mais recorrente em mulheres da região Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, e o segundo mais incidente em mulheres da região Norte.

A vivência traumática do câncer interfere em diversos aspectos da vida do sujeito. Desta forma, consideram-se os pacientes com esta patologia mais propensos a desenvolver alguns transtornos psiquiátricos em comparação com a população em geral (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001). Em estudo com 1385 sujeitos no Brasil, encontrou-se uma prevalência de sintomas depressivos em 18,5% da amostra. A prevalência de sintomas de ansiedade variou entre 21,4% e 27,3% da amostra (Lima & Osório, 2014).

O diagnóstico de câncer de mama interfere no desenvolvimento emocional, social e profissional da mulher (Boyle et al., 2016). Vem acompanhado de fatores de estresse que transformam o câncer em uma vivência de trauma, e que podem desencadear sintomatologias de ansiedade e depressão (Hansen, Silva, & Rudnicki, 2015). Em uma amostra de 70 mulheres com câncer de mama, 61% referiu perceber o diagnóstico como um evento estressor traumático (Cordova et al., 2001). Já em outro estudo com 746 mulheres, 41% referiu experimentar sentimentos de aflição 6 meses após o diagnóstico, e 32% após 15 meses do diagnóstico (Lo-Fo-Wong et al., 2016).

Estudos trazem que algumas sintomatologias são mais proeminentes na fase pós-tratamento (Philip, Merluzzi, Zhang, & Heitzmann, 2013), como medo excessivo de recaída da doença, problemas de ordem sexual, neuropatias, entorpecimento e sintomas de estresse pós-traumático. Os fatores de risco para desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres com câncer de mama são considerados como possuindo causas multifatoriais. Dentre estes se consideram o estágio da doença, prognóstico, tipo de tratamento, presença ou ausência de dor, necessidade de hospitalização, suporte social, entre outros (Parikh et al., 2014).

Em pesquisa realizada com uma amostra de 307 mulheres que estavam entre 5-15 anos após o diagnóstico de câncer de mama, 66,8% relatou ter sequelas. Destas, 36,5%

referiu dor, 27,4% referiu limitações, 26,7% relatou fadiga e 15% sequelas diversas, como o desconforto com sua imagem corporal após procedimentos invasivos e o ganho de peso decorrente do tratamento (Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010). Em estudo com 746 mulheres, seis meses após o diagnóstico os sintomas mais referidos foram fadiga, diminuição da força muscular, problemas relacionados ao sono e a concentração e dificuldade em realizar atividades físicas. Após 15 meses do diagnóstico, a fadiga, problemas relacionados ao sono e dificuldade em realizar atividades físicas seguiram sendo os problemas mais referidos pelas mulheres (Lo-Fo-Wong et al., 2016)

Em termos de publicação científica, as intervenções propostas geralmente estão focadas nos aspectos negativos e patológicos do diagnóstico. Entretanto, cada vez mais a literatura vem explorando as intervenções interligadas à Psicologia Positiva. Estas buscam desenvolver a força pessoal, incentivar os sentimentos positivos, bem-estar, satisfação com a vida e crescimento pessoal. As terapias que buscam desenvolver crescimento pós-traumático se encontram neste grupo. Em uma revisão sistemática onde se buscou mapear artigos que tratassem de terapias positivas em pacientes com câncer de mama, entre os 16 artigos analisados a intervenção mais utilizada foi o *Mindfulness* (Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014).

1.1.2 Crescimento Pós-Traumático

Ao longo das décadas a prevalência, fatores moderadores e sintomatologia decorrente da vivência de situações traumáticas foram amplamente estudados, conforme meta-análise realizada com 25 artigos sobre o tema, totalizando $n=4189$ sujeitos de pesquisa (Abbey, Thompson, Hickish, & Heathcote, 2015). Entretanto, uma revisão sistemática produzida por Parikh et al. (2014) explicita que a ideia de que uma situação

desafiadora possa gerar uma mudança emocional positiva vem sendo discutida e mensurada mais amplamente.

O Crescimento Pós-Traumático (CPT) trata de uma mudança positiva resultante da vivência de uma situação percebida como difícil ou traumática, que desestruture intensamente os esquemas mentais fundamentais (Tedeschi & Calhoun, 2004). O processo cognitivo inicia com a vivência de algum evento que abale o sistema de crenças centrais da pessoa. Para qualquer uma das situações, o indivíduo irá dispor de aspectos próprios que interferem na possibilidade de desenvolvimento de crescimento pós-traumático como, por exemplo, espiritualidade e traços como otimismo. A partir destes, a pessoa irá usar diferentes processos para lidar com a situação, como o apoio social que dispõe e estratégias de *coping*, e assim manejar o estresse e rever suas crenças (Cordova et al., 2001; Danhauer et al., 2013).

O CPT não é um retorno ao equilíbrio mental anterior à experiência em questão. Ele preconiza que a pessoa vivencie mudanças positivas a partir da situação difícil, e que sejam percebidas como importantes por ele. Não é o retorno à homeostase anterior, mas uma experiência de remodelação cognitiva positiva que ocorre após a situação (Tedeschi & Calhoun, 2004). Neste aspecto o CPT se diferencia da resiliência. A resiliência também conta da capacidade e do esforço em superar situações adversas, buscando ser agente ativo perante as mesmas. Porém, quando resiliente, o indivíduo concentra seus esforços diante da situação adversa em retornar a um estado de normalidade anterior a mesma (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011; Fontes & Azzi, 2012), não necessariamente ocorrendo uma remodelação cognitiva após a vivência específica. Desta forma, podemos entender que no caso do indivíduo resiliente não há obrigatoriamente um crescimento psicossocial após a vivência da

situação traumática, mas sim uma forte capacidade de superação que busca o estado de homeostase anterior.

O alto nível de CPT é positivamente associado a aspectos como tempo transcorrido desde o diagnóstico, bom suporte social, uso de estratégias de *coping* adaptativas, otimismo e afeto positivo (Arpawong, Oland, Milam, Ruccione, & Meeske, 2013; Boyle et al., 2016; Danhauer et al., 2013, Wang, Chang, Chen, Chen, & Hsu, 2014). Já alguns estudos demonstram que não há associação estatisticamente significativa entre CPT com algumas variáveis sociodemográficas coletadas, como religião, estado civil, raça e nível educacional (Arpawong, Richeimer, Weinstein, Elghamrawy, & Milam, 2013; Danhauer et al., 2013; Ho et al., 2011; Ruini et al., 2013).

As estratégias de *coping* adaptativas, a ruminação, o suporte social e ter percebido a situação em questão como traumática são descritos na literatura como preditores importantes de CPT (Cordova et al., 2001; Danhauer et al., 2013; Soo & Sherman, 2015; Tedeschi & Calhoun, 2004). A Ruminação é o processo onde ativamente se pensa e fala sobre a situação estressante, evocando sentimentos e lembranças acerca da situação (Soo & Sherman, 2015). Falar diversas vezes sobre a situação traumática está positivamente associada a altos índices de CPT, o que demonstra que a ruminação pode permitir o início de um processo cognitivo, afetivo e interpessoal que facilite uma mudança positiva (Cordova et al., 2001; Danhauer et al., 2013). Já o uso de estratégias de *coping* que envolvam, por exemplo, enfrentar diretamente o problema e procurar modificar a relação estabelecida entre a pessoa e a experiência em questão se mostraram fortemente associadas ao escore geral do CPT (Dirik & Karanci, 2008), assim como estratégias como otimismo e esperança (Ho et al., 2011).

O conceito de CPT foi discutido em diversas pesquisas com diferentes populações e situações estressoras, como sobreviventes de guerras (Powell, Rosner, Butollo,

Tedeschi, & Calhoun, 2003); de desastres naturais (Xu & Liao, 2011; Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006); violência doméstica (Cobb, Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2006); assaltos (Kleim & Ehlers, 2009) e acidentes de carro (Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010). Em relação a patologias orgânicas, o evento foi investigado em pacientes com artrite reumatoide (Dirik & Karanci, 2008); HIV (Zeligman, Barden, & Hagedorn, 2016); lesão na medula espinhal (Min et al., 2014); cardiopatias (Ai, Hall, & Pargament, 2013) e transplantados (Scrignaro et al., 2016).

O CPT é intensamente investigado na área da psicooncologia em diferentes diagnósticos. Estudo realizado com pacientes com Linfoma de Hodgkin, Linfoma Não-Hodgkin, Leucemia e Mieloma mostrou que não houve diferenças estatísticas representativas quanto ao nível de crescimento pós-traumático e as diferentes características dos diagnósticos de câncer (Baník & Gajdosová, 2014). Já quando investigado em uma amostra de 78 pacientes com câncer de cabeça e pescoço os autores apontam um escore geral baixo de crescimento pós-traumático, com 90% da amostra pontuando menos que três em cada item da escala (Holtmaat, Spek, Cuijpers, Leemans, & Leeuw, 2016). O estágio do tumor também foi significativamente associado ao escore de CPT, com pacientes em estágios mais avançados apresentando menor escore do que os nos primeiros estágios. Esta associação foi observada também em estudo com pacientes com câncer em cavidade oral (Ho et al., 2011). Desta forma se pode considerar que existem diversos fatores emocionais decorrentes da patologia orgânica que podem influenciar diretamente no desenvolvimento, ou não, do crescimento pós-traumático em pacientes oncológicos. Cada diagnóstico específico acarreta em percepções, vivências e perdas distintas que influenciam os pacientes de forma singular, desde a localização do tumor no corpo até a morbidade física causada pela doença e pelo tratamento.

A trajetória do CPT é singular e única, uma vez que é diretamente influenciado pelas vivências prévias de cada pessoa. Em estudo longitudinal com um grupo de 124 mulheres após o tratamento médico de câncer de mama os autores perceberam que a amostra se dividiu em quatro grupos com trajetórias distintas. Após um ano do término do tratamento o grupo que apresentou escores estavelmente altos ($n=34$) de crescimento pós-traumático mostrou uma associação positiva com afeto positivo, e associação negativa com afetos negativos, depressão e ansiedade. Porém, o grupo ($n=21$) que apresentou os menores escores de CPT não mostrou maiores dificuldades emocionais e sintomatologias do que os outros grupos de comparação (Wang et al., 2014). O baixo índice de CPT, portanto não é necessariamente algo desadaptativo, e o enfrentamento das situações difíceis e/ou traumáticas pode se dar a partir de mecanismos e estratégias de enfrentamento que a pessoa já disponha, sem necessariamente precisar desenvolver estratégias novas.

Em trabalho realizado, comparando um grupo de mulheres diagnosticadas com câncer de mama que já encerraram o tratamento e um grupo de mulheres que não tinham o diagnóstico, não foi encontrada diferença significativa em relação ao CPT (Brix et al., 2013). Os autores consideram que as mulheres do grupo sem diagnóstico podem ter experienciado outras vivências traumáticas que justificam seu nível de crescimento pós-traumático. Devido à média considerada alta de idade das mulheres do grupo com diagnóstico, a vivência do câncer de mama pode não ter sido a mais traumática de suas vidas. O CPT é dinâmico, uma vez que depende de como cada sujeito vivencia a situação entendida como difícil e/ou traumática, bem como os efeitos que esta tem sob sua vida.

Em estudo longitudinal realizado com mulheres com câncer de mama, participantes com mais idade apresentaram menor índice de CPT, sintomatologia depressiva e

relataram menores prejuízos com o diagnóstico. A partir destes dados, os autores ponderam que o diagnóstico do câncer de mama pode não ter sido percebido como traumático devido à idade mais avançada, trajetória de vida diferente, maior estabilidade financeira, não necessidade de tratamento quimioterápico e maior apoio social (Danhauer et al., 2015).

Pesquisas apontam que mulheres mais jovens apresentam maior nível de CPT se comparadas com grupos de mulheres mais velhas (Boyle et al., 2016; Danhauer et al., 2015; Parikh et al., 2014). O CPT pode ser facilitado quando se estimula as estratégias de *coping*, mantendo a tolerância quanto a alguns pensamentos intrusivos e a angústia, e buscando formas de resignificar a vivência do câncer, principalmente durante o tratamento (Danhauer et al., 2013).

1.2 Presente dissertação

1.2.1 Objetivos e hipóteses

A presente dissertação teve como objetivo geral verificar se percepção de suporte social, ruminação e uso de estratégias de *coping* adaptativas apresentam correlação significativa com os escores de CPT de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama. Os objetivos específicos contemplam: (1) Verificar a correlação entre crescimento pós-traumático e estratégias de *coping*, ruminação, percepção de suporte social e sintomatologia depressiva; (2) Verificar as diferenças nos níveis de crescimento pós-traumático nas diferentes faixas etárias avaliadas; (3) Avaliar se a idade influenciará nos escores de crescimento pós-traumático; e (4) Verificar evidências de fidedignidade do instrumento para mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama com idade a partir de 18 anos.

A dissertação esta composta por dois estudos. O estudo 1 trata de uma revisão sistemática que tem como objetivo avaliar quantitativamente a metodologia e qualitativamente os resultados de estudos que mensuraram a ruminação e/ou suporte social como preditores de crescimento pós-traumático. O estudo 2 trata de um estudo empírico, transversal e exploratório, com o objetivo de avaliar se o crescimento pós-traumático se mostra uma variável presente em mulheres após o tratamento do câncer de mama e se as variáveis ruminação, suporte social e estratégias de *coping* adaptativas se mostram preditores de CPT nesta população clínica específica.

Tomou-se como hipóteses: (H1) Existirão correlações positivas entre crescimento pós-traumático e estratégias de *coping* adaptativas; (H2) Existirão correlações positivas entre crescimento pós-traumático e percepção de suporte social; (H3) Existirão correlações positivas entre crescimento pós-traumático e ruminação; (H4) Existirão correlações negativas entre crescimento pós-traumático e sintomas depressivos; (H5) Indivíduos com maior idade apresentarão menor escore de crescimento pós-traumático; (H6) Indivíduos mais jovens apresentarão maior escore de crescimento pós-traumático; e (H7) Existirão evidências de fidedignidade do instrumento para mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama com idade a partir de 18 anos.

1.2.2 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo transversal de caráter exploratório.

Participantes

Foram convidadas a participar mulheres com idade a partir de 18 anos, que tenham sido diagnosticadas com câncer de mama e já estejam em período de *follow-up* médico.

Crítérios de inclusão dos participantes

- a) A participante consentir com a participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- b) A participante já deve ter terminado o tratamento médico, estando no momento da pesquisa em acompanhamento ambulatorial periódico;
- c) Idade a partir de 18 anos.

Crítérios de exclusão dos participantes

- a) Indivíduos que apresentarem dificuldade de compreensão dos instrumentos ao longo da aplicação;
- b) Participantes que desistirem da participação na pesquisa;
- c) Participantes que, ao longo da entrevista e da aplicação dos instrumentos, apresentem recidiva da doença.

1.2.3 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para avaliação:

Ficha de dados sociodemográficos e de saúde: Tem como objetivo identificar dados dos participantes, como: código, sexo, idade, escolaridade, com quem mora, há quanto tempo terminou o tratamento médico, qual foi a duração do mesmo e outros dados de saúde referentes à história pregressa e atual do participante. Os códigos foram

atribuídos por um número que identificou a participante durante a pesquisa e análise de dados.

Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT): Foi desenvolvido nos Estados Unidos por Tedeschi e Calhoun (1996). No Brasil o instrumento foi adaptado e validado por Silva, Donat, Gauer e Kristensen (2016) com uma amostra de universitários. O instrumento consiste em 21 itens agrupados em cinco fatores e é autoaplicável. O participante deve pontuar uma escala Likert de 0 a 5 pontos, onde: 0 = “não experimentei essa mudança como resultado do evento” e 5 = “eu experimentei muito essa mudança”. Os escores em cada subescala podem variar de 0-10 e 0-35, e o escore total do instrumento varia de 0-105. Quanto maior o escore total maior o nível de crescimento pós-traumático (Svetina & Nastran, 2012). Os cinco fatores que compõem a escala são: Relacionamento com os Outros; Novas Possibilidades; Força Pessoal; Mudança Espiritual e Apreciação da Vida (Tedeschi & Calhoun, 1996). No estudo original a consistência interna do instrumento obteve *Alpha de Cronbach* de 0,90 e os coeficientes entre as escalas variaram entre 0,67 e 0,85.

Escala de Percepção de Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS -A: Construída e validada no Brasil por Baptista e Cardoso (2010), é voltada para a avaliação de suporte social de uma forma ampla. É composta por 36 itens divididos em quatro fatores: Afetivo, Interações Sociais, Instrumental e Enfrentamento de Problemas. A pontuação é em escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre “Sempre” e “Nunca”. A pontuação total da escala pode chegar a 108 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a percepção de suporte social. (Cardoso & Baptista, 2015). Em estudo pregresso o *Alpha de Cronbach* dos fatores que compõem a escala variou entre 0,92 e 0,75.

Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus: Criado por Folkman e Lazarus (1985) e adaptado e validado no Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996). Busca avaliar pensamentos e comportamentos utilizados pela pessoa frente a uma situação específica percebida como traumática. É composto por 66 itens divididos em oito fatores, sendo estes: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva. A pontuação é a partir de escala Likert variando de 0 a 4, onde 0= “não usei esta estratégia” e 3= “usei em grande quantidade. Não foram encontradas referências que descrevam o *Alpha de Cronbach* do instrumento. Entretanto, na adaptação brasileira os autores buscaram evidências de consistência interna correlacionando o escore total da escala com cada um dos fatores que a compõem através da correlação de *Pearson* (Savóia et al., 1996).

Questionário de Ruminação e Reflexão (QRR): Criada por Trapnell e Campbell (1999) e adaptada para o português brasileiro por Zanon e Teixeira (2006), busca avaliar as variáveis ruminação e reflexão. É composta por 24 itens, sendo 12 itens para avaliação de ruminação e 12 para reflexão. Tem formato de escala Likert com variação de 5 pontos, sendo 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). No estudo com população brasileira os itens para avaliação de ruminação obtiveram *Alpha de Cronbach* de 0,87 e os de reflexão 0,88 (Zanon & Hutz, 2009).

Escala Baptista de Depressão – Versão Adulto (EBADEP-A): Criada por Baptista (2012), busca avaliar sintomas depressivos em grupos clínicos e não-clínicos. Composta por 45 itens dispostos em categorias de depressão, sendo essas: Social, Humor, Cognitivos, Vegetativos/Somáticos, Motores, Ansiedade e Irritabilidade. Em formato de Escala tipo Likert, com pontuação variando de 0 a 3, podendo atingir 135 pontos. Quanto menor a pontuação menor é considerada a sintomatologia. Pode ser

usada em pessoas com faixa etária entre 17 e 81 anos. Apresentou *Alpha de Cronbach* de 0,95 (Baptista & Gomes, 2011).

1.2.4 Procedimentos de coleta de dados

Primeiramente foi realizado contato com instituições de atendimento de saúde para apresentar o projeto e obter o consentimento para realização da coleta. Após, os mesmos foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sendo incluídos como coparticipantes. Foi realizado contato ainda com grupos de apoio a mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

A coleta foi realizada pela aluna de mestrado e com o auxílio de uma bolsista de iniciação científica e ocorreu no serviço de oncologia do Hospital São Lucas da PUCRS, na Clínica Oncotrata e em grupos de apoio a mulheres com câncer de mama. Houve ainda indicações de possíveis participantes através do método *snowball*. As entrevistas ocorreram individualmente e em todos os casos a participante lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, se de acordo, o assinava. Após, a aplicação seguia a seguinte ordem, em todos os casos: ficha de dados sócio-demográficos e de saúde, Inventário de Crescimento Pós-Traumático, Escala de Percepção de Suporte Social – versão adultos, Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, Questionário de Ruminação e Reflexão e Escala Baptista de Depressão – versão adultos.

1.2.5 Procedimentos de Análise de Dados

Os dados coletados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2010) para *Windows*. Foi realizada a análise quantitativa dos resultados e verificada a normalidade da amostra a partir da análise das médias, adotando normalidade para variáveis onde o desvio padrão não

ultrapassa metade da média. As análises estatísticas foram realizadas com testes paramétricos para as variáveis que apresentaram distribuição normal, e utilizados seus equivalentes não paramétricos quando não houve distribuição normal. Para a análise das respostas do Questionário Sociodemográfico e de Saúde foram feitas análises descritivas (frequência, média ou mediana e desvio padrão).

Foi realizada análise de consistência interna e fidedignidade dos escores totais e das subescalas do Inventário de Crescimento Pós-Traumático através do coeficiente *Alpha de Cronbach*, bem como dos outros instrumentos de avaliação. Análises de variância (ANOVAs, complementada por Tukey), Teste t-student e correlações de *Pearson* foram usados para examinar a relação entre as variáveis demográficas e as medidas avaliadas. Análises de Correlação para os fatores do Inventário de Crescimento Pós-Traumático e dos demais instrumentos com distribuição normal foram realizadas utilizando correlação de *Pearson*. No caso do instrumento EBADEP-A e dos fatores 1, 2, 5 e 6 do instrumento IECFL, não paramétricos, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Para as correlações representativas foram feitos testes de Regressão Linear Múltipla, com método *enter*, para descrever um modelo que explique as relações entre as variáveis.

1.2.6 Considerações Éticas

Os procedimentos éticos deste estudo foram pautados pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisas envolvendo Seres Humanos na área de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde). Portanto, este projeto foi submetido à aprovação da Comissão Científica da PUCRS (Anexo I) e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, estando registrado sob o CAAE 62731316.7.0000.5336 (Anexo II).

Após obter o aceite das participantes convidadas a participarem do estudo, estas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) O documento foi entregue em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e outra em posse do participante.

Foram explicados os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados e foram respondidas todas eventuais dúvidas dos participantes, assegurando a livre escolha quanto a participar ou não da pesquisa. Foi garantido a participante o direito de desistir da sua participação no estudo em qualquer momento da entrevista, mesmo após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sem que isso acarrete qualquer prejuízo a ela. Também lhes foram garantidas a privacidade e confidencialidade dos dados fornecidos. Os materiais de coleta estão devidamente armazenados no Curso de Psicologia da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS, nas dependências do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, por um período de dez anos posteriores a coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T., & Heathcote, D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors of cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, *24*, 371-381. doi: 10.1002/pon.3654
- Ai, A. L., Hall, D., & Pargament, K. (2013). Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavior Medicine*, *36*, 186-198. doi: 10.1007/s10865-012-9412-6
- Arpawong, T., Oland, A., Milam, J. E., Ruccione, K., & Meeske, K. A. (2013). Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology*, *22*(10), 2235-2244, doi: 10.1002/pon.3286.
- Arpawong, T., Richeimer, S. H., Weinstein, F., Elghamrawy, A., & Milam, J. E. (2013). Posttraumatic Growth, quality of life, and treatment symptoms among cancer chemotherapy outpatients. *Health Psychology*, *32*(4), 397-408. doi: 10.1037/a0028223
- Baník, G., & Gajdosová, B. (2014). Positive changes following cancer: posttraumatic growth in the context of other factors in patients with cancer. *Support Care Cancer*, *22*, 2023-2029. doi: 10.1007/s00520-014-2217-0
- Baptista, M. N. (2012). *Manual Técnico da Escala Baptista de Depressão em Adultos (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N., & Cardoso, H. F. (2010). *Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS –A: relatório técnico*. Itatiba, MG: Universidade São Francisco.
- Baptista, M. N., & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A: evidências de validade de constructo e de critério. *Psico-USF*, *16*(2), 151-161. doi: 10.1590/S1413-82712011000200004
- Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., & Bower, J. E. (2016). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: does age matter?. *Psycho-Oncology*, *1*, 1-8. doi: 10.1002/pon.4091
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, *21*(49), 263-271. doi: 10.1590/S0103-863X2011000200014
- Brix, S. A., Bidstrup, P. E., Christensen, J., Rottmann, N., Olsen, A., . . . Dalton, S. O. (2013). Post-traumatic growth among elderly women with breast cancer compared with breast cancer-free women. *Acta Oncologica*, *52*, 345-354. doi: 10.3109/0284186X.2012.744878
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. K. (2015). Evidências de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulta) – EPSUS –A: um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *35*(3), 946-958. doi: 10.1590/1982-3703001352013

- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer: a systematic review. *Psychooncology*, *23*(1), 9-19. doi: 10.1002/pon.3353
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(6), 895-903. doi: 10.1002/jts.20171
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, *20*(3), 176-185. doi: 10.1037//0278-6133.20.3.176
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(1), 65-69. doi: 10.1037/0002-9432.76.1.65
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., . . . Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *22*, 2676-2683. doi: 10.1002/pon.3298
- Danhauer S. C., Russell, G., Case, D., Sohl, A. J., Tedeschi, R. G., Addington, E. L., . . . Avis, N. E. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, *49*(5), 650-659. doi: 10.1007/s12160-015-9696-1
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *15*, 193-203. doi: 10.1007/s10880-008-9115-x
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*(1), 150-170. doi: 0022-3514/85/\$00.75
- Fontes, A. P., & Azzi, R. G. (2012). Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. *Estudos de Psicologia*, *29*(1), 105-114. doi: 10.1590/S0103-166X2012000100012
- Hansen, C., Silva, D. C., & Rudnicki, T. (2015). Diagnóstico oncológico em mulheres: aspectos psicoemocionais e intervenção cognitivo-comportamental. In: T. Rudnicki, C. Ramos, T. Patrão & F. Pimenta (Orgs.), *Ciclo de Vida da Mulher – intervenção cognitivo-comportamental na saúde e na doença* (pp.196-213). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*, *47*, 121-124. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.11.015
- Holtmaat, K., Spek, N. van der., Cuijpers, P., Leemans, C. R., & Leeuw, I. M. V. (2016). Posttraumatic growth among head and neck cancer survivors with psychological distress. *Psycho-Oncology*, *25*. doi: 10.1002/pon.4106.
- Instituto Nacional de Câncer, INCA (Brasil). *Estimativa 2016 – Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2016.

- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 22*(1), 45-52. doi: 10.1002/jts
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(1), 14-22. doi: 10.1007/s10880-009-9183-6
- Lima, M. P., & Osório, F. L. (2014). Indicators of psychiatric disorders in different oncology specialties: a prevalence study. *Journal of Oncology*. doi:10.1155/2014/350262
- Lo-Fo-Wong, D. N., Haes, H. C., Aaronson, N. K., Van Abbema, D. L., Den Boer, M. D., Van Hezewijk, M., . . . Sprangers, M. A. (2016). Predictors of enduring clinical distress in women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 158*(3), 563-572. doi: 10.1007/s10549-016-3896-7
- Min, J. A., Lee, C., Hwang, S., Shin, J., Lee, B., Han, S., . . . Chae, J. (2014). The moderation of resilience on the negative effect of pain on depression and post-traumatic growth in individuals with spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation, 36*(14), 1196-1202. doi: 10.3109/09638288.2013.834985
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosocial Medicine, 4*(7), 1-6. doi: 10.1186/1751-0759-4-7
- Parikh, D., Ieso, P. D., Garvey, G., Thachil, T., Ramamoorthi, R., Penniment, M., & Jayaraj, R. (2014). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients – a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15*, 1-7. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.xx.XXXX
- Philip, E. J., Merluzzi, T. V., Zhang, Z., & Heitzmann, C. A. (2013). Depression and cancer survivorship: importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psychooncology, 22*(5), 987-994. doi: 10.1002/pon.3088
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi R. G., & Calhoun, L.G. (2003). Posttraumatic growth after war: a study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 71-83. doi: 10.1002/jclp.10117
- Ruini, C., Vescovelli, F., & Albieri, E. (2013). Post-traumatic growth in breast cancer survivors: new insights into its relationships with well-being and distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*, 383-391. doi: 10.1007/s10880-012-9340-1
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP, 7*(1/2), 183-201. doi: 10.1590/S1678-51771996000100009
- Scrignaro, M., Sani, F., Wakefield, J. R. H., Bianchi, E., Magrin, M. H., & Gangeri, L. (2016). Post-traumatic growth enhances social identification in liver transplant patients: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 88*, 28-32. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.004

- Silva, T. L. G., Donat, J. C., Gauer, G., & Kristensen, C. H. (2016). Posttraumatic growth measures: translation and adaptation of three self-report instruments do Brazilian Portuguese. *Archives of Clinical Psychiatry, 43*(3), 47-50. doi: 10.1590/0101-60830000000083
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 24*, 70-79. doi: 10.1002/pon.3596
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubia, 24*(3), 298-306.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. doi: 10.1007/BF02103658
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private Self-Consciousness and the Five-Factor Model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 284-304. doi: 10.1037/0022-3514.76.2.284
- Xu, J., & Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adults survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Affective Disorders, 133*, 274-280. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.034
- Wang, A. W. T., Chang, C. S., Chen, S. T., Chen, D. R., & Hsu, W. T. (2014). Identification of posttraumatic growth trajectories in the first year after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology, 23*, 1399-1405. doi: 10.1002/pon.3577
- World Health Organization, WHO. (2014). Perfil Oncológico dos Países. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/country-profiles/bra_es.pdf?ua=1>.
- World Health Organization, WHO. (2017). Temas de Salud: Cáncer. Recuperado de <<http://www.who.int/topics/cancer/es/>>.
- Zanon, C., & Hutz, D. R. (2009). Propriedades psicométricas da Escala Fatorial de Neuroticismo e do Questionário de Ruminação e Reflexão. *Avaliação Psicológica, 8*(2), 279-281.
- Zanon, C., & Teixeira, M. A. P. (2006). Adaptação do Questionário de Ruminação e Reflexão (QRR) para estudantes universitários brasileiros. *Interação em Psicologia, 10*(1), 75-82. doi: 10.5380/psi.v10i1.5771
- Zeligman, M., Barden, S. M., & Hagedorn, W. B. (2016). Posttraumatic growth and HIV: a study of associations of stigma and social support. *Journal of Counseling & Development, 94*(2), 141-149. doi: 10.1002/jcad.12071

2 SEÇÃO TEÓRICA - ESTUDO 1

RUMINATION AND SOCIAL SUPPORT AS PREDICTORS OF POSTTRAUMATIC GROWTH IN WOMEN WITH BREAST CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW

Carolina Villanova Quiroga, Laura Fritzen Binfaré, Tânia Rudnicki and Irani Iracema
de Lima Argimon

Abstract

Purpose

Posttraumatic Growth (PTG) is a positive change of life that comes out of a traumatic or stressful experience. Some studies maintain that positive coping strategies, rumination, social support and perceived stress are predictors of the development of PTG. The purpose of this study was to (1) review the evidence that rumination and social support are predictors of posttraumatic growth, and (2) analyze the results of the screened studies.

Methods

A systematic review was conducted by searching for articles with quantitative or mixed methods that evaluated PTG using the Posttraumatic Growth Inventory, rumination and/or social support in women with breast cancer. The databases PsycInfo, Cochrane, Web of Science, Scopus and Embase were screened.

Results

Were identified twelve articles that corresponded to the inclusion criteria. All of them reported some degree of PTG in their samples. Rumination was evaluated only in three studies, and social support was evaluated in ten, and both were considered to have a positive correlation with PTG. The samples were homogeneous and we observed a high standard deviation in the total score of PTG in some studies.

Conclusions

This review concludes that rumination and social support are predictors of PTG in women with breast cancer. Indeed, PTG was observed to some degree in all studies analyzed. However, studies with heterogeneous samples are paramount. A new systematic review including a standardized instrument for a qualitative analysis of the studies results is necessary.

Background

In 1996, Richard Tedeschi and Lawrence Calhoun started publications on Posttraumatic Growth – PTG, a construct that shifts the focus of investigations into the theory of pathogenesis, searching to deepen aspects of adverse situations. PTG deals with a positive cognitive remodeling, resulting from experience of a situation perceived as stressful and/or traumatic. It involves five different aspects, including Relating to Others, New Possibilities, Personal Strength, Spiritual Change and Appreciation of Life, evaluated in the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996). This model states that the event affects the belief system of a person. From this, people will present different strategies and behaviors to face the situation, as psychic and/or social order (Tedeschi & Calhoun, 2004).

The model has been tested in studies with different populations and different diagnoses of organic diseases, such as rheumatoid arthritis (Dirik & Karanci, 2008). Within the oncology area, PTG has been associated with head and neck cancer (Holtmaat, van der Spek, Cuijpers, Leemans, & Verdonck-de Leeuw, 2016), oral cavity cancer (Ho et al., 2011), breast cancer (Barthakur, Sharma, Chaturvedi, & Manjunath, 2016), hematological cancer (Baník & Gajdosová, 2014) and pediatric cancer (Gianinazzi et al., 2016). Thus, the possibility of developing and perceiving positive aspects from adverse situations has been proven.

Cancer is the name given to a large set of diseases characterized by the uncontrolled proliferation of malignant cells, which can reach any part of the human body. Clustering of these cells can cause malignant tumors or neoplasms. In 2015, cancer was considered the second largest cause of death in the world, responsible for 8.8 million cases. In men, the most common types of cancer are prostate, lung and

colorectal. In women, the most frequent are breast, colorectal and lung cancer (WHO, 2017).

Breast cancer is the most prevalent diagnosis in women worldwide, reaching approximately 1.5 million people per year. It also presents the highest death rate among women with cancer. In 2015, 570.000 women died from breast cancer (WHO, 2017). Its diagnosis and treatment has a direct effect on the mental health of the carrier, which can result in symptoms such as depression and anxiety (Bidstrup et al., 2015, Hutter et al., 2013, Stafford et al., 2016). Negative symptoms sometimes persist significantly after the end of medical treatment (Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & de Bock, 2015). Thus, it is important evaluation and assistance in the mental health area in this population.

The studies of PTG on women with breast cancer found different associations that influence their development, such as age, morbidity caused by the treatment, as well as different psychosocial variables (Boyle, Staton, Ganz, & Bower, 2016; Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010). The most discussed predictors in the literature are the perception of situation as a stressor, perception of social support, use of adaptive coping strategies and use of rumination (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001).

Rumination deals with a cognitive process where the individual establishes himself in a self-reflexive movement in a passive and repetitive way. It is a form of response to stress where the person fixes on the problem and on the negative feelings, but without defining assertive resolution strategies (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). In general, rumination deals with a non-adaptive coping strategy since it encourages negative symptomatology (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Coping strategies are the different ways people deal with stressful situations

(Carver & Scheier, 1989). Patients with different types of cancer have their coping strategies directly linked to their perception of the disease (Hopman & Rijken, 2015).

Social support is a concept understood as multidimensional since it refers to the emotional, financial and material resources that the individual accesses through social environment (Siqueira, 2008). Sidney Cobb (1976) developed a model that establishes that the individual internalizes social support based on three beliefs: to be loved and know that there are people who care about well-being, to be valued and to belong to a social network.

Although the predictors have already been evaluated in studies in different cultures, systematic reviews and/or meta-analyzes about the subject are not found in the literature. Thus, this study searches systematically compile articles that evaluate rumination and social support as predictors of PTG in populations of women with breast cancer, analyzing the results presented in a narrative form.

Methods

Search, selection and review strategies

The protocol of this review is registered in PROSPERO under registration number CRD42017060584. The PRISMA guideline items were followed for systematic reviews and meta-analyzes, from the search for articles, extraction of results and description of the systematic process.

The Embase, Web of Science, PsycInfo, Scopus and Cochrane Online Library databases were used. It was searched for empirical studies with quantitative methodology, which evaluated PTG, social support and/or rumination in populations of women with breast cancer. From the inclusion criteria, PTG evaluation must be

performed using some sort of quantitative measure. The selected papers were published until September 2017.

According to the specificities of each base, the search strategy used and the Boolean connectors were: (“posttraumatic growth” OR “posttraumatic growth inventory”) AND (“breast cancer”) AND ("social support") OR (rumination). The last search date for articles was conducted on October 19th, 2017. Articles found in the list of references were included. These articles were not identified in the searches, but met the inclusion criteria stipulated.

Figure 1 describes the process of searching and analyzing the articles. After the manual survey, two independent judges evaluated the abstracts in order to minimize publication bias. A third judge was invited to evaluate disagreements regarding the selection of abstracts and to the reading of full articles. If there was still disagreement in the inclusion or exclusion of the abstract, the article was fully read. From the selection of articles to the reading of the full articles, after applying the inclusion and exclusion criteria, Covidence software developed by Cochrane was used to reduce the risk of bias and to evaluate the studies by the judges.

In the reading of the abstracts, 163 papers were excluded for not meeting the pre-established inclusion criteria. 74 duplicates were also excluded. 24 articles were eligible for complete reading by two judges. One was excluded because the text was not available in English. Six were excluded due to not being articles, but expanded abstracts instead. Other three articles were excluded in the complete reading because they didn't correspond to other including criteria. In the end, two other articles were excluded because they were not fully available online.

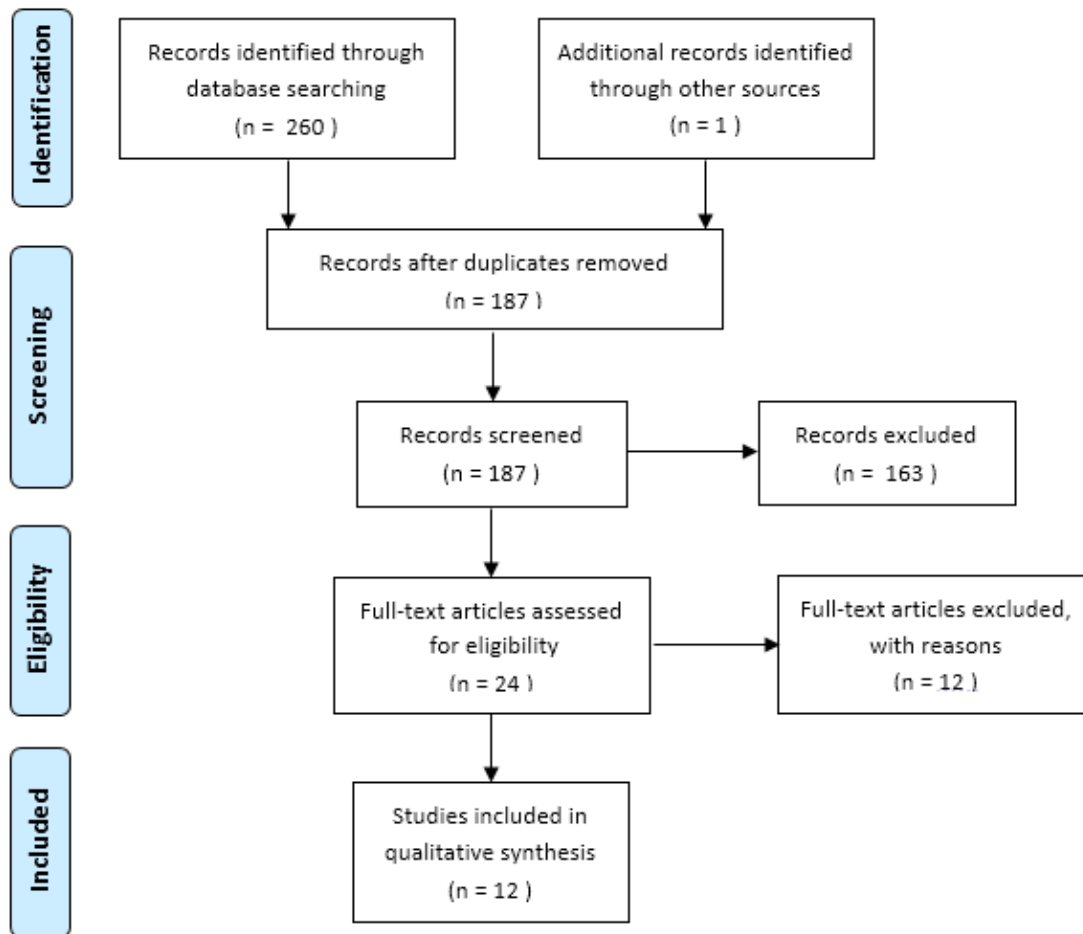


Figure1: Flow Diagram based on Prisma Statement.

Data extraction

After applying the inclusion and exclusion criteria, 24 papers were considered eligible for this review, among the 187 abstracts analyzed. After the exclusion of articles that did not correspond to the including criteria, as well as one that was unavailable in English and two that were not fully available, 12 studies were left. Two judges extracted key data from the articles in order to conduct a qualitative analysis of general information as a result of the researches. The Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT) was also used as an assessment measure to quantify the quality of the studies' methodology (Crowe, Sheppard, & Campbell, 2012).

Two articles are from the same longitudinal study. Although the data of the applied instruments are the same, none was excluded. Each article focuses on different important aspects for the discussion of the results (table 1).

Table 1. Description of the analyzed studies.

Author (year)	Country of publication	Methodology	General Objective	Sample	Average age of participants	Social Support assessment tools	Rumination assessment tools	CCAT score
Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski (2001)	United States	Cross-sectional exploratory study with group comparison	Compare breast cancer survivors in different variables; Explore relationships among bc survivors's PTG and another variables; identified predictors of PTG	N=70 BC sample and N=70 non clinical sample	54 years (BC group)	Duke – UNC Functional Social Support Questionnaire (DUKE-SSQ)	-	83%
Bozo, Gündođdu, & Büyükasik-Çolak (2009)	Turkey	Cross-sectional exploratory study	Examine the association between dispositional optimism and PTG	N=104	46 years	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	-	88%
Chan, Ho, Tedeschi, & Leung (2011)	China	Cross-sectional exploratory study	Examine the differential impacts of the valance of habitual attentional style and cancer-related rumination on the development of PTSD and PTG	N=170	48 years	-	The Chinese cancer-related rumination scale (CCRRS)	80%
Cohen & Numa (2011)	Israel	Cross-sectional exploratory study	Assess the relation of perceived PTG and volunteer work and subjective health	N= 124 (84 volunteers and 40 non volunteers)	59 years (volunteers) and 58 (non volunteers)	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	-	88%

Danhauer, Case, Tedeschi, Russell, Vishnevsky, Triplett, Ip, & Avis (2013)	United States	Longitudinal observational study	Examine the change in the PTG score for two years after diagnosis of breast cancer and variables associated	N= 653	54 years	The RAND social support scale	-	78%
McDonough, Sabiston, & Wrosch (2014)	United States	Longitudinal observational study	Examine whether social support and stress predict change in PTG	N= 173	55 years	Social Support Survey	-	90%
Danhauer, Russell, Case, Sohl, Tedeschi, Addington, Triplett, Van Zee, Naftalis, Levine, & Avis (2015)	United States	Longitudinal observational study	Establish PTG follow-up trajectories for 24 months after breast cancer diagnosis and identify demographic, medical, and psychological variables associated with PTG	N= 653	54 years	The RAND social support scale	-	83%
Soo & Sherman (2015)	Australia	Cross-sectional exploratory study	Investigate the variable rumination in women with breast cancer and evaluate the association of specific components of it with positive and negative psychological results	N= 185	56 years	The medical outcomes social support survey (MOS-SS)	The Multi-dimensional Rumination in Illness Scale (MRIS)	85%
Hasson-Ohayon, Tuval-Mashiach, Goldzweig, Levi, Pizem, & Kaufman (2016)	Israel	Cross-sectional exploratory study	Investigate differences between the relationships of various agents and types of support and PTG	N=80	53 years	The cancer perceived agents of social support (CPASS)	-	78%
Tomita, Takahashi, Tagaya, Kakuta, Kai, & Muto, (2017)	Japan	Cross-sectional exploratory study	Investigate how women's demographic and clinical backgrounds as well psychosocial factors affect PTG	N=157	59 years	Jichi Medical School Social Support Scale	-	88%

Ramos, Costa, Rudnicki, Marôco, Leal, Guimarães, Fougo, & Tedeschi (2017)	Portugal	Randomized controlled trial study	Assess the effectiveness of a group intervention designed to facilitate PTG and explore group differences	N=145 (at the end of the study)	55 years (control group) 52 years (intervention group)	-	Event related rumination inventory (ERRI)	85%
Kroemeke, Bargiel-Matusiewicz, & Kalamarz (2017)	Poland	Cross-sectional exploratory study	Investigate the similarities and differences between PTG and PTSD predictors in women after mastectomy	N=84	62 years	Social Support Effectiveness Questionnaire (SSE-Q)	-	95%

Results

Methodological Quality

The score average of the studies analyzed through CCAT was of 85% (range 78% - 95%). There were no studies with low methodological quality. However, there were found no articles that would reach 100% on the final score (see table 1).

Posttraumatic growth

From the analyzed studies, five opted to use cultural adaptations of the original PTGI (Bozo et al., 2009; Chan et al., 2011; Cohen & Numa, 2011; Ramos et al., 2017; Tomita et al., 2017). Only in the studies of Chan et al. (2011) e Tomita et al. (2017) the adapted instruments went through alterations in the amount of items and factors. However, the authors quote having reached good indexes of reliability.

All studies stated to have found significant PTG scores in their samples. Despite of them all having evaluated women with breast cancer, there were some differences in the samples' characteristics. Kroemeke et al. (2017) focused the investigation in women who had undergone mastectomy. The study of Cohen and Numa (2011), on the other hand, looked to compare PTG between women who had and who had not engaged in volunteering.

Social Support

The social support variable was evaluated in ten studies. Different outcomes were presented for this variable. One study had as its main objective the correlation between social support and PTG (Bozo et al., 2009). The authors concluded that the sources of social support that most contribute to PTG are global, familiar, friendly, and spouse support. However, on another study with the main objective focusing on PTG

and social support (Hasson-Ohayon et al., 2016), the initial hypothesis were not confirmed. Only cognitive support showed to be predictor of PTG in the regressive model established by the authors, whereas spouse support did not show any association.

Regardless of how almost all studies that included social support on their analysis concluded that there is a positive correlation between this variable and PTG, there was no consensus. On the study of Kroemeke et al. (2017), social support showed no correlation with PTG, and was therefore not included on the model tested for predictor analysis. On the other hand, on the study of Tomita et al. (2017) the variable only affected the factor relating to others, being important especially when coming from one's spouse.

Rumination

Three articles evaluated and analyzed rumination in their samples. In two studies this variable was included in the main objective (Chan et al., 2011; Soo & Sherman, 2015), and in one it was used as a benchmark variable of differences between compared groups (Ramos et al., 2017).

On the studies found there is a consensus of rumination being a variable positively correlated to PTG. However, there are differences in the types of rumination. Ramos et al. (2017) point out that only deliberate rumination showed correlation with PTG. On the study of Soo and Sherman (2015), however, the factors Intrusion, Instrumentality e Brooding correlated to different factors of PTGI, while the subscale instrumental rumination correlated with all five factors of PTGI.

Discussion

This review presented data regarding the evaluation of PTG in women with breast cancer in studies that also evaluated social support and/or rumination as predictors. Until now, no systematic review has been published worldwide presenting the same objective. However, the results presented here should be considered with caution since there are important methodological differences in the analyzed articles.

All the studies considered in this review reported finding PTG scores in the samples, understanding that it is possible to perceive a positive change in life, even after the experience of breast cancer. In the study by Cordova et al. (2001), equivalent values were found in the total score between the groups, and the group with breast cancer presented higher averages in the Relationship with Others, Spiritual Change and Life Appreciation factors. It is perceived as a stressful and traumatic situation for women in different aspects, which can result in symptoms such as depression, anxiety and acute stress (Maass et al., 2015; Stafford et al., 2016). The identification of the possibility of developing positive changes after such situation allows the development of different interventions in mental health, focusing specifically on quality of life. In addition, the study of predictors that facilitate the development of PTG supports in the improving of the model.

Social support was evaluated in ten analyzed studies. The instruments used in the evaluations were composed of different subscales, evaluating different aspects. In the study by Soo and Sherman (2015) the focus of evaluation was not the social support, which is included as an affective variable. Although the authors concluded that social support had a direct influence on the model established between rumination and PTG. Thus, it is suggested that the social factor is determinant for the development of PTG

when combined with other predictors. The subscale emotional/informational social support demonstrated correlations with the PTG score. It is understood that the possibility of expression allows the evaluation of different perspectives of the problem. In the study by Danhauer et al. (2015) it was observed that women who presented positive scores in different predictor variables, but low social support index, also presented no increase in PTG. It is understood the importance of psychosocial support during coping with breast cancer, corroborating the already established model of PTG (Tedeschi & Calhoun, 1996).

It is important to point out that there were different results regarding types and sources of social support. Two of the analyzed studies found that spouse support is positively correlated to a greater PTG (Bozo et al., 2009; Tomita et al., 2017). However, on the study of Hasson-Ohayon et al (2016), where this was one of the hypothesis, it was not confirmed. The authors found in their results that the cognitive type of social support was the most significant one in the models, something that had already been seen in other analysis (Choen & Numa, 2011). As for the study of McDonough et al. (2011), evaluation of social support specifically tied to breast cancer showed to be a predictor of change on PTG, but general social support did not. Thus, it is important to analyze carefully the different types and sources of social support in different populations, given that this seems to be a variable that can be presented in distinct ways. In the discussion of results, Danhauer et al. (2013) bring forward considerations regarding the model found in the study. The authors search to establish a causal relationship where social support assumes to facilitate the development of PTG. However, after the analysis the author questioned whether the reverse would also occur or whether the development of PTG would facilitate an increase in the perception of social support. From the considerations of the study, PTG presupposes positive changes,

as Relationship with Others and a predictor of greater social support after the stressful situation. Thus, positive change would be influenced by social support, and the occurrence of positive changes would facilitate interpersonal interaction, being variables that feedback each other.

It is known that social support allows rumination to occur deliberately since it offers a space where the person can discuss the traumatic and/or stressful situation (Tedeschi & Calhoun, 2004). The social support also serves as support for rumination, allowing it to occur in a healthy way. The emotional/informational factor of the MOS instrument was important in the model described by Soo and Sherman (2015), where rumination and PTG were associated. Thus, direct interference of both variables in PTG scores is observed.

Considering rumination as a variable, if women repeatedly speak about their experience with other people, it is possible to present a positive effect on the understanding and assimilation of the situation. Thus, occurring the perception of positive changes. The social support is shown as an important component, when considered by the woman, either as family, friends or others. In this case, an important resource will be therapeutic groups, which allow the exchange of experiences between people who have similar characteristics, offering social support and information (Hulbert-Williams, Storey, & Wilson, 2015; Thomas, Meier, & Irwin, 2015).

Rumination is associated in different studies of depressive and stress symptoms (Liu, Peh, & Mahendran, 2017; Steiner, Wagner, Bigatti, & Storniolo, 2014). However, studies evaluating PTG and rumination have concluded that the last may facilitate the perception of positive changes after adverse experiences (Chan et al., 2011; Cordova et al., 2001; Hirooka, Fukahori, Taku, Togari, & Oqawa, 2017; Ramos et al., 2017; Soo & Sherman, 2015). It is emphasized that subscales that treated with reflexive rumination,

an active processing form, were more predictive of PTG scores (Chan et al., 2011; Soo & Sherman, 2015). This active processing may be purposeful, allowing the elaboration of coping strategies.

It is worth mentioning that, although they did not evaluate rumination directly, Danhauer et al. (2013) considered that PTG may be facilitated if there is any degree of tolerance regarding intrusive thoughts during treatment. In this way, it is possible to consider interventions that instigate rumination in an active way, where the patient is encouraged to speak and relive the situation consciously, directed to an adaptive path, developing positive coping strategies. On the other hand, in Cordova et al. (2001) the authors did not mention specifically the term rumination. However, the sample of women with breast cancer was evaluated with the instrument Talking About Cancer, which seeks to evaluate how much the person speaks about what happened. Despite the authors not mentioning specifically the concept of rumination, their results conclude that the active speech about cancer showed a high correlation with greater scores of PTG.

The articles analyzed used different methodologies. Data collection from the Soo and Sherman (2015) survey occurred via internet, with participants chosen for convenience. However, the authors do not discuss whether a pilot study was conducted or whether there was a possible sample loss for the time required for evaluation. It is known that the longer the computer is used the less ability to maintain attention in a single task (Vujic, 2017). Thus, it is considered important a careful evaluation of the size and the quantity of the instruments inserted in online surveys, in order to reduce possible sample loss. The application of a pilot study can be an effective way to evaluate if the survey was well constructed, considering the form of data collection. However, on the study of Cohen and Numa (2011), the participants received and

returned the instruments via email. That way, it becomes harder to control any bias on the answers, which can interfere with the trustworthiness of the obtained results.

It is noticed the use of self-report scales and limitation, answered based on the perception that individual has of himself. In this way, responses are more likely to be biased. Regarding the objective of these studies, this type of evaluation is the one which best applies since it aims to measure self-perceived changes.

Two articles analyzed in this study (Danhauer et al., 2015; Danhauer et al., 2013) are from the same longitudinal study. There was no exclusion since each article scored a different objective and discussed different aspects raised in the research. Their results derive from the same data collection, with the same sample. It is understood that these articles cannot be better explored, making generalization difficult.

In this review, four longitudinal studies were found and only one presented an intervention protocol (Ramos et al., 2017). In this research, quantitative measures were used to evaluate the rumination variable. The authors observed that the participants in the clinical group presented higher rates of PTG compared to participants in the control group, concluding that the intervention tested was effective. In addition, intrusive rumination was a moderating variable of PTG.

The empirical evidence of the data presented from intervention protocols is extremely important, applied in everyday clinical practice. It is understood that interventions tested empirically are more effective, reflecting in the improvement of care provided.

The studies analyzed in this review presented expressive samples, but homogeneous. The fact that participants presented no distinct characteristics may influence the results, such as social class and educational level. It is important to replicate the studies, evaluating PTG, social support and rumination, as well as others

predictor variables in heterogeneous samples, measuring whether positive change may occur in different cultures and social levels.

Despite the methodological and objective differences, the results of the studies analyzed corroborate the theoretical model of PTG (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004). The standard deviations of the overall mean total PTGI score in four times of the study by Danhauer et al. (2013), Soo and Sherman (2015) and Cordova et al. (2001) are high, being respectively $SD= 23.12$, $SD= 20.58$ e $SD= 24.8$ for the clinical group and $SD=26.3$ for the control group. Thus, the results analyzed should be interpreted with caution since the standard deviation departs considerably from the mean. However, in all three studies PTG presented a positively and relatively stable variable.

In clinical terms, this review allows reflection on different mental health interventions. Considering rumination and the specific aspect related to the perception of positive changes after breast cancer, it is understood that the influence in this model allows the therapist to conduct interventions assertively. Thus, rumination does not follow a path of free association. The therapist can assist the patient to relive the situation in a way that encourages a positive re-signification of the stressor.

Conclusions

Study Limitations

Further studies are suggested on this methodological model in order to expand the publication time criteria and to include published studies in the emergence and initial understanding of the PTG. It is suggested a meta-analysis of the results found in the studies, in order to confirm the hypotheses described through quantitative methods.

Moreover, the use of a standardized instrument for a qualitative analysis of the results of the studies found is suggested.

References

- Baník, G., & Gajdosová, B. (2014). Positive changes following cancer: posttraumatic growth in the context of other factors in patients with cancer. *Support Care Cancer*, 22, 2023-2029. doi: [10.1007/s00520-014-2217-0](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2217-0)
- Barthakur, M. S., Sharma, M. P., Chaturvedi, S. K., & Manjunath, S. K. (2016). Posttraumatic growth in women survivors of breast cancer. *Journal of Palliative Care*, 22(2), 157-162. doi: [10.4103/0973-1075.179609](https://doi.org/10.4103/0973-1075.179609)
- Bidstrup, P.E., Christensen, J., Mertz, B.G., Rottmann, N., Dalton, S.O., & Johansen, C. (2015). Trajectories of distress, anxiety and depression among women with breast cancer: looking beyond the mean. *Acta Oncologica*, 54(5), 789-796. doi: [10.3109/0284186X.2014.1002571](https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.1002571)
- Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., & Bower, J. E. (2016). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: does age matter?. *Psycho-Oncology*, 1, 1-8. doi: [10.1002/pon.4091](https://doi.org/10.1002/pon.4091)
- Bozo, Ö., Gündođdu, E., & Büyükasik-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism-posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1009-1020. doi: 10.1177/1359105309342295
- Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: [10.1037/0022-3514.56.2.267](https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267)
- Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. (2011). The valance of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 544-552. doi: 10.1002/pon.1761
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life estress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi: [10.1097/00006842-197609000-00003](https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003)
- Cohen, M., & Numa, M. (2011). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: a comparison of volunteers and non-volunteers. *Psycho-Oncology*, 20, 69-76. doi: 10.1002/pon.1709
- Cordova M. J., Cunningham L. L. C., Carlson C. R., & Andrykowski M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185. doi: [10.1037/0278-6133.20.3.176](https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176)
- Crowe, M., Sheppard, L., & Campbell, A. (2012). Reliability analysis of a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, 375-383. doi: 10.1016/j.jclinepi.2011.08.006

- Danhauer S. C., Case L. D., Tedeschi R., Russell G., Vishnevsky T., Triplett K., ... Avis N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 2676–2683. doi: [10.1002/pon.3298](https://doi.org/10.1002/pon.3298)
- Danhauer S. C., Russell, G., Case, D., Sohl, A. J., Tedeschi, R. G., Addington, E. L., ... Avis, N. E. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(5), 650-659. doi: [10.1007/s12160-015-9696-1](https://doi.org/10.1007/s12160-015-9696-1)
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 193-203. doi: [10.1007/s10880-008-9115-x](https://doi.org/10.1007/s10880-008-9115-x)
- Gianinazzi, M. E., Rueegg, C. S., Vetsch, J., Luer, S., Kuehni, C. E., & Michel, G. (2016). Cancer's positive flip side: posttraumatic growth after childhood cancer. *Support Care Cancer*, 24, 195-203. doi: [10.1007/s00520-015-2746-1](https://doi.org/10.1007/s00520-015-2746-1)
- Hasson-Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., Goldzweig, G., Levi, R., Pizem, N., & Kaufman, B. (2016). The need for friendships and information: dimensions of social support and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 14, 387-392. doi: 10.1017/S1478951515001042
- Hirooka, K., Fukahori, H., Taku, T., Togari, T., & Oqawa, A. (2017). Quality of death, rumination, and posttraumatic growth among bereaved family members of cancer patients in home palliative care. *Psycho-Oncology*, 1-7. doi: [10.1002/pon.4446](https://doi.org/10.1002/pon.4446)
- Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*, 47, 121-124. doi: [10.1016/j.oraloncology.2010.11.015](https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.11.015)
- Holtmaat, K., Spek, N. van der., Cuijpers, P., Leemans, C. R., & Leeuw, I. M. V. (2016). Posttraumatic growth among head and neck cancer survivors with psychological distress. *Psycho-Oncology*, 25. doi: [10.1002/pon.4106](https://doi.org/10.1002/pon.4106)
- Hopman, P., & Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships between illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24, 11-18. doi: [10.1002/pon.3591](https://doi.org/10.1002/pon.3591)
- Hulbert-Williams, N.J., Storey, L., & Wilson, K.G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15-17. doi: [10.1111/ecc.12223](https://doi.org/10.1111/ecc.12223)
- Hutter, N., Vogel, B., Alexander, T., Baumeister, Helmes, A., & Bengel, J. (2013). Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients? *Psychology, Health and Medicine*, 18(4), 412-419. doi: [10.1080/13548506.2012.736624](https://doi.org/10.1080/13548506.2012.736624)
- Kroemeke, A., Bargiel-Matusiewicz, K., & Kalamarz, M. (2017). Mixed psychological changes following mastectomy: unique predictors and heterogeneity of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01245

- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *17*(1), 14-22. doi: [10.1007/s10880-009-9183-6](https://doi.org/10.1007/s10880-009-9183-6)
- Liu, J., Peh, C. X., & Mahendran, R. (2017). Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: the mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body Image*, *20*, 58-64. doi: [10.1016/j.bodyim.2016.11.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.11.001)
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of personality and social psychology*, *65*(2), 339-349. doi: [10.1037/0022-3514.65.2.339](https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.339)
- Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, *82*, 100-108. doi: [10.1016/j.maturitas.2015.04.010](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010)
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, *23*, 114-120. doi: [10.1002/pon.3380](https://doi.org/10.1002/pon.3380)
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*(5), 400-424. doi: [10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x)
- Ramos, C., Costa, P. A., Rudnicki, T., Marôco, A. L Leal, I, Guimarães, R., Fougho, J. L., & Tedeschi, R. G. (2017). The effectiveness of a group intervention to facilitate Posttraumatic Growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. Version Record Online. doi: [10.1002/pon.4501](https://doi.org/10.1002/pon.4501)
- Ramos, C., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2016). Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Women's Health*, *16*(22). doi: [10.1186/s12905-016-0302-x](https://doi.org/10.1186/s12905-016-0302-x)
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, *13*(2), 381-388. doi: [10.1590/S1413-73722008000200021](https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021)
- Soo H., & Sherman K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *24*(1), 70-79. doi: [10.1002/pon.3596](https://doi.org/10.1002/pon.3596)
- Stafford, L., Komiti, A., Bousman, C., Judd, F., Gibson, P., Bruce Mann, G., & Quinn, M. (2016). Predictors of depression and anxiety symptom trajectories in 24 months following diagnosis of breast or gynaecologic cancer. *The Breast*, *26*, 100-105. doi: [10.1016/j.breast.2016.01.008](https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.01.008)
- Steiner, J.L., Wagner, C.D., Bigatti, S.M., & Storniolo, A.M. (2014). Depressive rumination and cognitive processes associated with depression in breast cancer patients and their spouses. *Families, Systems & Health*, *32*(4), 378-388. doi: [10.1037/fsh0000066](https://doi.org/10.1037/fsh0000066)

- Tedeschi R. G., & Calhoun L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455–471. doi: [10.1002/jts.2490090305](https://doi.org/10.1002/jts.2490090305)
- Tedeschi R. G., & Calhoun L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory, 15*(1), 1–18. doi: [10.1207/s15327965pli1501_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Thomas, L. P. M., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2015). Meaning-centered psychotherapy: a form of psychotherapy for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology, 33*(7), 749-754. doi: [10.1200/JCO.2014.57.2198](https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198)
- Tomita, M., Takahashi, M., Tagaya, N., Kakuta, M., Kai, I., & Muto, T. (2017). Structural equation modeling of the relationship between posttraumatic growth and psychosocial factors in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 26*, 1198-1204. doi: 10.1002/pon.4298
- Vujic, A. (2017). Switching on or switching off? Everyday computer use as a predictor of sustained attention and cognitive reflection. *Computers in Human Behavior, 72* 152-162. doi: [10.1016/j.chb.2017.02.040](https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.02.040)
- World Health Organization, WHO. (2017). *Cancer*. Retrieved on: < <http://www.who.int/cancer/en/>>

3 SEÇÃO EMPÍRICA - ESTUDO 2

CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO E VARIÁVEIS PREDITORAS EM MULHERES ADULTAS COM CÂNCER DE MAMA

Carolina Villanova Quiroga, Tânia Rudnicki e Irani Iracema de Lima Argimon

Resumo

Introdução: O câncer de mama é o diagnóstico oncológico de maior prevalência em mulheres em todo o mundo, podendo causar diferentes sintomatologias psiquiátricas e prejuízos na vida da portadora. O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) trata da percepção de uma mudança positiva a partir da vivência de uma situação estressora. Objetivou-se avaliar CPT e diferentes variáveis preditoras em mulheres (n=84) com câncer de mama no Brasil. Método: Através de um estudo exploratório foram aplicadas escalas de auto relato, de forma individual, remetendo ao período do diagnóstico e tratamento oncológico. Resultados: Possuir marido/companheiro, estratégias de coping adaptativas e possuir religião de identificação se mostraram variáveis preditoras em diferentes modelos regressivos estabelecidos. Ruminação não se mostrou correlacionada a escores de CPT, refutando resultados de estudos anteriores. Conclusões: os resultados apresentados corroboram estudos anteriores quanto a preditores de CPT, excluindo a ruminação. Mudanças positivas oriundas da vivência do câncer de mama são presentes em mulheres brasileiras e diferentes intervenções podem ser pensadas pautadas no estudo de preditores.

Palavras-chave: crescimento pós-traumático; câncer de mama; suporte social; ruminação; coping.

Introdução

O câncer de mama é atualmente a doença oncológica mais prevalente entre mulheres em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2017). Seu diagnóstico e tratamento podem causar diferentes sintomas negativos, como ansiedade, depressão e Transtorno do Estresse-Pós-Traumático (TEPT), como também interferem no esquema corporal, autoimagem e nos relacionamentos interpessoais (Lima & Osório, 2014; Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & Book, 2015).

Mudanças positivas oriundas de situações estressantes e/ou traumáticas vêm sendo estudadas em diferentes populações (Ai, Hall, & Pargament, 2013; Dirik & Karanci, 2008; Scignaro et al., 2016). São encontrados diferentes estudos com amostras de mulheres com câncer de mama em diversos países (Cordova et al., 2007; Lelorain, Tessier, Florin, & Bonnaud-Antignac, 2012; McDonough, Sabiston, & Wrosch, 2014), uma vez que se trata de um diagnóstico potencialmente estressante.

O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) foi introduzido por Tedeschi e Calhoun em 1996. Os autores colocam que a vivência de uma situação percebida como estressante pela pessoa pode gerar abalos significativos nos seus esquemas mentais. A partir deste, o sujeito é capaz de passar por uma remodelação cognitiva positiva, originando assim mudanças positivas percebidas após a situação vivenciada em questão.

Uma vez que se sabe que mudanças positivas são possíveis de serem percebidas após vivências traumáticas, faz-se importante aos profissionais de saúde estabelecer intervenções que facilitem o desenvolvimento e percepção das mesmas. Assim, o estudo de preditores de CPT se mostra crucial para a efetividade destas intervenções. Cordova, Cunningham, Carlson e Andrykowski (2001) iniciaram os estudos de preditores em população de mulheres com câncer de mama avaliando bem-estar, suporte social, percepção de ameaça à vida, a verbalização ativa sobre o câncer e o tempo após o

diagnóstico. Posteriormente, outros estudos buscaram estabelecer variáveis que estivessem correlacionadas a um maior escore de CPT e que explicassem o modelo (Chan, Ho, Tedeschi, & Leung, 2011; Danhauer et al., 2013; McDonough et al., 2014; Tomita et al., 2017). Diferentes autores concluíram que a ruminação, o suporte social, o uso de estratégias de *coping* adaptativas e a percepção da situação vivenciada como de fato estressante se mostram os principais preditores de maior CPT (Cordova et al., 2001; Ramos et al., 2017; Tomita et al., 2017).

Apesar do aparente consenso em relação a estas variáveis e sua importância no modelo de CPT, cada cultura apresenta diferentes particularidades. Desta forma, entende-se que, o que se aplica a uma sociedade, pode não se aplicar a outra. Assim, faz-se necessário testar as variáveis a fim de confirmar se as conclusões e intervenções efetivas para uma população específica podem ser generalizadas em outras. Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo principal avaliar se ruminação, suporte social e estratégias de *coping* adaptativas se mostram preditores de CPT em mulheres com câncer de mama. Tem-se como hipótese central a existência de correlação positiva entre CPT, suporte social, ruminação e estratégias de *coping* adaptativas.

Método

Participantes

Foram convidadas a participar deste estudo 92 mulheres, recrutadas através de método *snowball* e em instituições de assistência a pessoas com câncer. Destas, 7 recusaram a participação. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: mulheres com idade acima de 18 anos, alfabetizadas em português brasileiro, diagnosticadas com câncer de mama e que já tenham terminado o tratamento convencional, podendo estar realizando apenas hormonioterapia no momento da aplicação dos instrumentos. Foi

excluída da amostra uma participante por não ter completado o instrumento principal do estudo (ICPT). Assim, a amostra deste estudo é composta por 84 mulheres (taxa de resposta = 91,3%).

Instrumentos

Crescimento Pós-Traumático

Utilizou-se a adaptação brasileira do Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT) a fim de medir possíveis mudanças positivas, após a vivência do câncer de mama (Silva, Donat, Gauer, & Kristensen, 2016). É composto por 21 itens de resposta em escala Likert de 0-5 pontos e avalia cinco diferentes fatores: relacionamento com outros (fator 1), novas possibilidades (fator 2), força pessoal (fator 3), mudança espiritual (fator 4) e apreciação da vida (fator 5). Quanto maior o escore total, maior se entende que houve mudança positiva. No estudo original a consistência interna do instrumento obteve *Alpha de Cronbach* de 0,90 e os coeficientes entre as escalas variaram entre 0,67 e 0,85 (Tedeschi & Calhoun, 1996). Neste estudo, o instrumento apresentou $\alpha = 0,93$.

Suporte Social

Fez-se uso da Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-A), construída e validada no Brasil por Baptista e Cardoso (2010). A pontuação é em escala tipo Likert de quatro pontos, podendo chegar a 108 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a percepção de suporte social (Cardoso & Baptista, 2015). Neste estudo, o instrumento apresentou $\alpha = 0,95$.

Estratégias de Coping

O Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (IECFL) foi adaptado e validado no Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996). É composto por 66 itens

divididos em oito fatores, sendo estes: Confronto (fator 1), Afastamento (fator 2), Autocontrole (fator 3), Suporte Social (fator 4), Aceitação de Responsabilidade (fator 5), Fuga-Esquiiva (fator 6), Resolução de Problemas (fator 7) e Reavaliação Positiva (fator 8). O escore total da escala apresentou $\alpha = 0,87$ neste estudo.

Ruminação

Versão adaptada ao português brasileiro do Questionário de Ruminação e Reflexão (Zanon & Teixeira, 2006). É composta por 24 itens, sendo os 12 primeiros itens para avaliação de ruminação e 12 últimos para reflexão. No estudo com população brasileira os itens para avaliação de ruminação obtiveram *Alpha de Cronbach* de 0,87 e os de reflexão 0,88 (Zanon & Hutz, 2009). Neste estudo os itens para ruminação apresentaram $\alpha = 0,61$ e os de reflexão $\alpha = 0,47$.

Sintomas depressivos

A Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A), criada por Baptista (2012), é composta por 45 itens dispostos em categorias de depressão. Em formato de Escala tipo Likert, com pontuação variando de 0 a 3, podendo atingir 135 pontos. Quanto menor a pontuação, menor é considerada a sintomatologia. Apresentou *Alpha de Cronbach* de 0,95 em estudo de validação (Baptista & Gomes, 2011). Já no presente estudo o escore total da escala apresentou $\alpha = 0,93$.

Ficha de dados sociodemográficos e de saúde

Um questionário foi criado a fim de obter dados sociodemográficos e de saúde, incluindo variáveis como idade, escolaridade, estado civil e se as participantes têm

religião de eleição ou não. Dados de saúde como data do diagnóstico, presença ou não de metástases, estágio do tumor e outros diagnósticos de saúde também são obtidos.

Procedimento

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. A participação na pesquisa estava condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das participantes convidadas. Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores e por estudantes previamente treinados. Foram providas informações acerca dos instrumentos para as participantes que aceitavam participar voluntariamente da pesquisa. Não houve desistências de participantes ao longo do processo de coleta de dados.

Análises estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS versão 21.0. Análises de variância (ANOVAs, complementada por Tukey), Teste t-student e correlações de Pearson foram usados para examinar a relação entre as variáveis demográficas e as medidas avaliadas. Para controle de fatores confundidores e avaliação de preditores de CPT foi utilizada Regressão Linear Múltipla com método *enter*, a fim de verificar modelos explicativos das relações entre as variáveis. O critério de entrada de variável no modelo multivariado foi $p \leq 0,05$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

A média de idade das participantes do estudo foi de 55,3 anos (dp= 12,7). Características demográficas e clínicas são apresentadas na tabela 1. O tempo mediano após o diagnóstico foi de 4 anos (percentis 25-75: 2-10), com respostas variando entre um e vinte e dois anos. Participantes que relataram ter companheiro ou marido apresentaram maior escore de CPT quando comparadas as que relataram não possuir ($84,2 \pm 19,5$ vs $72,7 \pm 24,2$; $p= 0,019$), assim como as que relataram possuir alguma religião de identificação ($81,7 \pm 21,7$ vs $66,9 \pm 21,5$; $p= 0,026$). A idade das participantes apresentou correlação negativa com o fator 2 ($r= -0,32$, $p= 0,002$) e com o fator 5 ($r= -0,24$, $p= 0,024$). Outros dados demográficos e de saúde como escolaridade e grau do tumor não apresentaram correlações com escore total de CPT, bem como seus fatores. Em relação aos escores do ICPT, a média da pontuação geral foi de 79,43 pontos (dp= 22,21), com o alcance de respostas variando entre 11 e 105.

Tabela 1. Frequências para características demográficas de mulheres com câncer de mama (n=84)

Variável	Categorias	n	%
Idade	18 a 39 anos	9	10,7%
	40 a 59 anos	41	48,8%
	60 ou mais	34	40,5%
Escolaridade	1º Grau Incompleto	10	12%
	1º Grau Completo	8	9,6%
	2º Grau Incompleto	2	2,4%
	2º Grau Completo	14	16,9%
	Curso Técnico	3	3,6%
	Graduação Incompleta	7	8,4%
	Graduação Completa	18	21,7%
	Pós-Graduação	20	24,1%
Estado Civil	Nunca Estudou	1	1,2%
	Casada ou com companheiro	49	58,3%
	Solteira/Viúva/Separada/Divorciada	35	41,7%
Possuir religião de identificação	Sim	71	84,5%
	Não	13	15,5%
Ingeriu ou ingere bebida alcoólica	Sim	44	52,4%
	Não	40	47,6%
Já fez uso de drogas	Sim	9	10,7%
	Não	75	89,3%
Estadio do tumor	I	9	12,2%
	II	24	32,4%
	III	26	35,1%
	IV	11	14,9%

Metástases	Não lembram	4	5,4%
	Sim	23	27,7%
	Não	60	72,3%
Tratamentos realizados	Quimioterapia	63	75%
	Radioterapia	67	79,8%
	Hormonioterapia	45	53,6%
	Mastectomia Bilateral	12	14,3%
	Mastectomia Unilateral	20	23,8%
	Cirurgia Conservadora	34	40,5%

n= n° de participantes; %= percentual

Relação entre CPT e Suporte Social, Estratégias de Coping, Ruminação e Depressão

Tabela 2 mostra a correlação entre CPT, suporte social, estratégias de coping e ruminação. Não foram encontradas correlações entre escore de CPT com ruminação e sintomas depressivos nesta amostra. Os resultados demonstram correlação positiva entre o escore total de CPT e o escore total da EPSUS-A ($r= 0.28$, $p= 0.010$). Já entre escore total de CPT e estratégias de coping, foram encontradas correlações com todos os fatores do IECFL.

Tabela 2. Correlações entre CPT, suporte social, ruminação, *coping* e sintomatologia depressiva em mulheres com câncer de mama

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ICPT total	-																
ICPT fator 1	0.94**	-															
ICPT fator 2	0.88**	0.77**	-														
ICPT fator 3	0.87**	0.81**	0.66**	-													
ICPT fator 4	0.76**	0.67**	0.57**	0.61**	-												
ICPT fator 5	0.77**	0.60**	0.69**	0.60**	0.57**	-											
EPSUS-A total	0.28*	0.03	0.30**	0.20	0.20	0.12	-										
QRR rum.	0.12	0.15	0.08	0.11	0.07	0.05	-0.17	-									
IECFL fator 1	0.29**	0.29**	0.24*	0.18	0.15	0.18	0.20	0.08	-								
IECFL fator 2	0.33**	0.26*	0.29**	0.28**	0.27*	0.26*	0.36**	0.03	0.34**	-							
IECLF fator 3	0.28**	0.30**	0.25*	0.14	0.22*	0.23*	0.45**	0.07	0.32**	0.49**	-						
IECLF fator 4	0.25*	0.27*	0.28**	0.12	0.11	0.21*	0.19	0.12	0.30**	-0.00	0.04	-					
IECFL fator 5	0.27*	0.24*	0.31**	0.19	0.19	0.10	0.15	0.34**	0.47**	0.41**	0.35**	0.36**	-				
IECFL fator 6	0.31**	0.28**	0.30**	0.29**	0.27*	0.32**	0.18	0.33**	0.14	0.20	0.27*	0.31**	0.30**	-			
IECFL fator 7	0.26*	0.28**	0.35**	0.11	0.07	0.18	0.41**	-0.02	0.27*	0.32**	0.28**	0.38**	0.39**	0.19	-		
IECFL fator 8	0.62**	0.56**	0.61**	0.46**	0.46**	0.56**	0.25*	0.41	0.39**	0.42**	0.31**	0.50**	0.41**	0.39**	0.44**	-	
EBADEP-A	0.00	0.03	-0.05	-0.05	0.18	-0.03	-0.17	0.59**	0.25*	0.18	0.18	0.07	0.34**	0.10	-0.01	0.04	-

Correlações de Pearson e Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ICPT= Inventário de Crescimento Pós-Traumático; EPSUS-A= Escala de Percepção de Suporte Social (versão adultos); QRR rum= Questionário de Ruminação e Reflexão, fator ruminação; IECFL= Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus; EBADEP-A= Escala Baptista de Depressão (versão adultos).

Mediação com análises regressivas para preditores de CPT

Através de regressões lineares múltiplas foram testados os modelos descritos na tabela 3. Após o ajuste pelo modelo multivariado, os preditores significativos do Fator 1 do ICPT foram possuir religião de identificação ($p= 0,036$) e o fator 8 do IECFL ($p= 0,001$). Mulheres com religião apresentaram, em média, 5,52 pontos a mais no ICPT-Fator 1, do que as que não possuem religião de identificação. Ademais, para cada ponto a mais no escore total do IECFL-Fator 8, o ICPT-Fator 1 aumenta 0,76 pontos.

Tabela 3. Preditores de Crescimento Pós-Traumático através do modelo de Regressão Linear Múltipla

Desfechos	Variáveis	b (IC 95%)	β	p	R ²
Fator 1*	Religião	5,52 (0,38 a 10,7)	0,22	0,036	33,1%
	Fator 8 - IECFL	0,76 (0,33 a 1,18)	0,45	0,001	
Fator 2**	Possuir companheiro/marido	2,81 (0,66 a 4,96)	0,23	0,011	44,1%
	Fator 8- IECFL	0,54 (0,26 a 0,82)	0,46	<0,001	
Fator 3***	Religião	2,46 (-0,02 a 4,93)	0,20	0,052	25,5%
	Fator 8- IECFL	0,28 (0,08 a 0,48)	0,32	0,006	
Fator 4****	Uso de bebida alcoólica	-0,91 (-1,69 a -0,12)	-0,24	0,025	47,9%
	Fator 8 – IECFL	0,23 (0,11 a 0,35)	0,39	<0,001	
Fator 5*****	Possuir companheiro/marido	2,21 (1,01 a 3,40)	0,33	<0,001	40%
	Fator 8 – IECFL	0,31 (0,16 a 0,46)	0,49	<0,001	
	Fator 6- IECFL	0,31 (-0,02 a 0,64)	0,19	0,062	
Escore Total*****	Possuir companheiro/marido	9,83 (2,03 a 17,6)	0,22	0,014	45,8%
	Fator 8 – IECFL	2,24 (1,22 a 3,25)	0,51	<0,001	

*Ajustado para EPSUS escore total e fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 do IECFL; ** Ajustado para idade, ter realizado quimioterapia, EPSUS escore total, e fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 do IECFL; *** Ajustado para frequência de uso de bebida alcoólica, possuir religião de identificação e fatores 2 e 6 do IECFL; **** Ajustado para escolaridade, renda, possuir religião de identificação, uso de drogas e fatores 2, 3, e 6 do IECFL; ***** Ajustado para idade e fatores 2, 3, 4 e 6 do IECFL; ***** Ajustado para possuir religião de identificação, frequência de uso de bebida alcoólica, EPSUS escore total e fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 do IECFL.

Após ajustes, os preditores significativos do Fator 2 do ICPT foram possuir companheiro/marido ($p= 0,011$) e o fator 8 do IECFL ($p= <0,001$). Mulheres com companheiro/marido apresentaram, em média 2,81 pontos a mais no escore do fator 2 do ICPT, da mesma forma que cada ponto a mais no escore do IECFL- Fator 8, o fator 2 do ICPT aumenta 0,54. Já os preditores significativos do Fator 3 do ICPT foi o Fator 8 do IECFL ($p= 0,006$). A cada ponto a mais neste fator, o fator 3 do ICPT aumenta 0,28

pontos. Apesar de não apresentar significância, salienta-se que possuir religião de identificação apresentou resultados limítrofes no modelo do fator 3 ($p= 0,052$).

Já no modelo estabelecido para o fator 4 do ICPT, a frequência de bebida alcoólica ($p= 0,025$) e o fator 8 do IECFL ($p= <0,001$) se mostraram significativos. Quanto maior a frequência do uso de bebidas alcoólicas, o escore do fator 4 tende a diminuir 0,91 pontos. Já, a cada ponto a mais no fator 8 do IECFL, o escore do fator 4 do ICPT tende a aumentar 0,23 pontos.

No modelo para o fator 5 do ICPT, possuir companheiro/marido ($p= <0,001$) e o fator 8 do IECFL ($p= <0,001$) se mostrou significativo. Mulheres que relataram possuir companheiro/marido apresentaram, em média, 2,21 pontos a mais no fator 5 do ICPT. Ademais, a cada ponto a mais no fator 8 do IECFL, o escore do fator 5 apresentou 0,31 ponto a mais. Salienta-se que o fator 6 do IECFL mostrou significância limítrofe ($p= 0,062$) no modelo estabelecido.

O último modelo testado foi referente ao escore total do ICPT, onde os preditores significativos foram possuir companheiro/marido ($p= 0,014$) e o fator 8 do IECFL ($p= <0,001$). Mulheres que relataram possuir companheiro/marido apresentaram, em média, 9,83 pontos a mais no ICPT. Ademais, a cada ponto a mais no Fator 8-IECFL aumentou, em média, 2,24 pontos no escore total do ICPT.

Todos os modelos testados mostraram significância do fator 8 do ICFL, mostrando influência direta em todos os fatores e no escore total do ICPT. Referir possuir companheiro ou marido influenciou nos modelos 2, 5 e 6. Possuir religião de identificação interferiu no modelo 1, e se mostrou variável limítrofe no terceiro modelo estabelecido. As demais variáveis que haviam mostrado correlações significativas não se mostraram significativas nos modelos testados, não predizendo CPT ou seus fatores de forma distinta.

Discussão

Este artigo teve como objetivo avaliar se estratégias de *coping* adaptativas, suporte social e ruminação são preditores de CPT em mulheres após o tratamento do câncer de mama no Brasil. Estratégias de *coping* se mostraram determinantes no modelo explicativo do CPT, mostrando-se fator preditor. Possuir companheiro/marido e religião de identificação se mostraram variáveis sociodemográficas significativas nos modelos estabelecidos através de regressões lineares. Apesar de não se mostrar preditor, o escore total da avaliação do suporte social se correlacionou positivamente com o escore total do ICPT.

Nas análises, observa-se que o fator 8 do instrumento IECFL, “Reavaliação Positiva”, esteve presente em todos os modelos construídos para fatores de desfechos preditores. Estes achados corroboram com os resultados de outros estudos (Danhauer et al., 2015; Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010), que apresentavam estratégias de *coping* adaptativas como preditores de CPT.

Apesar de não se mostrarem significativos no modelo explicativo do escore total de CPT, todos os demais fatores que compõem o instrumento de avaliação de *coping* se mostraram correlacionados ao mesmo. Assim, tanto fatores que dizem respeito a estratégias de *coping* adaptativas, mas também a estratégias desadaptativas (ex: fator 2 – afastamento; fator 6 – fuga/esquiva) mostram relação a um maior escore de CPT. Considera-se que uma medida qualitativa poderia auxiliar no entendimento das estratégias empregadas pelas mulheres da amostra, a fim de avaliar o porquê da correlação positiva entre estratégias de *coping* desadaptativas e CPT. Entende-se que a compreensão que as mulheres possuem acerca das estratégias de *coping* que utilizam, principalmente no que concerne a percepção destas serem adaptativas ou desadaptativas, é singular. Desta forma, análises qualitativas poderiam explicar o

porquê de fatores representantes de estratégias desadaptativas estarem ligados a maiores escores de CPT.

O escore total da avaliação de suporte social se mostrou positivamente correlacionado a CPT nesta amostra, entretanto, não se mostrou um preditor significativo. Já a variável sociodemográfica “possuir marido/companheiro” se mostrou significativa nos modelos explicativos estabelecidos para o fator 2 (novas possibilidades), 5 (apreciação da vida) e para o escore total do ICPT. Assim, apesar do escore total do instrumento que avaliou suporte social não se mostrar preditor, entende-se que, através desta variável sociodemográfica, o suporte social advindo do cônjuge se mostra preditor de maior CPT. Este resultado corrobora achados de outros estudos que buscaram analisar a variável (Bozo, Gündogdu, & Büyükasik-Çolak, 2009; Weiss, 2004), porém refuta os resultados do trabalho de Hasson-Ohayon et al. (2015). Neste, os autores avaliaram diferentes tipos e fontes de suporte social, e seus resultados mostraram que o suporte marital não se correlacionou com CPT em sua amostra. Já o suporte cognitivo, referente ao acesso a informações, mostrou-se explicativo no modelo regressivo testado. Desta forma, compreende-se que a variável suporte social é importante no modelo do CPT, porém se faz crucial o estudo de suas particularidades, como diferentes fontes e tipos, para compreender qual é mais determinante em cada diferente população.

Em um primeiro momento, havia a hipótese que ruminação estaria correlacionada e se mostraria um preditor de CPT. Entretanto, nesta população, a mesma não mostrou correlação significativa. Este dado não corrobora estudos anteriores (Chan, Ho, Tedeschi, & Leung, 2011; Cordova et al., 2001; Soo & Sherman, 2015; Tedeschi & Calhoun, 2004), que mostraram que a verbalização ativa sobre o câncer se mostra um preditor de CPT em diferentes populações de mulheres com câncer de mama.

Considera-se que os resultados apresentados podem ser interpretados por duas vias. A primeira diz respeito ao instrumento eleito para esta avaliação. Durante a coleta de dados pôde se perceber que as mulheres avaliadas apresentavam dificuldade em responder algumas questões do instrumento, principalmente nos itens de resposta reversa. Desta forma, acredita-se que este possa ter sido um viés importante, fazendo com que as respostas deste instrumento não fossem totalmente fidedignas. Esta possibilidade é reforçada a partir do cálculo do *alpha de Cronbach* do QRR neste estudo, onde os itens do fator Ruminação apresentaram $\alpha = 0,61$. A segunda via é que foi avaliado apenas o escore total de ruminação, e não diferentes formas de ruminação. Estudos que mostraram correlação entre a variável e CPT (Ramos et al., 2017; Soo & Sherman, 2015) traziam as diferenças entre os tipos e formas de ruminação em relação ao CPT. Assim, compreende-se que se faz importante a avaliação dos diferentes tipos de forma individual, a fim de verificar se, nesta amostra, algum se mostraria explicativo do modelo.

A variável sociodemográfica “possuir religião de identificação” se mostrou explicativa no modelo estabelecido para o fator 1 (relacionamento com outros) e se mostrou limítrofe no modelo do fator 3 (força pessoal) do ICPT, apesar de não se mostrar significativa no modelo estabelecido para o escore total. Entretanto, apresentou correlação positiva com o fator 4 (mudança espiritual) e com o escore total do ICPT. Considerando o teor dos fatores do ICPT, estes resultados vão ao encontro de estudos que mostram a religião como fator protetivo em mulheres com câncer de mama (Khodaveirdyzadeh et al., 2016; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson, & Newman, 2013). Os resultados aqui apresentados apontam que a religião se mostra preditora de melhora no relacionamento com outras pessoas e maior percepção de força pessoal, e se correlaciona com mudança espiritual e maiores escores de CPT. Em estudo

realizado com pacientes sobreviventes de diferentes tipos de câncer, *coping* religioso se mostrou positivamente correlacionado ao escore total do ICPT (Schmidt, Blank, Bellizzi, & Park, 2011). Entende-se que pessoas religiosas tendem a apresentar um certo grau de espiritualidade, e este é um conhecido preditor de CPT (Paredes & Pereira, 2017).

Já no modelo explicativo para o fator 4 do ICPT (mudança espiritual), a variável “uso de bebida alcoólica” mostrou significância negativa no modelo. Junto com a variável Fator 8 – IECFL explicou 47,9% da variância. Considerando a força da variável no modelo estabelecido, atenta-se para uma possível importância da mesma no desenvolvimento de CPT. Assim, sugere-se que o uso de bebida alcoólica seja mais explorado em estudos futuros.

Os resultados aqui descritos devem ser interpretados com cautela, considerando suas limitações metodológicas. Conforme descrito na literatura (Cordova et al., 2001; Tedeschi & Calhoun, 2004), a percepção da situação em questão como sendo estressora e/ou traumática para a pessoa que a vivência é fator importante para a possibilidade de desenvolvimento de CPT. Neste estudo, não foi utilizada medida que avaliasse o estresse percebido das participantes, tomando-se como premissa que a vivência de um câncer de mama é uma situação potencialmente estressora em algum grau.

Igualmente, não foram considerados neste estudo os diferentes tipos e fontes de suporte social, e os diferentes tipos de ruminação. Deste modo, novas análises que considerem as particularidades dessas variáveis são importantes.

Atenta-se que, apesar de se tratar de uma amostra clínica, seu tamanho é modesto, o que dificulta inferências. Ademais, o tempo após o fim do tratamento é variado, o que pode influenciar diretamente nas variáveis mensuradas. Por fim, tratando-se de um estudo transversal, faz-se importante novos estudos com metodologia

longitudinal, a fim de avaliar se as variáveis estudadas mostram variação quando analisadas em diferentes períodos de tempo.

O estudo de preditores se mostra cada vez mais importante para o aprimoramento dos modelos teóricos em psicologia da saúde. No caso do CPT, entender os seus preditores e variáveis associadas auxilia não só no aprimoramento do modelo teórico, mas a repensar as práticas clínicas dos profissionais da saúde. Uma vez que se compreende quais fatores se mostram preditores ou que apresentam correlações significativas, pode-se embasar empiricamente o desenvolvimento de intervenções mais assertivas.

Este estudo possibilita maior conhecimento acerca do CPT, seus preditores, bem como variáveis sociodemográficas associadas em mulheres com câncer de mama no Brasil. A partir de seus resultados é possível pensar em estratégias de intervenção pautadas nos mesmos, pensadas para a população em questão especificamente. Por fim, abre espaço para mais estudos na área no país, considerando que estes ainda são escassos.

Referências

- Ai, A. L., Hall, D., & Pargament, K. (2013). Posttraumatic growth in patients who survived cardiac surgery: the predictive and mediating roles of faith-based factors. *Journal of Behavior Medicine, 36*, 186-198. doi: 10.1007/s10865-012-9412-6
- Baptista, M. N. (2012). *Manual Técnico da Escala Baptista de Depressão em Adultos (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N., & Cardoso, H. F. (2010). *Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS –A: relatório técnico*. Itatiba, MG: Universidade São Francisco.
- Baptista, M. N., & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A: evidências de validade de constructo e de critério. *Psico-USF, 16*(2), 151-161. doi: 10.1590/S1413-82712011000200004
- Bozo, O., Gündogdu, E., & Büyükasik-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism –

posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1009-1020.

- Cardoso, H. F., & Baptista, M. K. (2015). Evidências de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulta) – EPSUS –A: um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 946-958. doi: 10.1590/1982-3703001352013
- Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 544-552.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. doi: 10.1037//0278-6133.20.3.176
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, 14, 308-319.
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., . . . Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 2676-2683. doi: 10.1002/pon.3298
- Danhauer S. C., Russell, G., Case, D., Sohl, A. J., Tedeschi, R. G., Addington, E. L., . . . Avis, N. E. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and associated characteristics in women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(5), 650-659. doi: 10.1007/s12160-015-9696-1
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 193-203. doi: 10.1007/s10880-008-9115-x
- Khodaveirdyzadeh, R., Rahimi, R., Rahmani, A., Ghahramanian, A., Kodayari, N., & Eivazi, J. (2016). Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among Iranian breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, 4095-4099.
- Hasson-Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., Goldzweig, G., Levi, R., Pizem, N., & Kaufman, B. (2016). The need for friendships and information: dimensions of social support and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 14, 387-392. doi: 10.1017/S1478951515001042
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, 17, 14-22.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627-639.

- Lima, M. P., & Osório, F. L. (2014). Indicators of psychiatric disorders in different oncology specialties: a prevalence study. *Journal of Oncology*. doi:10.1155/2014/350262
- Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M., & Book, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, 82, 100-108.
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23, 114-120.
- Paredes, A. C., & Pereira, M. G. (2017). Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Journal of religion and health*, 1-12.
- Ramos, C., Costa P. A., Rudnicki, T., Marôco, A. L., Leal, I., Guimarães, R., Fougo, J. L., & Tedeschi, R. G. (2017). The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 1-7.
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201. doi: 10.1590/S1678-51771996000100009
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2011). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), 1033-1040.
- Scignaro, M., Sani, F., Wakefield, J. R. H., Bianchi, E., Magrin, M. H., & Gangeri, L. (2016). Post-traumatic growth enhances social identification in liver transplant patients: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, 28-32. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.004
- Silva, T. L. G., Donat, J. C., Gauer, G., & Kristensen, C. H. (2016). Posttraumatic growth measures: translation and adaptation of three self-report instruments do Brazilian Portuguese. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(3), 47-50. doi: 10.1590/0101-60830000000083
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24, 70-79.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. doi: 10.1007/BF02103658
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Thuné-Boyle, I. C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 22, 646-658.
- Tomita, M., Takahashi, M., Tagaya, N., Kabuta, M., Kai, I., & Muto, T. (2017). Structural equation modeling of the relationship between posttraumatic growth and

psychosocial factors in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 26, 1198-1204.

Zanon, C., & Hutz, D. R. (2009). Propriedades psicométricas da Escala Fatorial de Neuroticismo e do Questionário de Ruminação e Reflexão. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 279-281.

Zanon, C., & Teixeira, M. A. P. (2006). Adaptação do Questionário de Ruminação e Reflexão (QRR) para estudantes universitários brasileiros. *Interação em Psicologia*, 10(1), 75-82. doi: 10.5380/psi.v10i1.5771

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746. doi: 10.1300/J077v20n02_04

World Health Organization, WHO. (2017). Cancer. Retrieved from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo geral avaliar se ruminação, suporte social e estratégias de *coping* adaptativas são variáveis preditoras de crescimento pós-traumático em mulheres após o diagnóstico e tratamento de câncer de mama. Tomou-se como hipóteses a premissa que crescimento pós-traumático seria uma variável presente nesta população específica e que ruminação, suporte social e estratégias de *coping* adaptativas se correlacionariam positivamente com crescimento pós-traumático, assim como sintomatologia depressiva se correlacionaria negativamente. Como hipotetizado, as suposições se confirmaram, com exceção da variável ruminação, que neste estudo não mostrou correlação com crescimento pós-traumático. Desta forma, não foi incluída nos modelos regressivos estabelecidos a fim de verificar variáveis preditoras. Ademais, sintomas depressivos também não apresentaram correlação com crescimento pós-traumático.

Entende-se que a vivência do diagnóstico e tratamento de um câncer de mama é uma situação potencialmente estressora. Sabe-se que esta população tende a ser mais suscetível ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos em comparação a população não clínica (Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & Book, 2015). Outrossim, o estudo de sintomas negativos em mulheres com câncer de mama é amplo na comunidade científica internacional (Bidstrup et al., 2015; Mehnert & Koch, 2007).

A possibilidade de percepção de mudanças positivas a partir da vivência de situações estressoras e/ou traumáticas vem sendo mensurado em diferentes populações (Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010; Zeligman, Barden, & Hagedorn, 2016). O modelo de crescimento pós-traumático estabelece que estas mudanças podem ocorrer em diferentes aspectos da vida da pessoa e mudam a forma como a mesma se percebe e se coloca no mundo (Tedeschi & Calhoun, 2004).

A literatura científica conta com diferentes estudos que buscaram estabelecer preditores de crescimento pós-traumático (Cordova et al., 2007; Lelorain, Bonnaud-Antignac, & Florin, 2010). Ruminação, suporte social e uso de estratégias de coping adaptativas vem se mostrando as variáveis que melhor explicam os modelos estabelecidos pelos teóricos (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Danhauer et al., 2013; Soo & Sherman, 2015; Tomita et al., 2017). Entretanto, observa-se que, conforme a população estudada, as variáveis se apresentam com maior ou menor intensidade, e conseqüente maior ou menor influência nos modelos estabelecidos para análise de preditores.

Entende-se que o estudo de preditores em diferentes populações é de suma importância, visto que as particularidades das mesmas influenciam diretamente nos resultados. Desta forma, compreende-se que replicar estudos de preditores se faz importante para pensar e formular intervenções baseadas em evidências que de fato se mostrem efetivas para cada cultura. Assim, otimiza-se o tempo de tratamento em saúde mental, tendo como foco de atenção o desenvolvimento da qualidade de vida, uma vez que estaria pautado em mudanças positivas.

Este estudo possibilita justamente estabelecer intervenções pautadas em evidências para a atenção a mulheres diagnosticadas com câncer de mama em contexto brasileiro. Salienta-se que este é um primeiro estudo com amostra clínica específica, sendo o ideal a sua reaplicação em diferentes regiões do país, considerando as particularidades de cada localidade na avaliação de resultados. Ademais, chama-se atenção para a possibilidade de ampliar o estudo para outras amostras clínicas e não clínicas. Porém, abre-se assim perspectiva para novos trabalhos na área da Psicologia da Saúde e Psico-Oncologia.

Referências

- Bidstrup, P. E., Christensen, J., Mertz, B. G., Rottmann, N., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2015). Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: looking beyond the mean. *Acta Oncologica*, *54*(5), 789-796. doi: 10.3109/0284186X.2014.1002571
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, *20*(3), 176-185. doi: 10.1037//0278-6133.20.3.176
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, *14*, 308-319.
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., . . . Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *22*, 2676-2683. doi: 10.1002/pon.3298
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, *17*, 14-22.
- Maass, S.W.M.C., Roorda, C., Berendsen, A.J., Verhaak, P.F.M., & Book, G.H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, *82*, 100-108.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology*, *16*, 181-188. doi: 10.1002/pon.1057
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosocial Medicine*, *4*(7), 1-6. doi: 10.1186/1751-0759-4-7
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *24*, 70-79.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Tomita, M., Takahashi, M., Tagaya, N., Kabuta, M., Kai, I., & Muto, T. (2017). Structural equation modeling of the relationship between posttraumatic growth and psychosocial factors in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *26*, 1198-1204.
- Zeligman, M., Barden, S. M., & Hagedorn, W. B. (2016). Posttraumatic growth and HIV: a study of associations of stigma and social support. *Journal of Counseling & Development*, *94*(2), 141-149. doi: 10.1002/jcad.12071

ANEXOS

ANEXO I- Carta de aprovação da comissão científica da PUCRS



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 7732

Porto Alegre, 29 de novembro de 2016.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Avaliação de Preditores de Crescimento Pós-Traumático em uma População de Mulheres com Câncer de Mama". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES

ANEXO II – Documento de aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa da PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE PREDITORES DE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO EM UMA POPULAÇÃO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Pesquisador: Irani Iracema de Lima Argimon

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62731316.7.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.892.542

Apresentação do Projeto:

O Crescimento Pós-Traumático (CPT) é uma mudança emocional percebida pela pessoa após a vivência de uma situação difícil e/ou traumática. Trata de uma remodelação cognitiva positiva, implicando em crescimento em um ou mais seguimentos de vida. A literatura descreve preditores que facilitam o desenvolvimento do CPT, como estratégias de coping adaptativas, ruminação, percepção de suporte social e da situação em questão como estressora. Entende-se que o diagnóstico e tratamento do câncer de mama é uma vivência traumática que influencia diretamente no bem estar biopsicossocial-espiritual da mulher. Este projeto tem como objetivo avaliar preditores de CPT em mulheres após o tratamento do câncer de mama no Rio Grande do Sul. Procura-se contribuir para o trabalho de prevenção e promoção de saúde desta população. Conhecendo comportamentos e estratégias emocionais preditoras de CPT é possível estabelecer um plano de tratamento mais focal e assertivo. O estabelecimento de um tratamento mais assertivo vai ao encontro da demanda de tempo de tratamento, principalmente no que diz respeito à clínica na Saúde Pública.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se percepção de suporte social, ruminação e uso de estratégias de coping adaptativas

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 1.892.542

apresentam correlação significativa com os escores de crescimento pós-traumático de mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama do Rio Grande do Sul. Verificar a correlação entre crescimento pós-traumático e estratégias de coping, ruminação, percepção de suporte social e sintomatologia depressiva; Verificar as diferenças nos níveis de crescimento pós-traumático nas diferentes faixas etárias avaliadas; Avaliar se a idade influenciará nos escores de crescimento pós-traumático; Verificar evidências de fidedignidade do instrumento para mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama com idade a partir de 18 anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: É possível que aconteçam os seguintes desconfortos e riscos, como lembranças desagradáveis decorrentes do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, sobre os quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como encaminhamento para o Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa do curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS.

Benefícios: A pesquisa possivelmente trará benefícios, tais como melhor conhecimento acerca de si e de seu funcionamento psíquico após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, sobre os quais o participante poderá esclarecer dúvidas a qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema de pesquisa é atual e de extrema relevância. O projeto está adequadamente embasado e apresenta método e cronograma adequados à sua execução. As pendências apontadas pelo CEP anteriormente foram consideradas e corrigidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável incluiu um termo de responsabilidade informando que apresentará emendas ao projeto na medida em que fizer parcerias com novas instituições para a coleta de dados da pesquisa. Adicionalmente apresentou uma carta de autorização da responsável pelo Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa do curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS autorizando o encaminhamento para o serviço de indivíduos que participarem da pesquisa e demonstrarem necessidade.

Recomendações:

A pesquisadora atendeu as recomendações do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as recomendações do CEP.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.892.542

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_834612.pdf	22/12/2016 16:13:13		Aceito
Outros	cartaresponsabilidadeemendas.pdf	22/12/2016 16:09:59	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	cartadeautorizacaosapp.pdf	22/12/2016 16:09:18	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	LattesCarolinaQuiroga.pdf	05/12/2016 14:29:32	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	LattesIraniArgimon.pdf	05/12/2016 14:19:56	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	CartadeAprovacaoSIPESQ.pdf	05/12/2016 14:16:04	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	DocumentoUnificadoProjetodePesquisaSIPESQ.pdf	05/12/2016 14:15:36	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaInstituicao.pdf	05/12/2016 14:13:39	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	EncaminhamentoCarta.pdf	05/12/2016 14:10:02	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	CartaResponsabilidade.pdf	05/12/2016 14:09:32	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocarolinaquiroga.pdf	29/11/2016 16:54:52	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/11/2016 16:53:46	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/11/2016 16:52:10	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/11/2016 16:48:15	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/11/2016 16:47:16	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.892.542

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puhrs.br

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar do estudo “Avaliação de preditores de crescimento pós-traumático em uma população de mulheres com câncer de mama”, que tem como objetivo levantar dados a respeito da vivência do diagnóstico de câncer de mama em mulheres após o término do tratamento médico. Acreditamos que esta pesquisa seja importante porque visa melhorar o atendimento psicológico prestado a mulheres após o tratamento do câncer de mama, buscando assim maior assertividade nas intervenções propostas.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no estudo referido será da seguinte forma: caso concorde com a participação, responderá a um instrumento que avalia crescimento pós-traumático, um para avaliação de tipos de estratégias de enfrentamento de situações estressoras, um quanto avaliação de percepção de suporte social e um para sintomatologia depressiva. A aplicação destes instrumentos terá a duração de 60 minutos e será na instituição onde você tem acompanhamento médico ou de outros profissionais da saúde.

RISCOS

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos e riscos, como lembranças desagradáveis decorrentes do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, sobre os quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como encaminhamento para o Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa do curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS.

BENEFÍCIOS

A pesquisa possivelmente trará benefícios, tais como melhor conhecimento acerca de si e de seu funcionamento psíquico após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, sobre os quais você poderá esclarecer dúvidas a qualquer momento.

SIGILO E PRIVACIDADE

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa te identificar serão mantidos em sigilo. As pesquisadoras se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar se justificar, e, caso esta seja sua vontade, não sofrerá prejuízo algum na assistência recebida.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos da seguinte forma: a pesquisadora Carolina Villanova Quiroga ressarcirá pessoalmente o valor, em dinheiro.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são a aluna de Mestrado em Psicologia Clínica da PUCRS, Carolina Villanova Quiroga, e a Prof^ª. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon, professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUCRS, e com elas você pode manter contato pelos telefones (51) 99495 7070 e (51) 99962 8880.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética.

Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) localizado na Av. Ipiranga, 6681, Prédio 50, Sala 703 CEP: 90619-900 - Bairro Partenon - Porto Alegre – RS, também estará disponível pelo telefone (51) 3320-3345 ou e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 à 17:00.

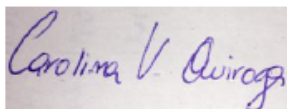
DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações relacionadas à pesquisa. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Porto Alegre, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante



Mestranda Carolina Villanova Quiroga
CRP 07/22717
Matrícula PUCRS 16190551-8



Profª Drª Irani Iracema de Lima Argimon
CRP 07/01211
Matrícula PUCRS 030554

ANEXO IV – Ficha de dados sociodemográficos e de saúde

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE	
1) Nome (código):	
2) Data de preenchimento do questionário: ____/____/____	
3) Nome da Instituição de Atendimento:	
4) Cidade de residência:	
5) Data de Nascimento: ____/____/____	6) Idade:
7) Raça: [] Caucasiano [] Asiático [] Afrodescendente [] Indígena [] Mulato	
8) Escolaridade: [] 1 ^o Grau Incompleto [] Curso Técnico (área: _____) [] 1 ^o Grau Completo [] Graduação Incompleta (área: _____) [] 2 ^o Grau Incompleto [] Graduação Completa (área: _____) [] 2 ^o Grau Completo [] Pós-Graduação (área: _____) [] Nunca estudou	
9) Você tem ou teve alguma dificuldade para ler escrever? [] sim [] não	
10) Profissão / Ocupação:	
11) Aposentado: [] sim [] não	
12) Religião que frequenta atualmente: [] Católica [] Umbanda [] Não tenho religião [] Espírita [] Candomblé [] Budismo [] Judaísmo [] Evangélica [] Outra. Qual? _____	
12.2) Com qual frequência você participa de serviços religiosos (missas, cultos, etc) promovidos pela sua religião de escolha? [] entre uma e três vezes por semana [] mais de três vezes por semana [] entre uma e cinco vezes por mês [] uma vez por mês [] nunca frequento	
13) Estado Civil: [] Solteira [] Casada ou com companheiro [] Separada/Divorciada [] Viúva [] Outro	

14) Você tem filhos?

não sim.

14.1) Se sim, quantos filhos? _____

15) Quem mora com você?

sozinha com meus pais
 companheiro/marido com pais e irmão (s/as)
 companheiro/marido e filho (s/as) outros. Quem? _____
 com filho (s/as)

DADOS DE SAÚDE**16) Qual foi a data do seu diagnóstico?**

_____/_____/_____

17) Qual foi o ano de remissão?

18) Qual era o grau do tumor?

I II III IV

19) Foram encontradas metástases?

não
 sim

19.1) Se sim, onde? _____

20) Quais tratamentos você realizou?

Quimioterapia Mastectomia Bilateral Cirurgia Conservadora
 Radioterapia Mastectomia Unilateral Terapia Biológica
 Hormonioterapia Outro (s), qual? _____

21) Você teve algum outro diagnóstico de problemas de saúde?

pressão alta problemas cardíacos problemas neurológicos
 diabetes obesidade anemia
 pneumonia asma/bronquite problemas do aparelho digestivo

22) Você usa alguma medicação hoje em dia?

sim não não sabe

22.1) Nome das medicações nos últimos 12 meses:

a) Medicação: _____ Dosagem: _____

b) Medicação: _____ Dosagem: _____

c) Medicação: _____ Dosagem: _____

<p>23) Você já precisou de internação hospitalar antes do câncer? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>23.1) Se sim, explique o motivo?</p> <hr/> <hr/>								
<p>24) Você já ingeriu ou ingere bebidas alcóolicas?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>24.1) Se sim, quantas vezes por semana?</p> <p><input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas ou três <input type="checkbox"/> quatro ou mais</p>								
<p>25) Você fuma tabaco?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>25.1) Se sim, quantas vezes por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas ou três <input type="checkbox"/> quatro ou mais</p>								
<p>26) Você já fez uso de drogas?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>26.1) Se sim, quais?</p> <p><input type="checkbox"/> maconha <input type="checkbox"/> crack <input type="checkbox"/> cocaína <input type="checkbox"/> cola <input type="checkbox"/> outras. Quais? _____</p>								
<p>27) Você teve acompanhamento de profissionais da psiquiatria e/ou da psicologia durante seu tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> sim, da psicologia.</p> <p><input type="checkbox"/> sim, da psiquiatria.</p> <p><input type="checkbox"/> sim, da psiquiatria e da psicologia.</p> <p><input type="checkbox"/> não</p> <p>27.1) Se sim, em que período? _____</p> <p>27.2) Por quanto tempo? _____</p>								
<p>28) Você já havia consultado com profissionais da psicologia ou da psiquiatria antes do diagnóstico câncer?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>								
<p>29) Você teve algum diagnóstico de profissionais da psiquiatria ou da psicologia?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>								
<p>29.1) Qual diagnóstico você recebeu?</p> <table> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ansiedade</td> <td><input type="checkbox"/> Transtorno de Estresse Pós-Traumático</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depressão</td> <td><input type="checkbox"/> Transtorno Obsessivo Compulsivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Transtorno do Pânico</td> <td><input type="checkbox"/> Transtornos Alimentares (Anorexia, Bulimia)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade</td> <td><input type="checkbox"/> Bipolaridade</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Transtorno de Estresse Pós-Traumático	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Transtorno Obsessivo Compulsivo	<input type="checkbox"/> Transtorno do Pânico	<input type="checkbox"/> Transtornos Alimentares (Anorexia, Bulimia)	<input type="checkbox"/> Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade	<input type="checkbox"/> Bipolaridade
<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Transtorno de Estresse Pós-Traumático							
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Transtorno Obsessivo Compulsivo							
<input type="checkbox"/> Transtorno do Pânico	<input type="checkbox"/> Transtornos Alimentares (Anorexia, Bulimia)							
<input type="checkbox"/> Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade	<input type="checkbox"/> Bipolaridade							

30) Você usa alguma medicação prescrita por psiquiatra?

sim não não sabe

31.1 Nome das medicações nos últimos 12 meses:

a) Medicação: _____ Dosagem: _____

b) Medicação: _____ Dosagem: _____

c) Medicação: _____ Dosagem: _____

31) Renda Familiar:

R\$200 a R\$500 R\$500 a R\$1000 R\$1000 a R\$1500 R\$1500 a R\$2000 acima de R\$2000

32) Quantas pessoas dependem da renda? _____

Nome: _____

Data de Nasc: ____/____/____

Data: ____/____/____

ID: _____

Inventário de Crescimento Pós-Traumático

Antes de responder as seguintes perguntas, concentre-se em um evento que você considera traumático ou que alterou a sua vida.

Evento: Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama

Considerando o impacto que esse evento proporcionou, indique, para cada afirmativa abaixo, o grau de mudanças experienciado, utilizando a seguinte escala:

0 = **Não experimentei** essa mudança como resultado do evento.

1 = Eu experimentei essa mudança em um **grau muito pequeno**

2 = Eu experimentei essa mudança em um **grau pequeno** .

3 = Eu experimentei essa mudança em um **grau moderado** .

4 = Eu experimentei essa mudança **em grande parte**.

5 = Eu experimentei **muito** essa mudança.

Grau	Afirmativa
___	1. Mudei as minhas prioridades acerca do que é importante na vida
___	2. Dou mais valor à minha vida
___	3. Tenho novos interesses
___	4. Confio mais em mim mesmo
___	5. Compreendo melhor a espiritualidade
___	6. Percebo mais claramente que posso contar com as outras pessoas nos momentos difíceis
___	7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida

___	8. Sinto-me mais próximo das outras pessoas
___	9. Consigo transmitir mais as minhas emoções
___	10. Agora sei que sou capaz de lidar com situações difíceis
___	11. Eu sou capaz de fazer melhores coisas com a minha vida
___	12. Aceito melhor a forma como as coisas são
___	13. Aprecio mais cada dia da minha vida
___	14. Surgiram oportunidades que não teriam surgido de outra forma
___	15. Sinto mais compaixão pelas outras pessoas
___	16. Esforço-me mais nos meus relacionamentos
___	17. É mais provável que eu tente mudar as coisas que precisam ser mudadas
___	18. Tenho uma fé religiosa mais forte
___	19. Descobri que sou mais forte do que pensava
___	20. Aprendi que as pessoas podem ser maravilhosas
___	21. Aceito melhor o fato de precisar dos outros

ANEXO VI – Inventário de Estratégias de Coping

Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei esta estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3

15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3

35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
	0	1	2	3

53. Aceitei, nada poderia ser feito.				
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

ANEXO VII – Questionário de Ruminação e Reflexão

QUESTIONÁRIO DE RUMINAÇÃO E REFLEXÃO

Responda os itens abaixo assinalando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave de respostas apresentada.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente

1- Minha atenção é freqüentemente focada em aspectos de mim mesmo sobre os quais eu gostaria de parar de pensar.	1	2	3	4	5
2- Eu sempre pareço estar remoendo, em minha mente, coisas recentes que eu disse ou fiz.	1	2	3	4	5
3- Às vezes, é difícil para mim parar de pensar sobre mim mesmo.	1	2	3	4	5
4- Muito depois de uma discordância ou discussão ter acabado, meus pensamentos continuam voltados para o que aconteceu.	1	2	3	4	5
5- Eu tendo a ruminar ou deter-me sobre coisas que acontecem comigo por um longo período depois.	1	2	3	4	5
6- Eu não perco tempo repensando coisas que já estão feitas e acabadas.	1	2	3	4	5
7- Eu freqüentemente fico revendo em minha mente o modo como eu agi em uma situação passada.	1	2	3	4	5
8- Eu freqüentemente me pego reavaliando alguma coisa que já fiz.	1	2	3	4	5
9- Eu nunca fico ruminando ou pensando sobre mim mesmo por muito tempo.	1	2	3	4	5
10- É fácil para mim afastar pensamentos indesejados da minha mente.	1	2	3	4	5
11- Eu freqüentemente fico pensando em episódios da minha vida sobre os quais eu não devia mais me preocupar.	1	2	3	4	5
12- Eu passo um bom tempo lembrando momentos constrangedores ou frustrantes pelos quais passei.	1	2	3	4	5
13- Coisas filosóficas ou abstratas não me atraem muito.	1	2	3	4	5

14- Eu realmente não sou um tipo meditativo de pessoa.	1 2 3 4 5
15- Eu gosto de explorar meu interior.	1 2 3 4 5
16- Minhas atitudes sobre as coisas fascinam-me.	1 2 3 4 5
17- Eu realmente não gosto de coisas introspectivas ou auto reflexivas.	1 2 3 4 5
18- Eu gosto de analisar por que eu faço as coisas.	1 2 3 4 5
19- As pessoas freqüentemente dizem que eu sou um tipo de pessoa introspectiva, “profunda”.	1 2 3 4 5
20- Eu não me preocupo em auto analisar-me.	1 2 3 4 5
21- Eu sou uma pessoa muito auto investigadora por natureza.	1 2 3 4 5
22- Eu gosto de meditar sobre a natureza e o significado das coisas.	1 2 3 4 5
23- Eu freqüentemente gosto de ficar filosofando sobre minha vida.	1 2 3 4 5
24- Não acho graça em ficar pensando sobre mim mesmo.	1 2 3 4 5