



**Implicações do Otimismo, Autoestima e Suporte Social Percebido
na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama**

Micheline Roat Bastianello

Porto Alegre, 2015

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Implicações do Otimismo, Autoestima e Suporte Social Percebido
na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama**

Micheline Roat Bastianello

Tese de Doutorado apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Doutor em
Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Claudio Simon Hutz

Porto Alegre, março de 2015

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e me ensinaram que tudo é possível desde que haja fé e muito trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Claudio Hutz minha gratidão por proporcionar para além do conhecimento acadêmico, novos desafios e oportunidades. Obrigada por me fazer descobrir novas potencialidades e habilidades, e assim possibilitar o meu amadurecimento profissional.

Aos colegas de laboratório, que foram companheiros nesta jornada, obrigada por compartilhar conhecimentos e contribuir para este trabalho e para meu crescimento pessoal. Especialmente, à Juliana Cerentini Pacico, colega, amiga e parceira de tantas jornadas e desafios. Sem você a dupla esperança-otimismo não seria possível.

Aos professores, funcionários e colegas dos demais laboratórios que fazem a excelência deste Programa de Pós-Graduação com comprometimento, seriedade e alto padrão de produção científica.

Às professoras Cláudia Giacconi e Caroline Reppold pelas importantes contribuições ao meu trabalho, pela receptividade e incentivo. Muito obrigada por acreditarem em mim e no potencial deste trabalho.

Às professoras participantes da banca, Clarissa Trentini, Ana Paula Noronha e Luciana Karine de Souza que acompanham minha trajetória acadêmica desde o mestrado, muito obrigada pela disponibilidade e importantes contribuições que trouxeram a este trabalho. Vocês são profissionais que me inspiram.

À CAPES pelo suporte financeiro que possibilitou a realização desta pesquisa.

Às mulheres e homens, que se disponibilizaram a participar da pesquisa. E, especialmente, as mulheres com câncer de mama que dedicaram seu precioso tempo para responder aos instrumentos de coleta. Minha gratidão por compartilhar comigo suas vivências e me ajudar a compreender melhor a força humana.

Aos meus amados amigos, aos que chegaram há tempo, aos mais recentes, aos que partiram tão cedo, e aos que permanecem por participarem direta ou indiretamente desta jornada com sua torcida e incentivo. A todos minha gratidão por compreenderem minhas ausências, pelo suporte tão essencial nesta jornada.

À Dóris e Valeria Vetuschi, minha família para muito além dos laços de sangue, obrigada por participarem de cada momento da minha vida. Val, minha mana de coração e de alma, tua força e determinação foram para mim inspiração e incentivo durante esta caminhada.

A minha “grande família”, vó e madrinha, tias, tios, primos, primas e afilhados que mesmo distantes torcem pelo meu sucesso e felicidade.

Aos meus pais, Ildo e Neli, pelo dom da minha vida, pelo seu exemplo de superação, fé e otimismo na vida. Obrigada pelo amor, incentivo, tolerância, e por sempre acreditarem em mim, mesmo diante de meus questionamentos. Amo vocês! Ao meu irmão, Cristian por ver o meu melhor e acreditar na vitória sempre.

E por fim, à Sabedoria Divina pelo dom da vida e por me ensinar a compreender e aceitar que existe um tempo próprio para tudo.

Carpe diem, quam minimus credula postero.
« Aproveite o hoje, confie o mínimo possível no amanhã.»

Horace

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	11
ABSTRACT	12
APRESENTAÇÃO.....	13
CAPÍTULO I.....	14
Introdução.....	14
Otimismo disposicional	16
Medindo Otimismo.....	20
Autoestima.....	21
Medindo Autoestima	233
Suporte Social Percebido.....	24
Teorias e medidas de suporte social	26
Medindo de Suporte Social.....	29
Qualidade de Vida	300
Câncer (CA) de mama	31
Especificação da pesquisa	32
Referências	34
CAPÍTULO II.....	41
ESTUDO 1 - Otimismo e Suporte Social em mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática	41
Resumo	42
Abstract.....	43
Introdução.....	44
Método.....	45
Estratégias de busca das referências	45
Procedimentos para seleção e apreciação das referências	46
Resultados.....	47
Apreciação quantitativa das referências	47
Apreciação qualitativa das referências	48
Discussão	54
Considerações finais.....	56
Referências	58

CAPÍTULO III	61
ESTUDO 2 - Adaptação e Validação da Escala de Suporte Social <i>2-Way SSS</i>	61
Resumo	62
Abstract.....	63
Introdução.....	64
Método.....	69
Participantes	69
Instrumentos	69
Procedimentos de coleta de dados	71
Tradução e adaptação da Escala.....	71
Coleta de dados	72
Procedimentos de análise de dados	72
Resultados.....	73
Análise Fatorial Confirmatória.....	73
Consistência interna.....	75
Validade convergente	75
Validade Preditiva	76
Discussão	77
Referências	81
CAPÍTULO IV	84
ESTUDO 3 -_O papel do otimismo, da autoestima e do suporte social na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: testando modelos de moderação e mediação	84
Resumo	85
Abstract.....	86
Introdução.....	87
Otimismo e câncer de mama	88
Qualidade de vida e câncer de mama	89
Autoestima e Suporte Social.....	89
Método.....	92
Participantes	92
Instrumentos	92
Considerações Éticas	95
Procedimentos de coleta de dados	96
Resultados.....	97

Modelo de moderação	97
Modelo de mediação.....	98
Discussão	103
Conclusão	106
Referências	109
CAPÍTULO V – Considerações Finais	116
ANEXO A.....	119
ANEXO B.....	120
ANEXO C.....	121
ANEXO D.....	123
ANEXO E.....	126
ANEXO F.....	127
ANEXO G.....	128
ANEXO H.....	132
ANEXO I	134

Lista de Tabelas e Figuras

CAPÍTULO 1

Figura 1. Modelo de Motivação baseados em expectativas e valores	19
Figura 2. Definição de autoestima de William James	22
Figura 3. Definição de autoestima de Branden (1969)	23
Figura 4. Modelo da perspectiva do estresse e enfrentamento	27
Figura 5. Modelo da perspectiva do Construcionismo Social	29

CAPÍTULO 2

Figura 1. Resultado da busca nas bases de dados eletrônicas	47
Tabela 1. Principais características dos estudos incluídos na revisão	48
Tabela 2. Descrição dos objetivos, amostras e instrumentos dos artigos selecionados	50
Tabela 3. Descrição da análise dos dados e principais resultados dos artigos selecionados	52

CAPÍTULO 3

Figura 1. Modelo Final da análise fatorial confirmatória da <i>2-Way Social Support Scale</i> com pesos padronizados	74
Tabela 1. Cargas fatoriais dos itens da <i>2-Way Social Support Scale</i>	74
Tabela 2. Correlações entre as subescalas da <i>2-Way Social Support Scale</i> e a escala EPSS	76
Tabela 3. Pesos padronizados das análises de regressão das subescalas da <i>2-Way Social Support Scale</i> como predictoras de estresse, depressão e ansiedade	77

CAPÍTULO 4

Tabela 1. Regressão hierárquica para predição da qualidade de vida	98
Figura 1. Modelo teórico da mediação	99
Figura 2. Modelo inicial de relação entre otimismo e qualidade de vida	101
Figura 3. Modelo final de mediação com pesos padronizados	102

RESUMO

O objetivo da presente tese foi examinar como otimismo, autoestima e suporte social relacionam-se para prever qualidade de vida em mulheres com CA de mama. Para tanto o trabalho foi dividido em três estudos. O primeiro estudo caracterizou-se por uma revisão sistemática da literatura científica sobre as relações entre otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama a partir da perspectiva da psicologia positiva. Como resultados observou-se que a produção científica sobre a temática estudada ainda é pouca e apresenta um crescimento lento. Os resultados sugerem que as mulheres com maior otimismo e suporte social tendem a se envolver em comportamentos mais saudáveis, contribuindo para melhor qualidade de vida. O segundo estudo teve como objetivo validar e adaptar a escala de suporte social percebido (2-WAY SSS). A dimensionalidade da escala, suas características psicométricas e evidências de validade foram verificadas. O terceiro e, último estudo, testou dois modelos: 1) Modelo de moderação – no qual otimismo, autoestima e suporte social percebido interagem e afetam a qualidade de vida; 2) Modelo de mediação – no qual foram observados os efeitos diretos e indiretos do otimismo na qualidade de vida, tendo como variáveis mediadoras autoestima e suporte social percebido. Os resultados demonstraram que os dados do estudo foram mais consistentes com o modelo de mediação, ou seja, autoestima e suporte social funcionam como mediadores do otimismo para a qualidade de vida. Conclui-se que as implicações desses resultados podem ter um impacto significativo sobre como as mulheres acometidas de câncer de mama vivenciam as diferentes etapas da doença, desde seu diagnóstico até a remissão total ou parcial.

Palavras-chave: otimismo, autoestima, suporte social percebido, qualidade de vida, câncer de mama em mulheres

ABSTRACT

The aim of this thesis was to examine how optimism, self-esteem and social support are related to predict quality of life in women with breast cancer. Therefore the work was divided into three studies. The first study was characterized by a systematic review of the scientific literature about the relationship between optimism and social support in women with breast cancer from the positive psychology perspective. The results showed that the scientific literature on the subject studied is still scarce and shows a slow growth. The results suggest that women with greater optimism and social support tend to engage in healthier behaviors, contributing to better quality of life. The second study was the adaptation and validation of a scale to assess the perceived social support. The psychometric characteristics, internal consistency and convergent and predictive validity were tested and the instrument is ready for use with the Brazilian population. The last study tested two models: 1) Moderation model - in which optimism, self-esteem and perceived social support interact and affect the quality of life; 2) Mediation model – were observed the direct and indirect effects of optimism on quality of life, with the mediating variables self-esteem and perceived social support.. In general, the data from the current study were more consistent with the mediation model. In other words self-esteem and social support act as mediators of optimism for the quality of life. We conclude that the implications of these results may have a significant impact on how breast cancer affects women's experiences in the different stages of the disease, from diagnosis to the total or partial remission.

Keywords: optimism, self-esteem, perceived social support, quality of life, women breast cancer

APRESENTAÇÃO

A presente tese teve como objetivo geral examinar como otimismo (O), suporte social percebido (SSP) e autoestima (AE) contribuem para qualidade de vida (QV) em mulheres com câncer de mama provenientes de diferentes regiões do Brasil. A tese está organizada em cinco capítulos.

No Capítulo I são apresentados alguns pressupostos teóricos relevantes para a compreensão do fenômeno investigado. Dentre eles, os conceitos das variáveis positivas otimismo, autoestima, suporte social e suas relações e contribuições para a qualidade de vida de mulheres que enfrentam ou enfrentaram câncer de mama.

Após a parte introdutória, o Capítulo II apresenta o estudo 1, que é uma revisão sistemática da literatura sobre a relação entre otimismo e suporte social percebido em mulheres acometidas por câncer de mama. O Capítulo III é dedicado ao estudo 2, que teve como objetivo adaptar e validar a *2-Way SSS* para o Brasil, avaliar a sua dimensionalidade e determinar suas características psicométricas.

O Capítulo IV reporta o estudo 3, que buscou examinar qual o papel do otimismo, da autoestima e do suporte social percebido na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Para tanto dois modelos foram testados: 1) Modelo de Moderação em que o otimismo, a autoestima e o suporte social percebido interagem entre si afetando a qualidade de vida; 2) Modelo de Mediação em que foram observados os efeitos diretos e indiretos do otimismo na qualidade de vida, tendo como variáveis mediadoras autoestima e suporte social percebido. Por fim, no Capítulo V, Considerações Finais, são enunciadas as limitações e implicações para futuras pesquisas na área.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A Psicologia, ao se constituir como disciplina científica no século XIX, passou a compreender o conhecimento científico como aquele que é produzido em laboratórios com o uso de instrumentos de observação e medição. Essa mudança de paradigma atribuiu a Psicologia um novo objeto, o comportamento, e propiciou que diferentes linhas teóricas passem a estudar as condutas desviantes e patológicas (Bock, Furtado, & Teixeira, 2009).

O estudo dos aspectos disfuncionais, patológicos, “anormais” do comportamento humano tem sido o foco de grande parte das pesquisas no campo da Psicologia. A ciência psicológica vem negligenciando o estudo dos aspectos saudáveis, positivos, virtuosos da natureza humana (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), o que pode ser confirmado por uma simples pesquisa no banco de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)¹. Ao utilizar palavras-chave relacionadas ao estudo desta tese, como otimismo, suporte social e câncer de mama, foram encontrados sete artigos a partir do ano 2000, enquanto que, utilizando-se as palavras-chave depressão, ansiedade e CA de mama, 98 artigos foram encontrados no mesmo período de tempo.

Considerando esse contexto, os estudos realizados na presente tese buscam contribuir para o avanço teórico sobre os aspectos saudáveis e positivos presentes nas pessoas mesmo diante de adversidades ou doenças. O interesse nesse tema surgiu quando a pesquisadora passou a integrar a linha de pesquisa Desenvolvimento,

¹ A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://regional.bvsalud.org>), desenvolvida sob coordenação do Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), é uma rede de fontes de informação online para a distribuição de conhecimento científico e técnico em saúde.

Validação e Normatização de Instrumentos de Avaliação Psicológica, do Laboratório de Mensuração, do PPG em Psicologia da UFGRS. Essa linha de pesquisa possui como um dos objetivos produzir instrumentos úteis e válidos para a realidade brasileira, especialmente para a avaliação psicológica na área da psicologia positiva. No mestrado, a pesquisadora estudou as produções teóricas e práticas do campo da Psicologia Positiva, adaptou e validou a escala que avalia otimismo e investigou as relações desse com autoestima e personalidade.

Dos estudos sobre as características e funcionamentos positivos humanos que contribuem para maior qualidade de vida e bem-estar subjetivo dos indivíduos surgiram questionamentos que culminaram com o problema e as hipóteses que tratam este trabalho. Também, a partir da busca pelo aprimoramento das técnicas de avaliação psicológica para identificação das virtudes e dos aspectos positivos humanos, esta tese se propõe a contribuir com uma nova escala que mede suporte social percebido, adaptada e validada para a população brasileira segundo normas e critérios² que conferem validade e fidedignidade ao instrumento. A atenção a essas normas garante que procedimentos adequados foram seguidos no processo de adaptação do instrumento, entregando, assim, a comunidade científica e os profissionais da área da saúde um instrumento confiável.

Internacionalmente, especialmente nos Estados Unidos e na Europa, existe um grande número de estudos e publicações sobre otimismo, autoestima, suporte social e qualidade de vida com pacientes clínicos. No entanto, no Brasil e países latino-americanos ainda são poucos os estudos empíricos sobre os fenômenos positivos e aspectos saudáveis dos seres humanos. Nesse sentido, o presente estudo além de contribuir para a produção de novos conhecimentos no campo da Psicologia Positiva no

² A validação e adaptação seguiram as normas sugeridas pela *International Test Commission* (ITC).

país, também traz contribuições pioneiras e relevantes para os estudos empíricos das variáveis positivas citadas com amostra clínica.

A seguir, serão apresentados alguns pressupostos teóricos relevantes para a compreensão das problematizações exploradas neste estudo. A saber, os conceitos das variáveis positivas otimismo, autoestima, suporte social e suas relações e contribuições para a qualidade de vida de mulheres que enfrentam ou enfrentaram câncer de mama.

Otimismo disposicional

Pesquisas demonstram que o otimismo está associado com a tomada de medidas proativas para proteger a saúde. Otimistas quando confrontados com um desafio tendem a agir com confiança e persistência, mesmo que o progresso seja difícil ou lento (Scheier & Carver, 1985; Carver, Scheier, & Segerstrom, 1994).

Quando as pessoas passam por dificuldades ou desafios em suas vidas experienciam uma grande variedade de emoções que podem passar do entusiasmo à ansiedade. O balanço entre esses sentimentos parece estar relacionado com o grau de otimismo e pessimismo das pessoas (Scheier, Carver, & Bridges, 2001). Otimistas são pessoas que esperam que boas coisas aconteçam, mesmo quando existem dificuldades. Este senso de confiança, característico dos indivíduos otimistas, produz um misto de sentimentos positivos, como tranquilidade, compaixão, alegria, bem-estar. Já os pessimistas esperam que coisas ruins aconteçam, apresentando um senso de insegurança que produz sentimentos negativos, como ansiedade, culpa, raiva, tristeza.

Otimistas e pessimistas diferem na sua visão de mundo no modo como se confrontam e lidam com problemas e nos recursos que utilizam nestas situações. Essas diferenças têm impacto substancial em suas vidas e são relevantes por estarem associadas

direta e indiretamente com saúde física, emocional e uso de estratégias para lidar com eventos estressores (Scheier, Carver, & Bridges, 2001; Carver et al., 2010).

Em comparação com as pessoas que são mais pessimistas, indivíduos otimistas experimentam menos angústia quando se deparam com adversidades. Eles lidam com situações estressoras continuando comprometidos com seus objetivos, e se envolvem em enfrentamento focado no problema quando há algo a ser feito. Assim, parecem suportar mais as adversidades que os indivíduos pessimistas. Provavelmente, otimistas, como resultado das diferenças das formas de enfrentamento, apresentam melhor saúde física e emocional, mais e melhores relações íntimas e sociais e possuem sucesso profissional (Schou, Ekeberg, & Ruland, 2005; Nes & Segerstrom, 2006). Essas são propriedades, que pelos menos para o modo de vida ocidental, são bastante adaptáveis e conferem aos otimistas um tipo de vida que, contemporaneamente, grande parte das pessoas parece almejar.

As características das pessoas otimistas têm chamado atenção de pesquisadores nos ambientes médicos e diversas pesquisas têm sido conduzidas com o objetivo de investigar o papel do otimismo no enfrentamento e tratamento de doenças. Evidências empíricas demonstram que otimismo está associado a melhor recuperação de cirurgias coronarianas (Fitzgerald, Tennen, Affleck, & Pransky, 1993) e transplantes de medula óssea (Curbow, Somerfield, Baker, Wingard, & Legro, 1993), assim como melhor enfrentamento de doenças como câncer (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, & Robinson, 1993) e AIDS (Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodriguez, & Herbert, 1992).

Pesquisadores também descobriram que pessoas otimistas estão mais engajadas na promoção da saúde no sentido que parecem tomar as medidas necessárias para minimizar os riscos relativos às desordens ou patologias, como por exemplo,

comportamentos de risco para ataques cardíacos (Radcliffe & Klein, 2002), para contaminação pelo vírus HIV (Taylor et al., 1992) e para alcoolismo (Ohannessian, Hesselbrock, Tennen, & Affleck, 1994). Sabe-se, também, que o otimismo envolve componentes cognitivos, emocionais e motivacionais. Pode ser entendido como uma estratégia comportamental que permite às pessoas terem mais saúde física e mental, assim como engajarem-se em atividades para sua manutenção (Shane & Snyder, 2003).

Os pioneiros em pesquisas sobre otimismo no campo da Psicologia Positiva, Scheier e Carver, definem otimismo como um traço disposicional do indivíduo em acreditar que mais coisas boas irão acontecer que coisas ruins, e o pessimismo como a disposição de esperar que mais coisas ruins aconteçam. Assim, a compreensão do que é otimismo e pessimismo repousa sobre as expectativas que as pessoas possuem sobre eventos futuros (Scheier & Carver, 1985; Carver, Scheier & Segerstrom, 1994). Pode-se pensar que essa é uma definição muito coloquial. No entanto, como os próprios pesquisadores afirmam, ela possui suas raízes na sabedoria popular, mas também baseia-se em décadas de estudos teóricos e práticos (Chang, 2002).

De acordo com Scheier e Carver (2009) as definições coloquiais e as encontradas em dicionários sobre otimismo estão ligadas à ideia de expectativas sobre o futuro, assim como as científicas. Pesquisas científicas demonstram que subjacente ao otimismo e pessimismo encontra-se uma longa tradição de estudos sobre o modelo de motivação baseado em *expectativas-valores* (Figura 1). Portanto, a definição de otimismo está ancorada em um modelo teórico que considera as expectativas e valores como substrato para a emergência de comportamentos que refletem a busca por objetivos desejáveis. (Carver & Scheier, 1998; Carver et al., 2010).

Para esse modelo existem dois elementos importantes: o objetivo e as expectativas. Para que a pessoa empenhe esforços no sentido de alcançar um objetivo, é

preciso que esse tenha valor suficiente e significado que justifiquem a busca pela sua realização, enquanto que as expectativas são a certeza ou dúvida com relação à possibilidade de o objetivo ser atingido. Se faltar convicção, não haverá ação, ou os esforços serão interrompidos. Apenas quando a confiança é suficientemente alta que a pessoa age e continua empenhando esforços na direção do objetivo (Carver & Scheier, 2003).

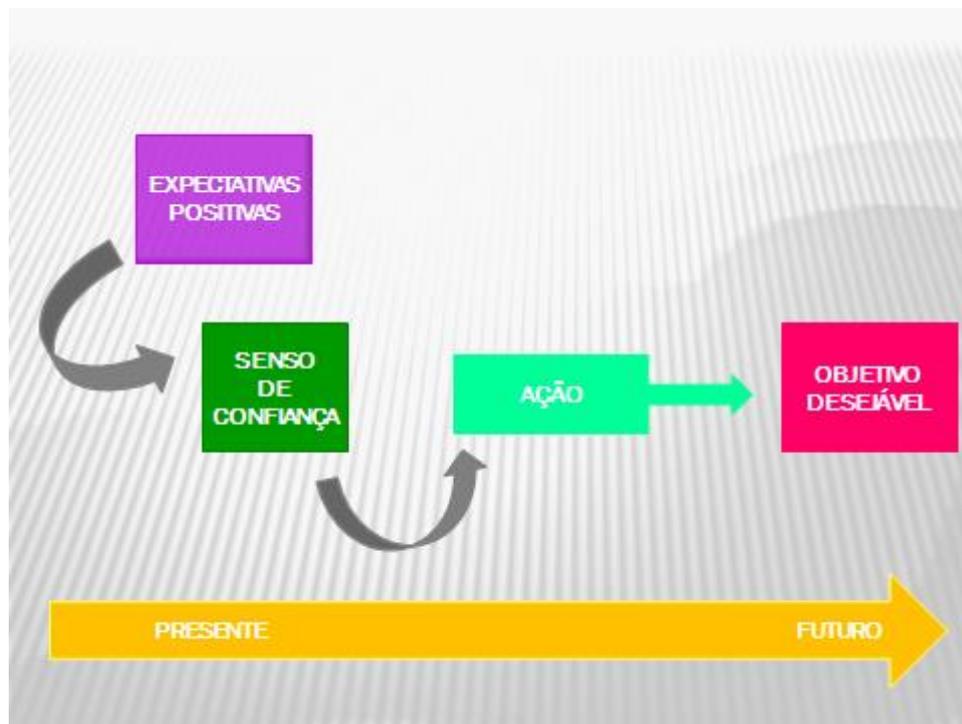


Figura 1. Modelo de Motivação baseado em expectativas e valores

Dentro do modelo *expectancy-value* o elemento que define o otimismo disposicional são as expectativas. As expectativas existem em muitos níveis e variam ao longo do ciclo vital, podendo ter uma natureza específica ou mais geral (Carver & Scheier, 2003). Por exemplo, um adolescente pode ter a expectativa de aprender a dirigir seu carro para ir visitar seus amigos, expectativa de passar no vestibular para a faculdade desejada e a expectativa de se sentir feliz em sua vida adulta.

As expectativas são permeadas pelo senso de convicção ou incerteza com relação aos eventos futuros. Assim, otimistas quando confrontados com um desafio tendem a agir com confiança e persistência, mesmo que o progresso seja difícil ou lento. Já pessimistas tendem a ser indecisos e hesitantes. E as diferenças entre otimismo e pessimismo são ampliadas quando surgem obstáculos. Otimistas presumirão que as adversidades poderão ser superadas com facilidade ou com o empenho de um esforço adicional, porém, talvez não tenham claro quando é necessário desistir (Janoff-Bulman & Brickman, 1982). Pessimistas, em geral, tendem a antecipar dificuldades e a não acreditar na possibilidade de superação das mesmas (Scheier, Carver, & Bridges, 2001).

Essa é a essência da teoria subjacente ao conceito de otimismo. As evidências obtidas em diversos estudos até agora fornecem evidências sobre a forma como os mundos de otimistas e de pessimistas diferem. Observa-se que o otimismo, enquanto um traço disposicional, possui importantes implicações no modo com as pessoas regulam seus comportamentos e orientam suas ações para o futuro, apresentando uma variedade de consequências, incluindo algumas claramente relacionadas à saúde (Scheier & Carver, 1985).

Medindo Otimismo

Para medir o otimismo, Scheier e Carver (1985), primeiramente, propuseram o *Life Orientation Test (LOT)*, o qual incluía expectativas positivas e negativas. O *LOT* foi assumido como uma medida unidimensional, na qual otimismo e pessimismo representavam polos opostos de um *continuum*. Diversas pesquisas realizadas a seguir apontaram para resultados controversos com relação à unidimensionalidade do construto. Também indicaram coincidências com Neuroticismo, ansiedade-traço, domínio de si próprio e autoestima (Chang, D´Zurilla, & Maydeu-Olivares, 1994;

Dember & Brooks, 1989; Smith, Pope, Rhodewalt, & Poulton, 1989). Devido às referidas críticas, Scheier, Carver e Bridges (1994) propuseram a revisão do instrumento. Ao retirarem itens que não focavam explicitamente em expectativas com relação ao futuro criaram o *Revised Life Orientation Test (LOT-R)* eliminando as possíveis coincidências com outros construtos.

No Brasil, foi realizado estudo de adaptação e validação do teste LOT-R (Bastianello, Pacico, & Hutz, 2014) a partir do original americano. Os pesquisadores encontraram uma única dimensão e correlações positivas entre otimismo e autoestima. Essa é a escala utilizada para medir otimismo nos estudos apresentados nesta tese.

Autoestima

Definir o construto autoestima não é tarefa fácil. Em certo sentido, todos sabem o que é autoestima porque é um fenômeno humano. No entanto, como em todo o senso-comum, existem sérias limitações neste entendimento, as quais se tornam aparentes à medida que se passa a examinar o conceito mais profundamente. Como bem observou Smelser,

Temos uma boa compreensão do que se entende por autoestima, como revelado por nossa introspecção e observação do comportamento dos outros. No entanto, é difícil colocar esse entendimento em palavras precisas (1989, p.9).

De acordo com Mruk (1999, 2006) três grandes definições aparecem no campo da psicologia da autoestima. A primeira entende autoestima como uma competência, a segunda como um valor e a terceira engloba tanto competência quanto valor.

William James (1842-1910), psicólogo norte-americano, introduziu pela primeira vez o tema autoestima no campo da psicologia no final do século XIX. Segundo James (1950), a autoestima é o resultado do sucesso dividido pelas aspirações do indivíduo, ou seja, é o resultado entre o que se pretende, e o que de fato é alcançado. Essa definição compreende autoestima sendo uma competência e não leva em conta fatores como a visão do indivíduo sobre si, e seus valores, como crenças e princípios (Figura 2).

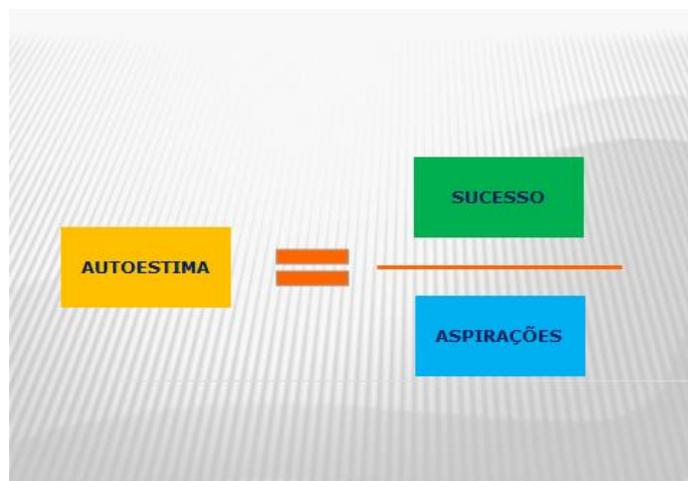


Figura 2. Definição de autoestima de William James

Rosenberg (1965) introduziu uma nova definição de autoestima, associando-a ao senso de valor que a pessoa possui sobre si mesma. A partir de sentimentos e experiências particulares, o indivíduo realiza uma auto-avaliação e expressa atitudes de aprovação ou de repulsa por si mesmo. O ponto fundamental da autoestima, nessa perspectiva, é a atitude valorativa.

A terceira forma de definir autoestima associa competência e atribuição de autovalor. Segundo Branden (1969), os seres humanos possuem a necessidade fundamental de sentirem-se dignos, mas só podem alcançar esse objetivo agindo com competência. Competência, neste caso, significa enfrentar a realidade diretamente e

tomar decisões racionais que levam o indivíduo a resolver problemas realisticamente. Assim, a autoestima passa a ser compreendida como a soma do sentimento de valor pessoal, que é externado nas atitudes que o indivíduo tem para consigo mesmo, e do sentimento de competência pessoal, que são as habilidades, capacidades e relacionamentos sociais (Figura 4).

Talvez por basear sua definição sobre autoestima mais na filosofia que em achados empíricos, Branden não recebeu grande atenção no campo quanto os outros pesquisadores. Porém, ele lançou a base teórica para a emergência de estudos empíricos, a partir da década de 70, que definem o construto autoestima como multidimensional.

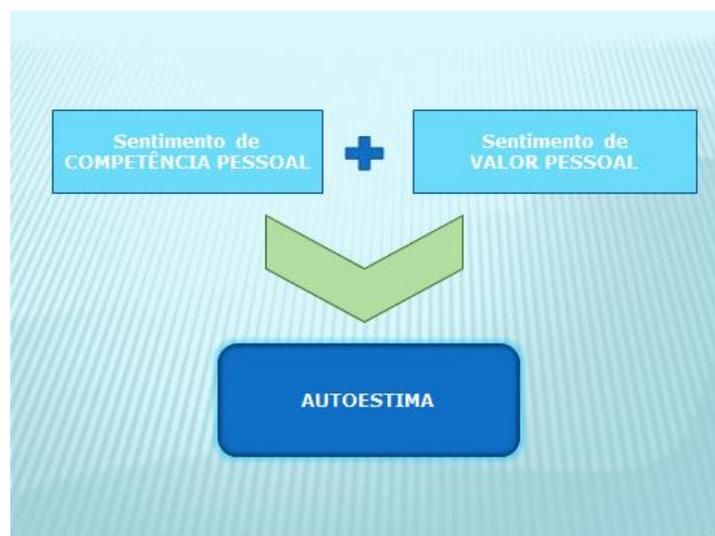


Figura 3. Definição de autoestima de Branden (1969)

Medindo Autoestima

Existem várias escalas para medir autoestima, mas a mais usada internacionalmente é a Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR, (Rosenberg, 1965). A EAR é uma escala unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. A baixa autoestima se expressa através da incapacidade de

enfrentar os desafios e por sentimentos de incompetência e inadequação; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta manifesta-se pela confiança, competência e o grande autoaprovação (Rosenberg, 1965).

Pesquisas com a EAR apontam que altos escores de autoestima estão associados a humor positivo, à percepção de eficácia em relação a domínios importantes da vida e, conseqüentemente, melhor saúde mental, habilidades sociais e bem-estar (Heinonen, Rääkkönen, & Keltikangas-Järvinen, 2005). Por outro lado, pessoas com baixa autoestima estão mais vulneráveis a eventos adversos (Branden, 2000).

Suporte Social Percebido

A importância das relações sociais durante o tratamento de doenças e na manutenção do bem-estar tem chamado à atenção dos cientistas e, assim, favorecido estudos sobre como essas relações influenciam na saúde física e mental. Um aspecto das relações sociais que vem sendo estudado desde a década de 70 é o suporte social.

Pesquisadores notaram que portadores de enfermidades diversas relatam com frequência a ausência de uma rede social. Ao mesmo tempo em que experimentam um maior grau de perdas importantes de laços sociais, demonstrando a importância do suporte social para o doente (Chor, Griep, Lopes, & Faerstein, 2001). Por outro lado, pessoas que percebem ter suporte social apresentam melhor ajustamento emocional, recuperam-se mais rapidamente de situações traumáticas e apresentam maior sobrevivência no decorrer de doenças crônicas (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000).

Cobb (1976) foi um dos primeiros pesquisadores a definir o construto suporte social como, essencialmente, a informação de que o indivíduo é amado, e existem pessoas preocupadas com ele; de que é estimado e valorizado; e de que é parte

integrante de uma rede social. Na década de oitenta, Thoits (1982) acrescentou ao conceito de Cobb (1976) o suporte instrumental, sugerindo que suporte social poderia articular não só crenças sobre acessibilidade a recursos afetivos (ser amado, cuidado, apreciado e valorizado) e crenças sobre pertencimento a redes sociais, mas também crenças de que nestas redes estariam disponibilizados recursos tangíveis e práticos (instrumentais).

A partir de então, as definições de suporte social no campo da psicologia passaram a ser organizadas em torno de três componentes: emocional, instrumental e informacional (Rodriguez, & Cohen, 1998). Suporte emocional refere-se à percepção por parte do indivíduo de afetividade recebida de outras pessoas. Essa fonte de suporte está ligada ao senso de ser amado, apreciado e ter consciência de que as pessoas se preocupam com o indivíduo.

Já o suporte instrumental se refere à percepção de auxílios de forma prática, ou seja, relaciona-se a recursos de ordem financeira, tais como, emprestar dinheiro ou pagar contas. Também pode ser expresso por meio de comportamentos, como por exemplo, levar o indivíduo ou alguém de sua família ao médico, preparar refeições em caso de impossibilidade por parte do indivíduo.

O suporte informacional diz respeito a receber, de outras pessoas, informações pertinentes em determinadas circunstâncias, geralmente ligadas a ocasiões de vida que remetam a tomada de decisões. Alguns pesquisadores observaram que as orientações e conselhos, além de informação carregam uma mensagem afetiva podendo ser entendidas como suporte emocional. É o caso, por exemplo, de uma orientação recebida de um amigo, a qual pode ser percebida como suporte emocional, pois demonstra o quanto aquela pessoa se importa com a vida de quem recebe o suporte (Cobb, 1976).

Mais recentemente, Thoits (2010) forneceu uma definição que engloba os componentes citados anteriormente. Suporte social refere-se à assistência emocional, informacional e instrumental de pessoas significativas, como familiares, amigos ou colegas de trabalho. Pode ser recebido ou percebido como disponível quando a pessoa necessita.

Teorias e medidas de suporte social

Duas principais teorias embasam as pesquisas de como o suporte social influencia saúde física e mental: 1) A perspectiva do estresse e enfrentamento e 2) A perspectiva do construcionismo social.

A perspectiva teórica que considera estresse e enfrentamento a partir da interação entre o indivíduo e seu ambiente tem tido, especial, destaque na área da Psicologia da Saúde (Cobb, 1976; Cohen, & McKay, 1984). De acordo com ela, o suporte social, expresso através de ações de suporte, funciona como um catalisador sobre o enfrentamento, reduzindo os efeitos do estresse sobre a saúde (Figura 4).

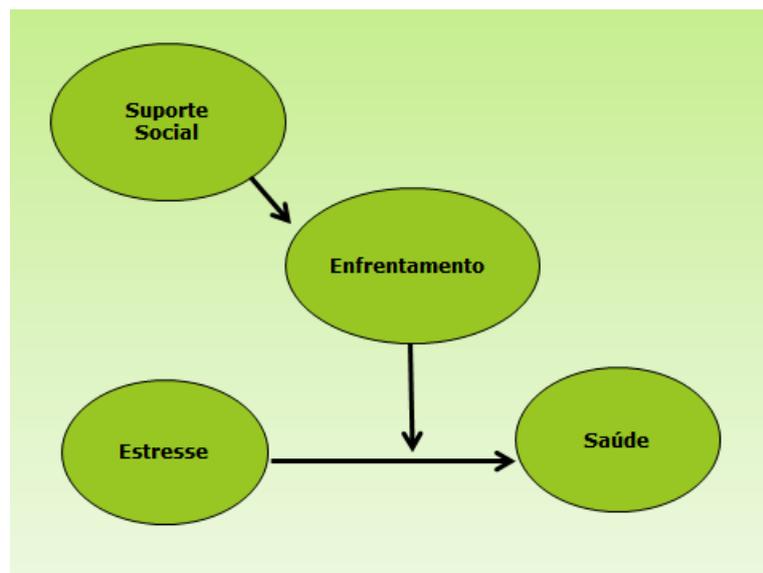


Figura 4. Modelo da perspectiva do estresse e enfrentamento

Essa perspectiva teórica está intimamente ligada às pesquisas e teorias sobre estresse e *coping* (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Sabe-se que o corpo e a mente reagem ao estresse de maneira conjunta. As respostas do organismo não são isoladas, mas estão intimamente relacionadas entre os diversos sistemas que o compõe. Por esse motivo é que a exposição prolongada a um estímulo estressor pode levar ao adoecimento físico e mental (Arantes, Vieira, Alves, & Santos, 2009).

Existem diversos tipos de estressores. Eles podem ser ambientais, como frio e calor, psicológicos (ansiedade, depressão) e sociais (morte de pessoas próximas, desemprego). Independentemente de sua origem, o estressor tem apenas a capacidade de desencadear a reação ao estresse, que será mediada pelas condições que cada indivíduo possui para manejar situações novas ou adversas, ou seja, pela capacidade de enfrentamento que a pessoa aprendeu a empregar durante sua história de vida (Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005).

O empenho para lidar com o estressor, independente do resultado obtido, é uma resposta de *coping*. A capacidade de enfrentamento (ou *coping*) caracteriza-se por um conjunto de estratégias utilizadas para adaptar-se a circunstâncias adversas ou estressantes. São esforços cognitivos e comportamentais usados para lidar com as questões internas ou externas analisadas como sobrecarga aos recursos pessoais (Aragão, Vieira, Alves, & Santos, 2009).

Diante da exposição dos indivíduos ao estresse, pesquisas demonstram que o suporte social reduz seus efeitos negativos sobre a saúde (Nurullah, 2012). A hipótese teórica é de que o suporte social será efetivo em auxiliar na promoção de estratégias de enfrentamento e redução dos efeitos dos eventos estressores, na medida em que a forma de assistência corresponda às exigências do estressor. Por exemplo, ter alguém que nos

empreste dinheiro pode ser muito útil em uma situação de desemprego temporário, mas pouco eficaz diante da morte de um familiar (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000).

A perspectiva construcionista social busca explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem incluindo a si mesmas (Gergen, 2009). Segundo essa teoria a percepção das pessoas sobre o mundo não reflete necessariamente a realidade. Na verdade, as pessoas constroem teorias e concepções sobre o mundo que refletem o seu contexto social (Dewey, 1997).

Segundo Gergen (1985), os estudos sócio-construcionistas focalizam os processos cotidianos, ou seja, como as pessoas falam, percebem e experenciam o mundo em que vivem. Uma manifestação do construcionismo é a cognição social, e diversos pesquisadores têm utilizado esse construto para entender o suporte social. Desse ponto de vista, o suporte social está intimamente ligado à percepção do suporte, a qual é influenciada pelos pensamentos sobre o “eu”, ou seja, perceber-se amado, cuidado e estimado pelos demais. Nesse sentido, o suporte social estaria associado diretamente à autoestima do indivíduo e à sua saúde (Figura 6).

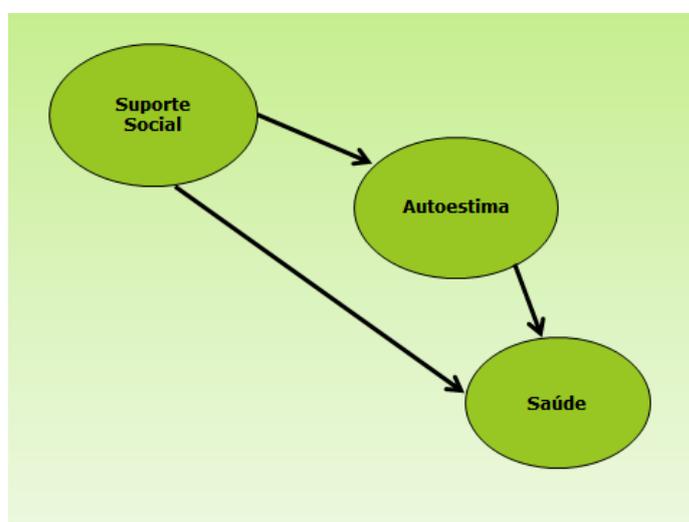


Figura 5. Modelo da perspectiva do Construcionismo Social

Medindo o Suporte Social

Com base na literatura, a definição de suporte social inclui dois aspectos: estruturais e funcionais. Os elementos que compõem os aspectos estruturais são informações referentes à rede de suporte do indivíduo, como tamanho, número de membros, tipos e força dos relacionamentos. Os aspectos funcionais são em grande parte intangíveis e subjetivos, e representam o fornecimento de vários tipos de auxílio, por exemplo, expressões de conforto e cuidado, conselhos e informações.

Embora os componentes estruturais sejam importantes, a dimensão funcional do suporte social tende a ser melhor preditor de saúde e bem-estar (Shakespeare-Finch, & Obst, 2011). Os aspectos funcionais estão organizados em duas dimensões: suporte social percebido (suporte que a pessoa acredita estar disponível se precisar) e suporte social recebido ou fornecido (o que a pessoa atualmente relata estar recebendo ou já ter recebido). Vale ressaltar que o suporte percebido como disponível pode não corresponder com o que é realmente fornecido.

Por ser um construto complexo e multidimensional, observa-se que os instrumentos para medir suporte social, em sua grande maioria, capturam parte do fenômeno. Algumas medidas acessam ambos os aspectos estruturais e funcionais, outras apenas um. Assim, para medir suporte social, o pesquisador precisa ter embasamento teórico sobre o fenômeno que está investigando e consciência das forças e limitações do seu instrumento de medida escolhido.

Existe um número grande de instrumentos disponíveis para medir suporte social. Na sua grande maioria avaliam apenas o *receber* suporte, ignorando um importante aspecto que é o *dar* ou *ser* suporte para outros. Pensando neste aspecto o instrumento elegido para ser adaptado e validado nesta pesquisa foi a *2-Way Social Support Scale* (2-Way SSS) de Shakespeare-Finch e Obst (2011).

A *2-Way SSS* incorpora estas duas dimensões do suporte social, reconhecendo as vantagens tanto de receber quanto dar suporte. Os estudos sobre receber suporte social já possuem uma longa tradição em pesquisas em psicologia e confirmam que indivíduos que recebem níveis altos de suporte experenciam melhor saúde e bem-estar (Fratiglioni, Want, Ericsson, Mayyton, & Winblad, 2000). Embora os estudos sobre dar suporte social sejam mais recentes, os seus benefícios já vêm sendo demonstrados em diversas áreas, como aumentar o afeto em casais em processo de reprodução assistida (Knoll, Kienle, Bauer, Pfuller, & Luszczynska, 2007).

Algumas pesquisas também têm enfatizado a importância de um equilíbrio entre receber e dar suporte social, no sentido, por exemplo, de que dar suporte social pode aumentar a satisfação de vida. Contudo doar-se exageradamente pode levar a ansiedade e estresse (De Jong Gierveld & Dykstra, 2008).

Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) tem sido definida como a avaliação subjetiva do próprio bem-estar, sendo afetada pela saúde física e psicológica, bem como por crenças pessoais, relacionamentos sociais e ambiente (Fleck, 2000). Embora não exista ainda uma definição uniforme sobre QV, grande parte dos pesquisadores concordam que esse seja um construto multidimensional, isto é, que engloba várias dimensões da vida das pessoas, como bem-estar subjetivo, condições socioeconômicas, relacionamentos pessoais e sociais.

Muitos instrumentos têm sido propostos para medir QV. Desses destaca-se o instrumento desenvolvido transculturalmente pela Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-100. O instrumento foi desenvolvido pelo *The WHOQOL Group* (1998), reunindo 15 países e mais de oito mil sujeitos. No Brasil, foi adaptado e validado pela

equipe do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck, 2000).

Os principais aspectos do construto qualidade de vida (subjetividade, multidimensionalidade e dimensões positivas e negativas) encontram-se contemplados no referido instrumento. A avaliação desses é feita a partir de seis domínios mensurados: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/ religião/crenças pessoais.

Sendo a QV uma percepção do sujeito a respeito da sua própria vida, é evidente que esteja relacionada com os aspectos subjetivos constitucionais do indivíduo, bem como os aspectos ambientais que o envolvem. Neste sentido, busca-se no presente estudo investigar as implicações das variáveis autoestima, suporte social percebido e otimismo para a QV de pacientes com câncer de mama.

Câncer (CA) de mama

O CA de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo. É mais comum em mulheres, correspondendo a 22% dos novos casos a cada ano, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Para o Brasil, em 2014, foram esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56 casos a cada 100 mil mulheres. A região sul é a segunda no ranking de CA de mama no país, sendo 65 a cada 100 mil mulheres acometidas pela doença (INCA, 2014). Muito tem sido feito para incentivar o diagnóstico e tratamento precoce da doença e inicia-se um movimento de ações para prevenção.

Diversos estudos apontam que a amamentação, a prática de atividade física regular e uma alimentação saudável com manutenção de peso corporal estão associados a um menor risco de desenvolver este tipo de CA (Prado, Mamede, Almeida & Clapis,

2004). Porém, os aspectos emocionais envolvidos são menos abordados, provavelmente, devido à menor frequência de estudos que abarquem as emoções das pacientes. Além disso, os estudos existentes, em geral, enfocam as emoções negativas, como medo e angústia, e distúrbios psicológicos como depressão, estresse e transtorno de ansiedade generalizada (Vieira, Lopes & Shimo, 2005). Assim, salienta-se a importância de estudos que abordem as emoções e forças positivas destas mulheres, com enfoque na qualidade de vida durante as diferentes fases da doença.

Especificação da pesquisa

Investigar sobre as implicações do otimismo, autoestima e suporte social percebido na qualidade de vida de mulheres com CA de mama é contribuir com o desenvolvimento de campos como da psicologia da saúde e da psicologia positiva. Ao propor um modelo unindo variáveis que enfocam as potencialidades humanas, o presente estudo almeja contribuir para o avanço teórico que já vem sendo muito discutido internacionalmente, mas que ainda é bastante recente para a psicologia brasileira.

Em outro sentido, quer-se contribuir com um novo instrumento que mede suporte social percebido, adaptado e validado para a população brasileira segundo as normas da *International Test Commission* (ITC). A atenção às normas da ITC garante que procedimentos adequados foram seguidos no processo de adaptação do instrumento, conferindo validade e fidedignidade à medida. Assim, a comunidade científica e os profissionais da área da saúde poderão contar com um instrumento confiável.

O objetivo geral da presente tese é examinar como otimismo, autoestima e suporte social relacionam-se para prever qualidade de vida em mulheres com CA de mama. Para tanto duas hipóteses serão testadas:

1) Modelo de moderação – otimismo, autoestima e suporte social percebido interagem e afetam a qualidade de vida;

2) Modelo de mediação – serão testados os efeitos diretos e indiretos do otimismo na qualidade de vida, tendo como variáveis mediadoras autoestima e suporte social percebido.

Por fim, será examinado qual desses dois modelos melhor explica as relações entre as variáveis estudadas. Para responder aos objetivos desta tese foram realizados estudos com objetivos e metodologias específicos. A tese está organizada na forma de três artigos científicos que serão apresentados a seguir.

REFERÊNCIAS

- Aragão, E. I. S., Vieira, S. S., Alves, M. G. G., & Santos, A. F. (2009). Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. *Psicologia Foco*, 2(1), 79-90.
- Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version Of The Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF*, 19(3), 523-531.
- Branden, N. (2000). *Auto-estima: Como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo, SP: Saraiva.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam.
- Bock, A.M.B., Furtado, O., & Teixeira, A. L. T. (2009). *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2003). Three human strengths. *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*, 87-102.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65,(2), 375.

- Chang, E. C. (2002). Optimism–pessimism and stress appraisal: Testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 675-690.
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive therapy and research*, 18(2), 143-160.
- Chor, D., Griep, R.H., Lopes, C.S., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e suporte social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Caderno de Saúde Pública*, 17, 887-896.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 1-25.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health*, 4, 253-267.
- Coopersmith, S. (1989). *Coopersmith - Self-esteem Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, (5), 423-443.
- De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2008). Virtue is its own reward? Support-giving in the family and loneliness in middle and old age. *Ageing and Society*, 28(02), 271-287.

- Dember, W. N., & Brooks, J. (1989). A new instrument for measuring optimism and pessimism: Test-retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27(4), 365-366.
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 25-43.
- Fleck, M. P. D. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, (5), 992-1003.
- Fratiglioni, L., Want, H., Ericcson, K., Mayyton, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community based longitudinal study. *The Lancet*, 355, 1315–1319.
- Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40, (33), 266-275.
- Gergen, K. J. (2009). O Movimento Do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. *INTERthesis*, 6, (1), 299-325.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., & Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Dispositional optimism: development over 21 years from the perspectives of perceived temperament and mothering. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 425-435.

- Heatheron, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. Em S. J. Lopez & C. R. Snyder (Orgs.), *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp.219-233). Washington, DC : American Psychological Association.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2014. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama
- James, W. (1950). *The Principles of Psychology*. In two volumes. New York: Dover Publications.
- Janoff-Bulman, R., & Brickman, P. (1982). Expectations and what people learn from failure. *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*, 207-237.
- Knoll, N., Kienle, R., Bauer, K., Pfüller, B., & Luszczynska, A. (2007). Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1789-1801.
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2003). *Positive psychological assessment*. Washington: APA.
- Mruk, C. (1999). *Self-esteem: research, theory, and practice*. New York: Springer.
- Mruk, C. (2006). *Defining Self-esteem: an often overlooked issue*. New York: Springer Publishing Company.
- Mruk, C. (2013). *Self-esteem and positive psychology: Research, theory, and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review*, 10(3), 235-251.
- Nurullah, A. S. (2012). Received and provided social support: a review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188.

- Ohanessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Tennen, H., & Affleck, G. (1994). Hassles and uplifts and generalized outcome expectancies as moderators on the relation between a family history of alcoholism and drinking behaviors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 55(6), 754.
- Prado, M. A. S., Mamede, M. V., Almeida, A. M. D., & Clapis, M. J. (2004). Physical training practice in women submitted to breast cancer surgery: perception of barriers and benefits. *Revista latino-americana de enfermagem*, 12(3), 494-502.
- Radcliffe, N. M., & Klein, W. M. (2002). Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: Differential relations with the knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 836-846.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Rosenberg, M. (1965) *The language of social research: a reader in the methodology of social research*. London: CollierMacmillan.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association*, 55, (1), p. 5
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping, And Health - Assessment And Implications Of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self- Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation

- of the Life Orientation Test. *Journal of Personality And Social Psychology*, 67 (6): 1063-1078.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice. In: Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice. American Psychological Association, Washington, D.C., pp. 189-216.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., & Ruland, C. M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14(9), 718-727.
- Smelser, N. J. (1989). Self-esteem and social problems: An introduction. *The social importance of self-esteem*, 1-23.
- Smith, T. W., Pope, M. K., Rhodewalt, F., & Poulton, J. L. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: an alternative interpretation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 640.
- Shakespeare-Finch, J., & Obst, P. (2011). The Development of the 2-Way Social Support Scale: A Measure of Giving and Receiving Emotional and Instrumental Support. *Journal of Personality Assessment*, 93(5), 483–490.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of personality and social psychology*, 63(3), 460.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.

- Thoits, P. A. (2010). Stress and health major findings and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51(1), S41-S53.
- Vieira, C. P., Lopes, M. H. B. M., & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev esc enferm USP*, 41, (2), 311-6.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social behavior*, 78-89.

CAPÍTULO II

ESTUDO 1

OTIMISMO E SUPORTE SOCIAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Micheline Roat Bastianello*

mbastianello@hotmail.com

Claudio Simon Hutz*

claudio.hutz@gmail.com

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600/101. Porto Alegre –
RS - Brasil – (55) 51-33085246.

Esta pesquisa teve o suporte financeiro da CAPES.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura científica sobre as relações entre otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama. As buscas eletrônicas foram executadas a partir da utilização dos descritores “otimismo” (*optimism*), “suporte social” (*social support*) e “câncer de mama” (*breast cancer*) e do operador booleano “e” (*and*). Pesquisou-se nas seguintes bases de dado: *Psycinfo, Scopus, Sage, Scielo, Medline/PubMed*. Foram incluídos no estudo artigos publicados entre os anos 1994-2014. Os artigos foram analisados a partir de cinco dimensões: (1) objetivo; (2) instrumentos; (3) amostra; (4) análise dos dados; (5) principais resultados. Como resultados observou-se que a produção científica sobre a temática estudada ainda é escassa e apresenta um crescimento lento. A escala mais utilizada para medir otimismo foi a *Revised Life Orientation Test*, enquanto que suporte social apresentou número variado de escalas. Os resultados sugerem que as mulheres com maior otimismo e suporte social tendem a se envolver em comportamentos mais saudáveis, contribuindo para melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: otimismo, suporte social, câncer de mama, revisão sistemática

ABSTRACT

This study aimed to conduct a systematic review of scientific literature on the relationship between optimism and social support in women with breast cancer. Electronic searches were performed using the descriptors optimism, social support and breast cancer in English and Portuguese with Boolean operator "and". The following data bases were used: *Psycinfo*, *Scopus*, *Sages*, *Scielo*, *Medline/PubMed*. The study included articles published between the years 1994-2014. The articles were analyzed using five dimensions: (1) goal; (2) instruments; (3) sample; (4) analysis of the data; (5) main results. The results showed that the scientific literature on the subject studied is still scarce and shows a slow growth. The most used scale to assess optimism was the Revised Life Orientation Test, whereas social support had a large number of scales. The results suggest that women with greater optimism and social support tend to engage in healthier behaviors, contributing to better quality of life.

Keyword: optimism, social support, breast cancer, systematic review

INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura científica sobre as relações entre otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama a partir da perspectiva da psicologia positiva. Pesquisas demonstram que o otimismo está associado com a tomada de medidas proativas para proteger a saúde. Otimistas quando confrontados com um desafio tendem a agir com confiança e persistência, mesmo que o progresso seja difícil ou lento (Scheier & Carver, 1985; Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Estudos têm associado suporte social e otimismo com bem-estar físico e emocional (Karademas, 2006) e com ajustamento psicológico em doenças físicas (Symister & Friend, 2003).

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais frequente em mulheres e se destaca como a terceira causa de morte entre brasileiras adultas. Para o Brasil, a estimativa para 2014 foi de aproximadamente 57.120 novos casos de CA de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil) e Sul (70,98/ 100 mil) (INCA/2014).

Diante de tal quadro, pesquisas sobre os aspectos psicológicos do câncer de mama vêm sendo realizadas. A maior parte delas tem como tema o estresse, a ansiedade, a depressão e o pessimismo advindos da experiência de diagnóstico e tratamento da doença (Zenger, Glaesmer, Hoöckel, & Hinz, 2011). Também são assuntos recorrentes as repercussões psicológicas nas diferentes fases do adoecimento e tratamento (pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento), o ajustamento psicossocial e a baixa qualidade de vida da mulher acometida por câncer de mama (Rossi & Santos, 2003; Silva, 2008). Contudo, pesquisas sobre questões relacionadas às forças de caráter,

as emoções e vínculos positivos, como otimismo e suporte social, parecem ser pouco abordadas. Em face dessas considerações traçou-se o objetivo deste trabalho: investigar estudos que vinculem otimismo e suporte social em mulheres com CA de mama.

MÉTODO

Estratégias de busca das referências

O material necessário para a revisão sistemática da literatura científica foi obtido através de buscas em diferentes bases de dados eletrônicas. Optou-se por bases mais relevantes para a área da psicologia. Foram consultadas as seguintes bases de dados: *Psycinfo, Scopus, Sages, Scielo, Medline/PubMed*.

As buscas eletrônicas foram executadas a partir da utilização dos descritores “otimismo” (*optimism*), “suporte social” (*social support*) e “câncer de mama” (*breast cancer*) e do operador booleano “e” (*and*). Essa estratégia foi adotada porque viabiliza a localização de referências que apresentam os três descritores conjuntamente. As bases de dados foram configuradas para localizar as referências que apresentavam os descritores no “assunto”, “título” e “resumo”.

Foi delimitado o espaço de tempo entre os anos de 1994 e 2014 para a localização das referências. Foram selecionados os últimos 20 anos por ser um período característico da expansão dos estudos sobre as virtudes e aspectos positivos do caráter (Pureza, Kuhn, Castro, & Lisboa, 2012; Pacico, & Bastianello, 2014)

O processo de localização e seleção dos artigos foi realizado em três etapas. A primeira etapa consistiu na leitura dos títulos dos artigos que foram localizados nas buscas a fim de excluir aqueles que claramente não atendiam aos critérios de inclusão

previamente estabelecidos os quais serão apresentados a seguir. Na segunda etapa este mesmo procedimento foi efetuado, sendo que agora a decisão pela exclusão foi baseada nas informações constantes dos resumos. Os resumos que não atenderam os critérios de inclusão foram descartados. Na última etapa, os artigos foram analisados na íntegra.

Nas três etapas de seleção e análise dos artigos, o processo foi conduzido de modo independente por dois juízes. A seleção foi conduzida, na metade do ano de 2014, durante o mesmo intervalo de tempo por ambos com a finalidade de minimizar o viés no processo. Após cada etapa, os juízes confrontavam as análises efetuadas e na ocorrência de divergência, os dois, conjuntamente, efetuavam novamente a leitura do resumo e, se necessário, do artigo a fim de decidir consensualmente pela inclusão.

Procedimentos para seleção e apreciação das referências

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: 1) Idioma: referências escritas em língua inglesa, espanhola e portuguesa; 2) Formato: referências publicadas como artigo, relato de experiência ou revisão da literatura científica; 3) Objetivo: referências voltadas especificamente ao estudo do otimismo e suporte social em mulheres acometidas por câncer de mama.

As referências selecionadas foram submetidas a uma apreciação qualitativa com o auxílio dos critérios de inclusão e da leitura analítica de cada uma delas. Os achados dessas leituras foram analisados desde cinco dimensões de análise: (1) objetivo; (2) instrumentos; (3) amostra; (4) análise dos dados; (5) principais resultados.

RESULTADOS

Apreciação quantitativa das referências

As buscas eletrônicas possibilitaram a localização de 69 referências potencialmente relevantes. A maior parte delas foi encontrada nas bases *PsyInfo* (20 artigos) e *Medline/PubMed* (40 artigos) como demonstra a Figura 1. Os artigos duplicados foram removidos restando 44 referências. Os resumos dessas referências foram submetidos os critérios de inclusão estabelecidos e restaram sete artigos para análise final.

Os sete artigos selecionados foram publicados entre 2003 e 2011. A metade deles foi publicada a partir de 2008, aspecto que confirma a hipótese inicial deste estudo sobre a atualidade dos temas investigados.

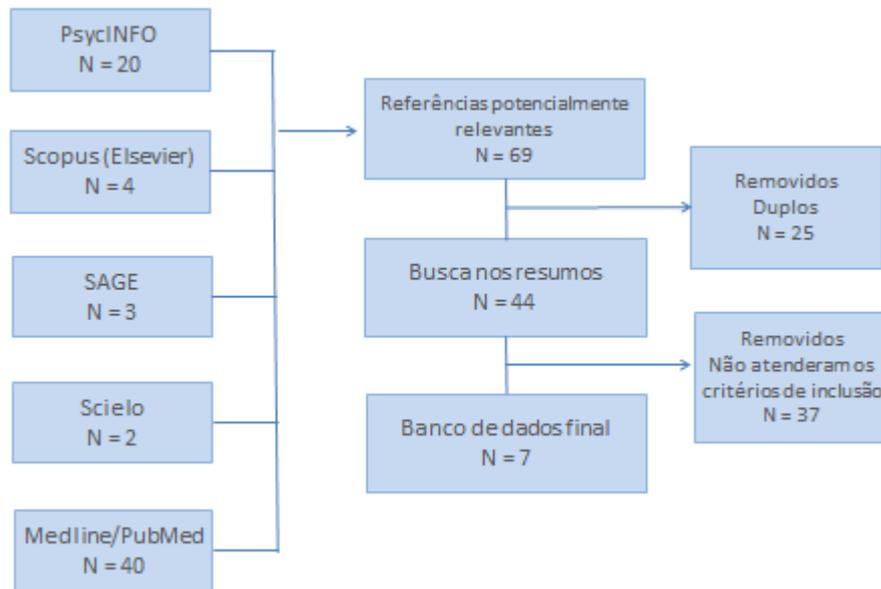


Figura 1. Resultado da busca nas bases de dados eletrônicas

Apreciação qualitativa das referências

As características dos estudos (autores, ano da publicação, periódico, país de realização, tamanho e idade média da amostra) são apresentadas na Tabela 1. Os estudos 2, 4, 5 e 6 adotaram delineamento transversal, enquanto que os estudos 1, 3 e 8 foram longitudinais.

O periódico *Psychooncology* apresentou dois estudos, enquanto os demais apenas um. Observa-se que dos sete estudos apenas um não teve como país de origem os Estados Unidos. Com relação ao número de participantes as amostras variaram entre 44 a 148 mulheres com câncer de mama. A idade média das mulheres variou de 46,28 a 59,7.

Tabela 1. Principais características dos estudos incluídos na revisão

Autor	Ano	Periódico	País do estudo	Tamanho da amostra	Idade Média M(DP)
1 Trunzo, J.J., & Pinto, B.M.	2003	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Estados Unidos	69	57,5 (13,2)
2 Von Ah,D., Kang, D.H., & Carpenter, J.S.	2007	Research in Nursing & Health	Estados Unidos	54	51,9 (9,6)
3 Shelby, R.A., Crespín, T.R., Wells-Di Gregorio, S.M., Lamdan, R.M., Siegel, J.E., & Taylor, K.L.	2008	Journal of Behavioral Medicine	Estados Unidos	148	53,5 (12,8)
4 Wimberly, S.R., Carver, C.S., & Antoni, M.H.	2008	Psychology and Health	Estados Unidos	136	50,25 (9,15)
5 Bozo, Ö.Z., Gündoğ˘ Du, E., & İk-Çolak, C.B.	2009	Journal of Health Psychology	Turquia	104	46,28 (9,23)
6 Matthews, E.E., & Cook, P.F.	2009	Psychooncology	Estados Unidos	93	59,7 (11,2)
7 Smith, S.K., Hemdon, J.E., Lysterly, H. K., Coan, A., Wheeler, J.L., Staley, T., & Abernethy, A.P.	2011	Psychooncology	Estados Unidos	44	51,5 (11,9)

A Tabela 2 apresenta os objetivos, amostras e instrumentos presentes em cada um dos sete estudos selecionados. Os estudos 1 e 4 tiveram como objetivo examinar a relação do otimismo com bem-estar (BES) psicossocial e sofrimento emocional, tendo como mediador o suporte social. Nos estudos 3 e 5 o suporte social aparece como

variável moderadora das relações de otimismo com ajustamento e crescimento pós-traumático. Em um único estudo (2) o otimismo foi avaliado como moderador dos efeitos do estresse sobre as respostas imunes das pacientes. No estudo 6, suporte social, *coping* e auto-transcendência foram testados como mediadores do otimismo para o bem-estar. E o estudo 7 avaliou a correlação entre os recursos psicossociais como, otimismo, suporte social, autoeficácia, enfrentamento e espiritualidade, alvos de um programa de saúde, e os benefícios experimentados pelas pacientes.

Os participantes de todos os estudos foram mulheres com câncer de mama que atendiam a pelo menos um critério pré-estabelecido (câncer não ser metastático, estar em pós-operatório, estar em tratamento com radioterapia, etc.). O único estudo que apresentou uma lista de oito critérios para as pacientes serem elegíveis foi o 7.

Com relação aos instrumentos utilizados para a coleta de dados, observa-se que todos os estudos utilizaram para medir otimismo a escala *Life Orientation Test Revised* (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994), sendo que apenas os estudos 3 e 6 utilizaram a primeira versão dessa escala, a LOT (Scheier, & Carver, 1985). Entretanto para medir suporte social a maior parte dos estudos utilizou uma escala distinta. O estudo 2 utilizou a SSQ-6, que é uma versão adaptada da SSQ utilizada no estudo 6. E o estudo 3 trabalhou com a ISEL-SF, que é a versão curta da ISEL usada no estudo 7. Os demais estudos utilizaram escalas diferentes, como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2. Descrição dos objetivos, amostras e instrumentos dos artigos selecionados

Título do artigo	Objetivo	Amostra	Instrumentos
1 Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors	Este estudo investigou como o suporte social (afetivo e confidente) afeta a relação entre otimismo e sofrimento emocional. Foi testada a hipótese de que o suporte social (variável mediadora) tem um efeito de mediação no otimismo (preditor) e sofrimento emocional (variável critério).	Mulheres em estágio inicial de câncer de mama	1) Duke-UNC Functional Social Support Scale (Broadhead et al., 1988) 2) Life Orientation Test–Revised (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) 3) Profile of Mood States–Short Form (POMS-SF; McNair, Lorr, & Droppelman, 1992)
2 Stress, Optimism, and Social Support: Impact on Immune Responses in Breast Cancer	O objetivo deste estudo foi examinar o efeito direto do otimismo e satisfação de vida com o suporte social sobre as respostas imunes de mulheres com câncer de mama.	Mulheres com câncer de mama no pós-operatório.	1) Event Scale (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) 2) Life Orientation Test-Revised (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) 3) Social Support Questionnaire (SSQ-6; I.G. Sarason, 1987) 4) Immunological assessments: NKCA e Cytokine level: IFN-c.
3 Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer	O objetivo deste estudo foi examinar as relações entre otimismo, suporte social, e ajustamento em uma amostra de mulheres afro-americanas com CA de mama que participam de um grupo de suporte psicossocial.	Mulheres afro-americanas com câncer de mama não metastático	1) Life orientation test (LOT) (Scheier, & Carver, 1985) 2) Interpersonal Support Evaluations list—short form (ISEL-SF) 3) Mental health inventory (MHI) 4) Cancer rehabilitation evaluation system - short form (CARES-SF)
4 Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer	Examinar o suporte social emocional como mediador potencial do efeito de otimismo sobre o bem-estar psicosssexual.	Mulheres nos estádios 0, I e II de câncer de mama	1) Life Orientation Test-Revised (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) 2) Social Provisions Scale (SPS; Cutrona & Russell, 1987) 3) Emotional distress - It measures general mood disturbance with a series of adjectives, each of which is a mood descriptor (Carver et al., 1993) 4) Psychosexual well-being. (Carver et al., 1998)

<p>5 The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients</p>	<p>O objetivo do presente estudo foi examinar a associação entre otimismo disposicional e crescimento pós-traumático (PTG), e o efeito moderador do suporte social nessa relação para sobreviventes de câncer de mama no pós-operatório.</p>	<p>Mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico ou vindo ao hospital para seus tratamentos de rotina.</p>	<p>1) Life Orientation Test-Revised (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) 2) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) 3) Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996)</p>
<p>6 Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer</p>	<p>O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre otimismo e bem-estar subjetivo. E a mediação individual e combinado dessa relação pelo suporte social percebido, <i>coping</i> e auto-transcendência em mulheres com câncer de mama durante a radioterapia.</p>	<p>Mulheres com câncer de mama em tratamento com radioterapia.</p>	<p>1) The Positive Affect Scale (PA) 2) The Life Orientation Test (LOT) 3) The Social Support Questionnaire (SSQ) 4) The Jalowiec Coping Scale 5) The 15-item Self Transcendence Scale (STS) 6) The Symptom Distress Scale (SDS)</p>
<p>7 Brief Report: Correlates of Quality of Life-related Outcomes in Breast Cancer Patients Participating in the Pathfinders Pilot Study</p>	<p>O objetivo deste estudo foi examinar a correlação entre as mudanças nos recursos psicossociais (otimismo, suporte social, autoeficácia, enfrentamento, e espiritualidade) que são os alvos de intervenção do Programa <i>Pathfinders</i>, e os benefícios experimentados pelos participantes.</p>	<p>Os pacientes elegíveis de acordo com os seguintes critérios: 1) ≥18 anos de idade; 2) sexo feminino; 3) diagnosticadas com câncer de mama metastático; 4) em tratamento com quimioterapia, imunoterapia intravenosa, ou tratamento com bifosfonatos por via intravenosa; 5) Expectativa de vida de ≥6 meses; 6) capaz / disposto a viajar para a clínica pelo menos a cada quatro semanas; 7) Falantes de inglês alfabetizadas; 8) Consentimento para participar da pesquisa.</p>	<p>1) Brief COPE Self-efficacy Scale Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) 2) Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spirituality (FACIT-Sp-12) 3) The Meaning/Peace and Faith subscales 4) Life Orientation Test-Revised (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994) 5) Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) 6) FACIT-Fatigue scale 7) The 4-item distress and 7-item despair subscales 8) The 27-item FACT-G 9) Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)</p>

Os métodos de análise de dados e os principais resultados de cada artigo são apresentados na Tabela 3. Todos os estudos utilizaram como método de análise modelos de regressão e coeficiente de correlação, e um estudo (o de número 1) além desses métodos utilizou ANOVAs.

Com relação aos resultados, os seis primeiros estudos apresentaram evidências de algum tipo de associação entre otimismo e suporte social. Nos estudos 1 e 4 confirmou-se a hipótese de que o suporte social é mediador do otimismo em relação ao bem-estar psicossocial e sofrimento emocional. Nos estudos 3 e 5, o suporte social foi moderador das relações de otimismo com ajustamento e crescimento pós-traumático. Em um único estudo (o de número 2) o otimismo foi avaliado como moderador dos efeitos do estresse sobre as respostas imunes das pacientes. No estudo 6, suporte social, *coping* e auto-transcendência foram testados como mediadores do otimismo para o bem-estar. E o estudo 7 avaliou a correlação entre os recursos psicossociais como, otimismo, suporte social, autoeficácia, enfrentamento e espiritualidade, alvos de um programa de saúde, e os benefícios experimentados pelas pacientes.

Tabela 3. Descrição da análise dos dados e principais resultados dos artigos selecionados

Título do artigo	Análise dos Dados	Principais Resultados
1 Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors	Coeficiente de correlação de Pearson. ANOVAs. Regressões.	Suporte social emocional é mediador da associação negativa entre otimismo e sofrimento emocional no diagnóstico precoce de câncer de mama, e após seis meses transcorridos, mas não após um ano. De acordo com os pesquisadores, algumas questões não ficaram claras: 1) por que o efeito mediador do suporte social emocional não estava presente após um ano; 2) por que o estágio da doença e o tipo de tratamento relacionaram-se com sofrimento emocional aos 12 meses, mas não no início do tratamento e em 6 meses; 3) por que suporte social íntimo não se relacionou significativamente com otimismo.

2 Stress, Optimism, and Social Support: Impact on Immune Responses in Breast Cancer	Coeficiente de correlação de Pearson. Regressões Hierárquicas Múltiplas (2 steps).	O achado mais robusto foi a relação significativa e negativa entre estresse e NKCA e IFN-g (índices que medem a imunidade). O otimismo atuou como moderador nos efeitos do estresse sobre os níveis de NKCA, mas não sobre os níveis de IFN-g. A consistência dos resultados ressalta o efeito negativo do estresse advindo do câncer sobre as respostas imunes das mulheres no pós-cirúrgico. A satisfação com o suporte social não relacionou-se com as respostas imunes. Os resultados sugerem que as intervenções destinadas a reduzir estresse e aumentar o otimismo em mulheres com câncer de mama podem promover boas respostas imunes.
3 Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer	Regressões multilíneas.	Em contraste com estudos anteriores, o suporte social não mediou a relação entre otimismo e ajustamento na amostra de mulheres afro-americanas. Em vez disso, o suporte social foi moderador da relação entre otimismo e ajustamento, funcionando como um tampão do impacto negativo do baixo otimismo sobre o sofrimento psíquico, bem-estar e funcionamento psicossocial. Mulheres com altos níveis de suporte social apresentam melhor ajustamento mesmo quando o otimismo foi baixo. Em contraste, nas mulheres com altos níveis de otimismo, o aumento do suporte social não forneceu um benefício adicional. Estes dados sugerem que o suporte social percebido é um recurso importante para as mulheres com baixo otimismo.
4 Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer	Coeficiente de correlação de Pearson. Regressões Hierárquicas Múltiplas (2 steps).	Os resultados confirmam dois modelos de mediação. O primeiro modelo indica que pacientes mais otimistas experimentem melhor bem-estar psicossocial (por exemplo, sentem-se mais femininas, atraentes e sexualmente desejáveis) em parte porque elas percebem a si mesmas como tendo mais suporte social disponível. O segundo modelo indica que as pacientes mais otimistas experienciam maior bem-estar psicossocial, em parte, porque elas apresentam menor sofrimento emocional relacionado à doença. Quando os dois modelos foram testados simultaneamente, o sofrimento emocional não contribuiu unicamente ao modelo em qualquer tempo exceto após 12 meses.
5 The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism-Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients	Coeficiente de correlação de Pearson. Regressões Hierárquicas Múltiplas (2 steps).	Os resultados indicaram que mulheres sobreviventes de câncer de mama com altos níveis de otimismo e suporte social percebido estão mais predispostas a desenvolverem crescimento pós-traumático (PTG). Dentre os diferentes tipos de suporte social, apenas o suporte social recebido de uma pessoa íntima foi moderador de otimismo e crescimento pós-traumático. As três hipóteses testadas foram confirmadas: 1) mulheres no pós-operatório de câncer de mama que são altas em otimismo seriam mais propensas a desenvolver PTG; 2) mulheres no pós-operatório de câncer de mama que são altas em suporte social percebido seriam mais propensas a desenvolver PTG; 3) mulheres no pós-operatório de câncer de mama que são baixas em otimismo seriam mais propensas a não desenvolver PTG mesmo diante de suporte social percebido de uma pessoa íntima.
6 Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social	Coeficiente de correlação de Pearson. Regressões	Durante o tratamento de câncer de mama, os efeitos positivos do otimismo sobre o bem-estar subjetivo são em parte mediados pelo grau de autotranscendência da mulher. Uma breve triagem do otimismo das mulheres pode ajudar a identificar mulheres em risco de sofrimento psíquico. A detecção precoce e intervenções para promover o ajustamento psicológico em toda a

support in women during treatment for breast cancer	Hierárquicas Múltiplas (2 steps).	trajetória do câncer (por exemplo, aumentar a autotranscedência) devem receber atenção em pesquisas futuras.
7 Brief Report: Correlates of Quality of Life-related Outcomes in Breast Cancer Patients Participating in the Pathfinders Pilot Study	Coeficiente de correlação de Spearman. Regressões Multilineares	Neste estudo piloto, as mudanças nos alvos pré-definidos no Programa <i>Pathfinders</i> , como habilidades de enfrentamento, suporte social, autoeficácia, espiritualidade e otimismo, correlacionaram-se com melhorias nos resultados relatados pelo paciente. Este estudo piloto fornece a confirmação inicial de que os participantes do Programa <i>Pathfinder</i> experimentaram mudanças nos recursos direcionados, que se correlacionou com mudanças positivas nos resultados do tratamento. A pesquisa atual fornece evidências da viabilidade do programa <i>Pathfinder</i> e do modelo conceitual para a intervenção e avaliação do seu impacto.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi sintetizar as evidências disponíveis quanto à relação entre otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama. Podem-se citar como principais achados: 1) o corpo de conhecimento disponível confirma a associação entre otimismo e suporte social em mulheres com CA de mama, porém não é possível estabelecer relações causais entre essas variáveis devido ao delineamento transversal adotado nos estudos; 2) o estudo da associação entre otimismo e suporte social na área da saúde e psicologia é recente, sendo que a maioria dos estudos foi desenvolvida nos últimos seis anos; 3) nenhum estudo sobre a associação dessas variáveis tendo como amostra mulheres com CA de mama foi conduzido no Brasil.

Os estudos demonstram que as mulheres podem contar com vários recursos internos e externos para lidar com sua doença, como o otimismo (Carver et al., 1993; Epping-Jordan et al., 1999) e o suporte social (Cohen & Syme, 1985; Glanz & Lerman, 1992). A evidência da associação entre essas variáveis sugere que a presença tanto do

otimismo quanto do suporte social reduz significativamente respostas de sofrimento emocional diante do diagnóstico e tratamento do câncer, bem como favorece maiores cuidados com a saúde (Wimberling, Carver, & Antoni, 2008).

O delineamento transversal, presente em quase a totalidade dos estudos aqui apresentados, impossibilita avançar na análise quanto aos fatores determinantes do otimismo e suporte social. Contudo, as evidências geradas podem apontar uma tendência de associação, gerar novas perguntas de pesquisa e dar sustentação para o desenvolvimento de estudos longitudinais que permitam identificar a extensão do impacto do otimismo e do suporte social a longo prazo em mulheres com CA de mama. Isso seria importante já que vários resultados identificaram a significativa relação entre essas variáveis, seus papéis de mediação e moderação para o bem-estar, enfrentamento, *coping* e redução de sofrimento emocional nos diferentes estágios do CA de mama e seu tratamento.

Outro ponto interessante são os instrumentos usados para medir otimismo e suporte social. Todos os estudos utilizaram para medir otimismo a escala *Life Orientation Test Revised (LOT-R)* ou sua primeira versão a LOT. Essas escalas foram construídas para avaliar o construto otimismo disposicional. A utilização delas em todos os estudos demonstra a opção teórica da comunidade científica sobre o construto otimismo. Entretanto, o suporte social não apresenta a mesma unidade. Para medi-lo a maior parte dos estudos utilizou uma escala distinta. O suporte social é um construto complexo e multidimensional, e diversas teorias procuram explicá-lo. Isso justifica o grande número de instrumentos existentes. Boa parte dos diversos instrumentos que existem capturam parte ou determinados nuances do construto, por isso a escolha do pesquisador por determinada escala deve estar em consonância com seu entendimento do que seja suporte social. É necessário que o pesquisador tenha um bom embasamento

teórico sobre o fenômeno que está investigando e consciência das forças e limitações de o instrumento de medida escolhido.

Vale destacar, também, que os estudos encontrados nesta revisão foram publicados a partir de 2003, refletindo a atualidade deste enfoque de investigação e o quanto ainda há para ser pesquisado na área. Outro ponto a se considerar é que não foi encontrado nenhum estudo sobre as variáveis aqui investigadas no Brasil e em países latino-americanos. Essas evidências indicam a necessidade e a oportunidade para desenvolvimento da produção científica nacional nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, este artigo possibilitou um entendimento sobre as relações entre otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama. Observa-se que a produção científica sobre essa temática ainda é escassa e apresenta um crescimento lento. Porém, foram encontrados estudos com contribuições interessantes no que diz respeito às interações das variáveis investigadas e suas contribuições para o bem-estar e enfrentamento do câncer de mama. Isso demonstra que esta é uma área promissora para a atuação da psicologia, especialmente no Brasil.

Um dos limitadores deste estudo pode ter sido a restrição das buscas às principais bases de dados em ciências da saúde. Desse modo, estudos publicados em periódicos não indexados e relatórios de pesquisa não foram incluídos na revisão. Por ser este um assunto que conta ainda com poucas pesquisas, sugere-se a inclusão de outras fontes de busca em estudos futuros.

Outro fator limitador podem ser os descritores usados. Aqui se apresentam duas questões relevantes para os estudos de revisão sistemática: a correta indicação dos descritores por parte do pesquisador, e embora eles sejam potencialmente capazes de melhorar a precisão dos resultados da pesquisa, quando comparados com pesquisas de acesso livre, a qualidade dos resultados é altamente dependente da correta indexação dos documentos nas bases de dados. Por exemplo, foi apenas em 2003 que se introduziu o descritor "psicologia positiva" no *Thesaurus* da American Psychological Association (APA) e associaram-se temas relevantes a esse campo, como bem-estar, satisfação de vida, otimismo. Em virtude dessa problemática, é possível que muitos estudos não sejam recuperados em uma busca.

Por fim, embora existam limitações, o presente estudo encontrou evidências das relações entre otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama, demonstrando que essa temática possui relevância e ainda é bastante carente de estudos.

REFERÊNCIAS

- Ah, D. V., Kang, D. H., & Carpenter, J. S. (2007). Stress, optimism, and social support: Impact on immune responses in breast cancer. *Research in nursing & health*, 30(1), 72-83.
- Bozo, Ö., Gündoğdu, E., & Büyükaşık-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.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375.
- Cohen, S. E., & Syme, S. (1985). *Social support and health*. Academic Press.
- Epping-Jordan, M. P., Picciotto, M. R., Changeux, J. P., & Pich, E. M. (1999). Assessment of nicotinic acetylcholine receptor subunit contributions to nicotine self-administration in mutant mice. *Psychopharmacology*, 147(1), 25-26.
- Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2014. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1281-1290.

- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*(7), 716-726.
- Pacico, & Bastianello (2014). As origens da psicologia positiva e os primeiros estudos brasileiros. In. Hutz, C. S. *Avaliação em psicologia positiva*. Artes Medicas.
- Pureza, J. D. R., Kuhn, C. H. C., Castro, E. K. D., & Lisboa, C. S. D. M. (2012). Psicologia positiva no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *8*(2), 109-117.
- Rossi, L., & Santos, M. A. D. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: ciência e profissão*, *23*(4), 32-41.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping, And Health - Assessment And Implications Of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, *4*(3), 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self- Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality And Social Psychology*, *67* (6): 1063-1078.
- Shelby, R. A., Crespín, T. R., Wells-Di Gregorio, S. M., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., & Taylor, K. L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine*, *31*(5), 433-444.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, *13*(2), 231-237.

- Smith, S. K., Herndon, J. E., Lysterly, H. K., Coan, A., Wheeler, J. L., Staley, T., & Abernethy, A. P. (2011). Correlates of quality of life-related outcomes in breast cancer patients participating in the Pathfinders pilot study. *Psycho-Oncology*, *20*(5), 559-564.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, *22*(2), 123.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(4), 805.
- Zenger, M., Glaesmer, H., Höckel, M., & Hinz, A. (2011). Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Japanese journal of clinical oncology*, *41*(1), 87-94.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and health*, *23*(1), 57-72.

CAPÍTULO III

ESTUDO 2

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL 2-WAY SSS

Micheline Roat Bastianello*

mbastianello@hotmail.com

Claudio Simon Hutz*

claudio.hutz@gmail.com

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600/101. Porto Alegre – RS - Brasil – (55) 51-33085246.

Esta pesquisa teve o suporte financeiro da CAPES.

RESUMO

No Brasil existem poucos instrumentos para medir suporte social percebido, sejam eles adaptados ou criados para a realidade do país. Todos os instrumentos disponíveis em português brasileiro medem apenas o fator receber suporte social. Considerando esta lacuna, o presente estudo teve como objetivo adaptar e validar a *2-Way SSS* para o Brasil, avaliar a sua dimensionalidade, determinar suas características psicométricas e verificar evidências de validade. Participaram do estudo 317 pessoas, sendo 85,5% mulheres. As idades variaram de 18 a 68 anos. Todos responderam aos seguintes instrumentos: *2-Way Social Support Scale*, Escala de Percepção de Suporte Social e a *Depression Anxiety Stress Scales*. Conclui-se que a escala apresenta características psicométricas, consistência interna e validades convergente e preditiva adequadas. O instrumento encontra-se pronto para ser utilizado com a população brasileira.

Palavras-chave: suporte social percebido, tradução, adaptação, testes psicológicos

ABSTRACT

In Brazil there are few scales to measure perceived social support, whether adapted or created for the reality of the country. All instruments available in Brazilian Portuguese measure only the factor received social support. Considering this gap, this study aimed to adapt and validate the 2-Way SSS to Brazil, to evaluate its dimensionality, determine its psychometric properties and verify validity evidences. The sample included 317 people, 85.5% women. Ages ranged from 18 to 68 years. They answered the following instruments: 2-Way Social Support Scale, Perceived Social Support Scale and the Depression Anxiety Stress Scales. The scale presented psychometric characteristics, internal consistency and convergent and predictive validity appropriate. The instrument is ready for use with the Brazilian population.

Keywords: perceived social support, translating, adaptation, psychological testing

INTRODUÇÃO

Estudos nos campos das ciências do comportamento e da medicina têm chamado a atenção para a importância das relações sociais na manutenção e promoção da saúde e bem-estar das pessoas, bem como na recuperação de doenças (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000; Lindsey & Yates, 2004; Uchino, 2004;). Um dos aspectos das relações sociais é o suporte social. Pesquisadores apontam que pessoas que percebem ter suporte social apresentam melhor ajustamento emocional, recuperam-se mais rapidamente de situações traumáticas e apresentam maior sobrevida no decurso de doenças crônicas (Gleason, Iida, Shrout, & Bolger, 2008; Reinhardt, Boerner, & Horowitz, 2006; Turner-Cobb et al., 2002). Por outro lado, portadores de enfermidades diversas relatam com frequência a ausência de uma rede social, ou ainda terem experimentado um maior grau de perdas importantes de laços sociais (Pilisuk & Minkler, 1985; Cobb, 1976).

Os estudos sobre os fatores sociais e saúde física e mental têm sua origem em uma longa tradição de questionamentos sobre a divisão mente-corpo. Ao examinar esse paradigma, pesquisadores observaram a ligação entre os processos de adoecimento e os aspectos psicossociais (Levenson, 1994). Em 1942, com a fundação da *American Psychosomatic Society*, foram lançadas as bases para os estudos formais que ligam o ambiente, a mente e o adoecimento.

Duas abordagens endossadas pela medicina psicossomática e o modelo biopsicossocial deram início aos estudos sobre suporte social e saúde. Sidney Cobb e Jonh Cassel, em 1976, publicaram seus estudos que continuam presentes nas pesquisas contemporâneas. Cobb (1976) definiu o suporte social como a informação de que o indivíduo é amado, estimado, valorizado, e que faz parte de uma rede de suporte. Sua

definição focou mais na natureza e significado por trás do suporte recebido. Os resultados apresentados por Cobb apontaram que os recursos recebidos do suporte social são muito relevantes ao se lidar com eventos estressantes de vida, como hospitalizações, luto, gravidez, por exemplo.

Para Cassell (1976) o suporte social é um fator protetivo oferecido por membros das redes sociais, o qual modifica a resistência biológica da pessoa às doenças. Seus estudos sugerem que as relações sociais podem modificar processos fisiológicos, como pressão sanguínea e atividades hormonais, influenciando assim no processo de adoecimento.

As contribuições de Cobb e Cassell apontaram novas questões para futuras investigações, aguçando pesquisadores interessados em compreender como, quando e por quê os relacionamentos sociais e suportes afetam a saúde física e mental. Um estudo clássico, nesta área, é o de Berkman e Syme (1979), que acompanhou durante 9 anos adultos residentes da região de Alameda County (Califórnia – EUA). Os pesquisadores avaliaram os relacionamentos sociais e os indicadores de saúde dos participantes e observaram que índices mais elevados de integração social estavam inversamente associados à mortalidade.

Dentro deste contexto, o suporte social tem sido definido e medido de várias maneiras. Com base na literatura, a definição de suporte social inclui dois aspectos: estruturais e funcionais. Os elementos que compõem os aspectos estruturais são informações referentes à rede de suporte do indivíduo, como tamanho, número de membros, tipos e força dos relacionamentos. Os aspectos funcionais são em grande parte intangíveis e subjetivos, e representam o fornecimento de vários tipos de auxílio, por exemplo, expressões de conforto e cuidado, conselhos e informações (Unchino, 2004).

Embora os componentes estruturais sejam importantes, a dimensão funcional do suporte social tende a ser melhor preditor de saúde e bem-estar (Shakespeare-Finch, & Obst, 2011). Os aspectos funcionais compõem o suporte social percebido (suporte que a pessoa acredita estar disponível se precisar) e suporte social recebido ou fornecido (o que a pessoa atualmente relata estar recebendo ou já ter recebido). Vale ressaltar que o suporte percebido como disponível pode não corresponder com o que é realmente fornecido.

Inicialmente o suporte social foi definido por Cobb (1976) como unidimensional, significando essencialmente a informação de que a pessoa é amada, valorizada, estimada. Atualmente, a maior parte das definições sobre o construto o compreendem como multidimensional (Lindsey, & Yates, 2004). No entanto, não há uma definição ou conceitualização do suporte social predominantemente aceita.

Um dos modelos mais aceitos é o de House (1986), que distingue quatro dimensões de suporte social: 1) emocional, 2) instrumental, 3) informacional, e 4) de avaliação. O suporte emocional refere-se à percepção por parte do indivíduo da afetividade recebida de outras pessoas. Essa fonte de suporte está ligada ao senso de ser amado, apreciado e ter consciência de que as pessoas se preocupam com o indivíduo.

Já o suporte instrumental se refere à percepção de auxílios de forma prática, ou seja, relaciona-se a recursos de ordem financeira, tais como, emprestar dinheiro ou pagar contas. Também pode ser expresso por meio de comportamentos, como por exemplo, levar o indivíduo ou alguém de sua família ao médico, preparar refeições em caso de impossibilidade por parte do indivíduo.

O suporte informacional diz respeito a receber, de outras pessoas, informações pertinentes em determinadas circunstâncias, geralmente essas ligadas a ocasiões de vida

que remetam à tomada de decisões. E, por fim, o suporte de avaliação que reflete os comportamentos que transmitem informações para a autoavaliação.

Variações desse modelo de quatro fatores são, em geral, diferenciadas devido ao uso de terminologias e definições distintas para cada dimensão. Independentemente desse alto grau de diversidade, dois fatores de suporte têm sido consistentemente identificados como os mais abrangentes: suporte social emocional e suporte social instrumental (que inclui o suporte informacional) (Shakespeare-Finch, & Obst, 2011).

Os esforços realizados pelos pesquisadores para construir instrumentos de medida de suporte social refletem a grande diversidade de conceitos e dimensões do construto. Observa-se que os instrumentos para medir suporte social, em sua grande maioria, capturam parte do fenômeno. Algumas medidas acessam ambos os aspectos estruturais e funcionais, outras apenas um. Outras trabalham dimensões distintas. Assim, para medir suporte social, o pesquisador precisa ter embasamento teórico sobre o fenômeno que está investigando e consciência das forças e limitações do instrumento de medida escolhido (Lindsey, & Yates, 2004).

Na literatura internacional, existe um número grande de instrumentos disponíveis para medir suporte social. Na sua grande maioria avaliam apenas o *receber* suporte, ignorando um importante aspecto que é o *dar* ou *ser* suporte para outros.

Os estudos sobre receber suporte social já possuem uma longa tradição em pesquisas em psicologia e confirmam que indivíduos que recebem níveis altos de suporte experienciam melhor saúde e bem-estar (Fratiglioni, Want, Ericcson, Mayyton, & Winblad, 2000). Embora os estudos sobre dar suporte social sejam mais recentes, os seus benefícios já vêm sendo demonstrados em diversas áreas, como em aumentar o afeto em casais em processo de reprodução assistida (Knoll, Kienle, Bauer, Pfuller, & Luszczynska, 2007).

Entendendo o suporte social como composto por dois elementos (dar e receber) Shakespeare-Finch e Obst (2011), pesquisadoras australianas, desenvolveram uma escala que contempla quatro fatores: 1) dar suporte emocional, 2) dar suporte instrumental, 3) receber suporte emocional, e 4) receber suporte instrumental. A *2-Way Social Support Scale (2-Way SSS)* possui características psicométricas adequadas que fornecem suporte empírico para as duas dimensões do suporte social (emocional e instrumental) nas duas direções: dar e receber suporte.

No Brasil existem poucos instrumentos de avaliação do suporte social percebido, sejam eles adaptados ou criados para a realidade do país. Todos os instrumentos disponíveis em português brasileiro medem apenas o fator receber suporte social. Considerando esta lacuna, o presente estudo teve como objetivo adaptar e validar a *2-Way SSS* para o Brasil, avaliar a sua dimensionalidade, determinar suas características psicométricas e verificar evidências de validade.

MÉTODO

Participantes

A amostra desta pesquisa foi composta por 317 sujeitos. Desses 85,5% são mulheres. As idades variaram de 18 a 68 anos. Quanto à escolaridade 49,8% possuem pós-graduação e 21,5% ensino superior completo. As profissões relatadas foram: psicólogos (34,3%), estudantes (16,6%), professores (10,8%), profissionais da área da saúde (5%), profissionais da área administrativa (5%), e servidores públicos (3,3%). A distribuição de participantes por região brasileira foi de 41,3% sul, 39,1% sudeste, 9,5% Nordeste, 9,1% Centro-oeste e 0,9% Norte.

Instrumentos

Primeiramente, os participantes responderam a uma ficha de dados sociodemográficos com o objetivo de caracterizar a amostra. Na sequência foram apresentadas a versão brasileira da *2-Way Social Support Scale*, a Escala de Percepção de Suporte Social e a *Depression Anxiety Stress Scales*.

- 1) *2-Way Social Support Scale* (2-Way SSS; Shakespeare-Finch & Obst, 2011) (Anexo A)

A escala é composta por 21 itens que formam quatro dimensões: 1) dar suporte emocional; 2) dar suporte instrumental; 3) receber suporte emocional; 4) receber suporte instrumental. Os participantes são solicitados a indicar o grau em que cada item é verdadeiro para eles numa escala do tipo Likert que varia de 0 (nada) a 5 (sempre). As pontuações maiores indicam níveis mais elevados de dar ou receber suporte social. A escala original apresentou alfas de Cronbach que variaram de 0,81 a 0,92.

2) Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS; Siqueira, 2008) (Anexo B)

Escala composta por 29 itens que compõem duas dimensões: suporte prático e emocional. A dimensão suporte prático é composta por 19 itens, com cargas fatoriais variando de 0,38 a 0,78 e apresenta alfa de Cronbach de 0,91. Já a dimensão suporte emocional é formada por 10 itens, com cargas fatoriais entre 0,55 e 0,83 e alfa de Cronbach de 0,92. O respondente expressa seu grau de concordância com o item através de uma escala de resposta do tipo Likert de quatro pontos (1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre).

3) Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Lovibond, & Lovibond, 1995)

(Anexo C)

A DASS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Estresse. Segundo Lovibond e Lovibond (1995) as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico. Posteriormente, por meio de análise fatorial exploratória os fatores esperados teoricamente foram confirmados. As três escalas são constituídas por sete itens cada, totalizando 21 itens. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta. Os sujeitos avaliam o quanto experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala tipo Likert de 4 pontos de frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A DASS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

Procedimentos de coleta de dados

Tradução e adaptação da Escala

Primeiramente foi realizada a tradução da escala do inglês para o português brasileiro. Este procedimento foi realizado por três tradutores psicólogos bilíngues de nacionalidade brasileira. A seguir, foi realizada pela pesquisadora a síntese das três traduções e encaminhada a um grupo de psicólogos. Após a revisão do grupo, a primeira versão da escala foi apresentada um grupo com 9 mulheres e 6 homens, com idade entre 18 e 40 anos, com o objetivo de verificar se os itens estavam claramente descritos e atendiam as diferenças linguísticas e culturais para a população brasileira (Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010). Depois de realizados os ajustes sugeridos pelo grupo, a tradução reversa (*backtranslation*) da escala do português brasileiro para o inglês foi feita. A *backtranslation* foi realizada por um tradutor independente bilíngue de nacionalidade americana. Esse foi um procedimento cego, de forma que o tradutor não teve acesso à versão original do teste. Após a *backtranslation* a pesquisadora e a autora da escala analisaram cada item buscando os pontos convergentes e divergentes entre a escala original e a retrotradução (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). Houve consenso que a escala apresentava equivalência conceitual dos itens. A etapa seguinte foi aplicação da escala em uma amostra piloto. Finalizados esses procedimentos a escala foi aplicada à amostra deste estudo descrita anteriormente.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela internet através da plataforma *SurveyMonkey*. Essa é uma ferramenta simples, amigável e objetiva que facilita aos respondentes o processo de participação na coleta das informações. Primeiramente foi elaborada uma estrutura de questionário, com as diferentes formas de layout e foi testada a ferramenta. O acesso à pesquisa foi preparado com a criação de um link em que não havia a identificação ou associação ao dado coletado do nome do participante. O link foi enviado por e-mail para diversos contatos da pesquisadora com o perfil dos participantes, e divulgado em redes sociais. Ao receber e clicar no link da pesquisa o participante era remetido para a página inicial onde eram apresentados os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se o participante concordasse com o termo deveria clicar no botão aceite o qual dava acesso aos instrumentos da pesquisa. O tempo previsto para responder a pesquisa foi de aproximadamente 40 minutos.

Procedimentos de análise de dados

Primeiramente, foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) da escala *2-Way SSS* com o objetivo de verificar o ajuste entre os dados observados e o modelo teórico, testando assim a dimensionalidade da escala. Foi utilizado o software R para proceder à AFC. Também foi verificada a consistência interna e demais características psicométricas relevantes da escala. A validade preditiva da escala foi avaliada através de regressões hierárquicas, utilizando-se como variáveis dependentes uma medida de estresse, um indicador de depressão e uma medida de ansiedade. Por fim, foi avaliada a validade convergente da escala através da correlação com a escala EPSS.

RESULTADOS

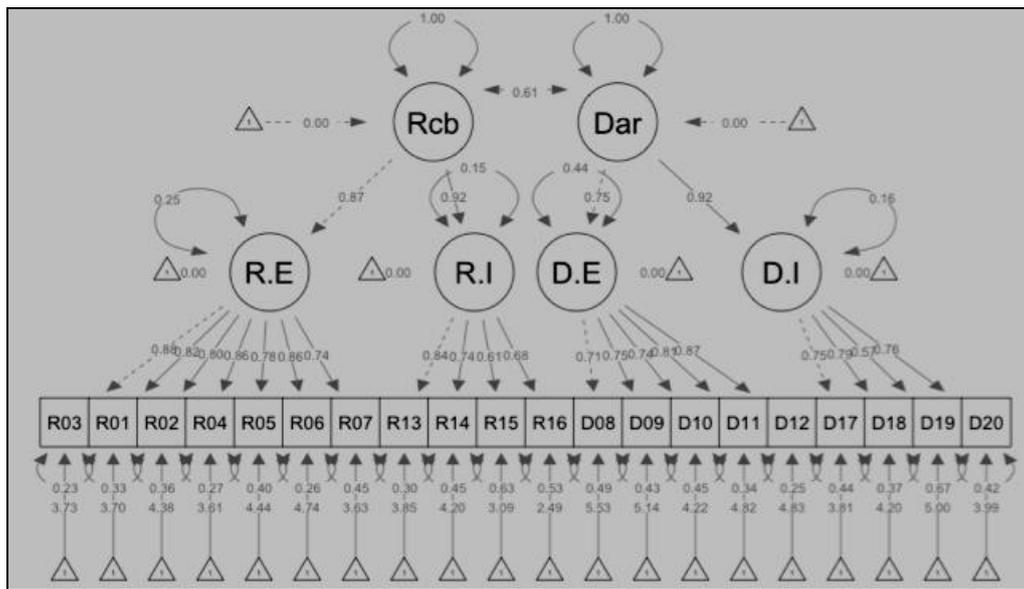
Análise Fatorial Confirmatória

O modelo da escala *2-Way Social Support Scale* de dar e receber suporte emocional e instrumental foi testado na base de dados por meio de análise fatorial confirmatória. O programa utilizado para as análises foi o R, versão 3.1.1.

Inicialmente foi testado um modelo de primeira ordem, composto por dois fatores latentes relativos a dar (10 itens) e receber (11 itens) suporte. Os resultados apontaram que um item do fator suporte instrumental dado (“*eu dou auxílio financeiro para as pessoas da minha vida*”) apresentou carga fatorial baixa (0,38). Além disso, o ajuste do modelo não foi adequado ($\chi^2(188) = 638,21$, $p < 0,05$; CFI = 0,830; TLI = 0,843; RMSEA = 0,087 [I.C. = 0,072 – 0,102]). Optou-se assim em remover o item das análises que seguem.

O próximo passo foi testar um modelo final de quatro fatores, representado por duas variáveis latentes exógenas de primeira ordem relativas a dar e receber suporte social (Figura 1). Cada uma dessas variáveis é composta por duas variáveis endógenas não observáveis de suporte emocional e instrumental e as variáveis de segunda ordem (Receber e Dar), que se correlacionaram significativamente ($r = 0,61$, $p < 0,01$). O modelo final apresentado obteve índices de ajuste aceitáveis $\chi^2(317) = 368,36$, $p < 0,05$; CFI = 0,933; TLI = 0,922; RMSEA = 0,062 (I.C. = 0,043 – 0,082), e todos os parâmetros do modelo foram significativos. Os pesos padronizados foram de 0,610 a 0,879, conforme se observa na Figura 1.

Figura 1. Modelo Final da análise fatorial confirmatória da *2-Way Social Support Scale* com pesos padronizados



Os 20 itens da escala apresentaram cargas fatoriais adequadas que variam de 0,57 a 0,88 (Tabela 1).

Tabela 1. Cargas fatoriais dos itens da *2-Way Social Support Scale*

Item	Cargas Fatoriais			
	R.E.	R.I.	D.E.	D.I.
3. Quando eu estou me sentindo para baixo, existe alguém com quem posso contar.	0,88			
4. Existe uma pessoa em minha vida que me dá suporte emocional.	0,86			
6. Existe alguém em minha vida que me faz sentir que tenho valor.	0,86			
1. Eu tenho alguém com quem posso conversar sobre as pressões da minha vida.	0,82			
2. Existe pelo menos uma pessoa com quem eu posso partilhar a maioria das coisas.	0,80			
5. Existe pelo menos uma pessoa em quem sinto que posso confiar.	0,78			
7. Eu sinto que tenho um círculo de pessoas que me valorizam.	0,74			
12. As pessoas confiam em mim quando elas têm problemas.				0,87
11. Eu conforto aos outros em momentos difíceis.				0,81
9. Eu procuro animar as pessoas quando elas estão se sentindo para baixo.				0,75

10. As pessoas próximas a mim me contam suas preocupações mais temidas.	0,74
8. Sou uma pessoa disponível para escutar os problemas dos outros.	0,71
18. Eu ajudei alguém com suas responsabilidades quando ele não conseguiu realiza-las.	0,79
20. Eu sou uma pessoa que os outros solicitam para ajudar com tarefas.	0,76
17. Eu ajudo os outros quando eles estão muito ocupados.	0,75
19. Quando alguém que morava comigo esteve doente eu ajudei.	0,57
13. Se eu estiver com problemas alguém irá me socorrer.	0,84
14. Eu tenho alguém para me ajudar quando eu estou doente.	0,74
16. Existe alguém que pode me ajudar a cumprir minhas responsabilidades quando eu não consigo.	0,68
15. Se eu precisar de dinheiro, conheço alguém que pode me ajudar.	0,61

Consistência interna

O alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a consistência interna de todas as subescalas da *2-Way Social Support Scale* na amostra estudada. O fator de suporte emocional recebido (R.E.) apresentou um alfa de 0,93, o fator de suporte instrumental recebido apresentou um alfa de 0,80. O fator de suporte emocional dado apresentou um alfa de 0,88, e o fator de suporte instrumental dado um alfa de 0,80.

Validade convergente

As quatro subescalas da *2-Way Social Support Scale* apresentaram correlações significativas moderadas a grandes com a medida de suporte utilizada, a EPSS, conforme pode se observar na Tabela 2. Ressalta-se que a subsescala de Receber suporte emocional apresenta a maior correlação com a EPSS, o que é de se esperar, já que a EPSS tem como foco suporte emocional recebido.

Tabela 2. Correlações entre as subescalas da *2-Way Social Support Scale* e a escala EPSS.

	R.E.	R.I.	D.E.	D.I.
Suporte emocional recebido (R.E.)	1			
Suporte instrumental recebido (R.I.)	0,691**	1		
Suporte emocional dado (D.E.)	0,372**	0,339**	1	
Suporte instrumental dado (D.I.)	0,429**	0,435**	0,590**	1
Media EPSS	0,587**	0,592**	0,272**	0,325**

** $p < 0,001$

Validade Preditiva

A validade preditiva da *2-Way Social Support Scale* foi avaliada por meio de análises de regressões hierárquicas. Como variáveis dependentes de cada regressão foram utilizadas uma medida de estresse, um indicador de depressão e uma medida de ansiedade. Em cada uma das três equações de regressão as duas subescalas de suporte recebido foram colocadas no bloco 1, e as duas subescalas de suporte dado foram colocadas no bloco 2.

Os modelos de predição para as variáveis dependentes utilizadas foram todos significativos: para o modelo com predição para o stress: $R^2 = 0,074$, $F(4, 304) = 6,01$, $p < 0,001$. Para o modelo com predição para a depressão: $R^2 = 0,122$, $F(4, 304) = 10,46$, $p < 0,001$ e para o modelo com predição para a ansiedade: $R^2 = 0,076$, $F(4, 304) = 6,17$, $p < 0,001$.

Como pode ser observado na estatística da diferença do R^2 (ΔR^2) na Tabela 3, as subescalas de suporte dado não apresentam contribuição significativa aos modelos iniciais apenas com as variáveis de suporte recebido para as três variáveis dependentes. O suporte emocional recebido se relaciona negativamente ao estresse, à depressão e à ansiedade, sendo essas as únicas relações significativas de todos os modelos testados.

Tabela 3. Pesos padronizados das análises de regressão das subescalas da *2-Way Social Support Scale* como predictoras de estresse, depressão e ansiedade.

Subescalas da 2-Way Social Support Scale	Estresse	ΔR^2	Depressão	ΔR^2	Ansiedade	ΔR^2
Bloco 1		0,06**		0,11**		0,07**
Suporte emocional recebido (R.E.)	-,190*		-,233**		-,177*	
Suporte instrumental recebido (R.I.)	-,047		-,102		-,096	
Bloco 2		0,01		0,01		0,01
Suporte emocional dado (D.E.)	-,038		-,136		-,061	
Suporte instrumental dado (D.I.)	-,061		,072		,007	

** $p < 0,1$; * $p < 0,05$

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi adaptar e validar a *2-Way Social Support Scale*. Essa escala foi construída para medir quatro dimensões de suporte social: 1) dar suporte emocional (DE), 2) dar suporte instrumental (DI), 3) receber suporte emocional (RE), e 4) receber suporte instrumental (RI). Os achados da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), do presente estudo, fornecem evidências psicométricas que corroboram a existência dos quatro fatores.

Testou-se, inicialmente, um modelo de primeira ordem, composto por dois fatores latentes relativos a dar e receber suporte social. Assim como no estudo de construção da escala (Shakespeare-Finch, & Obst, 2011) o ajuste do modelo não se mostrou adequado para este tipo de medida. Isso, provavelmente, porque a escala foi construída com itens que representam não somente as duas variáveis latentes exógenas (dar e receber suporte social), mas abrangem também as duas variáveis latentes endógenas (suporte social emocional e instrumental).

Nesse primeiro modelo, ao se analisar as cargas fatoriais dos itens, observou-se que o item do fator suporte instrumental dado (“*eu dou auxílio financeiro para as pessoas da minha vida*”) apresentou carga fatorial baixa (0,38). O mesmo ocorreu no estudo de Shakespeare-Finch e Obst (2011). Como as autoras da escala optaram por excluir este item, o mesmo foi feito para a testagem do segundo modelo.

O segundo modelo testado foi com quatro fatores, representado pelas variáveis latentes de primeira ordem (Dar e Receber suporte social). Cada uma dessas variáveis é composta por duas variáveis latentes de segunda ordem: RE, RI, DE e DI. Esse modelo apresentou parâmetros adequados na AFC confirmando os quatro fatores da escala como no estudo da construção da escala por Shakespeare-Finch e Obst (2011). O exame da dimensionalidade da escala reforçou a concepção de suporte social como um constructo multidimensional.

A validade convergente da *2-Way SSS* foi testada através da correlação com a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). As dimensões dar suporte social emocional e dar suporte social instrumental foram as subescalas que se relacionaram mais fortemente com a EPSS. Tal resultado era esperado, uma vez que a EPSS é uma escala considerada bifatorial por medir suporte social emocional e prático no sentido de receber suporte. Observou-se também que há uma forte correlação entre os fatores RE e RI, e os fatores DE e DI. Esse resultado também era esperado, pois de acordo com a teoria que subjaz a escala as variáveis de segunda ordem (RE e RI; DE e DI) devem correlacionar-se mais fortemente com a variável de primeira ordem correspondente (Receber e Dar).

A validade preditiva da *2-Way SSS* foi avaliada através de regressões hierárquicas entre as suas quatro subescalas e as subescalas da DASS, que avalia depressão, ansiedade e estresse. A subescala Receber Suporte Emocional (RE) foi a

única que apresentou correlação inversamente significativa com depressão, ansiedade e estresse. Esse resultado significa dizer que receber suporte emocional é um elemento protetor que afasta depressão, ansiedade e estresse. Em outro sentido, a ausência de RE é fator preditor de adoecimento psicológico, representado aqui pelas variáveis avaliadas na escala DASS.

De modo geral, os resultados encontrados neste estudo demonstram a capacidade da escala *2 Way-SSS* medir, concomitantemente, as dimensões de Receber e Dar suporte social emocional e instrumental. Além de manter suas características psicométricas em outra cultura. Isso representa um importante avanço em termos teórico e instrumental no campo dos estudos sobre suporte social.

O presente estudo pode ser complementado com investigações posteriores que avaliem a precisão da escala através de teste-reteste, e avalie o seu comportamento em outras condições de testagem, por exemplo, em amostras clínicas. Também pode ser conduzida uma análise mais profunda da escala usando-se a teoria de resposta ao item.

Algumas limitações deste estudo devem ser apontadas. Por ser um estudo de natureza transversal não é possível se inferir causalidade entre as variáveis. Logo, recomenda-se cautela quanto às generalizações dos dados. Outra limitação está relacionada à amostra do estudo. Mais de dois terços dos participantes foram mulheres. Estudos futuros devem procurar balancear os grupos de gênero para evitar algum viés referente ao sexo.

Também é válido ressaltar que todos os instrumentos utilizados neste estudo são medidas de autorrelato. Esse tipo de medida não garante que haja correspondência exata entre o comportamento real e o verbalizado devido a algumas implicações. Primeiro, porque sentimentos ou comportamentos subjacentes ao evento podem estar encobertos e não serem reconhecidos como legítimos. Segundo, o comportamento relatado pode não

ser o real, mas o socialmente desejável. Por fim, o participante pode não compreender inteiramente os itens que compõem o instrumento utilizado, resultando em significações distintas para o participante e o pesquisador. Com o objetivo de minorar as referidas implicações sugere-se que em estudos futuros possam ser incluídos outros tipos de medidas.

Por tudo que foi exposto, conclui-se que o presente estudo atingiu seu objetivo de adaptar e validar a *2-Way SSS* para a população brasileira. A escala apresenta características psicométricas, consistência interna e validades convergente e preditiva adequadas. O instrumento pode ser utilizado em estudos futuros para ampliar o conhecimento sobre suporte social e suas contribuições para a saúde física e mental dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, *109*(2), 186-204.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, *22*(53), 423-432.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American journal of epidemiology*, *104*(2), 107-123.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. *L. Pasquali, Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*, 506-520.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, *38*(5), 300-314.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 1-25.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, *355*(9212), 1315-1319.
- Gleason, M. E., Iida, M., Shrout, P. E., & Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing: evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of personality and social psychology*, *94*(5), 824.
- House, J. S. (1986). Social support and the quality and quantity of life. *Research on the Quality of Life*, 253-269.

- Knoll, N., Kienle, R., Bauer, K., Pfüller, B., & Luszczynska, A. (2007). Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1789-1801.
- Levenson, R. (1994). Isoforms of the Na, K-ATPase: family members in search of function. In *Reviews of Physiology, Biochemistry and Pharmacology, Volume 123* (pp. 1-45). Springer Berlin Heidelberg.
- Lindsey, A. M., & Yates, B. C. (2004). Social support: conceptualization and measurement instruments. In: Sharon, Olsen. *Instruments for Clinical Health Research*, 164-196.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Pilisuk, M., & Minkler, M. (1985). Social Support-Economic And Political Considerations. *Social Policy*, 15(3), 6-11.
- Reinhardt, J. P., Boerner, K., & Horowitz, A. (2006). Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), 117-129.
- Shakespeare-Finch, J., & Obst, P. (2011). The Development of the 2-Way Social Support Scale: A Measure of Giving and Receiving Emotional and Instrumental Support. *Journal of Personality Assessment*, 93(5), 483-490.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em estudo*, 13(2), 381-388.
- Turner-Cobb, J. M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D., & Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial

correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 337-353.

Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press.

CAPÍTULO IV

ESTUDO 3

O PAPEL DO OTIMISMO, DA AUTOESTIMA E DO SUPORTE SOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: TESTANDO MODELOS DE MODERAÇÃO E MEDIAÇÃO

Micheline Roat Bastianello*

mbastianello@hotmail.com

Claudio Simon Hutz*

claudio.hutz@gmail.com

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600/101. Porto Alegre –
RS - Brasil – (55) 51-33085246.

Esta pesquisa teve o suporte financeiro da CAPES.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi examinar qual o papel do otimismo, da autoestima e do suporte social percebido na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Para tanto dois modelos foram testados: 1) Modelo de Moderação em que o otimismo, a autoestima e o suporte social percebido interagem entre si afetando a qualidade de vida; 2) Modelo de Mediação em que o grau de otimismo influencia na autoestima e no suporte social percebido para uma melhor qualidade de vida. Participaram do estudo 201 mulheres com câncer de mama ou recuperadas. Elas responderam aos seguintes instrumentos: Escala para medir Otimismo (*LOT-R*), Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de depressão, ansiedade e estresse (*DASS*) e a Escala de Suporte Social Percebido (*2-Way SSS*). Em geral, os dados do estudo foram mais consistentes com o modelo de mediação que com o modelo de moderação.

Palavras-chave: otimismo, autoestima, suporte social, câncer de mama em mulheres, modelos de moderação e mediação

ABSTRACT

The aim of the current study was to examine how optimism, self-esteem and perceived social support are related in predicting quality of life of women with breast cancer. In achieving the goal, it was examined two hypothesized models: 1) a moderation model where optimism, self-esteem and perceived social support interact with each other in affecting quality of life; and 2) a mediation model where the level of optimism influence self-esteem and perceived social support for a better quality of life. The study was conducted with 201 women with breast cancer or recovered. To achieve the goals of the study, women answered the following tests: LOT-R, Rosenberg Self-Esteem Scale, Depression Anxiety Stress Scales and 2-Way Social Support Scale. In general, the data from the current study were more consistent with the mediation model than the moderation model.

Keywords: optimism, self-esteem, perceived social support, women breast cancer, moderation and mediation models

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CA) é um dos tipos de neoplasia mais frequente no mundo e o segundo mais comum entre as mulheres. É a terceira causa de morte entre brasileiras adultas, sendo mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil) e Sul (70,98/ 100 mil) (INCA/2014). O diagnóstico, tratamento e consequências do CA provocam alterações físicas, emocionais e sociais gerando um grande impacto na vida das mulheres (Rossi, & Santos, 2003; Vieira, Lopes & Shimo, 2005).

Embora o CA de mama seja mais associado com ansiedade, estresse, depressão e desajustamento, diversos estudos demonstram que a experiência do CA de mama não é totalmente negativa. Existem muitas mulheres que percebem benefícios na experiência, como o aperfeiçoamento dos recursos e habilidades pessoais, espiritualidade aprimorada, laços mais estreitos com os outros, e mudanças nas prioridades de vida (Taylor, 1983; Lechner & Antoni, 2004; Tomich & Helgeson, 2004).

A perspectiva com que as mulheres vivenciam o CA de mama está associada com características de personalidade, estratégias de enfrentamento, história de vida e seu ambiente. Esses fatores foram identificados como fontes de resiliência entre as mulheres com CA de mama, agindo como amortecedores das experiências negativas e provedores das positivas (Carver, 2005).

Algumas linhas de pesquisa demonstram que fatores como otimismo, autoestima, e suporte social a partir do cônjuge ou membros da família produzem mais experiências positivas durante o tratamento de CA de mama (Carver et al., 2005; Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris, & Antoni, 2005; Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2000). Embora a associação dessas variáveis tenha demonstrado a melhorar na qualidade de

vida das mulheres, a forma como interagem e que peso cada uma possui na relação ainda foi pouco estudado.

Com o objetivo de minorar esta lacuna, o presente estudo investigou como otimismo, autoestima e suporte social relacionam-se para prever qualidade de vida em mulheres com CA de mama.

Otimismo e câncer de mama

Pesquisas demonstram que o otimismo está associado com a tomada de medidas proativas para proteger a saúde. Otimistas quando confrontados com um desafio tendem a agir com confiança e persistência, mesmo que o progresso seja difícil ou lento (Scheier & Carver, 1985; Carver, Scheier, & Segerstrom, 1994). Quando as pessoas passam por dificuldades ou desafios em suas vidas, experienciam uma grande variedade de emoções, que podem passar do entusiasmo à ansiedade. O balanço entre esses sentimentos parece estar relacionado com o grau de otimismo e pessimismo das pessoas (Scheier, Carver, & Bridges, 2001).

O otimismo é definido como sendo um traço disposicional do indivíduo em acreditar que mais coisas boas irão acontecer que coisas ruins, e o pessimismo como a disposição de esperar que mais coisas ruins aconteçam. Assim, a compreensão de o que é otimismo e pessimismo repousa sobre as expectativas que as pessoas possuem sobre eventos futuros (Scheier & Carver, 1985; Carver, Scheier, & Segerstrom, 1994).

Um estudo alemão sobre o valor preditivo do otimismo para ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com CA de mama demonstrou que altos escores de pessimismo e maiores níveis de ansiedade e depressão estão associados com qualidade de vida (Zenger, Glaesmer, Höckel, & Hinz, 2010). Achados como esse apontam para a relevância dos estudos sobre otimismo no contexto de adoecimento.

Qualidade de vida e câncer de mama

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004). Atualmente, não há consenso entre os pesquisadores para definir a qualidade de vida, mas há certa concordância em considerá-la como um construto multidimensional que inclui quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (Carreras e González, 2002).

Existe uma ênfase crescente na avaliação da qualidade de vida de mulheres com CA de mama decorrente de aspectos associados à doença. Aspectos como o avanço na detecção precoce e tratamento da doença, o número de casos de remissão total do câncer, o cuidado e incentivo com a autonomia e os direitos das pacientes, o papel dos aspectos psicossociais e a extensão da sobrevivência demonstram a necessidade de acompanhamento e cuidado com a qualidade de vida (Makluf, Dias, & Barra, 2006).

O diagnóstico e o tratamento do CA de mama associam-se a consideráveis repercussões psicológicas, como depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte. Esse quadro pode contribuir para uma percepção negativa da qualidade de vida. Assim, o estudo da qualidade de vida em diferentes fases do tratamento do câncer de mama pode propiciar o planejamento quanto às estratégias a serem adotada para garantir o bem-estar das mulheres.

Autoestima e Suporte Social

Autoestima pode ser definida como a soma do sentimento de valor pessoal, que é externado nas atitudes que o indivíduo tem para consigo mesmo, e do sentimento de

competência pessoal, que são as habilidades, capacidade, e relacionamentos sociais (Branden, 1969). A baixa autoestima se expressa através da incapacidade de enfrentar os desafios e por sentimentos de incompetência e inadequação, enquanto que a alta manifesta-se pela confiança, competência e grande autoaprovação (Rosenberg, 1965).

Bertero (2002) realizou um estudo qualitativo como o objetivo de identificar e descrever, a partir da perspectiva de experiências vividas das mulheres, o impacto do CA de mama na autoestima e qualidade de vida. Foram realizadas entrevistas com treze mulheres e os resultados demonstram que sentir-se amada e valorizada aumenta o senso de autovalor. Ao término do tratamento as mulheres relataram maiores preocupações relacionadas com as implicações do tratamento e seus efeitos sobre sua qualidade de vida. Contudo parece que as mulheres que conseguem manter níveis médios ou altos de autoestima dão conta melhor das incertezas e reportam melhor qualidade de vida.

Outra variável que está fortemente relacionada com o contexto do câncer de mama é o suporte social percebido. A importância das relações sociais durante o tratamento de doenças e na manutenção do bem-estar tem chamado a atenção dos cientistas e, assim, favorecido estudos sobre como essas relações influenciam na saúde física e mental.

Pesquisadores notaram que portadores de enfermidades diversas relatam com frequência a ausência de uma rede social, ou ainda terem experimentado um maior grau de perdas importantes de laços sociais (Chor, Griep, Lopes, & Faerstein, 2001). Por outro lado, pessoas que percebem ter suporte social apresentam melhor ajustamento emocional, recuperam-se mais rapidamente de situações traumáticas e apresentam maior sobrevivência no decurso de doenças crônicas (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000).

Por ser um construto complexo e multidimensional, o suporte social não é facilmente mensurável. Assim, para medir suporte social, o pesquisador precisa ter

embasamento teórico sobre o fenômeno que está investigando e consciência das forças e limitações dos seus instrumentos de medida escolhidos.

Na sua grande maioria os instrumentos avaliam apenas o *receber* suporte, ignorando um importante aspecto que é o *dar* ou *ser* suporte para outros. Os estudos sobre receber suporte social já possuem uma longa tradição em pesquisas em psicologia e confirmam que indivíduos que recebem níveis altos de suporte experenciam melhor saúde e bem-estar (Fratiglioni, Want, Ericcson, Mayyton, & Winblad, 2000). Embora, os estudos sobre dar suporte social sejam mais recentes, os seus benefícios também já vêm sendo demonstrados em diversas áreas (Knoll, Kienle, Bauer, Pfuller, & Luszczynska, 2007).

Com base nas variáveis apresentadas elaborou-se o objetivo deste estudo: Investigar o papel do otimismo, da autoestima e do suporte social na qualidade de vida de mulheres com CA de mama. A fim de alcançar esse objetivo dois modelos foram testados: 1) Modelo de Moderação, no qual otimismo, autoestima e suporte social percebido interagem e afetam a qualidade de vida; 2) Modelo de Mediação, no qual são observados os efeitos diretos e indiretos do otimismo na qualidade de vida, tendo como variáveis mediadoras autoestima e suporte social.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 201 mulheres acometidas por câncer de mama das regiões sul e sudeste do país. A idade das mulheres variou entre 22 e 68 anos, e a idade média foi de 45 anos. Neste grupo 43% das mulheres possuem escolaridade de nível superior e 62% são casadas ou vivem com companheiro. A idade média das mulheres quando do início do primeiro tumor na mama foi de 42 anos. Com relação à história do tumor, 55% afirmaram ter casos de câncer de mama na família. No momento do diagnóstico do tumor 31,8% das mulheres apresentaram BI-RADS³ 4, o que quer dizer que a lesão encontrada era suspeita e necessitava de avaliação histológica ou citológica adicional. Ao término do primeiro tratamento, 47,3% das mulheres apresentaram remissão completa da doença.

Instrumentos

1) Questionário de Caracterização da Amostra (Anexo D)

Este questionário foi elaborado com base em dois documentos do Ministério da Saúde do Brasil: Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, e Documento Consenso – Controle do Câncer de Mama. O questionário apresenta perguntas divididas nos seguintes blocos:

- a) Caracterização Sociodemográfica
- b) Caracterização Clínica do Tumor
- c) Caracterização Temporal de Atendimento

³ BI-RADS (Breast Image Reporting and Data System) é o nome de um sistema padronizado, criado nos Estados Unidos, utilizado para uniformizar os relatos de radiologia quando se analisam as imagens de mamografia.

- d) Caracterização Clínica do Tratamento
- e) Caracterização do Resultado do Tratamento

2) Escala de Suporte Social Percebido - *2-Way Social Support Scale (2-Way SSS;* Finch & Obst, 2011) (Anexo A)

A escala é composta por 21 itens que formam quatro dimensões: 1) dar suporte emocional; 2) dar suporte instrumental; 3) receber suporte emocional; 4) receber suporte instrumental. Os participantes são solicitados a indicar o grau em que cada item é verdadeiro para eles numa escala do tipo Likert que varia de 0 (nada) a 5 (sempre). As pontuações maiores indicam níveis mais elevados de dar ou receber suporte social. A escala original apresentou alfas de Cronbach que variaram de 0,81 a 0,92.

3) Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1979; Hutz & Zanon, 2011) (Anexo E)

Esta é uma medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos variando entre concordo totalmente, a discordo totalmente. Neste estudo será utilizada a versão revisada, adaptada e validada para o português por Hutz & Zanon (2011). É uma escala unidimensional e apresenta consistência interna de 0,90.

4) Escala de Avaliação do Otimismo *Life orientation Test Reviewd (LOT-R)*

(Anexo F)

O LOT-R (Scheier, Carver & Bridges, 1994) é um teste de autorrelato construído para medir o otimismo disposicional, sendo uma versão reduzida e revisada do Life Orientation Test – LOT (Scheier & Carver, 1985). O teste foi adaptado para o uso no Brasil (Bastianello, Pacico, & Hutz, 2014) e consiste em 10 itens, sendo três afirmativas sobre otimismo (itens 1, 4 e 10), três sobre pessimismo (itens 3, 7 e 9) e quatro itens distratores (2, 5, 6, 8) cujos escores não são computados. Os sujeitos respondem as afirmativas indicando seu grau de concordância em uma escala Likert de cinco pontos, variando de discordo plenamente até concordo plenamente. Os escores negativos do teste precisam ser invertidos para a análise estatística dos dados, com a finalidade de que os valores próximos a cinco sempre indiquem um maior grau de expectativa otimista da pessoa. O LOT-R apresenta boa consistência interna (alfa de 0,82).

5) Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Lovibond, & Lovibond, 1995)

(Anexo C)

A DASS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Estresse. Segundo Lovibond e Lovibond (1995) as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico. Posteriormente, por meio de análise fatorial exploratória os fatores esperados teoricamente foram confirmados. Cada escala inclui vários conceitos, nomeados a seguir.

As três escalas são constituídas por sete itens cada, totalizando 21 itens. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta. Os sujeitos avaliam o quanto experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala tipo Likert de 4

pontos de frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A DASS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

6) Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida – (WHOQOL-brief; *The Whoqol Group*, 1998; Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, & Vieira, 1999) (Anexo G)

A escala é constituída por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL – 100). As 26 questões constituem quatro domínios. Os coeficientes alpha de cada domínio são: Físico $\alpha = 0,84$, Psicológico $\alpha = 0,79$, Relações Sociais $\alpha = 0,69$ e Meio Ambiente $\alpha = 0,71$, e atestam uma consistência interna satisfatória do instrumento.

Considerações Éticas

O presente estudo foi realizado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). O projeto de pesquisa que deu origem a este estudo foi submetido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde. O projeto está cadastrado na plataforma Brasil sob o número CAAE: 15695413.6.0000.5334 (Anexo H).

Procedimentos de coleta de dados

As participantes foram recrutadas em associações, entidades e grupos de suporte à doença, como o Instituto da Mama do RS (IMAMA). Também através de blogs e grupos fechados de redes sociais. Através de visitas as instituições referidas, os objetivos do estudo foram apresentados, e foram coletados os endereços eletrônicos das voluntárias que desejaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi feita via internet através da plataforma *Survey Monkey*. Essa é uma ferramenta simples, amigável e objetiva que facilita aos respondentes o processo de participação na coleta das informações.

Primeiramente foi elaborada uma estrutura de questionário, com as diferentes formas de layout e foi testada a ferramenta. O acesso à pesquisa foi preparado com a criação de um *link* em que não havia a identificação ou associação ao dado coletado do nome da participante. O *link* foi enviado por e-mail para as mulheres que participam de grupos de suporte ao CA de mama, e divulgado em grupos fechados em redes sociais. Ao clicar no *link* da pesquisa a participante era remetida para a página inicial onde os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) eram apresentados. Se a participante concordasse com o termo deveria clicar no botão “aceito” o qual dava acesso aos instrumentos da pesquisa. O tempo previsto para responder a pesquisa foi de aproximadamente 45 minutos.

RESULTADOS

Modelo de moderação

O modelo de moderação foi testado por meio de cinco análises de regressão múltipla hierárquica, considerando-se como variável dependente para a primeira análise a média dos domínios de qualidade de vida (QV), e cada regressão seguinte com um domínio de QV como variável dependente. Cinco variáveis controle (idade, grau de instrução, estado conjugal, BI-RADS, se fez reconstrução mamária e estado da doença ao final do primeiro tratamento) foram incluídas no primeiro bloco, seguidas pelas variáveis de efeitos principais no segundo bloco (otimismo, autoestima, *dar* suporte social e *receber* suporte social).

Conforme se observa na Tabela 1, a diferença do coeficiente de determinação (ΔR^2) no Bloco 1 apenas é significativa na predição do domínio meio ambiente de QV, sendo o grau de instrução a única variável controle preditora. O incremento do coeficiente de determinação é significativo em todos os modelos de regressão no Bloco 2, sendo que os efeitos principais do otimismo são significativos em todas as regressões. A autoestima é significativa na predição da qualidade de vida geral, e dos domínios psicológico e meio ambiente. O *dar* suporte social não é significativo em nenhum modelo e o *receber* suporte social é preditor dos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente de QV.

Tabela 1. *Regressão hierárquica para predição da qualidade de vida*

Variável	β QV Geral	β QV Físico	β QV Psicol.	B QV Rel. Sociais	β QV Meio ambiente
Bloco 1					
Idade	-,049	,038	-,066	,006	,007
Grau de instrução	,024	,047	,013	-,071	,176**
Estado conjugal	,074	-,076	,048	,061	,059
BI-RADS	-,021	-,042	-,053	-,045	-,014
Fez reconstrução mamária	-,087	,057	-,039	-,093	-,066
Estado da doença ao final do primeiro tratamento	-,176**	-,155*	-,115*	,005	-,087
ΔR^2	0,05	0,03	0,02	0,02	0,07*
Bloco 2					
Otimismo	,311**	,393**	,435**	,342**	,243**
Autoestima	,223**	,080	,238**	,097	,160*
Suporte Social – Dar	,009	,008	,001	-,038	,059
Suporte Social – Receber	,153	,125	,243**	,400**	,315**
ΔR^2	0,35**	0,28**	0,60**	0,48**	0,39**
R^2 ajustado	0,36**	0,27**	0,61**	0,48**	0,44**

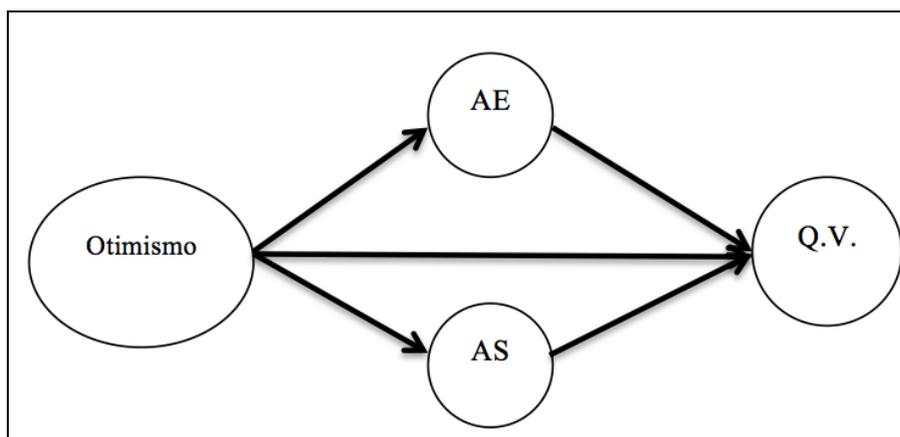
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Modelo de mediação

Para testar o ajuste do modelo de mediação hipotetizado foi utilizada a modelagem de equações estruturais (MEE) e as análises foram realizadas com o uso do *software* AMOS 21 e com o método de estimação de máxima verossimilhança. A MEE permite o teste de todos os componentes do modelo de mediação simultaneamente. A Figura 1 representa o modelo hipotético testado no presente estudo, no qual se busca

verificar se existe mediação total ou parcial na relação entre o otimismo e a qualidade de vida (Q.V.) de mulheres com câncer de mama considerando-se como variáveis mediadoras a autoestima (AE) e o suporte social (AS).

Figura 1. Modelo teórico da mediação



A mediação foi testada por meio da análise dos caminhos proposta por Baron e Kenny (1986). Dessa forma, as quatro condições necessárias para a mediação ocorrer foram verificadas conforme a ordem seguinte:

1º. Passo: A variável independente (otimismo) afeta significativamente a variável dependente (qualidade de vida) na falta das variáveis mediadoras (autoestima e suporte social não são utilizados nesse passo);

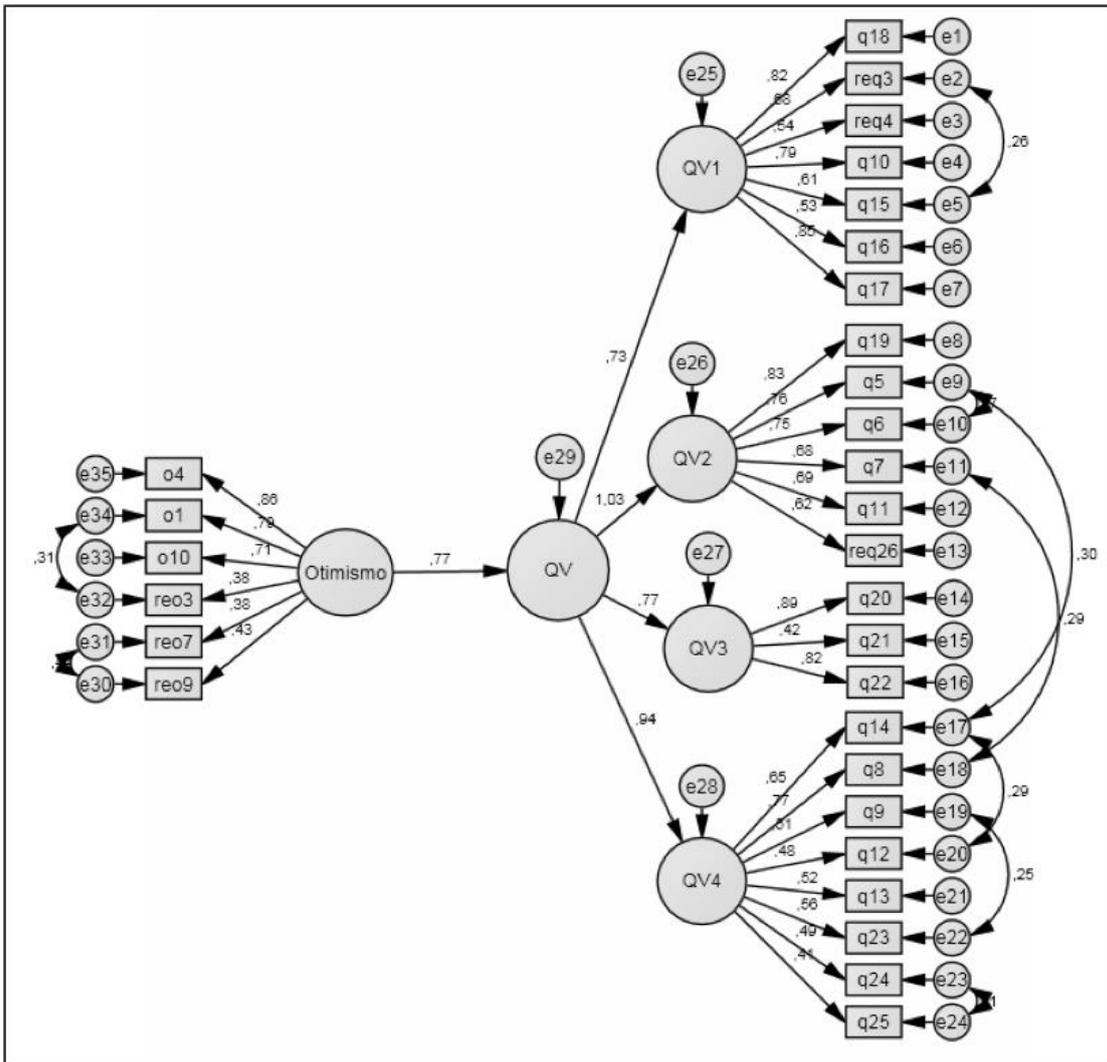
2º. Passo: A variável independente (otimismo) afeta significativamente as variáveis mediadoras (autoestima e suporte social) no modelo de mediação;

3º. Passo: As variáveis mediadoras têm efeito significativo único sobre a variável dependente (qualidade de vida). As relações entre otimismo e qualidade de vida, otimismo e autoestima e otimismo e suporte social também estão presentes no modelo;

4º. Passo: O efeito da variável independente (otimismo) sobre a variável dependente (qualidade de vida) enfraquece no momento da adição das variáveis mediadoras. Nesse momento, se as relações entre a variável independente (otimismo) e as mediadoras (autoestima e suporte social) ou as relações entre as mediadoras e a dependente (qualidade de vida) não forem significativas, deve-se concluir que não existe mediação. Caso essas relações sejam significativas e o efeito principal do otimismo sobre a qualidade de vida diminua, pode-se concluir que existe mediação, podendo esta ser total caso a relação principal deixe de ser significativa.

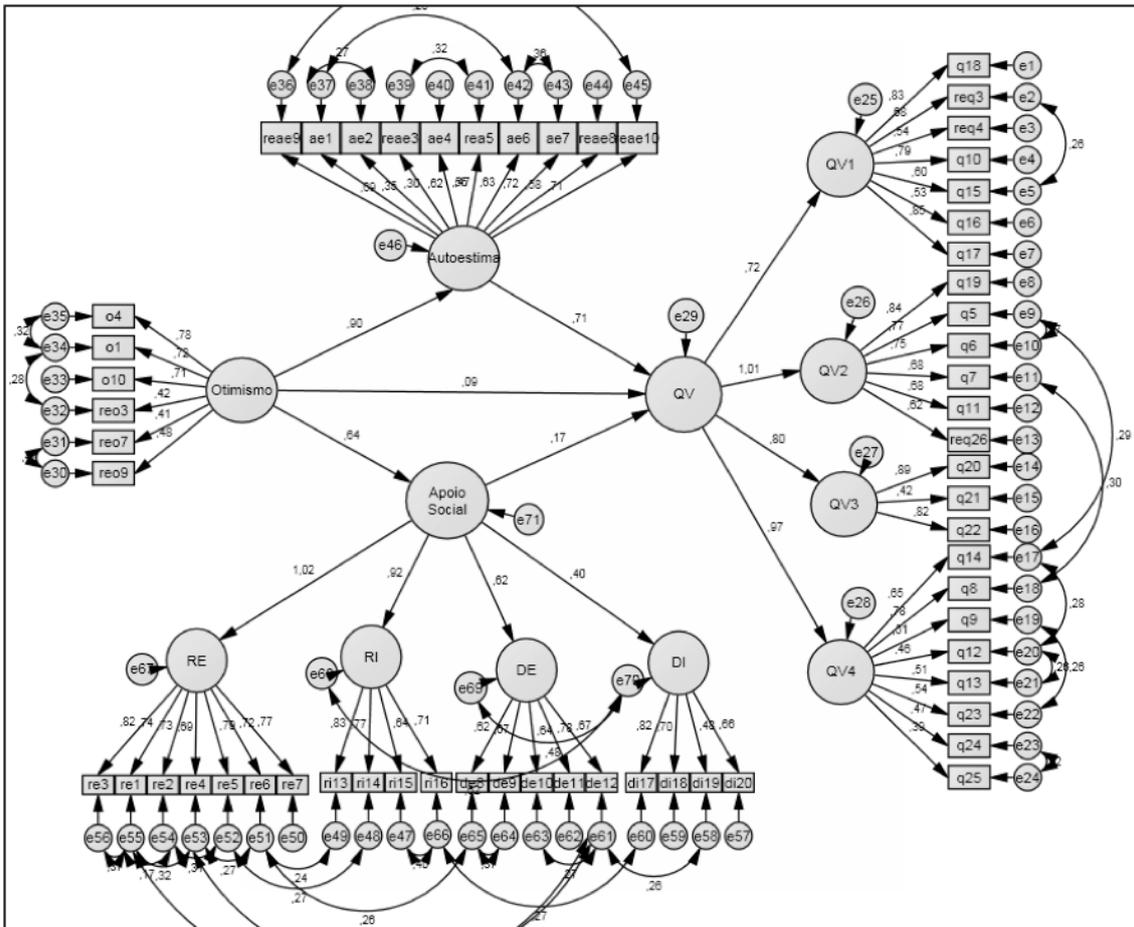
No primeiro passo da análise de mediação, o modelo apresentado na Figura 2 obteve índices de ajuste de $\chi^2(391) = 670,51, p < 0,05$; CFI = 0,906; RMSEA = 0,060 (I.C. = 0,052 – 0,068), e todos os parâmetros do modelo foram significativos. Conforme pode se observar na Figura 2, a variável independente otimismo afeta a variável dependente qualidade de vida com um peso padronizado de 0,766 ($p < 0,001$), atendendo a primeira condição necessária para a mediação.

Figura 2. Modelo inicial de relação entre otimismo e qualidade de vida.



O segundo passo verifica se a variável independente otimismo afeta significativamente as variáveis mediadoras autoestima e suporte social no modelo de mediação. O modelo testado apresentou índices de ajuste de $\chi^2(1664) = 2663,77$, $p < 0,001$; CFI = 0,854; RMSEA = 0,055 (I.C. = 0,051 – 0,059). Conforme pode se observar na Figura 3, as relações foram positivas e significativas entre o otimismo e a autoestima ($\beta = 0,898$; $p < 0,001$) e o otimismo e o suporte social ($\beta = 0,643$; $p < 0,001$), confirmando a segunda condição para a mediação.

Figura 3. Modelo final de mediação com pesos padronizados



O terceiro passo verifica se as variáveis mediadoras têm efeito significativo sobre a variável dependente qualidade de vida no modelo de mediação, o que também pode ser observado no modelo da Figura 3. Ele apresenta relações positivas e significativas entre a autoestima e a qualidade de vida ($\beta = 0,712$; $p < 0,001$) e o suporte social e a qualidade de vida ($\beta = 0,172$; $p < 0,01$).

Ao se verificar o quarto passo, observa-se que o efeito direto do otimismo na qualidade de vida ($\beta = 0,086$; $p = 0,688$) passa a não ser significativo quando controlado pela autoestima e pelo suporte social (Figura 3), comparando-se ao efeito direto do otimismo na QV sem controlar essas variáveis ($\beta = 0,766$; $p < 0,01$, Figura 2). Isso fornece indicadores de mediação total por meio das duas variáveis (Baron & Kenny,

1986). Também se verificou que o efeito indireto do otimismo na qualidade de vida por meio da autoestima (0,746) foi maior do que o efeito indireto por meio do suporte social (0,443).

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo examinar como o otimismo, a autoestima e o suporte social percebido estão relacionados com a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Para tanto dois modelos foram testados: de moderação e de mediação.

O modelo de moderação testado considerou, no primeiro bloco, como variável dependente a média de cada um dos domínios de qualidade de vida (QV), e como variáveis controle foram consideradas: a idade, o grau de instrução (escolaridade), o estado conjugal, o índice BI-RADS, se fez a mulher fez reconstrução mamária e estado da doença ao final do primeiro tratamento.

Observou-se que dentre as variáveis controle a única preditora de QV foi o grau de instrução. De acordo com diversos estudos a escolaridade constitui-se um dos principais fatores relacionados à qualidade de vida em diferentes grupos populacionais (Sprangers et al., 2000; Lima et al., 2009). A baixa escolaridade está associada à infelicidade, fracas relações sociais, baixa percepção de autocuidado e saúde, fatores que acabam contribuindo para ausência de qualidade de vida (Li et al., 2005).

No segundo bloco da regressão foram introduzidas as variáveis de efeito principal: otimismo, autoestima, *dar* suporte social e *receber* suporte social. Observou-se que os efeitos principais do otimismo foram significativos em todas as regressões, o

que corrobora a ideia de que o otimismo é preditor de autoestima, suporte social e qualidade de vida em pessoas que acometidas por doenças, como por exemplo, câncer de mama (Given, Stonmel, Given, Osuch, Kurtz, & Kurtz, 1993; Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, & Robinson, 1993).

Um achado interessante e surpreendente neste modelo foi que *dar* suporte social não foi significativo para a qualidade de vida, contrariando pesquisas que apontam os seus benefícios, como por exemplo, aumento do bem-estar em casais submetidos a processos de reprodução assistida (Knoll, Kienle, Bauer, Pfüller, & Luszczynska, 2007), maior longevidade em idosos (Brown et al., 2003) e diminuição dos riscos de mortalidade em pacientes com doenças renais (McClellan, Stanwyck, & Anson, 1993). Contudo sabe-se que pesquisas sobre os benefícios de dar suporte social ainda são poucas e limitadas devido à carência de instrumentos com validade psicométrica confiável (Henderson, Duncan-Jones, Byrne, & Scott, 1980; Van Horn, Schaufli, & Taris, 2001). Este é um ponto que merece maior atenção e novas pesquisas.

Já *receber* suporte social, como esperado, foi preditor de qualidade de vida, especificamente dos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. Pesquisas confirmam que os indivíduos que percebem maior suporte social recuperam-se mais rapidamente de doenças (Lang, 2001) e apresentam estratégias de enfrentamento mais adequadas em momentos de adversidade (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000).

O segundo modelo testado foi o de mediação. Esse modelo estudou as variáveis em quatro passos. No primeiro, o otimismo demonstrou afetar diretamente a qualidade de vida, na ausência das variáveis mediadoras autoestima e suporte social. Isso significa que, se considerando somente o otimismo com relação à qualidade de vida, pode-se pensar que as mulheres com maior grau de otimismo e menor de pessimismo desfrutarão de melhor qualidade de vida. Este achado é consistente com os resultados de

outros estudos nos quais o otimismo aparece como preditor de saúde, bem-estar e ajustamento frente a situações estressantes e sofrimento emocional (Trunzo, & Pinto, 2003; Von Ah, Kang, & Carpenter, 2007; Wimberly, Carver, & Antoni, 2008).

No segundo passo, observa-se que o otimismo afeta significativamente a autoestima e o suporte social percebido, sendo que o maior impacto do otimismo é sobre a autoestima. Assim, por exemplo, mulheres pessimistas tenderão a apresentar atitudes de desaprovação e a atribuir menor valor a si mesmas em virtude do câncer de mama. Por outro lado, estudos sugerem que a autoestima aumenta a motivação (Aspinwall & Taylor, 1992) e está relacionado ao maior nível global de persistência em objetivos direcionados (Di Paula & Campbell, 2002). Além de aumentar a probabilidade de sucesso, a autoestima elevada também pode diminuir o efeito do fracasso ocasional, e assim diminuir o risco do desenvolvimento de níveis elevados de pessimismo (Campbell, Chew, & Scratchley, 1991). Com relação ao suporte social percebido uma visão positiva do futuro requer uma avaliação positiva da interação da pessoa com seu ambiente e a crença de que as suas relações possuem a capacidade de fornecer o suporte necessário (Karademas, 2006). Ser amado e respeitado, e ser capaz de lidar com as dificuldades da vida são as bases para outros pressupostos e avaliações da qualidade de vida (Beck, 1995).

No terceiro passo, observa-se o efeito da autoestima e do suporte social sobre a qualidade de vida. Mulheres com autoestima elevada estão mais satisfeitas, sentem-se desejadas, amadas e reconhecidas em seu valor, e assim percebem mais o suporte social recebido, e que conseqüentemente possuem melhor QV (Bertero, 2002).

No quarto e último passo, o efeito direto do otimismo sobre a qualidade de vida enfraquece e deixa de ser significativo no momento da adição das variáveis moderadoras. Isso significa que o otimismo passa a ter um efeito indireto e seu impacto

na QV das mulheres passa a ser mediado pela autoestima e pelo suporte social percebido. Trunzo e Pinto (2003), em um estudo com mulheres em estágio inicial de CA de mama, também encontraram o suporte social como variável mediadora de otimismo. Para eles, isso acontece, possivelmente, porque as mulheres mais otimistas são percebidas pelos familiares e os amigos como sendo mais receptivas ao suporte social. Assim, o otimismo contribui para aumentar o suporte social e, conseqüentemente as mulheres se sentem com melhor qualidade de vida.

Assim, o modelo que melhor explicou as relações entre as variáveis estudadas foi o de mediação, o que quer dizer que o otimismo das mulheres com CA de mama influencia na sua autoestima e no modo como percebem o suporte social, e esses por sua vez influenciam na qualidade de vida. Ressalva-se que em virtude de este ser um estudo transversal, deve-se ter cautela ao se interpretar as relações de causalidade.

Os achados possuem implicações para o otimismo como fator capaz de expandir o papel da autoestima e do suporte social percebido na melhoria da qualidade de vida de mulheres acometidas de CA de mama. O otimismo disposicional é entendido como um traço de personalidade e, portanto, possui a tendência a ser mais estável e não tão facilmente alterado quanto à autoestima e o suporte social percebido (Scheier & Carver, 1992; Trunzo, & Pinto, 2003). Isso provavelmente explicaria o fato do otimismo ter seu efeito absorvido por essas variáveis.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo demonstram que autoestima e suporte social funcionam como mediadores do otimismo para a qualidade de vida. As implicações

desses resultados podem ter um impacto significativo sobre como as mulheres acometidas de câncer de mama vivenciam as diferentes etapas da doença, desde seu diagnóstico até a remissão total ou parcial.

O perfil otimista deve ser um fator avaliado pelas equipes multidisciplinares que atuam com essas mulheres. Embora o otimismo seja considerado um traço relativamente estável (Scheier & Carver, 1992), estudos recentes vem demonstrando que alguns tipos de terapia cognitivo-comportamentais têm sido bem sucedidas em aumentar os níveis de otimismo, modificando crenças disfuncionais e pessimistas (Fresco, Sampson, Craighead, Clark, & Enns, 1995; Riskind, Sarampote, & Mercier, 1996). Assim, a detecção precoce do perfil otimista ou pessimista da mulher pode auxiliar em diversos níveis, desde o nível pessoal, passando pela equipe de saúde que a assiste, até sua rede de suporte social.

Uma vez consciente da sua forma otimista (ou pessimista) de encarar o futuro, a mulher pode engajar-se em atividades ou procurar meios e pessoas que a auxiliem a trabalhar suas crenças pessoais de modo a fortalecer ou aumentar suas expectativas positivas. Já as equipes de saúde podem utilizar a informação do perfil da paciente para adequar o tratamento e o modo de relação que estabelece com ela. Do mesmo modo a família, amigos e pessoas significativas podem oferecer um suporte mais específico ao perfil da mulher, e a suportar melhor a dificuldade de ajudar pessoas com perfil pessimista.

Algumas limitações deste estudo devem ser pontuadas. A amostra foi composta por mulheres com alto nível de escolarização, pertencentes à classe média e caucasianas. Não se sabe como mulheres com outro perfil, por exemplo, de nível socioeconômico mais baixo e menor escolarização, iriam responder, mas é muito provável que existam algumas diferenças significativas.

Outra questão com relação à amostra é que foi constituída por mulheres que já concluíram o tratamento obtendo remissão parcial ou total do câncer, mulheres recém diagnosticadas, e mulheres que encontram-se em diferentes fases de tratamento. Possivelmente existam diferenças ou variações no otimismo, autoestima, suporte social percebido e qualidade de vida nestas diferentes etapas, o que não está visível e nem foi possível de ser mensurado por este estudo. Por fim, este foi um estudo transversal, portanto recomenda-se cautela ao se interpretar a causalidade entre as variáveis. Sugere-se que estudos longitudinais sejam realizados com fim de comprovação da direção das relações.

Por fim, evidencia-se a importância de novos estudos nesta área, com foco em diferenças entre os tipos de suporte social disponíveis, associação de outras variáveis potenciais que podem afetar a qualidade de vida e estratificação da amostra de acordo com a fase do câncer de mama que a mulher se encontra. Compreender as relações entre esses construtos complexos possibilitará o desenvolvimento de intervenções que atinjam as variáveis preditoras e mediadoras dos fatores associados ao enfrentamento do câncer de mama e de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Ah, D. V., Kang, D. H., & Carpenter, J. S. (2007). Stress, optimism, and social support: Impact on immune responses in breast cancer. *Research in nursing & health*, 30(1), 72-83.
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... & Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1143.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 755-765.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version Of The Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF*, 19(3), 523-531.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy*. John Wiley & Sons, Inc..
- Bertero, C.M., (2002). Affected Self-respect and Self-value: The Impact of Breast Cancer Treatment on Self-esteem and Qol. *Psycho-Oncology*, 11, 356–364 DOI: 10.1002/pon.577
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147-160.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam.

- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science, 14*, 320–327.
- Campbell, J. D., Chew, B., & Scratchley, L. S. (1991). Cognitive and emotional reactions to daily events: The effects of self-esteem and self complexity. *Journal of Personality, 59*, 473–505.
- Carreras, C., y Gonzáles, M. (2002). *Factores psicológicos y calidad de vida en cáncer*. México: Thomson.
- Carver, C.S. (2005). Impulse and constraint: perspectives from personality psychology, convergence with theory in other areas, and potential for integration. *Personality and Social Psychology Review, 9*, 312–333.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D.S., et al.. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375-390.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e suporte social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de saúde pública, 17*(4), 887-896.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 1-25.
- Di Paula, A. & Campbell, J. D. (2002). Self-esteem and persistence in the face of failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 711–724.
- Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Vieira, G. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de

- qualidade de vida da OMS (WHOQOL-BREF). *Rev Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Fratiglioni, L., Want, H., Ericsson, K., Mayyton, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community based longitudinal study. *The Lancet*, 355, 1315–1319.
- Fresco, D. M., Sampson, W. S., Craighead, L. W., Clark, J., & Enns, C. (1995). Self-administered optimism training: The process of lessening the impact of pessimistic explanatory style. In *Poster presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC*.
- Given, C. W., Stonmel, M., Given, B., Osuch, J., Kurtz, M.E., & Kurtz, J.C. (1993). The influence of cancer patients`symptoms and functional states on patients`depression and family caregivers` reaction and depression. *Health Psychology*, 12, 277-285.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D. G., & Scott, R. (1980). Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10, 723–734.
- Hutz, S. C. & Zanon, C. (2011). Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Rosenberg’s Self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2014. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama
- Karademas, E. (2006). Self-efficacy, social support and well-being – The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.

- Knoll, N., Kienle, R., Bauer, K., Pfuller, B., & Luszczynska, A. (2007). Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving. *Social Science and Medicine*, *64*, 1789–1801.
- Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Science and Social Sciences*, *56B*, 321–326.
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncology nursing forum*, *33*, (2), 291-302.
- Li, W., Liu, L., Puente, J.G., Li, Y., Jiang, X., Jin, S., Ma, H., Kong, L., Ma, L., He, X., Ma, S., & Chen, C. (2005). Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of Hypertens*, *23*, (9), 1667-1676.
- Lima, M. G., Barros, M. B. D. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *25*(4), 314-321.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *J Int Med Res.*, *37*, (1), 182-8.
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C., & Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*, *52*(1), 49-58.

- Riskind, J. H., Sarampote, C. S., & Mercier, M. A. (1996). For every malady a sovereign cure: Optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(2), 105-117.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books
- Rossi, L., & Santos, M. A. D. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(4), 32-41.
- Rowland, H.J., & Speaker, S. (1997). Outcome assessment: cancer specific quality of life measures beyond the research setting. *Am Soc Clin Oncol*, 10, 92-118.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping, And Health - Assessment And Implications Of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self- Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality And Social Psychology*, 67 (6): 1063-1078.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice. In: *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice*. American Psychological Association, Washington, D.C., pp. 189-216.

- Shakespeare-Finch, J., & Obst, P. (2011). The Development of the 2-Way Social Support Scale: A Measure of Giving and Receiving Emotional and Instrumental Support. *Journal of Personality Assessment*, 93(5), 483–490.
- Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B., ... & de Haes, H. C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of clinical epidemiology*, 53(9), 895-907.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161.
- The Whoqol Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. *Psychol Med*, 28, 551-8.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 805.
- Van Horn, J. E., Schaufli, W. B., & Taris, T. W. (2001). Lack of reciprocity among Dutch teachers: Validation of reciprocity indices and their relation to stress and wellbeing. *Work and Stress*, 3, 191–213.
- Vieira, C. P., Lopes, M. H. B. M., & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev esc enferm USP*, 41(2), 311-6.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., Laurenceau, J. P., Harris, S. D., & Antoni, M. H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer:

impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 300.

Wimberly, S. R., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and health*, 23(1), 57-72.

Zenger, M., Glaesmer, H., Höckel, M., & Hinz, A. (2011). Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Japanese journal of clinical oncology*, 41(1), 87-94.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como objetivo investigar as implicações do otimismo, autoestima e suporte social percebido na qualidade de vida de mulheres com CA de mama de modo a contribuir com o desenvolvimento de campos como da psicologia da saúde e da psicologia positiva. O interesse por esse tema adveio da reflexão sobre as características e funcionamentos humanos que contribuem para o enfrentamento de fases adversas, como o adoecimento, e a manutenção da qualidade de vida da pessoa nessas situações. Também, buscou-se contribuir com o aprimoramento das técnicas de avaliação psicológica para identificação dos aspectos positivos humanos.

No Capítulo I foram apresentadas as bases teóricas relevantes para a compreensão das problematizações exploradas neste estudo, os conceitos das variáveis positivas otimismo, autoestima, suporte social, suas relações e contribuições para a qualidade de vida de mulheres que enfrentam ou enfrentaram câncer de mama. Observou-se que para cada variável existem diversas teorias propostas, o que sugere aos pesquisadores parcimônia em seus achados e um nível de reflexão e consciência das forças e limitações das suas teorias.

O Capítulo II apresentou uma revisão sistemática da literatura a respeito do otimismo e do suporte social percebido a partir do campo da Psicologia Positiva. Buscou-se mapear o campo através da busca por estudos desenvolvidos no âmbito nacional e internacional. Para além das contribuições dos estudos encontrados no que diz respeito às interações das variáveis investigadas, constatou-se que a produção científica sobre essas temáticas ainda é pequena, portanto pesquisas com essas variáveis constituem-se em uma área promissora para a atuação da psicologia.

No Capítulo III a escala que avalia dar e receber suporte social 2-WAY SSS foi adaptada e validada para a população brasileira. A partir dos estudos de escala das características psicométricas, consistência interna e validades convergente e preditiva concluiu-se que a escala possui potencial de medir o construto e é válida para o uso no Brasil.

Capítulo IV investigou o papel do otimismo, da autoestima e do suporte social percebido na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama através da testagem de dois modelos hipotéticos. Um modelo considerou as variáveis otimismo, autoestima e suporte social percebido como moderadoras da qualidade de vida, o outro supôs que o grau de otimismo influencia na autoestima e no suporte social percebido para uma melhor qualidade de vida. Os dados do estudo foram mais consistentes com o modelo de mediação. Constatou-se que o otimismo é preditor de qualidade de vida, mas que ao serem inseridas as variáveis, autoestima e suporte social, acontece uma mediação total, ou seja, o otimismo apresenta um efeito indireto sobre a qualidade de vida das mulheres acometidas por câncer de mama, sendo mediado pela autoestima e pelo suporte social percebido.

De maneira geral, a presente tese alcançou seus objetivos, mas algumas limitações devem ser avaliadas. Primeiramente, ao serem analisados os resultados deve-se considerar que todos os instrumentos utilizados nos estudos são medidas de autorrelato. Esse tipo de medida não garante que haja correspondência exata entre o comportamento real e o verbalizado. Isso porque sentimentos ou comportamentos subjacentes ao evento podem estar encobertos e não serem reconhecidos como legítimos, o comportamento relatado pode ser influenciado pela desejabilidade social, e pode haver compreensões distintas dos itens para o participante e o pesquisador. Assim, generalizações dos resultados devem ser feitas com cautela. Com o objetivo de minorar

as referidas implicações sugere-se que em estudos futuros outras modalidades de coleta de dados sejam incluídas ou combinadas, tanto para coleta quanto para a análise dos dados.

O estudo dos modelos de moderação e mediação contou com um número de participantes que possibilitou alguns tipos de análises estatísticas. Para a utilização de métodos mais robustos e com melhores ajustes recomenda-se a ampliação da amostra. Observou-se durante o período da coleta dos dados que utilizar como meio de coleta a internet com populações específicas, como mulheres acometidas por câncer de mama, não é simplesmente enviar o convite para a participação na pesquisa. Esse tipo de coleta exige do pesquisador domínio do software e de suas ferramentas para melhor abordar o público alvo, bem como é necessário um contato prévio com os participantes para apresentação do estudo e esclarecimentos de questões suscitadas. O *rapport* neste caso é fundamental para a adesão e conclusão da pesquisa.

Por fim, pode-se dizer que esta pesquisa representa um avanço na produção de novos conhecimentos no campo da Psicologia Positiva no país, e também traz contribuições pioneiras e relevantes para ampliar a compressão sobre o impacto do câncer de mama em mulheres.

ANEXO A

2-WAY SSS

As frases a seguir referem-se à sua experiência de dar e receber suporte social. Por favor, leia cada afirmação e, em seguida, indique o quanto a declaração se aplica a você, sendo (0) nunca se aplica e (5) sempre se aplica. Não existem respostas certas ou erradas. O importante é você responder com sinceridade como se sente com relação a cada uma das frases.

1. Eu tenho alguém com quem posso conversar sobre as pressões da minha vida.
2. Existe pelo menos uma pessoa com quem eu posso partilhar a maioria das coisas.
3. Quando eu estou me sentindo para baixo, existe alguém com quem posso contar.
4. Existe uma pessoa em minha vida que me dá suporte emocional.
5. Existe pelo menos uma pessoa em quem sinto que posso confiar.
6. Existe alguém em minha vida que me faz sentir que tenho valor.
7. Eu sinto que tenho um círculo de pessoas que me valorizam.
8. Sou uma pessoa disponível para escutar os problemas dos outros.
9. Eu procuro animar as pessoas quando elas estão se sentindo para baixo.
10. As pessoas próximas a mim me contam suas preocupações mais temidas.
11. Eu conforto aos outros em momentos difíceis.
12. As pessoas confiam em mim quando elas tem problemas.
13. Se eu estiver com problemas alguém irá me socorrer.
14. Eu tenho alguém para me ajudar quando eu estou doente.
15. Se eu precisar de dinheiro, conheço alguém que pode me ajudar.
16. Existe alguém que pode me ajudar a cumprir minhas responsabilidades quando eu não consigo.
17. Eu ajudo os outros quando eles estão muito ocupados.
18. Eu ajudei alguém com suas responsabilidades quando ele não conseguiu realizá-las.
19. Quando alguém que morava comigo esteve doente eu ajudei.
20. Eu sou uma pessoa que os outros solicitam para ajudar com tarefas.
21. Eu dou dinheiro para as pessoas que fazem parte da minha vida.

ANEXO B

EPSS

Informe a frequência com que você percebe a possibilidade de contar com o suporte de alguém nas diferentes situações listadas.

1 = nunca; 2= poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre

- 1) Dá sugestões sobre viagens que quero fazer.
- 2) Empréstima-me algo de que preciso.
- 3) Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim.
- 4) Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me.
- 5) Dá sugestões sobre algo que quero comprar.
- 6) Ajuda-me na execução de tarefas.
- 7) Empréstima-me dinheiro.
- 8) Dá sugestões sobre meu futuro.
- 9) Orienta minhas decisões.
- 10) Sugere fontes para eu me atualizar.
- 11) Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento.
- 12) Dá sugestões sobre lugares para eu me divertir.
- 13) Toma conta de minha casa em minha ausência.
- 14) Fornece-me alimentação quando preciso.
- 15) Leva-me a algum lugar aonde eu preciso ir.
- 16) Ajuda-me com minha medicação se estou doente.
- 17) Esclarece minhas dúvidas.
- 18) Ajuda-me a resolver um problema prático.
- 19) Dá sugestões sobre cuidados com a minha saúde.
- 20) Consola-me se estou triste.
- 21) Dá atenção às minhas crises emocionais.
- 22) Ouve com atenção meus problemas pessoais.
- 23) Compreende minhas dificuldades.
- 24) Está ao meu lado em qualquer situação.
- 25) Comemora comigo minhas alegrias e realizações.
- 26) Faz-me sentir valorizado como pessoa.
- 27) Preocupa-se comigo.
- 28) Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos.
- 29) Demonstra carinho por mim.

ANEXO C

DASS

14. Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.

	0 - Não se aplicou a mim de forma alguma	1 - Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes	2 - Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo	3 - Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo
Eu tive dificuldade para me acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu percebi que estava com a boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não conseguia ter sentimentos positivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive reações exageradas às situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que estava bastante nervoso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu notei que estava ficando agitado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu achei difícil relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me senti abatido(a) e triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não consegui me empolgar com qualquer coisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que eu estava muito irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu percebi as batidas do	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

meu coração na ausência
de esforço físico (por
exemplo, a sensação de
aumento dos batimentos
cardíacos, ou de que o
coração estava batendo
fora do ritmo)

Eu me senti assustado(a)
sem qualquer razão

Eu senti que a vida não
tinha sentido

ANEXO D

Ficha de Caracterização

Caracterização Sociodemográfica

1) Idade: _____ anos

2) Raça/cor de pele:

Branca

preta

amarela

parda

indígena

sem informação

3) Grau de Instrução

Analfabeta

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Ensino superior incompleto

Ensino superior completo

Pós-graduação

4) Estado Conjugal

Solteira

Casada/União estável/ Vive com companheiro(a)

Desquitada/separada/ divorciada

Viúva

Sem informação

5) Ocupação: _____

6) Onde vive:

Região Norte

Região Nordeste

Região Centro-oeste

Região Sudeste

Região Sul

7) Alcoolismo

Sim / Não

8) Tabagismo

Sim / Não

Caracterização Clínica do Tumor

9) Idade do início da doença: _____ anos

10) Histórico Familiar de Câncer

Não / Sim

11) Diagnósticos e tratamentos anteriores

Sem diagnóstico e sem tratamento

Com diagnóstico e sem tratamento

Com diagnóstico e com tratamento

Outros

Sem informação

12) Qual foi a base mais importante para o diagnóstico?

Exame clínico e/ou patologia clínica

Exames de imagem

Endoscopia

Cirurgia exploradora/ necropsia

Citologia ou hematologia

Histologia da metástase

Histologia do tumor primário

Sem informação

13) Qual a localização do tumor primário?

Mamilo

Porção central da mama

Quadrante superior interno da mama

Quadrante inferior interno da mama

Quadrante superior externo da mama

Quadrante inferior externo da mama

Prolongamento axilar da mama

Lesão sobreposta da mama

Glândula mamária

14) Lateralidade

Direita

Esquerda

Bilateral

15) Qual era o estadiamento (BI-RADS) clínico do tumor no momento do diagnóstico?

I

II

III

IV

V

VI

Caracterização Temporal de Atendimento

17) Qual o tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a primeira consulta médica?

_____ dias
_____ meses
_____ anos

18) Qual o tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e o início do tratamento?

_____ dias
_____ meses
_____ anos

Caracterização Clínica do Tratamento

19) Qual o tipo de tratamento que você realiza/realizou?

Cirurgia
Radioterapia
Hormonioterapia
Quimioterapia

20) Se você realizou cirurgia indique qual tipo:

- Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar)
- Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada)
- Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical)
- Mastectomia com reconstrução imediata;
- Mastectomia poupadora de pele.

21) Você fez reconstrução mamária?

Sim / Não
Não se aplica

Caracterização do Resultado do Tratamento

22) Qual era o estado da doença ao final do primeiro tratamento?

Sem evidência da doença (remissão completa)
Remissão Parcial
Doença Estável
Doença em Progressão
Fora de possibilidade terapêutica
Não se aplica

ANEXO E

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Leia cada frase com atenção e assinale a opção que mais se aplica a você.

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

ANEXO F

LOT-R

Instruções

Abaixo você encontrará 10 frases. Assinale na escala o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas. A escala varia de 1 (Discordo Plenamente) a 5 (Concordo Plenamente). Não há respostas certas ou erradas. O importante é você responder com sinceridade como se sente com relação a cada uma das frases.

1	Diante de dificuldade, acho que tudo vai dar certo. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
2	Para mim é fácil relaxar. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
3	Se alguma coisa pode dar errado comigo, com certeza vai dar errado. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
4	Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
5	Eu gosto muito dos meus amigos. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
6	Eu considero importante me manter ocupado. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
7	Em geral, eu não espero que as coisas vão dar certo para mim. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
8	Eu não me incomodo com facilidade. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
9	Eu não espero que coisas boas aconteçam comigo. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
10	Em geral, eu espero que aconteçam mais coisas boas do que ruins para mim. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente

ANEXO G

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lide parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO H

Parecer do CEP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA UFRGS PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implicações do Otimismo, Autoestima e Suporte Social Percebido na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama

Pesquisador: Claudio Simon Hutz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15695413.6.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: FUNDO COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 410.937

Data da Relatoria: 02/09/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Implicações do Otimismo, Autoestima e Suporte Social Percebido na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama" propõe uma pesquisa transversal e quantitativa. Participarão 300 mulheres com diagnóstico de CA de mama. A amostra será recrutada em ambulatórios de oncologia de hospitais da região metropolitana de Porto Alegre e interior do estado.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são: 1) Avaliar efeitos diretos e indiretos de Autoestima e Suporte Social Percebido na Qualidade de Vida (QV) em mulheres com CA de mama. 2) Avaliar a contribuição direta do otimismo para QV com CA de mama. 3) Avaliar se otimismo é mediador de autoestima para qualidade de vida e de suporte social para QV em mulheres com CA de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em resposta ao Comitê de Ética, os pesquisadores responsáveis salientaram que, com relação aos riscos e benefícios da pesquisa, esta é uma pesquisa com enfoque em indicadores positivos para o enfrentamento da patologia. Como informado o objetivo geral da pesquisa é examinar o modo como as expectativas positivas futuras (otimismo) interagem com suporte social percebido e autoestima contribuindo para qualidade de vida das pacientes. Portanto, serão investigados os aspectos saudáveis das pacientes que contribuem para o bom enfrentamento da doença, os quais mobilizaram sentimentos positivos e, certamente, contribuíram para o bem-estar das mesmas. Como benefício direto as participantes estarão refletindo sobre suas forças e suporte para a superação da doença, e também saberão que ao participarem da pesquisa estarão sendo agentes para a

construção de uma melhor compreensão dos aspectos emocionais implicados na qualidade de vida de pacientes com CA de mama, o que possibilitará a construção de intervenções psicológicas de prevenção e suporte. Neste sentido o benefício se amplia para outras mulheres na mesma situação e também para o trabalho das equipes de saúde envolvidas no diagnóstico e tratamento. Com o conhecimento científico ampliado a respeito da interação destas variáveis, a psicologia poderá contribuir para a elucidação dos aspectos emocionais envolvidos desde a adesão ao tratamento e o viver com a doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na primeira leitura do projeto, havia apontado algumas pendências no projeto. Na carta de resposta ao Comitê, os pesquisadores justificaram ou explicitaram quatro aspectos que anteriormente não estavam claros: 1) o contato com as instituições; 2) a questão da autorização dos dados dos prontuários; 3) como será realizado o "rapport" com as pessoas, através dos grupos de suporte e na sala de espera; 4) a avaliação dos riscos e benefícios. Esses aspectos foram fundamentais para justificar e explicar o desenvolvimento da pesquisa. No mais, o projeto está bem fundamentado teoricamente e apresenta claramente seus objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados pelos pesquisadores. O TCLE está redigido com uma linguagem clara e acessível.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto não apresenta pendências ou lista de inadequações.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: Inicialmente o projeto apresentava algumas pendências que foram contempladas na versão atual. O projeto está bem fundamentado teoricamente e apresenta claramente seus objetivos e não apresenta pendências ou lista de inadequações.

PORTO ALEGRE, 30 de Setembro de 2013

Assinador por:

JUSSARA MARIA ROSA MENDES

(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)308--5698 Fax: (513)308--5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Implicações do Otimismo, Autoestima e Suporte Social Percebido na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama”, que faz parte da tese de doutorado da psicóloga Micheline Roat Bastianello, orientada pelo Prof. Dr. Claudio Hutz, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS.

A presente pesquisa tem como objetivo compreender do ponto de vista das mulheres com CA de mama quanto o suporte social que recebem ou receberam e seus recursos internos como, autoestima e otimismo contribuem na sua qualidade de vida. Os resultados desta pesquisa possibilitarão avanços teóricos sobre o tema e a construção de modelos de intervenção mais efetivos e eficazes.

Ao aceitar participar deste estudo, você realizará o preenchimento de uma ficha de caracterização e cinco escalas sobre os temas: suporte social, autoestima, otimismo e qualidade de vida. A pesquisa será realizada através da ferramenta virtual *SurveyMonkey*. O preenchimento de todo o questionário deve levar aproximadamente 45 minutos, e não se pede identificação nominal, o que garante a confidencialidade das informações fornecidas. A participação na pesquisa é voluntária, portanto caso não queira responder o questionário você não deve assinar este termo. Se desejar terá total liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga qualquer prejuízo a você.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis para obter esclarecimentos acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa. A psicóloga Micheline R. Bastianello poderá ser contatado pelo e-mail: mbastianello@hotmail.com. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (CAAE 15695413.6.0000.5334) que poderá ser contatado para esclarecimentos adicionais no endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre – RS, Cep 90035-003; Telefones: (51) 3308-5698 com Ricardo Rambo (Secretário) ou (51)3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia).

Os resultados globais da pesquisa serão divulgados através da tese e estarão à disposição na Biblioteca da Psicologia da UFRGS.

Pelo presente Termo de Consentimento declaro que fui informada, de forma clara, dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa, e que estou de acordo em participar da mesma. Fui igualmente informada: a) da liberdade de participar ou não da pesquisa sem que isto me traga qualquer prejuízo; b) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; c) da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade; d) que as informações obtidas com os questionários serão arquivadas junto ao banco de dados do pesquisador responsável na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ficando disponíveis para futuras análises.

Ao clicar no botão ‘Aceito Participar da Pesquisa’ você estará assinando virtualmente o presente Termo de Consentimento. Nele você declara que autoriza a sua participação na presente pesquisa e que seus dados coletados serão para fins científicos. Também declara que foi informada dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa de forma clara e detalhada. E que foi esclarecida do fato de que sua participação é confidencial e não acarretará nenhum prejuízo para a sua vida pessoal.

Aceito

Não Aceito