

Universidades Lusíada

Carvalho, Mariana da Costa, 2001-

O papel do suporte social, da resiliência e da autoestima no cancro da mama: impacto na adaptação à doença em mulheres adultas

<http://hdl.handle.net/11067/8721>

Metadados

Data de Publicação	2025
Resumo	O diagnóstico de cancro da mama representa uma experiência profundamente desafiante e impactante para a maioria das mulheres. O presente estudo teve como principal objetivo analisar o impacto do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica à doença em mulheres adultas diagnosticadas com cancro da mama. Para tal, realizou-se um estudo quantitativo, de delineamento transversal, com uma amostra de 145 participantes. A recolha de dados foi efetuada através de um questionár... A breast cancer diagnosis represents a profoundly challenging and impactful experience for most women. The present study aimed to analyze the impact of social support, resilience, and self-esteem on psychological adaptation to the disease in adult women diagnosed with breast cancer. To this end, a quantitative, cross-sectional study was conducted with a sample of 145 participants. Data collection was carried out through a sociodemographic and clinical questionnaire, as well as the following scal...
Palavras Chave	Mama - Cancro - Pacientes - Aspectos psicológicos, Resiliência (Traço da personalidade), Auto-Estima, Mama - Cancro - Pacientes - Serviços para
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T21:02:08Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**O papel do suporte social, da resiliência e da
autoestima no cancro da mama: impacto na
adaptação à doença em mulheres adultas**

Realizado por:
Mariana da Costa Carvalho

Orientado por:
Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador:	Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Arguente:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 24 de abril de 2026

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**O papel do suporte social, da resiliência e da
autoestima no cancro da mama: impacto na
adaptação à doença em mulheres adultas**

Mariana da Costa Carvalho

Lisboa

Agosto 2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**O papel do suporte social, da resiliência e da
autoestima no cancro da mama: impacto na
adaptação à doença em mulheres adultas**

Mariana da Costa Carvalho

Lisboa

Agosto 2025

Mariana da Costa Carvalho

O papel do suporte social, da resiliência e da autoestima no cancro da mama: impacto na adaptação à doença em mulheres adultas

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Mariana da Costa Carvalho
Orientador Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Título O papel do suporte social, da resiliência e da autoestima no cancro da mama: impacto na adaptação à doença em mulheres adultas
Local Lisboa
Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CARVALHO, Mariana da Costa, 2001-

O papel do suporte social, da resiliência e da autoestima no cancro da mama : impacto na adaptação à doença em mulheres adultas / Mariana da Costa Carvalho ; orientado por Miguel da Costa Nunes de Freitas. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - FREITAS, Miguel da Costa Nunes de, 1981-

LCSH

1. Mama - Cancro - Pacientes - Aspetos psicológicos
2. Mama - Cancro - Pacientes - Serviços para
3. Resiliência (Traço da personalidade)
4. Auto-estima
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Breast - Cancer - Patients - Psychological aspects
2. Breast - Cancer - Patients - Services for
3. Resilience (Personality trait)
4. Self-esteem
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC280.B8 C37 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Aos meus pais, Daniel e Catarina,
pelo exemplo de força, resiliência e pela forma
como, todos os dias, me inspiram a ser melhor.
São, e serão sempre, a minha maior referência.

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação representa o culminar de uma trajetória académica exigente, mas profundamente enriquecedora. A concretização deste percurso só foi possível graças ao apoio, à orientação e ao incentivo de várias pessoas e instituições, a quem expresso o meu mais sincero reconhecimento.

À Universidade Lusíada de Lisboa, agradeço o ambiente de aprendizagem e desenvolvimento pessoal proporcionado ao longo destes dois anos, que marcaram uma etapa importante da minha vida.

Ao Professor Doutor Miguel Freitas, manifesto o meu agradecimento pela orientação, pela disponibilidade e pelo apoio na concretização deste trabalho.

Aos docentes que me acompanharam ao longo de todo o percurso académico, agradeço a partilha de conhecimentos e o contributo valioso para a minha formação profissional e para o meu desenvolvimento pessoal.

Aos colegas de curso, com quem partilhei desafios, aprendizagens e conquistas, deixo um agradecimento sincero pelas trocas de saberes e pelo apoio mútuo, que tornaram esta jornada mais leve e significativa.

Aos meus amigos, agradeço, com carinho, a compreensão, o apoio e o incentivo constantes, que se revelaram fundamentais para manter o bem-estar emocional e a motivação, especialmente nos momentos mais desafiantes.

Por fim, deixo o meu mais sincero e profundo agradecimento à minha família e ao meu companheiro. O vosso amor incondicional, a confiança que sempre me transmitiram e a presença constante foram, e continuam a ser, os pilares que sustentam o meu percurso, tanto pessoal como profissional. Nos momentos mais difíceis, são a minha força e serenidade, permitindo-me enfrentar os desafios com coragem e determinação. Sem a vossa presença, nada disto teria o mesmo significado.

Resumo

O diagnóstico de cancro da mama representa uma experiência profundamente desafiante e impactante para a maioria das mulheres. O presente estudo teve como principal objetivo analisar o impacto do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica à doença em mulheres adultas diagnosticadas com cancro da mama. Para tal, realizou-se um estudo quantitativo, de delineamento transversal, com uma amostra de 145 participantes. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário sociodemográfico e clínico, bem como das seguintes escalas: Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) e Escala de Adaptação Psicológica (PAS). As análises estatísticas incluíram estatísticas descritivas, correlações de Spearman, regressão linear múltipla e o teste de Mann-Whitney para comparação de grupos. Os resultados revelaram correlações positivas e significativas entre suporte social, resiliência, autoestima e adaptação psicológica. Contudo, apenas o suporte social e a resiliência emergiram como preditores estatisticamente significativos da adaptação psicológica no modelo de regressão, não se verificando esse efeito para a autoestima. Estes dados reforçam o papel do suporte social e da resiliência na adaptação psicológica de mulheres com cancro da mama, sublinhando a importância de intervenções clínicas orientadas para a promoção e mobilização destes recursos psicossociais.

Palavras-chave: Suporte Social, Resiliência, Autoestima, Adaptação à Doença, Cancro da Mama.

Abstract

A breast cancer diagnosis represents a profoundly challenging and impactful experience for most women. The present study aimed to analyze the impact of social support, resilience, and self-esteem on psychological adaptation to the disease in adult women diagnosed with breast cancer. To this end, a quantitative, cross-sectional study was conducted with a sample of 145 participants. Data collection was carried out through a sociodemographic and clinical questionnaire, as well as the following scales: Social Support Satisfaction Scale (ESSS), Cancer-Specific Resilience Scale (ER-EC-10), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and Psychological Adaptation Scale (PAS). Statistical analyses included descriptive statistics, Spearman correlations, multiple linear regression, and the Mann-Whitney test for group comparisons. The results revealed positive and significant correlations between social support, resilience, self-esteem, and psychological adaptation. However, only social support and resilience emerged as statistically significant predictors of psychological adaptation in the regression model, with no such effect observed for self-esteem. These findings reinforce the role of social support and resilience in the psychological adaptation of women with breast cancer, highlighting the importance of clinical interventions aimed at promoting and mobilizing these psychosocial resources.

Key-Words: Social Support, Resilience, Self-Esteem, Disease Adaptation, Breast Cancer.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N= 145).....	37
Tabela 2- Caracterização Clínica da Amostra (N= 145).....	39
Tabela 3- Estatística descritiva da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	46
Tabela 4- Estatística descritiva da Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10).....	47
Tabela 5- Estatística descritiva da Escala de Adaptação Psicológica (PAS).....	48
Tabela 6- Correlação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10).....	49
Tabela 7- Correlação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS).....	51
Tabela 8- Correlação entre a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS).....	52
Tabela 9- Correlação entre a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS).....	53
Tabela 10- Resumo do Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Adaptação Psicológica.....	54
Tabela 11- Coeficientes da Regressão Linear Múltipla para a Adaptação Psicológica.....	54
Tabela 12- Comparação Estatística dos Níveis de Resiliência de Acordo com o Estadio Clínico: Teste de Mann-Whitney.....	55

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	4
A Doença Oncológica	4
Caracterização do Cancro da Mama	5
Adaptação ao Cancro	9
Processo de Adaptação	9
Desafios Psicossociais Associados ao Diagnóstico e Tratamento	12
Teorias e Estratégias de Coping no Contexto Oncológico	16
Variáveis Psicossociais em Estudo	20
Suporte Social	20
Resiliência.....	26
Autoestima	30
Objetivos	35
Método	36
Participantes.....	36
Instrumentos.....	40
Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica.....	40
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	40
Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10).....	41
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).....	42
Escala de Adaptação Psicológica (PAS).....	43

Procedimento	43
Análise de Dados	45
Resultados	46
Estatística Descritiva das Variáveis	46
Análise de Correlações	48
Relação entre o Suporte Social e a Resiliência	48
Relação entre o Suporte Social e a Adaptação Psicológica	50
Relação entre a Resiliência e a Adaptação Psicológica	51
Relação da Autoestima com o Suporte Social, Resiliência e Adaptação Psicológica	52
Modelos de Regressão	53
Suporte Social, Resiliência e Autoestima como preditores da Adaptação Psicológica	53
Análise Comparativa entre Grupos	54
Diferenças nos níveis de Resiliência em função do Estadio Clínico (Iniciais vs. Avançados)	54
Discussão	56
Limitações do Estudo.....	62
Implicações para Investigações Futuras.....	62
Referências.....	64
Anexos	79

Introdução

A doença oncológica constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, representando um desafio significativo para a saúde pública. Entre os diversos tipos de cancro, o cancro da mama destaca-se como a neoplasia mais prevalente entre as mulheres (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2024), evidenciando-se a necessidade de estratégias eficazes de prevenção, deteção precoce, apoio e tratamento (Setyowibowo et al., 2022).

De acordo com os dados epidemiológicos mais recentes, em 2022, foram registados aproximadamente 20 milhões de novos casos de cancro a nível mundial, resultando em cerca de 9,7 milhões de óbitos (World Health Organization [WHO], 2024). Em Portugal, a neoplasia maligna representa a segunda principal causa de morte, sendo precedida apenas pelas doenças cardiovasculares (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2024). No contexto nacional e internacional, os cancros do pulmão, mama e colorretal apresentam as taxas mais elevadas de incidência e mortalidade, delineando um panorama epidemiológico preocupante (IARC, 2024).

A magnitude do cancro da mama é evidente nos dados globais e nacionais. Em 2022, foram registados cerca de 2,3 milhões de novos casos e aproximadamente 670 000 óbitos em todo o mundo. Em Portugal, esta realidade é igualmente marcante, com 8954 novos diagnósticos entre as mulheres e cerca de 2211 óbitos no mesmo período (IARC, 2024).

As projeções epidemiológicas indicam que, até 2050, a incidência global do cancro poderá ultrapassar os 35 milhões de novos casos anuais, refletindo um aumento de 77% face aos 20 milhões estimados em 2022. Este crescimento exponencial é atribuído principalmente ao processo de envelhecimento populacional, ao crescimento demográfico e às alterações nos padrões de exposição a fatores de risco, como tabagismo, consumo de álcool, prevalência crescente da obesidade e poluição atmosférica (WHO, 2024).

Importa ainda destacar que a carga oncológica não se distribui de forma homogênea entre os diferentes países, sendo que as desigualdades no acesso a cuidados de saúde e recursos impactam de forma significativa a incidência e mortalidade. Assim, prevê-se um crescimento desproporcional em regiões com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio e baixo. No cancro da mama, estas disparidades tornam-se evidentes, reforçando a necessidade de garantir a equidade no acesso aos cuidados oncológicos (WHO, 2024).

Para além do impacto epidemiológico, a vivência desta condição é altamente complexa, transversal a diferentes grupos etários, fases de vida e tipos de neoplasias. O diagnóstico oncológico é frequentemente percebido como uma ameaça à vida, configurando-se como uma das patologias mais temidas a nível mundial (OPP, 2024). Esta percepção advém, em parte, do estigma social associado à doença, que a retrata frequentemente como uma condição perigosa e fatal (Festerling et al., 2023; Seiler & Jenewein, 2019).

Embora os avanços terapêuticos tenham aumentado as taxas de sobrevivência em diferentes tipos de cancro, a preocupação constante (Bano et al., 2023; Pasek et al., 2021), a incerteza quanto ao prognóstico e as implicações emocionais inerentes ao diagnóstico contribuem para elevados níveis de sofrimento psicológico (Festerling et al., 2023; Lim et al., 2025). O impacto psicossocial da doença manifesta-se em diversas áreas da vida do paciente, refletindo-se em alterações na dinâmica pessoal, familiar e social, comprometendo a sua qualidade de vida (OPP, 2024).

No contexto específico do cancro da mama, a experiência da doença desafia profundamente a identidade e a imagem corporal das mulheres afetadas. Considerando que as mamas estão simbolicamente associadas à feminilidade e à maternidade, o diagnóstico e os tratamentos podem originar desafios emocionais e psicologicamente complexos (Borgi et al., 2020).

Face à natureza multifacetada do impacto da doença oncológica, este estudo visa investigar o papel do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica ao cancro da mama em mulheres adultas. A compreensão destas variáveis poderá contribuir para a identificação de fatores que favorecem o bem-estar emocional e a qualidade de vida das pacientes, apoiando a definição de estratégias de intervenção mais ajustadas às suas necessidades.

Enquadramento Teórico

A Doença Oncológica

O cancro, também designado por neoplasia maligna, corresponde a um conjunto heterogéneo de doenças caracterizadas pela proliferação celular anómala e desregulada, que resulta na formação de tumores com potencial de invasão e disseminação para outras regiões do organismo. Existem mais de 200 tipos distintos de neoplasias, cada um com especificidades e prognósticos próprios (Ma et al., 2019; Simões, 2016).

O estadiamento oncológico permite avaliar a extensão da doença, sendo que os estadios iniciais se associam a prognósticos mais favoráveis, refletindo menor disseminação e maior potencial de controlo terapêutico (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2025). Entre os principais desafios clínicos destaca-se o processo de metastização, através do qual as células malignas adquirem capacidade migratória, invadem os vasos sanguíneos ou linfáticos e disseminam-se para órgãos distantes, originando focos secundários de proliferação tumoral, designados por metástases (Simões, 2016; SNS, 2025).

A estratégia terapêutica é definida com base numa avaliação abrangente dos dados clínicos, que permite determinar o diagnóstico, estimar o prognóstico e escolher o tratamento mais adequado. Entre as opções disponíveis encontram-se modalidades locais, como a cirurgia e a radioterapia, e modalidades sistémicas, como a quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia e terapêutica-alvo, cuja combinação é ajustada a cada caso conforme a extensão da doença e as suas especificidades (SNS, 2025).

Após o tratamento, pode ocorrer uma fase de remissão, definida pela ausência de sinais clínicos da doença, que pode ser temporária ou permanente. Contudo, subsiste o risco de recidiva, caracterizada pelo reaparecimento da doença devido à persistência de células malignas residuais (SNS, 2025). Os avanços na investigação biomédica têm permitido que,

em muitos casos, a doença oncológica seja gerida como uma condição crónica, sem implicar necessariamente um prognóstico fatal (OPP, 2024).

Caracterização do Cancro da Mama

O cancro da mama constitui a neoplasia maligna mais prevalente entre as mulheres, representando uma das principais causas de mortalidade a nível mundial (IARC, 2024). Esta patologia resulta do crescimento descontrolado de células malignas nos tecidos mamários, podendo ter origem em diferentes regiões da mama, nomeadamente nos lóbulos, responsáveis pela produção de leite, e nos ductos, que o transportam até ao mamilo (Cuthrell & Tzenios, 2023; WHO, 2024).

À semelhança de outras neoplasias, a classificação do cancro da mama baseia-se na localização do tumor, no tipo histológico das células afetadas e na extensão da sua disseminação (WHO, 2024). Esta classificação inclui desde estadios iniciais, em que as células estão confinadas ao local de origem (carcinoma *in situ*), até estadios mais avançados, caracterizados pela invasão dos tecidos adjacentes e eventual metastização (carcinoma invasivo), refletindo diferentes graus de complexidade e gravidade da doença (Cuthrell & Tzenios, 2023; WHO, 2024).

Epidemiologia e incidência em Portugal e no mundo. Em 2022, o cancro da mama foi responsável por aproximadamente 670 mil mortes em todo o mundo, destacando-se como a neoplasia mais prevalente em 157 dos 185 países documentados, incluindo Portugal, onde se registaram 8954 novos casos e um total de 2211 óbitos. Esta realidade evidencia a abrangência global e o impacto significativo desta doença, presente em todas as regiões do mundo (IARC, 2024; WHO, 2024).

O aumento da incidência do cancro da mama deve-se, em parte, ao aprimoramento e expansão das técnicas de rastreio, que possibilitam a deteção precoce de um maior número de casos, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade associada (Loibl et al.,

2024). Entre 1980 e 2020, a mortalidade padronizada por idade diminuiu cerca de 40%, refletindo a eficácia das estratégias implementadas (WHO, 2024). Para além destes avanços, fatores demográficos, como o envelhecimento e o crescimento populacional, aliados a uma maior consciencialização pública (Lei et al., 2021; Sharma, 2019) e a um melhor acesso a cuidados de saúde em algumas regiões, têm contribuído para o aumento do número de diagnósticos (Loibl et al., 2024).

Apesar dos progressos alcançados, persistem disparidades significativas nas taxas de diagnóstico e mortalidade, fortemente influenciadas pelo contexto socioeconómico. Países com elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) registam taxas mais altas de diagnóstico (Wilkinson & Gathani, 2022), decorrentes da implementação de programas de rastreio e do acesso a tratamentos eficazes, o que contribui para a deteção precoce e melhores prognósticos (Loibl et al., 2024). Em contrapartida, regiões com IDH inferior apresentam taxas de mortalidade mais elevadas (Sharma, 2019; WHO, 2024), associadas ao diagnóstico em fases mais avançadas da doença, escassez de recursos médicos, acesso limitado a cuidados e níveis reduzidos de literacia em saúde (Sharma, 2019; Wilkinson & Gathani, 2022).

Etiologia e fatores de risco associados. O desenvolvimento do cancro da mama resulta da interação de múltiplos fatores individuais, genéticos, ambientais e comportamentais (Hamid & Khan, 2021; Lei et al., 2021). Entre estes, o sexo feminino constitui o principal fator de risco, uma vez que cerca de 99% dos casos ocorrem em mulheres, sendo a incidência em homens rara (entre 0,5 e 1%) (WHO, 2024).

Embora esta patologia possa surgir em qualquer idade, o risco aumenta significativamente a partir dos 40 anos (WHO, 2024). Por isso, a deteção precoce assume particular importância, sendo habitualmente recomendada a realização de mamografias de rastreio entre os 50 os 69 anos (Loibl et al., 2024).

Para além do sexo e da idade, destacam-se outros fatores de risco, geralmente classificados como modificáveis e não modificáveis. Entre os primeiros incluem-se hábitos e estilos de vida que podem ser alterados, como o excesso de peso ou obesidade, o tabagismo, a falta de atividade física e o consumo de alimentos ricos em gordura (Lei et al., 2021; Sharma, 2019). Neste contexto, a promoção de comportamentos saudáveis revela-se determinante, podendo contribuir para a prevenção de 30% a 50% das mortes por cancro (OPP, 2024).

Por outro lado, os fatores não modificáveis incluem características biológicas e circunstâncias imutáveis, tais como a menarca precoce, a gravidez tardia, a ausência de amamentação, a exposição prévia a radiações ou o uso prolongado de terapias hormonais (Lei et al., 2021; Sharma, 2019). Adicionalmente, a história familiar de cancro da mama e certas alterações genéticas hereditárias aumentam a suscetibilidade à doença (Hamid & Khan, 2021; WHO, 2024).

Contudo, cerca de metade dos diagnósticos ocorre em mulheres que não apresentam qualquer um destes fatores identificados, para além de serem do sexo feminino e terem mais de 40 anos (WHO, 2024). Este dado evidencia a complexidade multifatorial desta neoplasia e reforça a importância da investigação contínua, da prevenção primária e da sensibilização da população (Setyowibowo et al., 2022).

Diagnóstico, tratamento e pós-tratamento. Perante a suspeita de cancro da mama, o diagnóstico baseia-se numa avaliação clínica rigorosa, complementada por uma anamnese detalhada, técnicas de imagiologia adequadas e a realização de exames adicionais, como biópsias. Esta abordagem integrada permite identificar alterações suspeitas no tecido mamário, avaliar o risco individual, confirmar a presença de células malignas e caracterizar o tipo histológico do tumor (Cardoso et al., 2019; Loibl et al., 2024).

Com os dados obtidos nestes exames, é possível distinguir entre tumores localizados e formas invasivas (Cuthrell & Tzenios, 2023; WHO, 2024), bem como identificar os subtipos

moleculares do cancro através da análise dos marcadores biológicos que se associam a perfis clínicos e prognósticos distintos (Orrantia-Borunda et al., 2022).

Os subtipos mais frequentes incluem o Luminal A, caracterizado por um crescimento mais lento e menor agressividade, associado a um prognóstico favorável; o Luminal B, que apresenta maior agressividade e um prognóstico menos favorável; o HER2-Positivo, com evolução mais rápida em comparação aos tumores luminais e um prognóstico reservado; e, por fim, o Triplo-Negativo, reconhecido pela sua elevada agressividade, maior risco de recidiva precoce e um prognóstico desfavorável (Orrantia-Borunda et al., 2022).

Além das características do tumor, a idade da paciente pode influenciar aspetos biológicos da doença e a sua evolução clínica. Em mulheres mais jovens, observa-se, geralmente, a presença de tumores de maior dimensão, maior número de gânglios linfáticos afetados e menor expressão de recetores hormonais, fatores associados a um risco acrescido de recidivas precoces e a uma probabilidade reduzida de sobrevivência global (Kasgri et al., 2024).

Esta heterogeneidade evidencia a necessidade de adaptar o tratamento às particularidades de cada caso, com o objetivo de maximizar a eficácia terapêutica e melhorar os resultados clínicos (Orrantia-Borunda et al., 2022). Nesse sentido, podem ser considerados tratamentos neoadjuvantes, administrados antes de uma eventual cirurgia, ou adjuvantes, administrados posteriormente (Loibl et al., 2024; WHO, 2024).

A cirurgia pode consistir na remoção total da mama (mastectomia total) ou na remoção localizada do tecido tumoral (mastectomia parcial). A radioterapia visa reduzir o risco de recidiva local, podendo ser utilizada tanto para evitar intervenções cirúrgicas mais complexas em fases iniciais da doença, como para eliminar possíveis células tumorais residuais após o procedimento cirúrgico (Loibl et al., 2024; WHO, 2024). Em determinados casos, recorre-se a tratamentos farmacológicos para impedir a progressão tumoral e prevenir a disseminação,

sendo a quimioterapia habitualmente indicada para os casos mais graves (Orrantia-Borunda et al., 2022; WHO, 2024).

Devido à complexidade da doença e às potenciais complicações a longo prazo, o seguimento clínico tende a ser estruturado de forma abrangente e individualizada, assegurando a monitorização contínua da saúde e do bem-estar das pacientes. Para tal, a periodicidade das consultas e dos exames de rastreio é definida de acordo com o perfil de risco individual e as necessidades específicas de cada caso (Loibl et al., 2024).

Além da vigilância clínica, o acompanhamento deve incluir uma abordagem multidimensional que considere os aspetos psicológicos ao longo de todo o percurso, desde o diagnóstico até ao pós-tratamento (Lim et al., 2025; Loibl et al., 2024). A gestão das sequelas do tratamento oncológico e da própria doença (Álvarez-Pardo et al., 2023; Morales-Sánchez et al., 2021), assim como a ansiedade relacionada com a potencial recorrência da neoplasia, constituem fatores de stresse psicossocial que impactam significativamente o bem-estar geral (Yektatalab & Ghanbari, 2020).

Adaptação ao Cancro

Processo de Adaptação

O diagnóstico de cancro constitui um evento profundamente impactante, desencadeando um conjunto de reações emocionais e desafios inesperados, que podem exercer um impacto significativo na saúde mental e no bem-estar geral dos indivíduos (Lim et al., 2025; OPP, 2024).

A adaptação à doença implica uma série de modificações significativas em múltiplas esferas da vida, incluindo a incerteza quanto ao prognóstico, alterações na imagem corporal, dor crónica, limitações físicas, dificuldades financeiras, estigmatização social e impacto nas relações interpessoais e nos projetos de vida. Estes fatores podem precipitar respostas

emocionais intensas e heterogêneas, frequentemente caracterizadas por estados de choque, negação, angústia, revolta e tristeza (Osmialowska et al., 2021; OPP, 2024).

A heterogeneidade das respostas adaptativas deve-se, em grande medida, à interação entre fatores individuais e contextuais, tais como o estadio da doença, a fase do ciclo de vida, o nível de literacia em saúde e as características psicossociais do indivíduo (OPP, 2024).

Variáveis como os traços de personalidade e as estratégias de *coping* utilizadas desempenham um papel determinante na trajetória de ajustamento psicológico (Carreiro et al., 2025; Lewandowska et al., 2020).

Para além destes fatores, as representações individuais sobre a doença e as crenças prévias relativas à saúde podem condicionar a resposta emocional ao diagnóstico e o envolvimento no processo terapêutico (OPP, 2024). O cancro representa, para muitos, não apenas uma ameaça à integridade física, mas também uma perceção de perda de controlo sobre diversos domínios da vida, incluindo elementos centrais da identidade pessoal e do funcionamento quotidiano (Simancas Fernández et al., 2023). As evidências científicas sugerem que os pacientes que percecionam a doença como uma injustiça ou uma perda irreparável apresentam maior dificuldade na regulação do stresse e da ansiedade, tornando-se mais suscetíveis ao sofrimento psicológico e à adoção de uma atitude negativa face ao tratamento (Pasek et al., 2021).

Deste modo, a adaptação ao cancro configura-se como um processo dinâmico e idiossincrático (OPP, 2024), influenciado por múltiplos determinantes biopsicossociais, que interagem ao longo do tempo, moldando a experiência subjetiva da doença e o percurso terapêutico de cada indivíduo (Calderón et al., 2021).

A resposta emocional ao diagnóstico pode manifestar-se de forma imediata ou desenvolver-se progressivamente ao longo do tempo, sendo frequentemente exacerbada pela sobrecarga de informações médicas e pela urgência na tomada de decisões terapêuticas. O

início do percurso oncológico é marcado por um conjunto de exigências adaptativas, incluindo consultas médicas frequentes, exames, procedimentos cirúrgicos e interações constantes com diferentes profissionais de saúde (OPP, 2024).

Estas exigências, aliadas à imprevisibilidade do tratamento, podem originar flutuações emocionais que, por sua vez, influenciam negativamente a adesão terapêutica e a evolução clínica da doença. Além disso, a presença de condições pré-existentes de saúde mental pode moldar a resposta psicológica ao cancro, intensificando sintomas de ansiedade, depressão e isolamento social, ou aumentando a probabilidade de recaída em comportamentos aditivos. Contudo, em alguns indivíduos, o diagnóstico não resulta em alterações significativas no funcionamento psicológico pré-existente (OPP, 2024).

Face à complexidade e variabilidade das reações emocionais, torna-se evidente a necessidade de intervenções psicológicas, especialmente quando o sofrimento compromete o funcionamento diário ou dificulta a adaptação à nova realidade (Lim et al., 2025). Paralelamente, a implementação de estratégias de autocuidado, como a participação em atividades prazerosas, a manutenção de uma alimentação equilibrada e a procura de apoio quando necessário, constitui um recurso essencial para a preservação do bem-estar e para a facilitação do processo adaptativo (OPP, 2024).

Apesar dos desafios inerentes ao percurso oncológico, a experiência do cancro assume, em alguns casos, um carácter transformador. O confronto com a doença pode catalisar mudanças positivas na perceção de vida dos indivíduos, promovendo uma reavaliação de prioridades, um maior investimento nas relações interpessoais e o fortalecimento da resiliência. Este processo de transformação inclui frequentemente um aumento do autoconhecimento e uma valorização acrescida das experiências quotidianas, contribuindo para a redefinição do sentido de vida após a doença (OPP, 2024).

Desafios Psicossociais Associados ao Diagnóstico e Tratamento

A adaptação ao cancro da mama envolve desafios multifacetados, que vão além do impacto clínico da doença e estendem-se a dimensões psicológicas, sociais e existenciais. Desde o momento do diagnóstico, as pacientes enfrentam alterações significativas, com implicações na imagem corporal, mudanças nos papéis familiares e sociais, preocupações com a fertilidade, sexualidade e estabilidade relacional (Cagirtekin & Tanriverdi, 2023; Kasgri et al., 2024). Além disso, a incerteza em relação ao futuro, a necessidade de preservar a autonomia individual e a procura de sentido para a experiência oncológica intensificam o peso emocional da doença (Csuka et al., 2023, OPP, 2024). Em alguns casos, surgem dilemas existenciais e espirituais, associados ao questionamento da fé e à confrontação com a finitude da vida (OPP, 2024).

A dor, enquanto manifestação central da experiência oncológica, apresenta uma natureza multidimensional, englobando tanto o sofrimento físico quanto o sofrimento psicológico. A sua intensidade está diretamente associada ao bem-estar global do paciente, influenciando aspetos como a funcionalidade física e cognitiva, as relações interpessoais, a percepção da autoimagem e a projeção do futuro (Osmialowska et al., 2021). A adaptação ao diagnóstico oncológico exige, por isso, a gestão contínua dos efeitos secundários da doença e dos tratamentos, incluindo dor crónica, fadiga e impacto emocional prolongado, que podem comprometer significativamente a qualidade de vida (Omari et al., 2022).

Antes do tratamento, é comum que sentimentos de ansiedade e preocupação se manifestem. O desejo de iniciar rapidamente a terapêutica para evitar a progressão da doença pode coexistir com receios quanto aos efeitos adversos e às implicações no quotidiano. No entanto, esse período pode também ser marcado por um sentimento de esperança, associado à expectativa de um desfecho favorável (OPP, 2024).

A fase de tratamento constitui um dos períodos mais exigentes, impactando não apenas o bem-estar físico, mas também a esfera emocional e social das pacientes. Enquanto alguns indivíduos experienciam efeitos adversos moderados e temporários, outros enfrentam sintomas mais debilitantes, que interferem na execução das atividades diárias e na vida profissional (OPP, 2024). A acumulação desses sintomas pode restringir progressivamente a participação social e a autonomia (Omari et al., 2022), aumentando a dependência de familiares e cuidadores (Kasgri et al., 2024). Essa dependência, por sua vez, pode intensificar o sofrimento emocional, desencadeando sentimentos de frustração, inutilidade, perda de propósito, desesperança e solidão (Kasgri et al., 2024; OPP, 2024).

Além das repercussões físicas e emocionais, surgem também outros desafios psicossociais relevantes. A complexidade logística e administrativa, marcada por um elevado número de consultas, exames, procedimentos médicos e períodos de espera prolongados para resultados, representa uma fonte adicional de stresse, contribuindo para o desgaste global do paciente (OPP, 2024). A intensidade desses desafios varia consoante o suporte familiar e profissional disponível, o nível socioeconómico e as estratégias individuais de *coping* (Cagirtekin & Tanriverdi, 2023; Mishra & Saranath, 2019).

Em simultâneo, muitas pacientes experienciam alterações na autoestima e na perceção da sua imagem corporal, frequentemente associadas a sentimentos de insatisfação e desconforto com a autoimagem. Além disso, podem também surgir sentimentos de impotência, dificuldades significativas em elaborar planos futuros, sensação de vulnerabilidade, alterações na função e satisfação sexual, assim como isolamento, incompreensão e solidão (OPP, 2024). O estigma cultural associado ao cancro pode ainda limitar a disposição dos doentes para partilhar informações pessoais, contribuindo para esse isolamento social (Kang et al., 2024).

Além dessas dificuldades, a culpa é outro fenómeno frequentemente relatado por pacientes oncológicos, podendo manifestar-se sob diferentes formas, tais como a perceção de ser um peso para os familiares, o arrependimento por não ter adotado hábitos de vida mais saudáveis, o impacto financeiro dos cuidados de saúde ou a interrupção da carreira profissional. Estas preocupações podem gerar stress e ansiedade adicional, contribuindo para o agravamento do sofrimento psicológico (OPP, 2024).

No contexto oncológico, é amplamente reconhecido que os pacientes apresentam um risco aumentado de desenvolver perturbações emocionais clinicamente significativas (Borgi et al., 2020; Simancas Fernández et al., 2023). Estima-se que entre 30% a 40% dos indivíduos diagnosticados com cancro experienciem sintomas de depressão e ansiedade (OPP, 2024), sendo a ansiedade relacionada com a própria morte um fator particularmente relevante na neoplasia mamária (Kong et al., 2024; Yang et al., 2024). Esta sintomatologia pode comprometer a qualidade de vida das pacientes e prolongar o período de recuperação da doença (Kong et al., 2024; Yektatalab & Ghanbari, 2020).

A vulnerabilidade psicológica pode ser particularmente acentuada em pacientes jovens, dado que a doença ocorre numa fase de elevada exigência social e profissional. Estas mulheres enfrentam desafios adicionais, como a conciliação entre o tratamento e as responsabilidades laborais, conjugais e parentais (Kang et al., 2024; Kasgri et al., 2024). A sobrecarga resultante da acumulação destes papéis pode intensificar o impacto emocional da doença, dificultando a adaptação à nova realidade (Kang et al., 2024).

Além disso, a infertilidade, a menopausa iatrogénica e as alterações corporais podem gerar sentimentos de perda e receio quanto ao futuro, exigindo um ajustamento constante às novas circunstâncias, frequentemente com repercussões duradouras (Kasgri et al., 2024). Por outro lado, em pacientes mais velhas, os desafios associados ao cancro da mama incluem a presença de comorbilidades, dificuldades no acesso a cuidados de saúde, declínio cognitivo e

perda progressiva de autonomia, o que acrescenta complexidade ao tratamento e à gestão da doença (Kasgri et al., 2024).

Após a conclusão do tratamento, a adaptação ao período de recuperação pode representar um desafio significativo. Durante esta fase, alguns indivíduos enfrentam um declínio no suporte social, seja pelo afastamento de familiares e amigos que os acompanharam no período mais crítico, seja pela redução do contacto frequente com a equipa médica. Paralelamente, o maior tempo disponível para refletir sobre a experiência e o impacto da doença pode exacerbar sentimentos de ansiedade, especialmente no que concerne ao receio de recidiva (OPP, 2024). Esta ansiedade intensifica-se frequentemente nos períodos que antecedem os exames de rotina e monitoramento (Yektatalab & Ghanbari, 2020).

Além disso, as sequelas físicas e emocionais persistentes podem comprometer o regresso à rotina, gerando uma discrepância entre a perceção externa e a vivência interna do paciente. A fadiga crónica, as dificuldades de concentração e a instabilidade emocional, muitas vezes caracterizada por uma maior reatividade afetiva e episódios frequentes de choro, são manifestações comuns que afetam a funcionalidade diária e o processo de reintegração social (OPP, 2024).

Dado o carácter gradual da adaptação psicológica, a aceitação das transformações impostas pela doença ocorre de forma progressiva. Este processo requer um elevado nível de envolvimento e esforço sustentado, podendo conduzir, ao fim de algum tempo, a um estado de exaustão física e emocional. Este desgaste é frequentemente acompanhado por uma ampla gama de respostas psicológicas e emocionais que impactam a perceção do *self*, a qualidade de vida e as dinâmicas interpessoais (OPP, 2024).

Neste contexto, a intervenção de profissionais especializados, como psicólogos, torna-se essencial. Para além de facilitarem a regulação emocional e o ajustamento à condição oncológica, os psicólogos fornecem o suporte necessário para que o paciente possa enfrentar

os desafios impostos pela doença de forma eficaz, atenuando o impacto negativo na saúde mental e promovendo a preservação da qualidade de vida ao longo do processo de adaptação (OPP, 2024).

Teorias e Estratégias de Coping no Contexto Oncológico

A adaptação psicológica ao diagnóstico de cancro exige uma gestão constante de desafios internos e externos, estando intimamente relacionada com a forma como os indivíduos lidam com o stresse (Macía et al., 2021).

A Teoria do Stresse e *Coping*, proposta por Lazarus e Folkman (1984), é um modelo conceitual crucial para compreender o stresse psicológico. Esta teoria destaca a importância da avaliação subjetiva que o indivíduo faz da situação, num processo dinâmico e evolutivo, influenciado pelo contexto e pela interação entre o indivíduo e o ambiente. Durante essa interação, ocorre a avaliação primária, em que o indivíduo atribui um significado pessoal à situação stressora, influenciado por crenças e valores pessoais. Em seguida, realiza-se a avaliação secundária, que consiste na análise das opções disponíveis para lidar com a situação, considerando a capacidade de controlo e os recursos disponíveis. Essas avaliações moldam a perceção da situação e desencadeiam emoções específicas, como tristeza, medo ou excitação (Folkman, 2010; Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* é entendido como o conjunto de estratégias mentais e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidarem com pressões internas e externas de situações desafiadoras (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Folkman, 2010). Essas estratégias englobam uma variedade de comportamentos, ações e pensamentos (Macía et al., 2021) e podem ser orientadas para a resolução de problemas ou para a gestão emocional (Folkman, 2010).

O *coping* centrado no problema aborda diretamente a questão causadora de sofrimento, com o objetivo de mudar ou diminuir o impacto da situação, através do planeamento e resolução dos desafios apresentados. Por outro lado, o *coping* orientado para a emoção visa

regular emoções negativas associadas à situação stressante, incluindo diferentes atitudes como distanciamento, evitamento ou procura de apoio emocional (Folkman, 2010).

A relevância do *coping* no contexto oncológico é ampliada pela natureza imprevisível, exigente e emocionalmente desgastante da doença, que frequentemente exige a tomada de decisões rápidas e fundamentais sobre o tratamento (Boatema Benson et al., 2020; Macía et al., 2021). A capacidade de lidar com o stress e enfrentar a doença é influenciada por múltiplos fatores, incluindo valores pessoais, metas individuais e exigências do ambiente (Fasano et al., 2020; Ozdemir & Tas Arslan, 2018), bem como por variáveis culturais (Sajadian et al., 2017), características psicológicas (Boatema Benson et al., 2020; Lai et al., 2020) e sociodemográficas, como a idade, escolaridade e estado civil (Calderón et al., 2021). Estratégias desadaptativas, como a negação, desesperança e evitamento, são mais prevalentes em pessoas mais velhas, solteiras e com menor escolaridade (Calderón et al., 2021).

Apesar das inevitáveis alterações na rotina e no estado físico causadas pelo diagnóstico do cancro, a preservação de hábitos e atividades que promovam um sentido de normalidade é considerada uma estratégia adaptativa importante. Estas práticas contribuem para a estabilidade emocional e fortalecem o controlo percebido sobre a vida. Importa, contudo, reconhecer que momentos de cansaço, tristeza ou frustração são parte integrante da experiência oncológica e devem ser validados, sendo essenciais para a aceitação da condição e para a gestão emocional ao longo do percurso (OPP, 2024).

Assim, verifica-se que pacientes que adotam estratégias de *coping* mais adaptativas demonstram uma capacidade superior de reduzir o sofrimento psicossocial e de enfrentar as adversidades associadas à doença de maneira mais eficaz (Aizpurua-Perez & Perez-Tejada, 2020; Macía et al., 2021). Por outro lado, a dificuldade em expressar emoções leva frequentemente à adoção de estratégias de *coping* desadaptativas, como a inibição, que,

consequentemente, agravam a dificuldade de adaptação à doença e aumentam o risco de complicações (Macía et al., 2021).

No caso específico do cancro da mama, a adoção de uma abordagem construtiva que encare a doença como um desafio revela-se particularmente relevante (Osmialowska et al., 2021). Estratégias de *coping* como a expressão emocional, a reestruturação cognitiva positiva, o pensamento otimista, a prática de atividades como o ioga e o suporte social assumem um papel central no processo de adaptação psicossocial, funcionando como importantes fatores protetores face ao sofrimento psicológico (Omari et al., 2022).

Além disso, as evidências empíricas indicam que, nas fases iniciais do processo de adaptação, as pacientes tendem a recorrer a estratégias como a procura de apoio social, a reestruturação cognitiva positiva e práticas espirituais, com o intuito de lidar com a insegurança e os desafios impostos pela doença (Sajadian et al., 2017). Durante os primeiros seis meses após o diagnóstico, observa-se um foco predominante na procura ativa de informações sobre o cancro e os respetivos tratamentos (Sajadian et al., 2017), com o objetivo de reduzir a incerteza e aumentar o controlo percebido sobre a situação (OPP, 2024). À medida que o tempo avança, o apoio social, especialmente o suporte proveniente da família e dos amigos, torna-se cada vez mais relevante, funcionando como um recurso facilitador da adaptação emocional e da aceitação da nova realidade (Sajadian et al., 2017).

A reestruturação cognitiva positiva, uma das estratégias mais frequentemente adotadas logo após o diagnóstico, tem como objetivo primordial a manutenção de uma atitude otimista e de uma mentalidade de superação (Sajadian et al., 2017), funcionando como um meio para preservar a esperança e a satisfação com a vida, mesmo diante da gravidade do diagnóstico (Osmialowska et al., 2021). Depois dos primeiros seis meses, esta estratégia tende a ser incorporada na gestão quotidiana do indivíduo, passando de uma resposta imediata ao stresse

para um mecanismo adaptativo a longo prazo, promovendo o bem-estar emocional e fortalecendo a resiliência (Sajadian et al., 2017).

A espiritualidade também desempenha um papel relevante no processo de adaptação psicossocial, sobretudo em contextos marcados pela religiosidade. Algumas pacientes interpretam o diagnóstico como parte de um desígnio espiritual ou uma prova divina, o que facilita a aceitação da condição como algo que transcende o seu controlo pessoal (Sajadian et al., 2017). Para estas pacientes, a fé religiosa e as práticas espirituais revelam-se estratégias de *coping* predominantes, proporcionando conforto psicológico e atenuando a angústia associada à incerteza da doença. Esta dimensão espiritual pode ainda promover uma sensação de apoio transcendente e reforçar a crença num poder superior, contribuindo para minimizar o medo da morte e as preocupações existenciais (Omari et al., 2022; Sajadian et al., 2017).

De forma geral, estratégias de *coping* que envolvem uma abordagem ativa, como o recurso ao suporte social, a reformulação positiva, a perspetiva de futuro e o espírito de luta, estão associadas à redução de sintomas depressivos e ansiosos (Omari et al., 2022), bem como à melhoria da qualidade de vida das pacientes (Zamanian et al., 2022). Paralelamente, atributos psicológicos como o otimismo, a esperança e o sentido de humor, aliados a estratégias como a procura de soluções, a identificação de aspetos positivos e a partilha de sentimentos, contribuem para um ajustamento psicológico mais eficaz (OPP, 2024; Omari et al., 2022).

Em contraste, estratégias de *coping* passivas, como a autoculpabilização e a aceitação passiva, tendem a intensificar a sensação de impotência e a predisposição para interpretar qualquer sintoma como um sinal de deterioração da saúde. Estas abordagens desadaptativas estão associadas a níveis elevados de depressão e ansiedade, dificultando o processo de adaptação à doença e comprometendo a capacidade de enfrentamento das suas consequências (Osmialowska et al., 2021).

Neste contexto, a compreensão das estratégias de *coping* beneficia da análise integrada dos recursos pessoais e contextuais, sublinhando a importância de uma abordagem que considere simultaneamente as dimensões psicológicas e ambientais na promoção do bem-estar psicológico. A investigação indica que o apoio social percebido está positivamente associado à adoção de estratégias de *coping* centradas no problema, verificando-se igualmente uma relação entre a resiliência e o recurso a mecanismos que combinam a resolução de problemas e a regulação emocional (Chen et al., 2021; Macía et al., 2020). De forma semelhante, níveis mais elevados de autoestima tendem a estar associados a uma maior eficácia na gestão de estados emocionais negativos e na manutenção de estados positivos (Stinson & Fisher, 2020).

Variáveis Psicossociais em Estudo

Suporte Social

Definição e tipos de suporte. O suporte social é entendido como a presença de relações interpessoais que transmitem um sentimento de confiança, cuidado, preocupação e disponibilidade para ajudar. Este conceito abrange não só a percepção de que existem pessoas disponíveis a quem recorrer em momentos difíceis, como também o grau de satisfação pessoal associado a esse apoio (Sarason et al., 1983).

A percepção do suporte social recebido pode ser subdividida em três categorias de informação: aquela que leva a crer que o indivíduo é amado, a que lhe transmite a sensação de ser respeitado pelos outros e, por fim, a que o faz acreditar que é um elemento de uma rede social (Cobb, 1976). Assim, o suporte social percebido refere-se à percepção subjetiva do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio, enquanto o suporte social recebido corresponde ao apoio efetivamente prestado por alguém (Cramer et al., 1997).

Para uma compreensão mais detalhada, o suporte social pode ser classificado em três tipos principais: suporte emocional (manifestações afetivas, como ouvir, demonstrar

preocupação e transmitir segurança), suporte instrumental (assistência prática, como auxílio nas tarefas domésticas ou recursos financeiros) e suporte informativo (fornecimento de informações ou orientações pertinentes) (Almuhtaseb et al., 2021; Helgeson, 2003).

No contexto oncológico, cada um destes tipos de suporte desempenha um papel fundamental no enfrentamento da doença. O fornecimento de apoio social contribui para a redução da ansiedade e para o fortalecimento da resiliência em pacientes com cancro da mama, promovendo, assim, uma melhoria significativa na qualidade de vida (Huang et al., 2019; Kong et al., 2024).

As fontes de suporte social podem ser classificadas como informais e formais, consoante a sua origem e estrutura organizacional. As fontes informais incluem indivíduos próximos, como familiares e amigos, bem como grupos sociais, tais como clubes ou comunidades religiosas, que prestam apoio em atividades do quotidiano. Por outro lado, as fontes formais abrangem instituições e indivíduos especializados, como hospitais e profissionais de saúde, que fornecem assistência em caso de necessidade (Dunst & Trivette, 1990, cit. por Pais-Ribeiro, 1999). Esta distinção é essencial para compreender de que forma os diferentes tipos de suporte influenciam o enfrentamento da doença, sendo que a presença simultânea de apoio informal e formal pode ser determinante no sucesso da adaptação ao cancro (OPP, 2024).

Modelos explicativos e funções protetoras. A análise do suporte social, em termos da sua eficácia na promoção da saúde e no enfrentamento de adversidades, requer uma abordagem que vá além da identificação das suas manifestações externas, explorando as múltiplas dimensões subjacentes que estruturam este conceito. O suporte social é um fenómeno complexo, expresso através de várias dimensões interrelacionadas, que envolvem não só a presença de apoio, mas também a qualidade e a adequação às necessidades específicas do indivíduo (Dunst & Trivette, 1990, cit. por Pais-Ribeiro, 1999).

Nesse sentido, o suporte social pode ser conceptualizado como um constructo multidimensional composto por cinco elementos fundamentais: o componente constitucional, que considera as necessidades individuais e a harmonia entre estas e o suporte disponível; o componente relacional, que analisa o papel do contexto familiar, profissional e tamanho da rede social; o componente funcional, relativo à disponibilidade, diversidade e qualidade de apoio; o componente estrutural, que envolve a proximidade física e emocional entre as fontes envolvidas; e, por fim, o componente de satisfação, que avalia a utilidade e eficácia do suporte percebido (Dunst & Trivette, 1990, cit. por Pais-Ribeiro, 1999).

Adicionalmente, a compreensão do impacto do suporte social em contextos adversos é aprofundada através de duas hipóteses teóricas fundamentais, que evidenciam o seu papel protetor durante períodos de stresse e a sua relação com melhores resultados em saúde (Toledo et al., 2020). A hipótese do amortecimento sugere que o apoio social é capaz de atenuar a perceção de stresse, reduzir a relevância percebida do problema e proporcionar recursos para lidar com os desafios, promovendo comportamentos mais saudáveis face à adversidade (Cohen & Wills, 1985). Por sua vez, a hipótese dos efeitos diretos defende que o suporte social está associado a níveis superiores de saúde, independentemente da natureza do stresse experienciado (Sarason & Sarason, 1985, cit. por Toledo et al., 2020).

Relação entre o suporte social e saúde/adaptação ao cancro da mama. O suporte social é amplamente reconhecido como um fator protetor e amortecedor face ao stresse causado por situações desafiadoras (Aydın Sayılan & Demir Doğan, 2020), contribuindo de forma significativa para o fortalecimento emocional e para a preservação da saúde física e mental dos indivíduos (Cobb, 1976; Hamid & Khan, 2021). No contexto da doença oncológica, a sua relevância destaca-se na forma como favorece o enfrentamento à condição, promove a adesão aos tratamentos e otimiza a recuperação dos pacientes (Aydın Sayılan & Demir Doğan, 2020; Lewandowska et al., 2020).

Este apoio assume uma natureza multifacetada, englobando diversas formas de interação com impacto direto na forma como os indivíduos enfrentam as dificuldades físicas e psicológicas associadas à doença (Hamid & Khan, 2021; Mishra & Saranath, 2019). Contudo, a sua eficácia depende de uma série de fatores, incluindo características individuais, como a personalidade e a fase do tratamento em que se encontram, bem como a estabilidade emocional, a abertura e a maturidade psicológica, que influenciam significativamente a forma como os pacientes percebem e beneficiam do suporte social (Pasek et al., 2021).

A ausência de interações sociais significativas, especialmente em indivíduos que vivem sozinhos, está associada a um aumento do risco de incidência de cancro e da mortalidade relacionada com a doença, incluindo em mulheres com cancro da mama. Este fenómeno pode ser parcialmente explicado por comportamentos de saúde menos favoráveis, acesso reduzido a cuidados médicos e diagnósticos mais tardios. Assim, a ausência de uma rede de apoio traduz-se numa maior vulnerabilidade física e emocional, emergindo como um fator de risco adicional (Elovainio et al., 2021).

Por outro lado, o envolvimento social e o apoio emocional exercem uma influência positiva na sobrevivência das pacientes com neoplasia mamária (Kang et al., 2024). O suporte proporcionado por familiares, amigos e profissionais de saúde revela-se fundamental para o acesso a informações relevantes sobre a doença e o fortalecimento das competências de enfrentamento (Hamid & Khan, 2021; Vassilev et al., 2023). Complementarmente, o contacto com outras mulheres em situações semelhantes promove um senso de comunidade, criando oportunidades de partilha e aprendizagens mútuas que facilitam a adaptação à doença (Kang et al., 2024).

A família, em particular, destaca-se como o principal sistema de suporte neste contexto, fornecendo apoio emocional, físico e financeiro, ao mesmo tempo que contribui para a gestão das emoções, para a adesão ao tratamento (Aprilianto et al., 2021; Kasgri et al., 2024) e para

o acompanhamento durante momentos de maior fragilidade (OPP, 2024). Tanto o apoio familiar geral (Aprilianto et al., 2021; Ozdemir & Tas Arslan, 2018) como o suporte específico de parceiros íntimos têm demonstrado associações positivas com uma melhor adaptação à doença e com níveis mais elevados de autoestima em mulheres com cancro da mama (Csuka et al., 2023; Hamid & Khan, 2021; Mishra & Saranath, 2019). Além disso, evidências científicas indicam que pacientes casadas apresentam níveis significativamente mais baixos de ansiedade e uma qualidade de vida superior (Kong et al., 2024).

Paralelamente, a relação estabelecida entre os pacientes e os profissionais de saúde desempenha um papel determinante ao longo do percurso oncológico, frequentemente marcado por períodos de incerteza, progressos e retrocessos (Lim et al., 2025; OPP, 2024). A presença de médicos e enfermeiros que demonstrem empatia, disponibilidade para esclarecer dúvidas e capacidade de resposta relacionada às preocupações do doente e da sua família contribui de forma significativa para uma adaptação mais eficaz (OPP, 2024).

Neste âmbito, as intervenções educativas promovidas por profissionais de saúde revelam-se particularmente relevantes na promoção da qualidade de vida dos pacientes oncológicos (Ruiz-Rodríguez et al., 2022; Vassilev et al., 2023). Estas estratégias centradas em aspetos psicossociais visam fornecer informações detalhadas sobre a patologia e fomentar o desenvolvimento de habilidades de autogestão (Sihvola et al., 2023).

Consequentemente, contribuem para a perceção de controlo (Sihvola et al., 2023), para a redução do sofrimento psicológico (Fasano et al., 2020) e para a melhoria da adesão terapêutica (Wang et al., 2024). Além disso, ao favorecerem um ambiente de partilha de experiências e de diminuição dos receios, estas intervenções promovem uma compreensão mais aprofundada da doença e facilitam a aquisição de competências práticas essenciais para a gestão dos sintomas (Sihvola et al., 2023).

Contudo, a negligência do sofrimento psicológico em pacientes oncológicos, particularmente no caso de mulheres com cancro da mama, associada à falta de reconhecimento por parte da equipa de saúde e à ausência de suporte psicológico adequado, pode resultar em desfechos clínicos negativos, como a baixa adesão aos tratamentos, a recusa em participar nas decisões terapêuticas e o aumento do número de consultas (Omari et al., 2022). Estes fatores evidenciam a necessidade de uma abordagem holística, que inclua o apoio psicológico como parte integrante do percurso terapêutico (OPP, 2024).

Neste contexto, o acompanhamento psicológico especializado ao longo das diferentes fases da doença revela-se essencial na gestão do sofrimento emocional e na adaptação às exigências do processo oncológico. Este tipo de intervenção promove a regulação emocional, facilita a tomada de decisões, otimiza a comunicação entre o doente, a família e os profissionais de saúde, e favorece a adesão aos tratamentos e intervenções cirúrgicas. Em simultâneo, contribui para a gestão da dor, fadiga e desconforto, minimizando os efeitos adversos do tratamento e auxiliando na manutenção da qualidade de vida e promoção do bem-estar (OPP, 2024).

Complementarmente, a intervenção psicológica facilita a reorganização da vida quotidiana, ao considerar dimensões pessoais, profissionais, familiares e sociais, contribuindo para atenuar o impacto da doença nas relações interpessoais. Em fases mais avançadas, assume um papel particularmente relevante, nomeadamente em situações de fim de vida, proporcionando ao doente e à sua rede de apoio uma abordagem mais humanizada e digna (OPP, 2024).

Deste modo, torna-se evidente que um suporte social adequado desempenha um papel central na adaptação à experiência oncológica, influenciando de forma positiva tanto o bem-estar como os resultados clínicos (OPP, 2024). As evidências científicas demonstram que níveis mais elevados de suporte social tendem a refletir-se em estratégias de *coping* mais

adaptativas perante o cancro (Calderón et al., 2021), o que, por sua vez, se traduz numa melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Aydın Sayılan & Demir Doğan, 2020; Ban et al., 2021). O aumento da perceção de apoio está igualmente associado a níveis superiores de sentido de determinação (Calderón et al., 2021), assim como à redução do medo de recidiva (Li et al., 2023), ao incremento da aceitação da doença (Krok et al., 2024) e ao aumento do bem-estar emocional subjetivo (Yang et al., 2024).

Resiliência

Definição e componentes. Ao longo dos últimos séculos, o termo resiliência tem sido frequentemente utilizado e discutido, adquirindo uma ampla variedade de interpretações e significados (Bonanno & Diminich, 2013; Cabanyes Truffino, 2010). Originalmente, o conceito emergiu no âmbito das ciências físicas, onde descrevia a capacidade de um objeto retornar à sua forma original após ser submetido a adversidades, demonstrando resistência e flexibilidade (Babic et al., 2020; Deep & Pereira, 2012).

Posteriormente, o conceito foi integrado nas ciências humanas, passando a incluir habilidades e comportamentos adaptativos dos indivíduos face a contextos desafiantes (Bonanno & Diminich, 2013; Cabanyes Truffino, 2010). Embora os conceitos de resiliência e invulnerabilidade sejam frequentemente associados, é importante reconhecer a sua distinção. A invulnerabilidade refere-se à capacidade de resistir totalmente aos efeitos negativos de situações difíceis, enquanto a resiliência implica lidar ativamente com as consequências dessas situações, permitindo o fortalecimento e a recuperação dos indivíduos (Cabanyes Truffino, 2010).

A resiliência apresenta-se como um processo dinâmico em constante evolução, caracterizado por uma flexibilidade que se adapta às circunstâncias, permitindo o reequilíbrio emocional e a adaptação contínua (Mendes et al., 2023; Wang et al., 2024). Este mecanismo

conduz a resultados de desenvolvimento positivos, mesmo após situações consideradas stressantes e/ou desafiadoras (Babic et al., 2020).

A literatura destaca três aspetos principais da resiliência, nomeadamente, a habilidade de obtenção de resultados positivos mesmo em situações de risco, a existência de competências eficazes para lidar com momentos stressantes e a capacidade de reestruturação após experiências traumáticas (Masten et al., 1990 cit. por Cabanyes Truffino, 2010). Assim, a resiliência pode ser entendida como a habilidade de superação, resistência, reação e adaptação à mudança, que resulta de uma interação complexa entre fatores de risco e fatores protetores (Babic et al., 2020; Festerling et al., 2023; Sihvola et al., 2023).

Este processo envolve reações psicológicas e comportamentais decorrentes da interação entre estímulos externos e mecanismos internos de resposta ao stress (Wang et al., 2024). A resiliência não se limita a um traço individual, mas engloba dimensões biológicas, ambientais e sistémicas (Mendes et al., 2023), sendo moldada por fatores como o contexto de vida, as experiências prévias de adversidade e as aprendizagens adquiridas ao longo do desenvolvimento (Färber & Rosendahl, 2018; Seiler & Jenewein, 2019). Dessa forma, este constructo revela-se complexo, subjetivo e dinâmico, variando de acordo com as circunstâncias e os recursos disponíveis do indivíduo (Mendes et al., 2023).

Resiliência no contexto do cancro: Fatores de risco e fatores protetores: A resiliência desempenha um papel fundamental na adaptação psicológica, refletindo a capacidade individual de enfrentar adversidades, ajustar-se às exigências e transformar experiências desafiadoras em recursos adaptativos (Festerling et al., 2023; Tsai et al., 2021). No contexto da saúde, os níveis de resiliência dos indivíduos podem exercer uma influência significativa nos resultados clínicos, incluindo maior adesão aos tratamentos, recuperação mais eficiente e menor impacto na saúde mental (Färber & Rosendahl, 2018). Como tal, este constructo tem

sido reconhecido como um fator crucial na adaptação a doenças crónicas e no processo de recuperação de indivíduos diagnosticados com tumores malignos (Liu et al., 2023).

Desta forma, a capacidade de enfrentar adversidades, adquirir competências adaptativas e convertê-las em recursos protetores reduz a vulnerabilidade dos pacientes e minimiza o impacto da doença, promovendo uma adaptação bem-sucedida ao percurso terapêutico (Aizpurua-Perez & Perez-Tejada, 2020; Babic et al., 2020). No contexto oncológico, a resiliência é compreendida como um processo multidimensional, influenciado por fatores internos e externos que interagem de forma dinâmica ao longo do tempo (Seiler & Jenewein, 2019).

Entre os fatores internos, destacam-se a existência de um propósito de vida, a autoestima, a capacidade de experienciar emoções positivas, a autoeficácia (Aizpurua-Perez & Perez-Tejada, 2020; Seiler & Jenewein, 2019), assim como a autorreflexão e o sentido de responsabilidade (Macía et al., 2021). Por outro lado, os fatores externos incluem o suporte social, o contexto familiar (Aizpurua-Perez & Perez-Tejada, 2020), o estadió e prognóstico da doença, bem como variáveis sociodemográficas, tais como o sexo, a idade e o nível de escolaridade (Wang et al., 2024).

A resiliência familiar, definida como a capacidade da família para lidar com desafios e situações stressantes, tem sido identificada como um elemento determinante na promoção da resiliência individual dos pacientes. Assim, o suporte social percebido dentro do seio familiar fortalece a capacidade de enfrentamento da doença e contribui para uma melhor adaptação psicológica e emocional (Chen et al., 2021).

A interação entre fatores clínicos e contextuais influencia significativamente a resiliência das pacientes com cancro da mama. Mulheres diagnosticadas em fases iniciais, submetidas a tratamentos mais curtos, com forte suporte social e maior nível educacional tendem a apresentar níveis mais elevados de resiliência. Em contrapartida, a realização de tratamentos

prolongados e a rápida progressão da doença associam-se a uma menor capacidade de adaptação psicológica (Liu et al., 2023).

Neste contexto, estudos indicam variações estatisticamente significativas nos constructos de resiliência psicológica, ansiedade e qualidade de vida, em função do estadió tumoral. As pacientes nos estádios I e II apresentam níveis mais elevados de resiliência psicológica e qualidade de vida, bem como menores níveis de ansiedade, quando comparadas com pacientes nos estádios III e IV, que manifestam maior sofrimento emocional e menor capacidade adaptativa (Kong et al., 2024).

Adicionalmente, evidências científicas sugerem uma relação inversa entre os níveis de resiliência e os níveis de sofrimento psicológico e emocional em pacientes oncológicos (Matzka et al., 2016). A resiliência é amplamente reconhecida como um fator protetor, estando associada a uma melhor saúde geral (Cerezo et al., 2022; Mácia et al., 2021), maior frequência de emoções positivas (Cerezo et al., 2022), redução da sintomatologia ansiosa e depressiva, melhoria da qualidade do sono (Lai et al., 2020) e manutenção de um estado psicológico favorável (Wang et al., 2024).

Contudo, o diagnóstico de cancro constitui, por si só, um evento indutor de medo que, quando combinado com pressões financeiras frequentemente associadas aos tratamentos, pode agravar as respostas ao stresse psicológico e comprometer a resiliência das pacientes (Kong et al., 2024).

Neste sentido, o fortalecimento da resiliência emerge como uma estratégia essencial para minimizar os efeitos negativos da doença e melhorar a qualidade de vida das pacientes com cancro da mama, independentemente do prognóstico clínico (Kong et al., 2024; Liu et al., 2023). A adoção de intervenções direcionadas à promoção deste constructo não só contribui para a melhoria da resposta emocional e funcional ao longo do processo oncológico, como

também potencia o bem-estar geral das pacientes, facilitando um ajustamento mais adaptativo à condição clínica (Wu et al., 2016).

Autoestima

Definição e fatores associados. A percepção que um indivíduo tem de si próprio desempenha um papel crucial na sua vida, influenciando diretamente os seus pensamentos, emoções e comportamentos. Esta percepção não só molda a interpretação de experiências passadas, como também orienta as ações presentes e influencia a projeção de resultados futuros (Stinson & Fisher, 2020). Este processo baseia-se numa atitude interna composta por factos, opiniões e crenças pessoais, que podem resultar numa visão favorável ou desfavorável do *self* (Rosenberg, 1965).

Embora frequentemente utilizados de forma semelhante, o autoconceito e a autoestima apresentam distinções conceituais relevantes. O autoconceito refere-se ao conjunto de percepções que o indivíduo constrói relativamente às suas próprias características e identidade (Santos & Maia, 2003), enquanto a autoestima representa a dimensão avaliativa dessas percepções (Rosenberg, 1965; Rosenberg et al., 1978).

Neste enquadramento, a autoestima pode ser compreendida como um constructo psicológico que reflete o valor atribuído ao próprio *self*, podendo manifestar-se de forma positiva ou negativa (Álvarez-Pardo et al., 2023). Esta avaliação subjetiva engloba o grau de satisfação ou insatisfação com as próprias qualidades e características (Álvarez-Pardo et al., 2023; Yang et al., 2024). Importa sublinhar que uma autoestima elevada não implica uma percepção de superioridade em relação aos outros, mas sim um respeito saudável pelo próprio eu (Vidhya et al., 2019).

A autoestima pode ser categorizada de forma dicotómica, apresentando-se em níveis elevados ou reduzidos. No primeiro caso, caracteriza-se pelo sentimento de valor pessoal,

satisfação, aceitação e respeito próprio, estando associada ao reconhecimento das próprias limitações e ao desejo de desenvolvimento pessoal. Por outro lado, uma autoestima baixa é marcada por sentimentos de insatisfação, infelicidade e rejeição pessoal, frequentemente acompanhados por uma percepção de falta de valor próprio e pelo desejo de mudança (Rosenberg, 1965).

A forma como a autoestima se manifesta pode exercer um impacto significativo na saúde mental e no bem-estar geral. Indivíduos com baixa autoestima tendem a apresentar maior vulnerabilidade a eventos adversos (Niveau et al., 2021), o que compromete a sua capacidade de lidar com os desafios do quotidiano. Esta fragilidade pode resultar em consequências negativas ao nível da saúde mental e física, incluindo sintomas de ansiedade e queixas somáticas (Yektatalab & Ghanbari, 2020). Em contrapartida, uma autoestima elevada encontra-se associada a níveis superiores de resiliência, promovendo respostas mais adaptativas face às adversidades (Niveau et al., 2021).

Para além do seu impacto na adaptação ao quotidiano, a autoestima pode ser analisada sob duas perspetivas distintas, nomeadamente, a autoestima global e a autoestima específica. A autoestima global refere-se à avaliação geral que o indivíduo faz de si próprio, abrangendo uma visão ampla do seu valor, enquanto a autoestima específica diz respeito à avaliação de partes específicas do *self*. Ambas as dimensões são interdependentes e exercem uma influência mútua, contribuindo para a construção da percepção geral que o indivíduo tem de si mesmo (Rosenberg et al., 1995).

Estas diferentes perspetivas da autoestima desempenham papéis distintos na compreensão e previsão do comportamento humano. A autoestima específica permite prever atitudes e comportamentos em contextos concretos, enquanto a autoestima global está mais associada ao bem-estar psicológico geral. Assim, a avaliação deste constructo deve considerar tanto a

visão ampla que o indivíduo tem de si próprio como a forma como avalia as suas competências em diferentes domínios da vida (Rosenberg et al., 1995).

Trajectoria da autoestima durante a experiência oncológica. A autoestima assume um papel essencial na saúde, sobretudo em situações de adversidade como o cancro. Este constructo constitui um fator protetor contra problemas de saúde mental (Bano et al., 2023; Stinson & Fisher, 2020), promovendo um maior bem-estar emocional (Yang et al., 2024) e um ajustamento psicológico mais adaptativo à doença em mulheres com cancro da mama (Joaquín-Mingorance et al., 2019; Tsai et al., 2021). Desta forma, a autoestima revela-se um recurso psicológico fundamental na adaptação ao diagnóstico e ao tratamento (Tsai et al., 2021; Yektatalab & Ghanbari, 2020).

A percepção subjetiva do *self* influencia diretamente a disponibilidade da paciente para mobilizar recursos internos que promovam a resiliência e uma resposta positiva às exigências da situação (Cagirtekin & Tanriverdi, 2023; Yang et al., 2024). No entanto, a experiência oncológica pode comprometer a autoestima das pacientes, uma vez que envolve alterações físicas, emocionais e sociais que afetam a identidade e a percepção de valor pessoal (Niveau et al., 2021). Essas mudanças incluem transformações na imagem corporal, no desempenho funcional, nas dinâmicas conjugais e nas interações sociais (Niveau et al., 2021; Yektatalab & Ghanbari, 2020).

Diferentes fatores individuais e contextuais influenciam a forma como a autoestima é impactada pela neoplasia mamária. Destacam-se as variáveis sociodemográficas (Vidithya et al., 2019, Yektatalab & Ghanbari, 2020), o histórico familiar de cancro (Álvarez-Pardo et al., 2023), a natureza e frequência dos tratamentos (Cobo-Cuenca et al., 2019), bem como o tipo de intervenção cirúrgica realizada (Aprilianto et al., 2021).

O nível de escolaridade constitui um fator sociodemográfico relevante na autoestima das mulheres com cancro da mama, sendo que níveis mais elevados tendem a associar-se a uma

autoestima superior (Yektatalab & Ghanbari, 2020). Este facto poderá dever-se ao maior acesso à informação sobre a doença e à capacidade acrescida de desenvolver estratégias de reestruturação cognitiva e de adaptação psicológica (Aprilianto et al., 2021; Yektatalab & Ghanbari, 2020). Em contrapartida, a existência de um histórico familiar de cancro da mama poderá estar associada a uma autoestima mais reduzida, dado que a antecipação das mudanças negativas na imagem corporal e a percepção de inevitabilidade da doença podem gerar sentimentos de vulnerabilidade, comprometendo o bem-estar emocional das pacientes (Álvarez-Pardo et al., 2023).

A natureza das intervenções cirúrgicas e dos tratamentos oncológicos também desempenha um papel central na percepção das pacientes. A mastectomia, por exemplo, pode ter um impacto significativo na autoestima e na percepção da feminilidade (Hasan et al., 2023; Morales-Sánchez et al., 2021). Algumas mulheres relatam uma diminuição da autoestima devido à remoção da mama e à presença de cicatrizes (Álvarez-Pardo et al., 2023), enquanto outras percebem a cirurgia como uma medida eficaz para remover as células malignas, o que pode gerar uma sensação de segurança e contribuir para a preservação da autoestima (Yektatalab & Ghanbari, 2020).

Para além da mastectomia, outros tratamentos oncológicos podem afetar negativamente a percepção da autoimagem e da competência pessoal (Aprilianto et al., 2021; OPP, 2024). A terapia hormonal, por exemplo, está frequentemente associada a níveis mais baixos de autoestima, possivelmente devido às mudanças endócrinas induzidas, como a diminuição da libido e a menopausa precoce (Cobo-Cuenca et al., 2019). De igual modo, a quimioterapia pode provocar fadiga extrema, sensação de fraqueza nos membros e limitações físicas (Aprilianto et al., 2021), comprometendo a autonomia na realização de tarefas diárias simples (Vidhya et al., 2019). Outros efeitos adversos, como alterações cutâneas, variações no peso corporal (Álvarez-Pardo et al., 2023) e afrontamentos (Cobo-Cuenca et al., 2019), podem

também impactar a percepção de valor pessoal (Álvarez-Pardo et al., 2023; Cobo-Cuenca et al., 2019), intensificando o sofrimento psicológico e dificultando a adaptação à doença (Wu et al., 2016).

Por outro lado, a reconstrução mamária imediata após a mastectomia pode atuar como um fator protetor da autoestima das pacientes (Cobo-Cuenca et al., 2019). Esta intervenção contribui para a recuperação da sensação de normalidade e da autoconfiança em relação à aparência física, reduzindo a autoconsciência associada à perda mamária, o que se reflete em níveis reduzidos de sofrimento psicológico, maior satisfação sexual, relações interpessoais mais positivas e uma percepção de atratividade física mais elevada (Álvarez-Pardo et al., 2023; Cobo-Cuenca et al., 2019).

Assim, a autoestima constitui um fator essencial na adaptação ao cancro da mama, influenciando a resiliência, a percepção do tratamento e a aceitação das transformações impostas pela doença (Álvarez-Pardo et al., 2023; Yang et al., 2024).

Objetivos

Considerando a relevância dos fundamentos teóricos apresentados no capítulo anterior, o presente estudo tem como principal objetivo compreender o impacto do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica à doença em mulheres adultas com diagnóstico de cancro da mama.

De forma mais específica, pretende-se:

1. Examinar as relações entre o suporte social, a resiliência, a autoestima e a adaptação psicológica à doença em mulheres diagnosticadas com cancro da mama;
2. Analisar o contributo preditivo do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica;
3. Comparar os níveis de resiliência entre mulheres diagnosticadas em estadios clínicos iniciais (I e II) e avançados (III e IV) do cancro da mama.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 145 mulheres com diagnóstico confirmado de cancro da mama. A maioria era de nacionalidade portuguesa (n=139; 95.9%), verificando-se apenas uma pequena proporção de participantes de outras nacionalidades, nomeadamente brasileira, francesa e britânica (Tabela 1).

A análise das variáveis sociodemográficas da amostra (Tabela 1) revelou que as participantes tinham idades compreendidas entre os 23 e os 87 anos, com uma média de 46.51 anos (DP= 11.23). A faixa etária mais representada foi a dos 40 aos 59 anos, que abrangia 60% das participantes (n=87).

No que se refere ao nível de escolaridade, observou-se que a maioria das participantes possuía habilitações ao nível do ensino secundário (n=57; 39.3%) ou do ensino superior (n=71; 49%), sendo minoritária a proporção que referiu ter apenas o ensino básico como grau mais elevado (Tabela 1).

Relativamente à situação profissional, cerca de metade das participantes encontrava-se profissionalmente ativa no momento da recolha dos dados. As restantes distribuíam-se por situações de inatividade laboral, reforma ou desemprego, destacando-se que aproximadamente 30% (n=43) se encontrava de baixa médica (Tabela 1).

Adicionalmente, foi recolhida informação relativa ao estado civil das participantes, verificando-se que a maioria (n=78; 54%) mantinha uma relação conjugal, estando casadas ou em união de facto. As restantes encontravam-se solteiras, divorciadas, viúvas ou separadas (Tabela 1).

Por último, no que concerne à composição do agregado familiar, apenas 18% (n=25) das participantes reportaram residir sozinhas, sendo que a maioria residia com pelo menos uma ou duas pessoas (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N= 145)

	N	%
Nacionalidade		
Portuguesa	139	95.5
Brasileira	4	2.8
Francesa	1	0.7
Britânica	1	0.7
Faixa Etária		
< 40 anos	40	27.6
40-59	87	60
≥ 60 anos	18	12.4
Escolaridade		
2º Ciclo do ensino básico	1	0.7
3º Ciclo do ensino básico	16	11
Ensino Secundário	57	39.3
Ensino Superior	71	49
Situação Profissional		
De baixa médica	43	29.7
Desempregada	11	7.6
Estudante-Trabalhadora	5	3.4
Trabalhadora	70	48.3
Reformada	16	11
Estado Civil		
Casada	55	37.9
Divorciada	26	17.9
Separada	5	3.4
Solteira	26	17.9
União de Facto	23	15.9
Viúva	10	6.9
Agregado familiar		
1 pessoa	25	17.2
2 pessoas	54	37.2
3 pessoas	37	25.5
4 ou mais pessoas	24	16.6

Para além da recolha de dados sociodemográficos, foram igualmente obtidas informações relativas a variáveis clínicas (Tabela 2), com o objetivo de caracterizar os diagnósticos apresentados pelas participantes.

No que respeita ao tempo decorrido desde o diagnóstico (Tabela 2), a maioria das participantes (n=47; 32.4%) referiu ter sido diagnosticada há mais de cinco anos, seguindo-se aquelas que indicaram um diagnóstico entre um a dois anos.

A presença de antecedentes familiares foi reportada por 51% das participantes (n=74). Relativamente a outras condições de saúde, a maioria referiu não apresentar doenças crónicas adicionais (n=116; 80%), enquanto 20% (n=29) indicaram sofrer de, pelo menos, uma patologia crónica concomitante.

Relativamente ao subtipo de cancro identificado (Tabela 2), destacaram-se o Triplo Negativo (n=34; 23.4%) e o HER2 Positivo (n=19; 13.1%), embora quase metade das participantes não tenha especificado o subtipo. Quanto à classificação clínica atribuída no momento do diagnóstico (Tabela 2), a maioria encontrava-se entre os estadios I e III (n=110; 75.8%), sendo que 15.9% foram diagnosticadas no estadio IV.

A análise da evolução clínica da doença indicou que apenas uma pequena proporção das participantes (n=14; 9.7%) apresentou recidiva após o tratamento inicial. No seguimento desta avaliação, verificou-se que 39.3% das mulheres (n=57) tinham realizado quatro ou mais modalidades de tratamento, enquanto uma parcela reduzida ainda não havia iniciado qualquer intervenção terapêutica (Tabela 2).

No âmbito dos tratamentos cirúrgicos, 82.1% das participantes (n=119) foram submetidas a algum tipo de intervenção, verificando-se um predomínio ligeiro da cirurgia radical (n=63; 43.4%) em relação à conservadora (n=55; 37.9%).

No que concerne às complicações associadas à doença ou aos respetivos tratamentos, 66.9% das participantes (n=97) reportaram dificuldades, que incluíram sintomas físicos, dificuldades psicológicas ou emocionais, bem como complicações decorrentes de intervenções cirúrgicas ou de outras modalidades terapêuticas.

Quanto ao acompanhamento clínico, a maioria das mulheres (n=136; 93.8%) indicou manter uma relação positiva com o profissional que as acompanha. Além disso, é importante salientar que, à data da recolha de dados, 56.6% (n=82) beneficiavam de algum tipo de apoio ou intervenção psicológica.

Tabela 2

Caracterização Clínica da Amostra (N= 145)

	N	%
Tempo de diagnóstico		
Menos de 6 meses	19	13.1
6 meses a 1 ano	21	14.5
1 a 2 anos	32	22.1
2 a 5 anos	1	0.7
Mais de 5 anos	47	32.4
Não especificado	25	17.2
Subtipo de Cancro		
Triplo Negativo	34	23.4
HER2 Positivo	19	13.1
Luminal A	13	9
Luminal B	11	7.6
Não especificado	68	46.9
Estadio Clínico		
Estadio I	30	20.7
Estadio II	46	31.7
Estadio III	34	23.4
Estadio IV	12	8.3
Não especificado	23	15.9
Tratamentos realizados		
Nenhum	14	9.7
1 tratamento	26	17.9
2 a 3 tratamentos	42	29
4 ou mais tratamentos	57	39.3
Não especificado	6	4.1

Instrumentos

O protocolo de recolha de dados incluiu cinco questionários: Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS).

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Para caracterizar a amostra em estudo, foi desenvolvido um questionário sociodemográfico e clínico, que incluiu questões estruturadas e semiestruturadas sobre as variáveis idade, zona de residência, estado civil, habilitações literárias, número de filhos, constituição do agregado familiar, ocupação, diagnóstico da doença oncológica (subtipo de cancro, historial, tempo de diagnóstico e estadio), cirurgias e tratamentos realizados, existência de outras doenças crónicas, complicações associadas ao cancro, acompanhamento psicológico e relação com o médico de referência (consultar Anexo A).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A satisfação com o suporte social foi avaliada através da Escala de Satisfação com o Suporte social (ESSS), desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999) e adaptada posteriormente para uma versão final constituída por 15 itens, que apresenta valores de consistência interna entre .64 e .83, com um valor de .85 para a escala total (Pais-Ribeiro, 1999).

Consiste numa escala de autopreenchimento, na qual os participantes têm de assinalar, através de uma escala de tipo Likert o seu grau de concordância face às afirmações, variando entre 1- “Concordo totalmente” e 5- “Discordo totalmente” (Pais-Ribeiro, 1999).

Os itens da escala estão agrupados em quatro dimensões: “Satisfação com amigos” com cinco itens (ex: “*Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho*”, com Alfa de Cronbach = .83 da escala adaptada), “Intimidade” com quatro itens (ex: “*Às vezes sinto falta*

de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”, $\alpha = .74$ da escala adaptada), “Satisfação com a Família” com três itens (ex: *“Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família”*, $\alpha = .74$ da escala adaptada) e “Atividades Sociais” com três itens (ex: *“Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”*, $\alpha = .64$ da escala adaptada) (Pais-Ribeiro, 1999).

A escala permite a obtenção de um score total de suporte social percebido, derivado da soma dos itens das subescalas. Assim, a pontuação pode variar entre 15 e 75 pontos, em que níveis mais elevados indicam uma maior perceção de suporte social. Não há pontos de corte definitos como deficitários. As subescalas apresentam intervalos de variação específicos, derivados da soma dos itens que as compõem: 5 a 25 para a subescala “Satisfação com amigos”, 4 a 20 para “Intimidade” e 3 a 15 para “Satisfação com família” e “Atividades sociais”. Alguns itens são invertidos (itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15; Pais-Ribeiro, 1999; consultar Anexo B).

Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10)

A resiliência em contextos oncológicos foi avaliada através da versão reduzida da Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10), desenvolvida por Ye e colaboradores (2019) e adaptada e validada para a população portuguesa por Mendes et al., (2023). Apresenta um Alfa de Cronbach de .81 na amostra portuguesa (Mendes et al., 2023).

É uma escala de autopreenchimento, composta por 10 itens e respondida numa escala de tipo Likert, que varia entre 1- “Nunca” e 5- “Sempre”. Os itens da escala estão agrupados em dois fatores: “Resiliência em Situação Geral” e “Resiliência em Situação de Cancro” (Mendes et al., 2023).

A dimensão “Resiliência em Situação Geral” refere-se à capacidade geral de adaptação e resistência a situações adversas, composta por quatro itens que avaliam a capacidade de manter a calma e controlar emoções (ex: *“Consigo lidar com o sofrimento*

emocional”). A “Resiliência em Situação de Cancro” é específica para a adaptação às dificuldades relacionadas com o cancro, com seis itens que abordam a perseverança e a atitude positiva perante a doença (ex: “*O cancro pode ser curado*”) (Mendes et al., 2023).

A escala permite a obtenção de um score total de resiliência, cujas pontuações mais altas indicam maior resiliência. A pontuação pode variar entre 10 e 50 pontos, derivada da soma dos itens das subescalas. As subescalas apresentam intervalos de variação específicos, derivados da soma dos itens que as compõem: 4 a 20 para a subescala “Resiliência em Situação Geral” e 6 a 30 para a “Resiliência em Situação de Cancro” (Mendes et al., 2023; consultar Anexo C).

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

A autoestima foi avaliada através da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), desenvolvida por Rosenberg (1965) e validada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003). Apresenta valores de Alfa de Cronbach entre .84 e .92 na amostra portuguesa (Santos & Maia, 2003).

Consiste numa escala de autopreenchimento, composta por 10 itens e respondida numa escala de tipo Likert, que varia entre 1- “Discordo fortemente” e 4- “Concordo fortemente”. Metade dos itens são de orientação positiva (ex: “*Globalmente, estou satisfeito comigo próprio*”) e a outra metade de orientação negativa (ex: “*Sinto que não tenho muito de que me orgulhar*”) (Santos & Maia, 2003).

A escala permite a obtenção de um score total de autoestima, cujos níveis mais elevados indicam maiores níveis de autoestima. A pontuação pode variar entre 10 e 40 pontos, derivada da soma de todos os itens da escala. Alguns itens são invertidos (itens 2, 5, 6, 8 e 9 de orientação negativa; Santos & Maia, 2003).

Escala de Adaptação Psicológica (PAS)

A adaptação psicológica ao cancro da mama foi avaliada através da Escala de Adaptação Psicológica (PAS), desenvolvida por Biesecker et al. (2013), cuja tradução e validação para o português foram realizadas por Jönsson (2018), sendo posteriormente adaptada para doentes oncológicas com cancro da mama por Neto e colaboradores (2021), demonstrando um Alfa de Cronbach de .85 (Neto et al., 2021).

É uma escala de autopreenchimento, composta por 20 itens e respondida numa escala de tipo Likert, que varia entre 1- “De forma nenhuma” e 5- “Muitíssimo”. Os itens da escala estão agrupados em três subescalas “Eficácia do *Coping* e Autoestima” com nove itens (ex: “*Ajudou-me a aprender a lidar com tempos difíceis*”, $\alpha = .95$ da escala adaptada), “Integração Social” com seis itens (ex: “*Ajudou-me a tornar numa pessoa melhor*”, $\alpha = .92$ da escala adaptada) e “Bem-Estar Espiritual” com cinco itens (ex: “*Ajudou-me a sentir paz*”, $\alpha = .92$ da escala adaptada) (Neto et al., 2021).

A escala permite a obtenção de um score total de adaptação psicológica, derivado da soma dos itens das subescalas. Assim, a pontuação pode variar entre 20 e 100 pontos, em que valores mais elevados indicam níveis superiores de adaptação psicológica. As subescalas possuem intervalos de variação específicos, derivados da soma dos itens que as compõem: 9 a 45 para a subescala “Eficácia do *Coping* e Autoestima”, 6 a 30 para “Integração Social” e 5 a 25 para “Bem-Estar Espiritual” (Neto et al., 2021; consultar Anexo D).

Procedimento

O presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Universidade Lusíada de Lisboa, tendo obtido parecer favorável a 17 de fevereiro de 2025. A recolha dos dados decorreu entre os dias 25 de fevereiro e 30 de junho de 2025, através de um formulário online desenvolvido na plataforma *Google Forms*.

A amostra foi recolhida através de métodos não probabilísticos, nomeadamente amostragem por conveniência e amostragem em bola de neve, tendo em conta a especificidade da população em estudo e as limitações no acesso direto às participantes. O formulário foi divulgado em grupos de apoio, redes sociais e instituições que acompanham mulheres com diagnóstico de cancro da mama, com o objetivo de atingir o maior número possível de indivíduos elegíveis.

Foram incluídas no estudo todas as participantes que cumpriam os seguintes critérios previamente definidos: (1) ser do sexo feminino; (2) ter idade igual ou superior a 18 anos; (3) possuir diagnóstico médico confirmado de cancro da mama; (4) apresentar capacidade de leitura e compreensão linguística; e (5) fornecer consentimento informado, expressando de forma voluntária e esclarecida o seu acordo para participação no estudo.

Antes de iniciarem o preenchimento dos instrumentos, as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo. O consentimento informado encontrava-se disponível no início do formulário, sendo a sua aceitação um requisito indispensável para dar continuidade à participação (consultar Anexo E).

Posteriormente, as participantes preencheram o questionário sociodemográfico, seguido pelos restantes instrumentos quantitativos já descritos. As autorizações para a utilização dos quatro instrumentos incluídos no estudo foram formalmente solicitadas e obtidas junto dos respetivos autores, que procederam à validação e adaptação dos mesmos para a população portuguesa (consultar Anexos F, G, H e I).

Este estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas consagradas na Declaração de Helsínquia, assegurando a proteção dos direitos, a privacidade e a confidencialidade das participantes em todas as fases da investigação.

Análise de Dados

Os dados recolhidos foram inseridos e analisados com recurso ao software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – Versão 29.01). Em todas as análises inferenciais, foi adotado um nível de significância de $p < .05$, tendo sido os resultados interpretados com base neste critério.

A caracterização descritiva da amostra foi realizada através do cálculo de medidas de tendência central (média, mediana), medidas de dispersão (desvio-padrão e amplitude interquartil), bem como dos valores mínimo e máximo para as variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram descritas com recurso a frequências absolutas e relativas (n e %).

Antes da realização das análises inferenciais, procedeu-se à avaliação da normalidade da distribuição das variáveis numéricas, através do teste Kolmogorov-Smirnov. Os resultados indicaram a rejeição da hipótese de normalidade ($p < .05$), sugerindo que os dados não seguem uma distribuição normal. Deste modo, optou-se por recorrer a métodos estatísticos não paramétricos para as análises subsequentes.

As associações entre variáveis foram analisadas através do coeficiente de correlação de Spearman. Para a comparação entre dois grupos independentes, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, adequado às características das distribuições.

Por fim, efetuaram-se análises de regressão linear múltipla para compreender as relações preditivas entre as variáveis em estudo, em particular o impacto simultâneo do suporte social, da autoestima e da resiliência (variáveis independentes) na adaptação psicológica ao cancro da mama (variável dependente).

Resultados

Estatística Descritiva das Variáveis

Com o objetivo de avaliar a percepção do suporte social das participantes, foi realizada uma análise descritiva da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e das respetivas subescalas (Tabela 3).

A consistência interna do instrumento variou entre valores moderados ($\alpha = .69$ para Intimidade) e elevados ($\alpha = .94$ para Atividades Sociais), sendo que a escala total revelou elevada fiabilidade ($\alpha = .92$). Apesar do alfa de Cronbach da subescala Intimidade ser ligeiramente inferior ao valor convencionalmente aceite de .70, este é considerado aceitável no âmbito da investigação em ciências sociais, desde que interpretado com cautela (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

No que respeita à percepção do suporte social, os resultados indicaram uma avaliação globalmente positiva, com uma pontuação média na escala total de 51.72 (DP= 12,87). Destacam-se nas subescalas os valores mais elevados nas dimensões de Satisfação com a Família (M= 11.34; DP= 3.53) e Satisfação com Amizades (M= 17.77; DP= 5.01), refletindo maior satisfação nestes domínios específicos.

Tabela 3

Estatística descritiva da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

	M	DP	Min	Max	α de Cronbach
ESSS	51.72	12.87	16	75	.92
SA	17.77	5.01	5	25	.89
IN	13.67	3.68	5	20	.69
SF	11.34	3.53	3	15	.83
AS	8.96	3.24	3	15	.94

Nota. ESSS= Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA= Satisfação com Amizades; IN=Intimidade; SF= Satisfação com a Família; AS= Atividades Sociais

Para a avaliação da resiliência específica para pacientes oncológicos, foi realizada a análise descritiva da Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10) e das respetivas subescalas (Tabela 4). Os coeficientes alfa de Cronbach oscilaram entre .93 e .96, reforçando a fiabilidade do instrumento.

A pontuação média da escala total foi de 34.26 (DP= 9.69), indicando níveis moderados a elevados de resiliência entre as participantes. Destaca-se a subescala Resiliência em Situação de Cancro, que apresentou uma pontuação média ligeiramente mais elevada (M= 20.74; DP= 6.02), sugerindo uma maior capacidade de enfrentamento específica para os desafios associados ao cancro, em comparação com a resiliência em situações gerais.

Tabela 4

Estatística descritiva da Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10)

	M	DP	Min	Max	α de Cronbach
ER-EC-10	34.26	9.69	14	50	.96
RSG	13.52	3.95	4	20	.93
RSC	20.74	6.02	7	30	.94

Nota. ER-EC-10= Escala de Resiliência Específica para o Cancro; RSG= Resiliência em Situação Geral; RSC= Resiliência em Situação de Cancro

A autoestima das participantes foi avaliada através da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), que revelou um elevado nível de consistência interna (α = .95). A pontuação média obtida foi de 28.34 (DP= 6.83), indicando níveis moderados de autoestima.

Por fim, procedeu-se à análise descritiva da Escala de Adaptação Psicológica (PAS) e das suas subescalas, que também evidenciaram elevada fiabilidade (α variando entre .95 e .98) (Tabela 5). A pontuação média total foi de 66.06 (DP= 20.98), traduzindo níveis moderados a elevados de adaptação psicológica.

Entre as subescalas, a dimensão Integração Social apresentou a média proporcionalmente mais elevada (M= 21.36; DP= 6.92), sugerindo que as participantes demonstram maior adaptação nas relações sociais, comparativamente ao Bem-Estar Espiritual e à Eficácia do *Coping* e Autoestima.

Tabela 5

Estatística descritiva da Escala de Adaptação Psicológica (PAS)

	M	DP	Min	Max	α de Cronbach
PAS	66.06	20.98	20	100	.98
ECA	28.29	9.58	9	45	.97
IS	21.36	6.92	6	30	.96
BE-E	16.41	5.85	5	25	.95

Nota. PAS= Escala de Adaptação Psicológica; ECA= Eficácia do *Coping* e Autoestima; IS= Integração Social; BE-E= Bem-estar Espiritual

Análise de Correlações

Com o objetivo de analisar as relações entre as variáveis em estudo, foram realizadas análises estatísticas bivariadas, utilizando o coeficiente de Spearman. De forma a assegurar uma apresentação clara e uma interpretação rigorosa dos resultados, as análises foram organizadas por pares de variáveis, considerando tanto a pontuação total das escalas como das respetivas subescalas.

Relação entre o Suporte Social e a Resiliência

Neste estudo observaram-se associações positivas e estatisticamente significativas ($p < .01$) entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10), considerando todas as dimensões analisadas (Tabela 6).

As análises revelaram correlações positivas entre as dimensões do suporte social e da resiliência, com variações na magnitude das associações. As correlações mais fortes foram observadas entre a dimensão Intimidade e a Resiliência em Situação de Cancro ($\rho = .60, p < .001$), bem como com os scores totais da ER-EC-10 ($\rho = .60, p < .001$), seguindo-se a correlação com a Resiliência em Situação Geral ($\rho = .54, p < .001$). Verificou-se ainda uma correlação moderada entre os scores totais da ESSS e da ER-EC-10 ($\rho = .54, p < .001$), indicando uma associação global entre o suporte social percebido e a resiliência.

A dimensão Atividades Sociais apresentou igualmente correlações moderadas com ambas as dimensões da resiliência, bem como com o score total da escala, com coeficientes de Spearman a variar entre .52 e .54 ($p < .001$). As restantes dimensões também evidenciaram correlações positivas e estatisticamente significativas, embora de magnitude ligeiramente inferiores (Tabela 6).

No que concerne à relação entre as escalas totais e as respetivas dimensões, verificaram-se correlações positivas e significativas entre o score total da ESSS e as suas subescalas: Satisfação com Amizades ($\rho = .93, p < .001$), Intimidade ($\rho = .85, p < .001$), Satisfação com a Família ($\rho = .82, p < .001$) e Atividades Sociais ($\rho = .65, p < .001$), confirmando a consistência interna e a validade estrutural do instrumento.

De forma análoga, a ER-EC-10 apresentou correlações muito fortes com Resiliência em Situação de Cancro ($\rho = .98, p < .001$) e a Resiliência em Situação Geral ($\rho = .95, p < .001$), evidenciando a forte interdependência entre os domínios da escala.

Tabela 6

Correlação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10)

	1	2	3	4	5	6	7
1. ESSS	1						
2. SA	.93**	1					
3. IN	.88**	.70**	1				
4. SF	.82**	.79**	.57**	1			
5. AS	.65**	.48**	.58**	.28**	1		
6. ER-EC-10	.54**	.44**	.60**	.35**	.52**	1	
7. RSG	.50**	.40**	.58**	.29**	.55**	.95**	1
8. RSC	.56**	.45**	.60**	.38**	.52**	.98**	.87**

Nota. ESSS= Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA= Satisfação com Amizades; IN=Intimidade; SF= Satisfação com a Família; AS= Atividades Sociais; ER-EC-10= Escala de Resiliência Específica para o Cancro; RSG= Resiliência em Situação Geral; RSC= Resiliência em Situação de Cancro; ** $p < 0.01$

Relação entre o Suporte Social e a Adaptação Psicológica

A análise correlacional entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS), assim como as respetivas subescalas, revelou associações positivas e estatisticamente significativas ($p < .001$) entre os construtos avaliados (Tabela 7).

Observou-se a correlação mais elevada entre as subescalas Intimidade e Eficácia do *Coping* e Autoestima ($\rho = .65, p < .001$), seguida pela associação entre Intimidade e o score total da PAS ($\rho = .64, p < .001$) e entre Atividades Sociais e Eficácia do *Coping* e Autoestima ($\rho = .60, p < .001$).

Em seguida, verificaram-se correlações moderadas entre Intimidade e Integração Social ($\rho = .58, p < .001$), Atividades Sociais e o score total da PAS ($\rho = .57, p < .001$), score total da ESSS e a Eficácia de *Coping* e Autoestima ($\rho = .56, p < .001$), assim como entre os scores totais da ESSS e da PAS ($\rho = .56, p < .001$).

As restantes correlações revelaram-se inferiores, embora estatisticamente significativas (Tabela 7).

Além disso, as análises evidenciaram correlações fortes entre o score total da PAS e as suas dimensões específicas: Eficácia do *Coping* e Autoestima ($\rho = .93, p < .001$), Bem-Estar Espiritual e Integração Social (ambas com $\rho = .94, p < .001$). Estes resultados indicam uma elevada consistência interna da escala e uma relação robusta entre os diferentes domínios avaliados e a adaptação psicológica global, reforçando o papel essencial das suas componentes nesta variável.

Tabela 7

Correlação entre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. PAS	1							
2. ECA	.93**	1						
3. IS	.94**	.79**	1					
4. B-EE	.94**	.78**	.89**	1				
5. ESSS	.56**	.56**	.50**	.51**	1			
6. SA	.40**	.41**	.35**	.36**	.93**	1		
7. IN	.64**	.65**	.58**	.56**	.88**	.70**	1	
8. SF	.32**	.32**	.30**	.28**	.82**	.79**	.57**	1
9. AS	.57**	.60**	.46**	.53**	.65**	.48**	.58**	.28**

Nota. PAS= Escala de Adaptação Psicológica; ECA= Eficácia do *Coping* e Autoestima; IS= Integração Social; BE-E= Bem-estar Espiritual; ESSS= Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA= Satisfação com Amizades; IN=Intimidade; SF= Satisfação com a Família; AS= Atividades Sociais; ** $p < 0.01$

Relação entre a Resiliência e a Adaptação Psicológica

A exploração das associações entre a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS), bem como entre as respetivas subescalas, revelou correlações positivas e estatisticamente significativas ($p < .001$) entre todos os domínios avaliados (Tabela 8).

A correlação mais elevada foi observada entre a dimensão Resiliência em Situação de Cancro e a subescala Eficácia do *Coping* e Autoestima ($\rho = .66, p < .001$), seguida pela associação entre essa mesma dimensão e o score total da PAS ($\rho = .65, p < .001$). A relação entre o score total da ER-EC-10 e a subescala Eficácia do *Coping* e Autoestima também foi expressiva ($\rho = .63, p < .001$).

Adicionalmente, verificou-se uma correlação moderada entre os scores totais das duas escalas ($\rho = .61, p < .001$). A dimensão Resiliência em Situação de Cancro apresentou uma correlação semelhante com o Bem-Estar Espiritual ($\rho = .60, p < .001$). As restantes associações, embora moderadas, foram inferiores (Tabela 8).

Tabela 8

Correlação entre a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS)

	1	2	3	4	5	6
1. ER-EC-10	1					
2. RSG	.95**	1				
3. RSC	.98**	.87**	1			
4. PAS	.61**	.52**	.65**	1		
5. ECA	.63**	.56**	.66**	.93**	1	
6. IS	.50**	.41**	.56**	.94**	.79**	1
7. B-EE	.55**	.46**	.60**	.94**	.78**	.89**

Nota. ER-EC-10= Escala de Resiliência Específica para o Cancro; RSG= Resiliência em Situação Geral; RSC= Resiliência em Situação de Cancro; PAS= Escala de Adaptação Psicológica; ECA= Eficácia do *Coping* e Autoestima; IS= Integração Social; BE-E= Bem-estar Espiritual; ** $p < 0.01$

Relação da Autoestima com o Suporte Social, Resiliência e Adaptação Psicológica

As associações entre a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) e as restantes variáveis consideradas revelaram-se positivas e estatisticamente significativas ($p < .001$) em todos os casos analisados (Tabela 9).

A resiliência apresentou a correlação mais forte com a autoestima ($\rho = .81, p < .001$), seguida pelas suas subescalas: Resiliência em Situação de Cancro ($\rho = .79, p < .001$) e Resiliência em Situação Geral ($\rho = .78, p < .001$).

No que diz respeito ao suporte social, a subescala Intimidade evidenciou a correlação mais elevada com a autoestima ($\rho = .68, p < .001$), seguida do score total ($\rho = .63$), das Atividades Sociais ($\rho = .61, p < .001$) e da Satisfação com Amizades ($\rho = .52, p < .001$). A Satisfação com a Família apresentou uma correlação mais baixa, embora estatisticamente significativa (Tabela 9).

Relativamente à adaptação psicológica, a dimensão Eficácia do *Coping* e Autoestima apresentou a associação mais forte com a autoestima ($\rho = .70$), seguida do score total da

PAS ($\rho = .63, p < .001$). As restantes dimensões, Bem-Estar Espiritual e Integração Social, revelaram associações moderadas (Tabela 9).

Tabela 9

Correlação entre a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), a Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10) e a Escala de Adaptação Psicológica (PAS)

	Autoestima
ESSS	.63**
SA	.52**
IN	.68**
SF	.39**
AS	.61**
ER-EC-10	.89**
RSG	.78**
RSC	.79**
PAS	.63**
ECA	.70**
IS	.51**
B-EE	.54**

Nota. ESSS= Escala de Satisfação com o Suporte Social; SA= Satisfação com Amizades; IN=Intimidade; SF= Satisfação com a Família; AS= Atividades Sociais; ER-EC-10= Escala de Resiliência Específica para o Cancro; RSG= Resiliência em Situação Geral; RSC= Resiliência em Situação de Cancro; PAS= Escala de Adaptação Psicológica; ECA= Eficácia do Coping e Autoestima; IS= Integração Social; BE-E= Bem-estar Espiritual; ** $p < 0.01$

Modelos de Regressão

Suporte Social, Resiliência e Autoestima como preditores da Adaptação Psicológica

Com o objetivo de analisar o impacto do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla.

O modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(3, 141) = 39.41, p < .001$, explicando aproximadamente 45.6% da variabilidade total da adaptação psicológica ($R^2 = .46$) (Tabela 10). Estes resultados sugerem que as variáveis incluídas no modelo contribuem de forma expressiva para a compreensão da adaptação psicológica nesta amostra. O valor do

teste Durbin-Watson (1.51) indica a ausência de autocorrelação significativa dos resíduos, assegurando a adequação do modelo.

Tabela 10

Resumo do Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Adaptação Psicológica

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrão da Estimativa
1	.68	.46	.45	15.64

Relativamente aos coeficientes individuais, verificou-se que o suporte social ($\beta = .24$; $p = .003$) e a resiliência ($\beta = .29$; $p = .016$) foram preditores estatisticamente significativos da adaptação psicológica, evidenciando uma influência positiva com a variável dependente. A autoestima revelou igualmente um impacto positivo ($\beta = .23$), porém, o seu contributo não atingiu significância estatística ($p = .065$) (Tabela 11).

Tabela 11

Coeficientes da Regressão Linear Múltipla para a Adaptação Psicológica

	B (não padronizado)	B	T	Sig.
Suporte Social	.39	.24	3.03	.003
Resiliência	.63	.29	2.44	.016
Autoestima	.71	.23	1.86	.065

Análise Comparativa entre Grupos

Diferenças nos níveis de Resiliência em função do Estadio Clínico (Iniciais vs. Avançados)

Com o objetivo de investigar se existem diferenças nos níveis de resiliência em função do estadio clínico atribuído no momento do diagnóstico, procedeu-se à comparação entre participantes diagnosticadas em estadios iniciais (I e II; $n=76$) e em estadios avançados (III e IV; $n=46$). Para esta análise, foi considerado o score total de resiliência, de forma a obter uma medida global do constructo. Foram incluídas apenas as participantes que

indicaram o estadio clínico, tendo sido excluídas aquelas que não forneceram essa informação (n=23), de modo a garantir a comparabilidade entre os grupos.

Tendo em conta que os scores de resiliência não cumpriam os pressupostos de normalidade, conforme verificado previamente, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney para amostras independentes. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = .079$) (Tabela 12).

Tabela 12

Comparação Estatística dos Níveis de Resiliência de Acordo com o Estadio Clínico: Teste de Mann-Whitney

Estatística	Valor
N	122
<i>U</i> de Mann-Whitney	1415.50
Estatística de teste padronizado	-1.76
Valor- <i>p</i>	.079

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo investigar o contributo do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica em mulheres adultas diagnosticadas com cancro da mama. Especificamente, o primeiro objetivo consistiu em analisar as relações entre o suporte social, a resiliência, a autoestima e a adaptação psicológica. Os resultados revelaram uma associação positiva entre o suporte social e a adaptação psicológica, corroborando a literatura existente, que aponta que níveis mais elevados de suporte social se associam a uma maior capacidade de gestão do stresse (Ozdemir & Tas Arslan, 2018), a um maior sentido de vida (Jadidi & Ameri, 2022) e a uma adaptação psicológica mais favorável (Mishra & Saranath, 2019).

Além disso, diferentes fontes de suporte social contribuem de forma distinta para o ajustamento psicológico. O apoio familiar tem sido associado a uma maior eficácia na regulação de situações exigentes (Ozdemir & Tas Arslan, 2018), enquanto o apoio de amigos relaciona-se com níveis mais baixos de ansiedade (Mishra & Saranath, 2019). Por sua vez, o suporte proveniente de pessoas significativas tem sido associado a atitudes proativas face à doença, como o espírito de luta (Carreiro et al., 2025; Mishra & Saranath, 2019). Em consonância com estes resultados, o presente estudo identificou uma correlação elevada entre a dimensão Intimidade, que engloba relações próximas, de confiança e partilha emocional, e a subescala Eficácia do *Coping* e Autoestima, evidenciando-se como um fator facilitador de uma adaptação mais funcional.

Estes achados podem ser compreendidos à luz da Teoria do Stresse e *Coping* de Lazarus e Folkman (1984), que enfatiza o papel central da avaliação cognitiva face a eventos potencialmente stressantes. Nesta perspetiva, a avaliação primária refere-se à perceção de ameaça, enquanto a avaliação secundária envolve a análise dos recursos disponíveis para lidar com a situação. O suporte social pode ser entendido como um recurso contextual

relevante, com potencial para influenciar a avaliação secundária, ao reforçar a percepção de controlo sobre a situação e facilitar a adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas, contribuindo, assim, para uma melhor adaptação à doença.

Adicionalmente, os dados obtidos evidenciaram uma associação consistente entre o suporte social e a resiliência, corroborando a literatura que destaca esta relação e salienta a importância do envolvimento familiar, dos profissionais de saúde e de outras redes de apoio na promoção da resiliência em mulheres com cancro da mama (Huang et al., 2019; Salman & Erkal İlhan, 2023; Zhang et al., 2017; Zhou et al., 2022).

De forma semelhante, verificou-se que uma percepção mais elevada de suporte social está associada a níveis superiores de autoestima, reforçando o papel das redes de apoio na valorização pessoal, conforme demonstrado por estudos anteriores (Rahi & Chaudhary, 2022). Especificamente, o apoio da família (Aprilianto et al., 2021) e o suporte emocional do parceiro (Csuka et al., 2023) têm sido associados ao desenvolvimento da autoestima e da autoaceitação. Em consonância, o presente estudo identificou que a subescala Intimidade foi a que mais se correlacionou com a autoestima, destacando o papel central do suporte emocional proveniente de relações íntimas, como as conjugais, na manutenção e fortalecimento da valorização de si.

Neste sentido, as correlações identificadas entre o suporte social e as restantes variáveis em análise sugerem que este constitui um fator significativamente associado não apenas a uma maior capacidade de enfrentamento dos desafios impostos pela doença, como também ao reforço de recursos internos essenciais, nomeadamente a resiliência e a autoestima. Estes recursos, por sua vez, revelaram associações positivas com a adaptação psicológica, em consonância com a evidência empírica existente (Macía et al., 2021; Markovitz et al., 2015; Tsai et al., 2021).

A resiliência assume um papel central na adaptação psicológica de pacientes oncológicas, conforme evidenciado no presente estudo e corroborado por investigações anteriores que associam níveis mais elevados de resiliência à redução do sofrimento psicológico (Matzka et al., 2016), à utilização de estratégias de *coping* adaptativas, como a aceitação e reavaliação cognitiva (Macía et al., 2020) e a um ajustamento mais eficaz ao cancro da mama (Macía et al., 2021; Markovitz et al., 2015). No presente estudo, a dimensão Resiliência em Situação de Cancro revelou-se fortemente correlacionada com a dimensão Eficácia do *Coping* e Autoestima, o que reforça a importância da resiliência enquanto recurso promotor de uma adaptação mais funcional.

A associação significativa entre a resiliência e as restantes variáveis pode ser explicada pela sua conceptualização multidimensional, que a caracteriza não como um traço estático (Wang et al., 2024), mas como um processo dinâmico e adaptativo, resultante da interação entre diversos fatores pessoais, relacionais e contextuais (Mendes et al., 2023; Seiler & Jenewein, 2019). Neste sentido, as correlações observadas poderão refletir o carácter integrador da resiliência enquanto constructo que engloba recursos intrapessoais, como a autoestima e a perceção de autoeficácia, bem como dimensões relacionais, como o suporte social e o sentido de pertença (Aizpurua-Perez & Perez-Tejada, 2020), promovendo uma resposta adaptativa mais positiva face às adversidades da doença.

A autoestima, por sua vez, configura-se igualmente como um recurso psicológico relevante no percurso oncológico, estando associada a uma melhor adaptação psicológica em pacientes com cancro da mama (Tsai et al., 2021). No presente estudo, observou-se uma relação significativa entre a autoestima e a dimensão Eficácia do *Coping*, o que reforça evidências empíricas anteriores que associam níveis elevados de autoestima à utilização de estratégias adaptativas, como reformulação positiva, apoio emocional, *coping* ativo, aceitação e planeamento, bem como à menor utilização de estratégias menos funcionais, como a

negação e a autoculpabilização (Joaquín-Mingorance et al., 2019). Esta associação sugere que percepções mais positivas sobre o *self* facilitam a mobilização de recursos internos e favorecem respostas mais eficazes à gestão do stresse oncológico.

O segundo objetivo do estudo consistiu em avaliar o impacto do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação psicológica. Os resultados revelaram que, embora as três variáveis estivessem associadas à adaptação psicológica, apenas o suporte social e a resiliência exerceram um efeito preditivo sobre esta.

O suporte social tem sido identificado como um fator determinante para melhores desfechos psicológicos, funcionando como um preditor significativo de respostas adaptativas em doentes oncológicos (Akechi et al., 1998; Mishra & Saranath, 2019), mesmo após o controlo de variáveis sociodemográficas e clínicas. Adicionalmente, a diversidade das fontes de suporte social influencia estratégias de *coping* adotadas por mulheres com cancro da mama (Boatema Benson et al., 2020).

Estes resultados estão em consonância com a hipótese do amortecimento, segundo a qual o apoio social atenua a percepção de stresse, reduz a gravidade atribuída ao problema e disponibiliza recursos para enfrentar dificuldades, facilitando a implementação de estratégias de *coping* mais eficazes (Cohen & Wills, 1985). Em linha com esta evidência, os dados do presente estudo indicam que o suporte social impacta significativamente a adaptação psicológica, reforçando o seu papel enquanto recurso facilitador do ajustamento em contexto oncológico.

Para além do suporte social, a resiliência revela-se igualmente um fator determinante na adaptação psicológica de doentes oncológicos, conforme demonstrado pelos resultados deste estudo. Evidências empíricas indicam que a resiliência exerce um efeito preditivo na redução do sofrimento emocional (Min et al., 2013) e na melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde (Zhou et al., 2022). Além disso, a literatura recente enfatiza o

contributo conjunto do suporte social e da resiliência como preditores significativos da qualidade de vida e do bem-estar geral no contexto oncológico (Ruiz-Rodríguez et al., 2022), sublinhando a relevância destes recursos na promoção do equilíbrio psicológico perante os desafios da doença.

Em contrapartida, a autoestima não se revelou um preditor estatisticamente significativo da adaptação psicológica neste estudo, divergindo dos resultados de Tsai e colaboradores (2021), que identificaram um efeito preditivo da variável no ajustamento psicológico em mulheres com cancro da mama. Esta discrepância poderá dever-se, em parte, ao facto do modelo adotado ter incluído exclusivamente variáveis psicossociais (i.e suporte social, resiliência e autoestima), sem considerar fatores clínicos (como o estadio da doença, tipo de tratamento ou tempo desde o diagnóstico) e sociodemográficos (tais como a idade ou o estatuto laboral), amplamente reconhecidos na literatura como influentes no processo de adaptação psicológica (Carreiro et al., 2025; OPP, 2024).

A ausência destas variáveis poderá ter condicionado os resultados de duas formas: por um lado, limitando a variação explicada pelo modelo; por outro, impedindo a análise de potenciais efeitos de interação ou moderação, como a possibilidade de a autoestima ter maior impacto na adaptação psicológica em determinados subgrupos, por exemplo, mulheres mais jovens ou em estadios mais avançados da doença.

Contudo, embora não tenha emergido como preditor direto, a literatura indica que a autoestima exerce um impacto em estratégias de *coping* adaptativas, tais como a reformulação positiva, aceitação e planeamento (Joaquín-Mingorance et al., 2019). Este resultado sugere a pertinência de testar modelos alternativos, nomeadamente hipóteses de mediação, em que o efeito da autoestima na adaptação seja mediado pela utilização de estratégias de *coping* eficazes, ou ainda hipóteses de moderação, em que a relação entre a

autoestima e a adaptação psicológica varie em função de características contextuais, como a intensidade percebida de suporte social ou o estadio clínico da doença.

Assim, os dados obtidos não invalidam a relevância da autoestima, mas apontam para a necessidade de modelos teóricos mais abrangentes, que integrem outras variáveis, permitindo captar de forma mais completa a complexidade da adaptação psicológica ao cancro da mama.

O último objetivo deste estudo teve como finalidade analisar as diferenças nos níveis de resiliência em função dos estadios clínicos da doença no momento do diagnóstico, comparando pacientes em estadios iniciais (I e II) com aquelas em estadios avançados (III e IV). Neste estudo, não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que contrasta com investigações anteriores, como a de Kong e colaboradores (2024), que identificaram níveis mais elevados de resiliência em pacientes diagnosticadas em estadios iniciais, sugerindo que o prognóstico pode estar relacionado com variações na resiliência. A discrepância entre os resultados poderá dever-se ao tamanho da amostra ou a características específicas das participantes, o que pode ter dificultado a deteção de diferenças subtis entre grupos.

Em síntese, os resultados deste estudo indicam que a adaptação psicológica ao cancro da mama está associada a fatores relacionais e intrapessoais, nomeadamente o suporte social, a resiliência e a autoestima, que integram um sistema dinâmico e recíproco. Estes recursos, ao interagirem entre si, potenciam-se mutuamente, contribuindo de forma articulada para a gestão do stress e para uma adaptação psicológica mais funcional.

Embora apenas o suporte social e a resiliência tenham emergido como preditores diretos da adaptação, a associação consistente da autoestima com variáveis como a eficácia do *coping* sublinha a sua relevância no enquadramento psicossocial da doença e aponta para a pertinência de explorar modelos explicativos alternativos. Estes achados reforçam, assim, a

importância de uma abordagem integrada que valorize simultaneamente os recursos externos e internos como pilares do ajustamento e bem-estar psicológico em contexto oncológico.

Limitações do Estudo

Apesar da robustez metodológica e dos contributos para a prática clínica, o presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, a natureza transversal da investigação impede o estabelecimento de relações causais entre as variáveis, limitando as inferências ao plano associativo. Além disso, o recurso exclusivo a instrumentos de autorrelato pode introduzir vieses associados à desejabilidade social ou à interpretação subjetiva dos itens.

Em terceiro lugar, embora a dimensão amostral (N=145) seja estatisticamente adequada, a amostra foi recolhida por conveniência, o que pode comprometer a representatividade e, consequentemente, a generalização dos resultados.

Por último, a não inclusão de variáveis sociodemográficas e clínicas potencialmente relevantes no modelo de regressão, como a idade, tipo de tratamentos e estadios clínicos, poderá ter restringido a compreensão abrangente dos fatores que influenciam a adaptação psicológica.

Implicações para Investigações Futuras

Este estudo apresenta resultados e metodologias pertinentes para investigações futuras. No entanto, torna-se fundamental reconhecer as suas limitações, de forma a que estas possam ser colmatadas em trabalhos de investigação subsequentes.

As futuras investigações deverão privilegiar metodologias de natureza longitudinal, uma vez que estas permitem uma análise mais aprofundada da evolução temporal das variáveis psicossociais, bem como uma clarificação mais precisa da direção das associações

observadas. Adicionalmente, a utilização de amostras mais amplas e heterogéneas poderá reforçar a robustez estatística e favorecer a generalização dos resultados a diferentes contextos socioculturais.

Por fim, recomenda-se a inclusão de variáveis clínicas e sociodemográficas nos modelos preditivos, bem como o recurso a métodos de avaliação complementares, que minimizem os vieses associados aos instrumentos de autorrelato. Estes avanços poderão contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais ajustadas às necessidades das pacientes, potenciando recursos como o suporte social e a resiliência, e promovendo, assim, uma adaptação psicológica mais favorável perante a doença oncológica.

Referências

- Aizpurua-Perez, I., & Perez-Tejada, J. (2020). Resilience in women with breast cancer: A systematic review. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 49, 101854.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101854>
- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: Patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77(12), 2381–2385. <https://doi.org/10.1038/bjc.1998.396>
- Almuhtaseb, M. I. A., Alby, F., Zuccheromaglio, C., & Fatigante, M. (2021). Social support for breast cancer patients in the occupied Palestinian territory. *PloS one*, 16(6), e0252608. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252608>
- Álvarez-Pardo, S., De Paz, J. A., Montserrat Romero-Pérez, E., Portilla-Cueto, K. M., Horta-Gim, M. A., González-Bernal, J. J., Fernández-Solana, J., Mielgo-Ayuso, J., García-Valverde, A., & González-Santos, J. (2023). Factors Associated with Body Image and Self-Esteem in Mastectomized Breast Cancer Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5154.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20065154>
- Aprilianto, E., Lumadi, S. A., & Handian, F. I. (2021). Family social support and the self-esteem of breast cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy. *Journal of Public Health Research*, 10(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2234>
- Aydın Sayılan, A., & Demir Doğan, M. (2020). Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. *European Journal of Cancer Care*, 29(4), e13252. <https://doi.org/10.1111/ecc.13252>
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Ćurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 2), 226–232.

- Ban, Y., Li, M., Yu, M., et al. (2021). The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health Quality of Life Outcomes*, 19, 178. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01816-7>
- Bano, N., Shahzad, S., & Ali, S. (2023). A closer look at self-esteem and perceived social support: Their role in depression among women diagnosed with breast cancer and cardiac illness. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 20(2).
<https://doi.org/10.63050/jpps.20.02.255>
- Boatema Benson, R., Cobbald, B., Opoku Boamah, E., Akuoko, C. P., & Boateng, D. (2020). Challenges, coping strategies, and social support among breast cancer patients in Ghana. *Advances in Public Health*, 2020(1), 4817932.
<https://doi.org/10.1155/2020/4817932>
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity--trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(4), 378–401.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Borgi, M., Collacchi, B., Ortona, E., & Cirulli, F. (2020). Stress and coping in women with breast cancer: Unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 119, 406–421.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.011>
- Cabanyes Truffino J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto [Resilience: An approach to the concept]. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 3(4), 145–151.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- Cagırtekin, A., & Tanrıverdi, O. (2023). Social hobbies can increase self-esteem and quality of life in female breast cancer patients with type A personality trait: KRATOS study. *Medical Oncology*, 40(50). <https://doi.org/10.1007/s12032-022-01925-3>

- Calderón, C., Gomez, D., Carmona-Bayonas, A., Hernandez, R., Ghanem, I., Gil Raga, M., Ostios Garcia, L., Garcia Carrasco, M., Lopez de Ceballos, M. H., Ferreira, E., & Jimenez-Fonseca, P. (2021). Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 23(9), 1955–1960. <https://doi.org/10.1007/s12094-021-02592-y>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., Senkus, E., & ESMO Guidelines Committee. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Carreiro, J., Cardoso, S., Teques, P., Teques, A. P., & Pais-Ribeiro, J. L. (2025). Satisfaction with social support and quality of life among Portuguese patients with breast cancer: Mediating effects of coping styles—Cross-sectional study. *Healthcare*, 13(3), 297. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030297>
- Cerezo, M. V., Álvarez-Olmo, A., & Rueda, P. (2022). General Health and Resilience of Breast Cancer Patients: The Mediator Role of Affective Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5398. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095398>
- Chen, J.-J., Wang, Q. L., Li, H.-P., Zhang, T., Zhang, S.-S., & Zhou, M.-K. (2021). Family resilience, perceived social support, and individual resilience in couples with cancer: Analysis using the actor-partner interdependence mediaton model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101932. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101932>

- Cobb S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cobo-Cuenca, A. I., Martín-Espinosa, N. M., Rodríguez-Borrego, M. A., & et al. (2019). Determinants of satisfaction with life and self-esteem in women with breast cancer. *Quality of Life Research*, 28(2), 379–387. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2017-y>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental Health and Desired Social Support: A Four-Wave Panel Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775. <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Csuka, S. I., Désfalvi, J., Konkoly Thege, B., & et al. (2023). Relationship satisfaction and self-esteem in patients with breast cancer and healthy women: The role of expected and actual personal projects support from the partner. *BMC Women's Health*, 23(426). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02555-1>
- Cuthrell, K. M., & Tzenios, N. (2023). Breast cancer: Updated and deep insights. *International Research Journal of Oncology*, 6(1), 104-118. <https://journalirjo.com/index.php/IRJO/article/view/129>
- Deep, C. A. F. de C. N., & Pereira, I. (2012). Adaptação da "The Resilience Scale" para o contexto português. *Psicologia USP*, 23(2), 417-433. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000008>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia E Saúde*, 11(2), 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

- Elovainio, M., Lumme, S., Arffman, M., Manderbacka, K., Pukkala, E., & Hakulinen, C. (2021). Living alone as a risk factor for cancer incidence, case-fatality and all-cause mortality: A nationwide registry study. *SSM - population health*, 15, 100826. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100826>
- Färber, F., & Rosendahl, J. (2018). The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(38), 621–627. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0621>
- Fasano, J., Shao, T., Huang, H. H., Kessler, A. J., Kolodka, O. P., & Shapiro, C. L. (2020). Optimism and coping: do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast cancer research and treatment*, 183(3), 495–501. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05800-5>
- Festerling, L., Buentzel, J., Fischer von Weikersthal, L., Junghans, C., Zomorodbakhsch, B., Stoll, C., Prott, F. J., Fuxius, S., Micke, O., Richter, A., Sallmann, D., Huebner, J., & Hoppe, C. (2023). Resilience in cancer patients and how it correlates with demographics, psychological factors, and lifestyle. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(8), 5279–5287. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-04480-6>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Hamid, W., & Khan, T. A. (2021). Experiences of social support among Kashmiri women with breast cancer. *Health, Risk & Society*, 23(1–2), 52–72. <https://doi.org/10.1080/13698575.2021.1901858>

- Hasan, S., Chew, K. S., Balang, R. V., et al. (2023). Beyond the scars: A qualitative study on the experiences of mastectomy among young women with breast cancer in a country with crisis. *BMC Women's Health*, 23, 596. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02734-0>
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 12(Suppl 1), 25–31. <https://doi.org/10.1023/A:1023509117524>
- Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., & Wu, K. (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, Health & Medicine*, 24(7), 866–878. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574353>
- Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., & Wu, K. (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, Health & Medicine*, 24(7), 866–878. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574353>
- International Agency for Research on Cancer. (2024). *Portugal - Fichas de Informação [Folheto de fatos]*. <https://gco.iarc.who.int/>
- Jadidi, A., & Ameri, F. (2022). Social support and meaning of life in women with breast cancer. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i4.6>
- Joaquín-Mingorance, M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J., & Bayo-Calero, J. (2019). Estrategias de afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(2), 188–194. DOI. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>

- Kang, D., Park, S., Kim, H. J., Kim, S. W., Lee, J. E., Yu, J., Lee, S. K., Kim, J. Y., Nam, S. J., Cho, J., & Park, Y. H. (2024). Impact of Social Support during Diagnosis and Treatment on Disease Progression in Young Patients with Breast Cancer: A Prospective Cohort Study. *Cancer research and treatment*, 56(1), 125–133.
<https://doi.org/10.4143/crt.2023.673>
- Kasgri, K. A., Abazari, M., Badeleh, S. M., Badeleh, K. M., & Peyman, N. (2024). Comprehensive review of breast cancer consequences for the patients and their coping strategies: A systematic review. *Cancer Control*, 31, 1-10.
<https://doi.org/10.1177/10732748241249355>
- Kong, L. X., Yang, Y. X., Zhao, Q., & Feng, Z. L. (2024). Effect of resilience on quality of life and anxiety in patients with breast cancer. *World journal of psychiatry*, 14(10), 1458–1466. <https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i10.1458>
- Krok, D., Telka, E., & Kocur, D. (2024). Perceived and Received Social Support and Illness Acceptance Among Breast Cancer Patients: The Serial Mediation of Meaning-Making and Fear of Recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 58(3), 147–155.
<https://doi.org/10.1093/abm/kaad067>
- Lai, H. L., Hung, C. M., Chen, C. I., Shih, M. L., & Huang, C. Y. (2020). Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: A structural equation modelling analysis. *European journal of cancer care*, 29(1), e13161.
<https://doi.org/10.1111/ecc.13161>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lei, S., Zheng, R., Zhang, S., Wang, S., Chen, R., Sun, K., Zeng, H., Zhou, J., & Wei, W. (2021). Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based

- cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer communications (London, England)*, 41(11), 1183–1194. <https://doi.org/10.1002/cac2.12207>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Próchnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., & Brudniak, J. (2020). Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 6938. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
- Li, Y., Li, N., Wang, J., Shang, Q., Zhang, B., & Cao, M. (2023). Effects of Social Support, Family Resilience, and Individual Resilience on Fear of Cancer Recurrence Among Persons With Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Western Journal of Nursing Research*, 45(11), 993–1000. <https://doi.org/10.1177/01939459231200772>
- Lim, H., Suhail, M. K., & Lim, C. (2025). Fear of progression, coping strategies, and associated factors among a sample of Malaysian women with breast cancer. *Scientific Reports*, 15, 922. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-82143-x>
- Liu, S., Huang, R., Li, A., Yu, S., Yao, S., Xu, J., Tang, L., Li, W., Gan, C., & Cheng, H. (2023). The role of the oxytocin system in the resilience of patients with breast cancer. *Frontiers in oncology*, 13, 1187477. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1187477>
- Loibl, S., André, F., Bachelot, T., Barrios, C. H., Bergh, J., Burstein, H. J., Cardoso, M. J., Carey, L. A., Dawood, S., Del Mastro, L., Denkert, C., Fallenberg, E. M., Francis, P. A., Gamal-Eldin, H., Gelmon, K., Geyer, C. E., Gnant, M., Guarneri, V., Gupta, S., ... ESMO Guidelines Committee (2024). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 35(2), 159–182. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.11.016>

- Ma, X., Lakshmi Priya, T., & Gopinath, S. C. B. (2019). Recent Advances in Identifying Biomarkers and High-Affinity Aptamers for Gynecologic Cancers Diagnosis and Therapy. *Journal of analytical methods in chemistry*, 5426974.
<https://doi.org/10.1155/2019/5426974>
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLOS ONE*, 15(7), e0236572.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., Álvarez-Fuentes, E., & Iraurgi, I. (2021). Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. *PloS one*, 16(5), e0252075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252075>
- Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1639–1645. <https://doi.org/10.1002/pon.3834>
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.
<http://hdl.handle.net/10400.12/133>
- Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., Schneeweiss, S., & Eicher, M. (2016). Relationship between Resilience, Psychological Distress and Physical Activity in Cancer Patients: A Cross-Sectional Observation Study. *PloS one*, 11(4), e0154496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154496>
- Mendes, J., Alexandre-Sousa, P., Sousa, F., & Tavares, M. (2023). Resilience Scale Specific for Cancer: Validation of the Portuguese reduced version. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 9(2), 1–13.
<https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.2.309>

- Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., et al. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21, 2469–2476. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1807-6>
- Mishra, V. S., & Saranath, D. (2019). Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28(3), 629–634. <https://doi.org/10.1002/pon.5001>
- Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-González, P., & Guil, R. (2021). Enhancing Self-Esteem and Body Image of Breast Cancer Women through Interventions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1640. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041640>
- Niveau, N., New, B., & Beaudoin, M. (2021). How Should Self-Esteem Be Considered in Cancer Patients?. *Frontiers in psychology*, 12, 763900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763900>
- Omari, M., Zarrouq, B., Amaadour, L., & et al. (2022). Psychological distress, coping strategies, and quality of life in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: Protocol of a systematic review. *Cancer Control*, 29. <https://doi.org/10.1177/10732748221074735>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *Vamos falar sobre cancro*. Lisboa, Portugal.
- Orrantia-Borunda, E., Anchondo-Nuñez, P., Acuña-Aguilar, L. E., Gómez-Valles, F. O., & Ramírez-Valdespino, C. A. (2022). Subtypes of Breast Cancer. In H. N. Mayrovitz (Ed.), *Breast Cancer*. Exon Publications. <https://doi.org/10.36255/exon-publications-breast-cancer-subtypes>

- Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2021). Coping Strategies, Pain, and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4469. <https://doi.org/10.3390/jcm10194469>
- Ozdemir, D., & Tas Arslan, F. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2214–2219. <https://doi.org/10.1002/pon.4798>
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social: ESSS. *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/5544>
- Pasek, M., Suchocka, L., & Gąsior, K. (2021). Model of social support for patients treated for cancer. *Cancers*, 13(19), 4786. <https://doi.org/10.3390/cancers13194786>
- Rahi, B. S., & Chaudhary, S. (2022). Analysis of self-esteem and social support in breast cancer patients. *Mind and Society*, 11(3), 74–80. <https://doi.org/10.56011/mind-mri-113-20229>
- Rosenberg, F.R., Rosenberg, M., & McCord, J. (1978). Self-esteem and delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 279–294. <https://doi.org/10.1007/BF01537978>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjih>
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141–156. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2022). The Importance of Social Support, Optimism and Resilience on the Quality of Life of Cancer Patients. *Frontiers in psychology*, 13, 833176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.833176>

Sajadian, A., RajiLahiji, M., Motaharinasab, A., Kazemnejad, A., & Haghghat, S. (2017).

Breast cancer coping strategies after diagnosis: a six-month follow-up. *Multidisciplinary Cancer Investigation*, 1(4), 12-16.

<http://dx.doi.org/10.21859/mci-01042>

Salman, F., & Erkal İlhan, S. (2023). Evaluation of Social Support and Resilience in Women with Breast Cancer. *MAS Journal of Applied Sciences*, 8(1), 93–102.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7655669>

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268. <http://hdl.handle.net/10216/16170>

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127–139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>

Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208>

Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Cancro*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/cancro/>

Setyowibowo, H., Yudiana, W., Hunfeld, J. A., Iskandarsyah, A., Passchier, J., Arzomand, H., Sadarjoen, S. S., de Vries, R., & Sijbrandij, M. (2022). Psychoeducation for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 62, 36-51. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.01.005>

Sharma R. (2019). Breast cancer incidence, mortality and mortality-to-incidence ratio (MIR) are associated with human development, 1990-2016: evidence from Global Burden of Disease Study 2016. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*, 26(4), 428–445. <https://doi.org/10.1007/s12282-018-00941-4>

- Sihvola, S. P., Kiwanuka, F., & Kvist, T. A. (2023). Promoting resilience among adult cancer patients: An integrative review of patient education methods. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 64, 102342. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102342>
- Simancas Fernández, M., Zapata Rueda, C., Galván Patrignani, G., Celedón Rivero, J. C., & Hernández Padilla, J. (2023). Adaptation to the disease, resilience and optimism in woman with breast cancer. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.)*, 52(4), 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.06.016>
- Simões, M. S. (2016). *O cancro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Stinson, D. A., & Fisher, A. N. (2020). Self-esteem and Health. In *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (pp. 615–621). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch112>
- Toledo, G., Ochoa, C. Y., & Farias, A. J. (2020). Exploring the role of social support and adjuvant endocrine therapy use among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 28(271–278). <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04814-0>
- Tsai, P. L., Kuo, T. T., Ku, C. H., Liao, G. S., Lin, C. K., & Pan, H. H. (2021). Self-Esteem as a Predictor of Mental Adjustment in Patients with Breast Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12588.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182312588>
- Vassilev, I., Lin, S. X., Calman, L., Turner, J., Frankland, J., Wright, D., & Foster, C. (2023). The role of social networks in the self-management support for young women recently diagnosed with breast cancer. *PloS One*, 18(4), e0282183.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282183>

- Vidhya, S., Sherina, M. S., Rampal, L., Fadhilah, S. I., & Ummavathy, P. (2019). Self-esteem among cancer patients receiving chemotherapy in selected. *The Medical journal of Malaysia*, 74(5), 405–412.
- Wang, J., Kang, D. X., Zhang, A. J., & Li, B. R. (2024). Effects of psychological intervention on negative emotions and psychological resilience in breast cancer patients after radical mastectomy. *World journal of psychiatry*, 14(1), 8–14.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i1.8>
- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. *The British journal of radiology*, 95(1130), 20211033.
<https://doi.org/10.1259/bjr.20211033>
- World Health Organization. (2024). *Breast cancer, overview*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Wu, Z., Liu, Y., Li, X., & Li, X. (2016). Resilience and Associated Factors among Mainland Chinese Women Newly Diagnosed with Breast Cancer. *PloS one*, 11(12), e0167976.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167976>
- Yang, K., Ren, Y., Peng, W., Wang, X., Du, X., Wang, J., & Jiang, J. (2024). Subjective well-being among Chinese breast cancer patients: The unique contributions of death anxiety, self-esteem, and social support. *Journal of health psychology*, 29(3), 213–224. <https://doi.org/10.1177/13591053231195391>
- Yektatalab, S., & Ghanbari, E. (2020). The Relationship between Anxiety and Self-Esteem in Women Suffering from Breast Cancer. *Journal of mid-life health*, 11(3), 126–132.
https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_140_18
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Medical science*

monitor : international medical journal of experimental and clinical research, 23, 5969–5979. <https://doi.org/10.12659/msm.907730>

Zhou, K., Ning, F., Wang, W., et al. (2022). The mediator role of resilience between psychological predictors and health-related quality of life in breast cancer survivors: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 22, 57. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09177-0>

Anexos

Anexo A

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

1. Idade: _____ anos

2. Nacionalidade

☐ Portuguesa

☐ Outra

3. Residência (Distrito)

☐ Aveiro

☐ Beja

☐ Braga

☐ Bragança

☐ Castelo Branco

☐ Coimbra

☐ Évora

☐ Faro

☐ Guarda

☐ Leiria

☐ Lisboa

☐ Portalegre

☐ Porto

☐ Santarém

☐ Setúbal

☐ Vila Real

☐ Viseu

4. Estado Civil

- ☐ Solteira
- ☐ Casada
- ☐ União de facto
- ☐ Divorciada
- ☐ Separada
- ☐ Viúva

5. Tem filhos?

- ☐ Sim ☐ Não

6. Caso tenha, indique quantos: _____

7. Agregado familiar (número de pessoas com quem vive, incluindo você):

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 ou mais

8. Escolaridade:

- ☐ 1º ciclo (4º ano)
- ☐ 2º ciclo (6º ano)
- ☐ 3º ciclo (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º ano)
- ☐ Ensino Superior

9. Ocupação:

- ☐ Estudante
- ☐ Trabalhadora-Estudante

- ☐ Trabalhadora
- ☐ Desempregada
- ☐ Reformada
- ☐ De baixa

10. Qual o subtipo de cancro de mama lhe foi diagnosticado? _____

11. Há quanto tempo lhe foi diagnosticado? _____

12. Qual a classificação que atribuíram no diagnóstico?

- ☐ Estadio I
- ☐ Estadio II
- ☐ Estadio III
- ☐ Estadio IV

13. Foi o primeiro diagnóstico de cancro que teve?

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Foi-lhe diagnosticado uma recidiva do cancro da mama após a conclusão do tratamento inicial?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Foi submetida a cirurgia?

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. Se sim, que tipo de cirurgia fez?

- ☐ Conservadora
- ☐ Radical

17. Quantos tratamentos já realizou? _____

18. Terapêuticas já realizadas:

- ☐ Hormonoterapia
- ☐ Radioterapia

☐ Quimioterapia

☐ Outro (especificar): _____

19. Atualmente faz algum tratamento?

☐ Sim ☐ Não

20. Se sim, qual? _____

21. Tem outra doença crónica?

☐ Sim ☐ Não

22. Teve ou tem alguma complicação associada ao cancro?

☐ Sim ☐ Não

23. Se sim, qual? _____

24. Tem ou teve alguém na família que sofre ou já sofreu de cancro da mama?

☐ Sim ☐ Não

25. É alvo de algum tipo de apoio ou intervenção psicológica?

☐ Sim ☐ Não

26. Tem uma boa relação com o médico que o acompanha?

☐ Sim ☐ Não

Anexo B

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Anexo C

Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10)

Em baixo, vai encontrar 10 afirmações. Responda numa escala de 1 (nunca) a 5 (sempre) consoante a sua concordância com as afirmações.

1. Orgulho-me no que alcancei	1	2	3	4	5
2. Tendo a recuperar após doenças ou ferimentos	1	2	3	4	5
3. Consigo lidar com o sofrimento emocional	1	2	3	4	5
4. Consigo adaptar-me a mudanças à minha volta	1	2	3	4	5
5. Tento ver o lado positivo	1	2	3	4	5
6. Dou mais atenção à família	1	2	3	4	5
7. Aceito as coisas mais facilmente	1	2	3	4	5
8. O cancro pode ser curado	1	2	3	4	5
9. Acredito que a boa sorte virá depois da desgraça	1	2	3	4	5
10. Sinto felicidade na minha vida	1	2	3	4	5

Anexo D

Escala de Adaptação Psicológica (PAS)

As afirmações seguintes referem-se à influência ou ao impacto que esse acontecimento difícil teve na sua vida. Leia cada uma das afirmações cuidadosamente, e faça um círculo à volta da resposta que melhor se aplica a si (1 – de forma nenhuma, 2 – um pouco, 3 – mais ou menos, 4 – bastante, 5 – muitíssimo).

Afirmação	De forma nenhuma	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muitíssimo
1. Ajudou-me a aceitar a forma como as coisas se resolvem.	1	2	3	4	5
2. Ajudou-me a aprender a lidar melhor com a incerteza	1	2	3	4	5
3. Ensinou-me a ajustar às coisas que não posso mudar.	1	2	3	4	5
4. Ajudou-me a lidar com as coisas à medida que vão surgindo.	1	2	3	4	5
5. Ajudou-me a ver as coisas de uma forma mais positiva.	1	2	3	4	5
6. Ajudou-me a aprender a lidar com tempos difíceis.	1	2	3	4	5
7. Ajudou-me a sentir mais confortável com quem sou.	1	2	3	4	5
8. Ajudou-me a tornar numa pessoa mais forte.	1	2	3	4	5
9. Ajudou-me a sentir melhor quanto à minha capacidade para lidar com os problemas.	1	2	3	4	5

Afirmção	De forma nenhuma	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muitíssimo
10. Ajudou-me a tornar numa pessoa melhor.	1	2	3	4	5
11. Ajudou-me a saber com quem posso contar em tempos de dificuldade.	1	2	3	4	5
12. Tornou-me mais disponível para ajudar os outros.	1	2	3	4	5
13. Ajudou a que as relações com os outros tivessem mais significado.	1	2	3	4	5
14. Ajudou-me a tornar mais próximo das pessoas com quem me preocupo.	1	2	3	4	5
15. Ajudou-me a tornar mais consciente do amor e do apoio de outras pessoas.	1	2	3	4	5
16. Ajudou-me a aprender que a minha vida tem mais significado.	1	2	3	4	5
17. Deu-me uma maior estima pela vida.	1	2	3	4	5
18. Ajudou-me a desenvolver um sentido mais profundo de propósito na vida.	1	2	3	4	5
19. Ajudou-me a sentir paz.	1	2	3	4	5
20. Ajudou-me a encontrar força na minha fé ou crenças espirituais.	1	2	3	4	5

Anexo E

Declaração do Consentimento Informado

No âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa, eu, Mariana da Costa Carvalho, sob a supervisão do Prof. Doutor Miguel Freitas, pretendo realizar uma investigação com o objetivo geral de compreender o impacto do suporte social, da resiliência e da autoestima na adaptação ao cancro da mama em mulheres adultas.

Com este trabalho não se pretende avaliá-lo, mas apenas recolher um conjunto de dados que permitam compreender melhor a temática em estudo. As participantes devem ser mulheres com diagnóstico confirmado de cancro da mama, com idade igual ou superior a 18 anos.

Caso cumpra estes requisitos, peço a sua colaboração para a participação no estudo.

A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários que não deverá ultrapassar os 30 minutos. O seu contributo é fundamental para aprofundar o conhecimento científico nesta área.

Este trabalho foi desenvolvido segundo as diretrizes éticas presentes na Declaração de Helsínquia. Em caso de dúvida, poderá entrar em contacto através do seguinte endereço de e-mail: 11003823@lis.ulusiada.pt

Agradeço a disponibilidade e colaboração, Mariana Carvalho.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que tenho o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalização, devendo apenas informar os responsáveis. Aceito colaborar neste estudo, permitindo a recolha e utilização dos meus dados conforme explicado, ciente de que todas as informações serão tratadas de forma confidencial e anónima, destinando-se exclusivamente para fins da investigação.

Anexo F

Autorização para a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)



Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

Pedido de Autorização de Instrumento- Escala de Satisfação com o Suporte Social

José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Para: Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

23 de maio de 2024 às 09:59

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão da Escala de Satisfação com o Suporte Social que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. Na minha web page, na secção books, encontra o manual desta escala.

Cordialmente

Anexo G

Autorização para a utilização da Escala de Resiliência Específica para o Cancro (ER-EC-10)



Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

Pedido de Autorização- Escala de Resiliência Específica para o Cancro

Direção Técnica - Intelecto <josemendes@intelecto.pt>
Para: Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

22 de maio de 2024 às 14:05

Boa tarde Marina Carvalho, espero que se encontre bem!

O instrumento que validei tem como autores: José Mendes, Pedro Alexandre-Sousa, Fábio Sousa e Márcio Tavares. Se se refere a este instrumento, tem a nossa autorização (anexo artigo e respetiva escala).

Atenciosamente,
José Mendes

Anexo H

Autorização para a utilização da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)



Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

Pedido de Autorização de Instrumento

pjsosantos@sapo.pt <pjsosantos@sapo.pt>
Para: Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

10 de junho de 2024 às 15:12

Cara Mariana Carvalho,

Na sequência da sua mensagem envio-lhe, em anexo, o instrumento solicitado e um pequeno manual de cotação do mesmo. Agradeço que aceite partilhar comigo os resultados da sua investigação quando esta estiver concluída. Pedia-lhe ainda que não facultasse a ninguém o instrumento que agora lhe envio. Em alternativa disponibilize o meu endereço de correio eletrónico. Terei muito prazer em ser, eu próprio, a enviar uma cópia da Rosenberg Self-Esteem Scale.

Cumprimentos

Paulo Santos

Anexo I

Autorização para a utilização da Escala de Adaptação Psicológica (PAS)



Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

Pedido de Autorização- Escala de Adaptação Psicológica

Vera neto <vera_neto_24@hotmail.com>

23 de maio de 2024 às 08:59

Para: Mariana Carvalho <costamariana1601@gmail.com>

Caríssima Mariana Carvalho

Espero que este email a encontre bem.

Face ao pedido exposto, concedo a autorização para o uso da "Escala de Adaptação Psicológica" para propósitos da investigação supracitada. Acrescento que na eventual necessidade de algum dado ou informação que possa ser pertinente, encontro-me totalmente ao dispor.

Desejo-lhe um excelente trabalho e que seja mais uma investigação que nos ajude a compreender um pouco melhor o que pode influenciar a qualidade de vida e o bem-estar em doentes oncológicas.

Ao dispor,
Vera Neto