

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA



Determinantes psicofisiológicos da resposta ao *stress*:
Aspectos do desenvolvimento e adaptação ao cancro da mama



Retrato de uma Mulher de Picasso

Susana Filipa Gonçalves Eusébio
Curso de Mestrado em Neurociências
Lisboa, 2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA



Determinantes psicofisiológicos da resposta ao *stress*:
Aspectos do desenvolvimento e adaptação à doença no cancro da mama

Susana Filipa Gonçalves Eusébio

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora Silvia Ouakinin, Prof.^a Auxiliar da
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Todas as afirmações contidas neste trabalho
são da exclusiva responsabilidade do
candidato, não cabendo à Faculdade de
Medicina da Universidade de Lisboa
qualquer responsabilidade.

Curso de Mestrado em Neurociências
Lisboa, 2013

Esta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em reunião de 19 de Fevereiro de 2013.

AGRADECIMENTOS

O percurso de trabalho que permitiu a elaboração da presente Dissertação de Mestrado não teria sido tão confortável e bem sucedido não fossem o apoio e responsividade de todos quantos me acompanharam ao longo do mesmo, aos quais sinto dever o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar devo uma expressão sincera dos meus agradecimentos à Prof.^a Sílvia Ouakinin, orientadora desta tese, pelo apoio sempre presente e optimista com que foi acompanhando o meu percurso e que decerto não teria sido possível sem doses sensíveis de desafio, como só ela sabe dar. A ela devo ainda as aprendizagens feitas em áreas tão inexploradas por mim e que me fazem sentir cada vez maior prazer e orgulho na profissão que tenho.

Ao Dr. Marco Torrado, colega e amigo, a quem agradeço pela amizade e disponibilidade constantes, que foram essenciais na resolução de impasses e na reflexão a que um trabalho desta envergadura obriga. Não hei-de esquecer o apoio prestado e sobretudo o carinho com que me foi incentivando em momentos de maior desgaste.

À Prof.^a Luísa Lopes e Joana Coelho pelo apoio na definição metodológica da avaliação do cortisol salivar e colaboração na análise laboratorial do mesmo.

Ao Hugo Silva pela preciosa ajuda no processamento de dados psicofisiológicos, sem os quais, o presente trabalho não teria sido possível.

Ao Dr. Vitor Pereira e Prof. Luís Costa, enquanto responsáveis pelos serviços onde foi realizada a recolha da amostra, do Hospital de São Francisco Xavier –CHLO e Hospital de Santa Maria – CHLN, respectivamente.

À Ana Fernandes pela constante ajuda em aspectos logísticos que em muito facilitaram, a chegada a bom porto desta Dissertação.

Às mulheres que voluntariamente se disponibilizaram para a participação nesta investigação e durante a qual partilharam partes tão significativas e íntimas das suas

vidas, e em especial, às mulheres a quem foi recentemente diagnosticado cancro da mama e cuja força e generosidade são virtudes que qualquer um deve almejar.

Por último, agradeço à minha família pela riqueza de afectos com que me têm presenteado ao longo de anos e por serem o meu esteio, firme rocha em que ancorei as minhas forças e porto seguro ao qual sinto sempre poder voltar.

Resumo: A investigação tem sustentado que os estilos de vinculação, relativamente estáveis ao longo do desenvolvimento, parecem influenciar o modo como os indivíduos respondem a situações de *stress* na vida adulta. Os esquemas cognitivos de vinculação insegura, associados a emoções negativas, parecem frequentemente relacionar-se com a doença física ou mental, verificando-se nesse contexto mecanismos psicobiológicos de regulação mais primitivos que se constituem como factores de vulnerabilidade face a *stressors*. Vários estudos apoiam a hipótese de que o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional menos eficazes para regular afectos negativos se relacionam com padrões de reactividade fisiológica e com estratégias de *coping* menos positivas, que podem prejudicar a adaptação em situação de doença e promover a sua progressão. A presente investigação, partindo de um modelo de desenvolvimento dos sistemas de auto-regulação na interacção com as experiências precoces, pretende caracterizar e relacionar a vulnerabilidade ao *stress* e a adaptação à doença física em função do estilo de vinculação e explorar as interacções entre dimensões psicofisiológicas, emocionais e comportamentais, comparando mulheres com cancro da mama (N=30) com mulheres saudáveis (N=31) e assim contribuir para um modelo tentativo de vulnerabilidade psicossomática. Os resultados sugerem que vinculações tendencialmente mais inseguras estão relacionadas com estratégias de regulação emocional menos adequadas e padrões de reactividade fisiológica aumentada associados a uma adaptação menos positiva.

Palavras-Chave: vinculação, *stress* regulação emocional, adaptação

Abstract: Research has argued that attachment styles, relatively stable throughout life, seem to influence how individuals respond to stress in adulthood. The cognitive schemata of insecure attachment, associated with negative emotions, often seem to relate to physical or mental illness, showing that psychobiological self-regulation mechanisms constitute factors of vulnerability to stressors. Several studies support the hypothesis that the development of less effective emotion regulation strategies are related to patterns of increased physiological reactivity and negative coping strategies, which may hinder adaptation in situations of illness and even promoting their progression. This research, based on a model of self-regulation systems developed in interaction with early experiences, wants to characterize vulnerability to stress and adjustment to physical illness as a function of attachment style and explore the interactions between psychophysiological, emotional and behavioral dimensions, comparing women with breast cancer (N = 30) with healthy women (N = 31) and thus contribute to a tentative model of psychosomatic vulnerability. The results suggest insecure attachment patterns are related to less effective emotion regulation strategies and increased physiological reactivity and to negative adjustment outcomes.

Keywords: attachment, emotional stress regulation, adaptation

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
Resumo	IV
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I VINCULAÇÃO	5
1. As Origens da Teoria da Vinculação	5
1.1. Edward John Mostyn Bowlby (1907-1990)	5
1.2. Mary Dinsworth Salter Ainsworth (1913-1999)	7
2. Teoria da Vinculação	8
2.1. Vinculação, Relações de Vinculação	8
2.2. Sistema de Vinculação	10
2.3. Internal Working Models	14
2.4. Estilos de Vinculação	18
2.5. Avaliação da Vinculação no Adulto	21
2.5. Vinculação no Adulto	23
CAPÍTULO II DESENVOLVIMENTO NEUROBIOLÓGICO	26
1. Desenvolvimento Psicobiológico	26
1.1. Neurobiologia das Relações Precoces	26
1.2. Desenvolvimento da Auto-Regulação: o papel das emoções	29
1.3. Regulação Emocional no Contexto da Vinculação	33
1.4. Correlatos fisiológicos das relações de Vinculação	35
2. Reactividade a <i>Stressors</i>	43
2.1. Psicofisiologia da Resposta de <i>Stress</i>	43
2.2. Cuidados Maternos e Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	45

2.3. <i>Stress</i> e Doença Física: o caso do Cancro da Mama.....	48
CAPÍTULO III COPING E ADAPTAÇÃO.....	53
1. <i>Coping</i> e Adaptação	53
1.1. Definição de <i>Coping</i> e adaptação	53
1.2. Estratégias de <i>Coping</i> no cancro da mama	58
1.3. Adaptação ao Cancro da Mama: “ <i>Devagar se vai ao longe...</i> ”.....	59
1.4. A importância das relações de vinculação nos processos de <i>Coping</i>	63
CAPÍTULO IV ESTUDO EMPÍRICO.....	66
1. Objectivos e Hipóteses de Estudo	66
2. Metodologia.....	67
2.1. Desenho do Estudo	67
2.2. Amostra	68
2.2. Instrumentos de Medida	68
2.2.1. Questionários Psicológicos	68
2.2.3. Instrumentos de Recolha de dados psicofisiológicos	81
2.3. Procedimentos.....	84
2.4. Análise Estatística.....	85
CAPÍTULO V RESULTADOS.....	87
1. Caracterização das Amostras	87
1.1. Variáveis sociodemográficas e Clínicas	87
1.2. Variáveis psicológicas.....	97
1.3. Variáveis psicofisiológicas	107
1.3.1. Correlatos Autonómicos.....	107
1.3.2. Cortisol Salivar.....	109
2. Relações entre dados de nível psicológico e de nível fisiológico.....	111

2.1. Relação entre a Vinculação e a Regulação Emocional	111
2.2 Relação entre a Vinculação e a Vulnerabilidade ao Stress	114
2.3. Relação entre a Regulação Emocional e a Vulnerabilidade ao stress.....	118
2.4. Relação entre a Vinculação, Regulação Emocional, Vulnerabilidade ao Stress e a Adaptação à doença.	123
3. Modelo de Resposta a <i>stressors</i>	130
 CAPÍTULO VI DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	135
 1. Discussão dos Resultados	135
1.1. Caracterização das Amostras	135
1.1.1 Sobre aspectos socio-demográficos e clínicos.....	135
1.1.2. Sobre a qualidade da Vinculação das participantes	137
1.1.3. Sobre a Regulação Emocional.....	138
1.1.4. Sobre Vulnerabilidade ao stress	139
1.1.5. Sobre o coping e Adaptação	143
1.2. Relações entre as variáveis psicológicas e fisiológicas.....	145
1.2.1. Vinculação e a Regulação Emocional	145
1.2.2. Vinculação e a Vulnerabilidade ao Stress	147
1.2.3. Regulação Emocional e a Vulnerabilidade ao stress.....	148
1.2.4. Vinculação, Regulação Emocional, Vulnerabilidade ao Stress e a Adaptação à doença.....	150
1.3. Modelos de Resposta a Stressors	153
2. Conclusões	154
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
 ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A presente dissertação integra um Projecto de Investigação mais abrangente acerca da influência das relações precoces na reactividade ao *stress* – *Indicadores Psicofisiológicos da Reactividade ao Stress e Adaptação à Doença: Estilos de Vinculação, Coping e Regulação Emocional*, apoiado com uma Bolsa de Investigação da Fundação BIAL (ref. 119/10).

A relação entre as experiências precoces e a saúde na idade adulta tem, desde há vários anos, sido objecto de intenso estudo por várias áreas do saber. Historicamente, de entre os vários autores destacam-se Freud e Bowlby por terem ambos formulado importantes paradigmas do desenvolvimento humano.

Em particular, a Teoria da Vinculação, teve tão grande impacto na comunidade científica que tem merecido a atenção e contributos de várias gerações de investigadores, sendo considerada um dos mais importantes paradigmas, através do qual, vários temas, desde a Psicologia à Saúde, têm sido abordados. A preferência por este modelo de desenvolvimento deve-se à inegável robustez das suas evidências empíricas que resultaram de metodologias observacionais e longitudinais, cujos autores como Mary Ainsworth merecem hoje o respeito da comunidade científica internacional.

Não obstante o papel crucial de Bowlby e Ainsworth, o estabelecimento de relações causais entre o desenvolvimento psicobiológico e o bem-estar na idade adulta adquiriu novo fôlego com os avanços das Neurociências, o advento das técnicas imagiológicas e estudos com modelos animais (Miller et al. 2009). Baseados em evidências sobre a plasticidade neuronal, têm sido reconhecidas as influências das experiências precoces, nomeadamente as traumáticas, no desenvolvimento do Sistema Nervoso, ilustrando a importância dos mecanismos epigenéticos no desenho da arquitectura psicofisiológica (Meaney, 2001). São amplamente reconhecidos os aportes que a Teoria da Vinculação tem fornecido ao estudo dos fenómenos epigenéticos e dos seus efeitos no desenvolvimento psicobiológico, nomeadamente através da utilização dos paradigmas de *separação* e *privação materna* (Gunnar & Quevedo, 2007).

A vivência de *stress*, sob a forma de perturbações ao estabelecimento de uma relação de vinculação saudável, durante o período de desenvolvimento do Sistema Nervoso, parece predispor para uma reactividade de base, passível de vulnerabilizar o indivíduo para o adoecer físico ou psicológico. Como tal, o *stress* será abordado neste

trabalho como um fenómeno clínico com comprovadas relações com a vulnerabilidade para a doença, como são disso exemplo o enfarte agudo do miocárdio (Rosengren et al., 2004) e a depressão (Frodl & O’Keane, 2012).

O presente estudo apoia-se em dados da teoria da vinculação, da psicobiologia do desenvolvimento e da psicofisiologia do *stress* para explorar as relações entre os estilos de vinculação, que se crê manterem relativa estabilidade, e a reactividade ao *stress* na idade adulta.

Para possibilitar o estabelecimento de associações entre os mecanismos psicobiológicos e a vulnerabilidade para a doença física é ainda necessária a adopção de um acontecimento clínico precipitante que consubstancie o impacto de factores psicológicos e contextuais subjectivos (Miller et al. 2009). Pelas reacções emocionais que tendencialmente desencadeia nas mulheres que o vivenciam (Eppping-Jordan et al., 1999), o diagnóstico de cancro da mama será abordado no presente trabalho como factor precipitante da reactividade ao *stress*.

Ainda incipiente, a investigação que relaciona factores psicossociais com os resultados de saúde e, em particular no caso do cancro da mama, com a progressão da doença sugere por fim um olhar sobre a qualidade do ajustamento psicológico e *coping* em função da qualidade das relações de vinculação e da reactividade ao *stress*.

Estando consciente da complexidade de integrar áreas tão distintas quanto a Psicologia e Biologia e das dificuldades que os respectivos objectos de estudo colocam quanto à metodologia de investigação, a compreensão da comunhão entre mente e corpo motivou a minha incursão pelo campo das neurociências afectivas. Neste sentido, o presente estudo pretende constituir-se como um contributo para a compreensão de relações entre variáveis psicológicas e psicobiológicas no sentido de apoiar um modelo tentativo de vulnerabilidade psicossomática que assume a Vinculação como modelo biopsicossocial de desenvolvimento e saúde (Tacón, 2002).

A tese está organizada em seis capítulos ao longo de três partes, consistindo a primeira nos capítulos correspondentes à fundamentação teórica e contextualização da componente empírica exposta no capítulo IV e que constitui a segunda parte desta dissertação. A terceira parte desta dissertação relaciona-se com a descrição e discussão dos resultados do estudo empírico, ao longo dos capítulos V e VI.

No primeiro capítulo serão expostos os contributos de Bowlby e Ainsworth para a Teoria da Vinculação, ponto de partida deste estudo, dotado de uma inegável capacidade compreensiva do desenvolvimento humano. Reflecte-se ainda sobre o estabelecimento de vínculos nas relações precoces e os esquemas de funcionamento

interpessoal que estes vão moldando até à idade adulta, nomeadamente quanto a estratégias de regulação do comportamento e emoção que delas decorrem. Abordar-se-ão aspectos da avaliação da vinculação que culminaram na tipificação dos estilos de vinculação sobejamente conhecidos e por fim, a vinculação do adulto e o seu impacto noutras esferas do funcionamento.

O segundo capítulo abordará os aspectos do desenvolvimento psicobiológico à luz das relações precoces entre a criança e o seu cuidador principal e o impacto que as interacções precoces têm sobre o desenvolvimento das capacidades de auto-regulação emocional. Reflectir-se-á ainda neste capítulo sobre as nuances que os diferentes estilos de vinculação conferem à capacidade de regulação emocional, que se julgam manter-se estáveis durante o ciclo de vida, e de que forma é que estas marcam o funcionamento psicofisiológico, abordando alguns correlatos fisiológicos que literatura vem usando para traduzir a qualidade das relações precoces e o possível impacto destas num funcionamento mais holístico que pode vulnerabilizar para a doença. Neste sentido, serão ainda bordados aspectos da reactividade ao *stress* e a importância dos cuidados maternos no desenho da arquitectura dos sistemas que são por ela responsáveis. A pervasividade que Bowlby defendia para a teoria da vinculação é possível de ser ilustrada através dos aspectos da vulnerabilidade ao *stress* e do seu potencial deletério na saúde, aspectos que a presente dissertação abordará no final deste capítulo ao relacionar o *stress* com o desenvolvimento e progressão de doenças físicas, em particular o cancro da mama.

O terceiro capítulo conduz numa reflexão sobre as competências de *coping* e o processo de adaptação psicológica, versando inicialmente sobre as dificuldades conceptuais que estes construtos encerram e a definição conceptual dos mesmos para se partir de seguida para um debate sobre as estratégias de *coping* envolvidas na vivência com o cancro da mama e os respectivos resultados em termos do ajustamento psicológico. Integrando os conceitos anteriormente revistos, este capítulo esforçar-se-á por integrar os aspectos da qualidade da vinculação que podem marcar os processos de *coping* e resultar em funcionamentos mais ou menos resilientes.

No quarto capítulo serão descritos os objectivos e hipóteses que conduziram o estudo empírico, descrevendo-se aspectos como o desenho de estudo, a amostra e os instrumentos psicológicos e psicofisiológicos utilizados, bem como o conjunto de procedimentos que caracterizaram o protocolo de avaliação aos grupos estudados.

O quinto e sexto capítulos serão destinados à descrição dos resultados quanto à caracterização da amostra e teste às hipóteses colocadas bem como à discussão geral de resultados, tendo em conta o enquadramento teórico exposto nos primeiros capítulos. O sexto capítulo terminará com uma súmula das conclusões mais

significativas deste estudo, assinalando-se os contributos mais relevantes e algumas fragilidades que o caracterizam, e que podem ser aspectos a burilar em futuras investigações*.

* A presente Dissertação de Mestrado integra parcialmente os conteúdos do artigo Eusébio, S., Ouakinin, S. (2013). Da Vinculação à Saúde na idade adulta. Revista Portuguesa de Psicossomática. Vol. II On-line.

CAPÍTULO I | VINCULAÇÃO

1. As Origens da Teoria da Vinculação

A Teoria da vinculação é hoje considerada um dos mais importantes paradigmas do desenvolvimento humano e nasceu do trabalho conjunto de John Bowlby e Mary Ainsworth, que são por isso conhecidos como os seus fundadores.

Ambos influenciados pela visão psicanalítica da época, desde cedo se demarcaram dela e deveram as suas principais asserções a áreas do saber tão diversas como a Etologia, Cibernética, Processamento da Informação e Psicologia do Desenvolvimento.

Tendo trabalhado independentemente durante os primeiros anos das suas carreiras Bowlby e Ainsworth deram contributos essenciais para a estruturação de um corpo de conhecimentos sólido que tem cada vez maior relevância e aplicabilidade. Bowlby foi responsável pelos alicerces da teoria que revolucionou o pensamento acerca da relação mãe-bebé e do impacto da separação, privação e luto maternos na saúde mental de crianças, e que foi empiricamente testada através das metodologias inovadoras de Mary Ainsworth. Ainsworth por sua vez contribuiu com o conceito de figura de vinculação como *base segura* para a exploração do mundo e os conceito de *sensibilidade e responsividade maternas* aos sinais do bebé, que permitem o estabelecimento de diferentes padrões de vinculação (Bretherton, 1992). É também a ela que se deve a construção do primeiro instrumento de avaliação dos estilos de vinculação – *Situação Estranha* (Cassidy, 2008)

1.1. Edward John Mostyn Bowlby (1907-1990)

John Bowlby começa a desenhar o esboço da Teoria da Vinculação ao contactar com jovens delinquentes cujos comportamentos desviantes pareciam relacionar-se com os infortúnios dos seus percursos de vida desde a infância. Estas observações convenceram Bowlby de que as disrupções na relação materna em fases precoces constituem-se como percursos da psicopatologia no adulto (Bowlby, 1951). Esta visão da importância da relação precoce para o bem-estar do bebé à nascença e para o seu funcionamento na idade adulta levaram-no a contestar as perspectivas vigentes acerca da relação mãe-bebé que defendiam o papel providencial da mãe. Segundo estas, o laço entre ambos dependeria do alimento que a mãe fornece ao

bebé, constituindo-se como fonte de prazer para os defensores da perspectiva psicanalítica e como reforço positivo para os teóricos da Aprendizagem Social (Cassidy, 2008).

No decurso da sua formação analítica, Bowlby, foi partilhando da abordagem kleiniana quanto à centralidade das relações de objecto, mas discordando do excessivo foco sobre a fantasia infantil e o conflito interno entre pulsões de agressividade e da libido como origem dos problemas emocionais (Bretherton, 1992). Não obstante, Bowlby compartilha com Freud a noção de que as vivências traumáticas, como a separação e perda da mãe, ocorridas numa faixa etária em que o indivíduo é especialmente vulnerável (0-6 anos) podem ter efeitos prejudiciais para a psique em desenvolvimento (Bowlby, 1969)

Embora Bowlby valorizasse o papel da herança genética nas perturbações emocionais, não acreditava de todo que esta determinasse o desenvolvimento de neuroses se não houvesse pressão do meio. Testemunhando as vivências dos jovens delinquentes, dois factores do meio, relativos às suas infâncias, foram-lhe parecendo preponderantes para determinar a psicopatologia futura. Primeiro, a morte ou separação prolongada da mãe, que parecia ter um impacto desastroso no bem-estar dos bebés e segundo, a atitude emocional da mãe para com o bebé que se manifesta enquanto cuida das necessidades do filho. Por exemplo, nalgumas mães a hostilidade que os seus pequenos descuidos e algum desagrado denotam é muitas vezes compensada com atitudes de sobreprotecção. Noutras, a sua sensibilidade face à crítica ou hostilidade das crianças leva-as a fazer de tudo para garantir o seu afecto, repreendendo-as dolorosamente quando percebem algum sinal de ingratidão (Karen, 1994).

Os seus pressupostos teóricos obtiveram as necessárias evidências formais através do trabalho de James Robertson (1953, citado por Bretherton, 1992) que observou o impacto da separação materna precoce em crianças separadas temporariamente da mãe por força do internamento hospitalar a que estavam obrigadas por motivos de saúde. Era para Bowlby por demais evidente o papel central da mãe e dos cuidados maternos para a saúde física e mental da criança. Os registos dramáticos de Robertson, a par do filme de Spitz “*Grief: A Peril in Infancy*” (1947, citado por Bretherton, 1992) impulsionaram mudanças nas políticas de internamento hospitalar de crianças, passando a valorizar-se a presença e cuidados maternos durante o período de tratamento.

Apoiando-se nas observações de Lorenz (1935, cit. por Cassidy, 2008) acerca do *Imprinting* e na famosa experiência de Harlow (1958) com os macacos Rhesus bebés, que em momentos de *stress* preferiam mães de felpo a mães de arame que os

alimentavam, Bowlby conseguiu evidências que apoiavam a sua incipiente teoria. Esta experiência mostrou como era notória a importância do contacto com a *mãe*, ainda que artificial, nomeadamente, por constituir uma “*base segura*” a partir da qual os macacos exploravam o meio e à qual regressavam quando se sentiam ameaçados. Estas observações deixaram clara a centralidade do conforto do contacto dos bebés com a mãeⁱ durante o percurso desenvolvimentista, alicerçando as bases teóricas postuladas por Bowlby. Foi de resto com as observações de bebés humanos, levadas a cabo pelos seus colaboradores, entre os quais se destacam James Robertson e Mary Ainsworth, que a Teoria da Vinculação começa a ser considerada pelos seus pares.

1.2. Mary Dinsworth Salter Ainsworth (1913-1999)

Quando iniciou os seus trabalhos de observação naturalista de díades mãe-bebé Mary Ainsworth partilhava da ideia de que a origem da vinculação residia na amamentação e não lhe faziam completo sentido as asserções de Bowlby de inspiração etológica. Contudo, ao observar dia-a-dia as interações das mães com os seus bebés, pôde aperceber-se que estes têm um papel activo na procura de proximidade com a mãe, particularmente em situações de ameaça ou aflição. O objectivo da sua investigação passou a centrar-se nos determinantes da procura de proximidade e não na observação dos efeitos da separação materna aquando do desmame, como inicialmente tinha planeado (Bretherton, 1992).

Com as observações que fez no Uganda durante os anos 50 e que continuou em Baltimore nos anos 60, contribuiu como ninguém para sustentar as bases da Teoria da Vinculação que foi sendo desenvolvida por Bowlby. Foi com recurso aos dados recolhidos nas suas observações longitudinais que pôde caracterizar os diferentes estilos de vinculação e a sua experiência de avaliação psicológica em diversos contextos permitiu-lhe desenvolver um instrumento de avaliação da vinculação designado por *Situação Estranha*. Este instrumento veio fomentar o estudo empírico das diferenças individuais na qualidade dos laços estabelecidos entre a criança e os seus cuidadores, e fortalecer os constructos que estão na base da Teoria da Vinculação, colocando-os no centro da Psicologia do Desenvolvimento (Cassidy, 2008).

2. Teoria da Vinculação

2.1. Vinculação, Relações de Vinculação

À medida que Bowlby acumulava evidências empíricas a respeito da importância dos cuidados maternos e se distanciava do quadro teórico vigente na altura, defendendo que as necessidades das crianças vão para além da satisfação oral, como comprovam as crianças institucionalizadas e privadas de contacto materno que apresentavam sinais de perturbação psicológica, sentiu necessidade de explicar a natureza do vínculo da criança à mãe.

Para Bowlby (1969), dizer que uma criança está vinculada a alguém significa uma predisposição forte para procurar a proximidade e o contacto com essa pessoa, especialmente quando a criança está assustada, cansada ou doente. Ao introduzir o termo *vinculação* para descrever a relação do bebé com a mãe, Bowlby sugere a ideia de processo contínuo e complexo (Karen, 1994) de matiz primeiramente perceptiva e comportamental e, graças à colaboração de Ainsworth, pôde mais tarde perceber a importância da componente emocional para a organização e expressão da vinculação. Ainsworth (1989, citada por Guedeney & Guedeney, 2002) definiu vinculação como um “*laço afectivo*” com uma pessoa especial que perdura no tempo sendo quatro as características que distinguem as relações de vinculação de outras relações sociais: a procura de proximidade, a noção de *base segura* a partir da qual se pode explorar o mundo, a noção de comportamento de refúgio ou retorno à figura de vinculação em situação de ameaça e finalmente as reacções perante a separação da figura de vinculaçãoⁱⁱ.

Ao formular a sua teoria Bowlby é especialmente influenciado pelos etologistas Konrad Lorenz e Harry Harlow, cujas observações naturalistas pareciam dar suporte teórico às suas observações clínicas, mostrando de forma inédita que a relação das crias às suas mães não é de todo determinada pela necessidade de alimento (Mikunlicer & Shaver, 2007) e que a dependência e ligação emocional que os bebés desde cedo revelam face à mãe resultam dum instinto comportamental. Esta tese foi explorada e clarificada detalhadamente ao longo dos três volumes da trilogia “*Attachment and Loss*” (Bowlby, 1958, 1969, 1973, citados por Soares, 2009).

Na perspectiva de Bowlby, o ímpeto de procura de proximidade está inscrito no código genético da nossa espécie, determinado pela selecção natural, e parece colher apoio de evidências mais recentes quanto ao papel das hormonas neuroendócrinas e dos sistemas psicofisiológicos que respondem a situações de ameaça ou *stress*

(Mikunlicer & Shaver, 2007). Em particular, a oxitocina (OT), hormona produzida no hipotálamo e libertada na corrente sanguínea, parece estar envolvida na redução da resposta ao *stress*, pela possível acção sobre o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal. Sendo a oxitocina responsável para ejeção do leite materno, a investigação sobre o impacto desta hormona na resposta ao *stress* têm-se debruçado sobre mulheres lactantes, e os resultados revelam que estas parecem estar menos vulneráveis ao stress na fase pós-parto. Dado o papel da OT na facilitação da afiliação social, algumas investigações parecem sugerir que esta hormona, pela sua acção inibidora da reactividade ao *stress* possa constituir parte do mecanismo fisiológico através do qual o contacto e apoio social promovem a saúde física e mental (Carter, 1998; DeVries et al., 2003; Henry and Wang, 1998; Insel and Young, 2001; Light et al., 2005; Taylor, 2002; Heinrichs et al, 2003 citados por Bartz & Hollander, 2006. Não obstante estes resultados, é o papel da OT no estabelecimento e manutenção de ligações afectivas o que mais impressiona e apoia os pressupostos de Bowlby. Embora menos investigada nos humanos, devido a dificuldades metodológicas, as associações entre a OT e os cuidados parentais, que estão na base da formação dos vínculos, mostram-se consistentes na literatura sobre o tema. Por exemplo, níveis de OT medidos durante a gravidez e no período pós-parto parecem predizer comportamentos maternos tais como olhar para o rosto de criança, vocalizações maternas, expressão de afecto positivo e de toque afectuoso. O inverso também se verifica, ou seja, pais e mães que revelam maiores níveis de contacto tátil com os seus bebés apresentam aumentos da OT salivar após as interacções pais-bebé, ao contrário de pais com menor contacto tátil (Feldman et al., 2007; Feldman et al., 2010, citados por Feldman et al., 2012). Num estudo inédito, Feldman et al. (2012) verificaram que tanto os pais como os bebés apresentavam aumentos de OT após episódios de brincadeira conjunta e que estes se correlacionavam positivamente com os níveis medidos antes da interacção, aparentemente revelando que os níveis de OT estavam relacionados com o grau de contingência dos cuidados parentais e com a interacção social do bebé com os pais. Estes resultados apoiam a perspectiva teórica de Bowlby sobre importância da experiência precoce e dos cuidados parentais no desenvolvimento de sistemas neuroendócrinos que subjazem à formação do vínculo em humanos e a sua importância na transmissão intergeracional dos mecanismos de afiliação (Meaney, 2010; Ross & Young, 2009 citados por Feldman et al., 2012).

Enquanto fundador deste paradigma alternativo sobre o desenvolvimento, Bowlby é cuidadoso e meticoloso na explanação dos pressupostos da Teoria da Vinculação. Utiliza o conceito de *sistema comportamental de vinculação*, que pede emprestado à Etologia, para definir o objectivo e a função dos comportamentos de

vinculação e a sua teoria não só aborda aspectos do desenvolvimento normativo, cursando aspectos do sistema comportamental de vinculação comum a todas as pessoas, mas também explora as “*diferenças individuais*” no funcionamento do sistema de vinculação (Hazan, Gur-Yaish & Campa, 2004). Desta forma parece fazer a ponte com a psicopatologia, temática que sempre lhe foi querida, dado o pendor clínico das suas observações.

2.2. Sistema de Vinculação

A teoria da vinculação parte do pressuposto que a vinculação do bebé à mãe resulta de um “equipamento” inato com a função de garantir a sobrevivência da espécie, e que Bowlby optou por designar de *sistema comportamental de vinculação*. Este sistema de vinculação é constituído por um conjunto de “respostas instintivas” que, sendo inicialmente independentes uma das outras, vão maturando no decurso do desenvolvimento e organizando respostas comportamentais cada vez mais integradas que servem para ligar a criança à figura de vinculação. Partindo da sua pesquisa, Bowlby descreveu cinco comportamentos de vinculação destinados a garantir a proximidade com o objecto de vinculação – chupar, agarrar, seguir, chorar e sorrir – uma vez que estes activam o comportamento materno (Bowlby, 1958).

Para Bowlby, o *sistema comportamental de vinculação* evolui ao longo da infância, partindo de padrões fixos de comportamento, que a criança exhibe nos primeiros meses de vida, e que se vão sofisticando e articulando entre si para permitir o alcance dos objectivos que vão sendo estabelecidos ao longo do desenvolvimento posterior. Desta forma, o sistema de vinculação permite à criança responder de forma flexível a alterações do meio para alcançar o objectivo de proximidade com a figura de vinculação, usando para o efeito comportamentos de vinculação distintos (Bowlby, 1982; Soares, 2009; Cassidy, 2008).

Segundo Bowlby, a organização do comportamento de vinculação envolve uma perspectiva de controlo sobre o sistema, que regula a escolha, activação e término dos comportamentos, visando alcançar um estado de distância/proximidade adequada dependendo das circunstâncias (Cassidy, 2008; Mikulincer & Shaver, 2007). A *activação* dos comportamentos de vinculação resulta de certos estímulos (e. g. ver um estranho, encontrar-se sozinho, barulho súbito) e quando a criança alcança suficiente segurança e proximidade estes podem ser *desactivados*.

Segundo Bowlby (1982) a procura de proximidade é a *estratégia primária* do sistema comportamental de vinculação para regular os afectos resultantes da carência

de apoio ou protecção e consiste num conjunto de comportamentos que uma criança ou adulto pode escolher em função das suas necessidades num determinado momento. Esses comportamentos destinados a mostrar à figura de vinculação o interesse em reestabelecer a proximidade podem consistir em expressões abertas de emoção negativa (e.g., tristeza, ansiedade, zanga) ou meras pistas que sinalizam a necessidade de apoio e conforto, aumentando a probabilidade de contacto físico ou psicológico. Os comportamentos de procura de proximidade podem ainda consistir em pedidos explícitos de apoio emocional ou instrumental. Sendo inicialmente inatas, estas estratégias vão-se tornando flexíveis, sensíveis ao contexto e mais engenhosas à medida que as crianças vão sendo guiadas pela figura de vinculação nos diversos contextos sociais que o decurso do desenvolvimento favorece, tornando-se mais provável que sejam bem sucedidas a satisfazer as suas necessidades em relações subsequentes (Mikunlicer & Shaver, 2007).

Para Bowlby (1982) a activação e desactivação do sistema de vinculação tem o objectivo de assegurar um sentimento de segurança, com implicações para o desenvolvimento da criança, nomeadamente, a possibilidade de explorar o mundo. Esta capacidade de procurar ajuda ou conforto em momentos de *stress* e de retomar actividades ou interesses assim que é reestabelecido o seu sentimento de segurança funciona como um protótipo da capacidade de regulação emocional e estratégias de regulação da proximidade com os outros, necessárias a um adequado funcionamento interpessoal na idade adulta (Mikunlicer & Shaver, 2007).

Apesar das crianças serem dotadas da capacidade inata para procurar a proximidade com a figura de vinculação, o sucesso dos seus esforços e a decorrente sensação de segurança depende da responsividade desta. Por isto, é a qualidade das interacções ao longo da história de solicitações e respostas da díade que dita as diferenças individuais no funcionamento do sistema de vinculação. As diferenças individuais na qualidade das relações têm sido genericamente designadas por *vinculação segura* e *vinculação insegura* (Ainsworth, 1972; Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1973, citados por Weinfield et al., 2008), designando a percepção das crianças face à disponibilidade do cuidador para providir conforto ou protecção e a sua respectiva resposta à luz dessas percepções (Weinfield et al., 2008).

As interacções com cuidadores sensíveis às necessidades da criança e responsivos às solicitações de proximidade facilitam e promovem a formação de uma de vinculação segura, que permite a criação de expectativas positivas acerca da disponibilidade dos outros e visão positiva do *self*, e como tal, estratégias de auto-regulação organizadas em torno destas crenças. Contudo, quando os cuidadores estão indisponíveis não ocorre alívio do *distress* podendo resultar em representações

negativas e estratégias de regulação disfuncionais (Mikulincer et al, 2003, 2012). A sensação de vulnerabilidade resultante do defraude das suas expectativas fá-las activar continuamente o seu sistema de vinculação, possivelmente interferindo com o funcionamento de outros sistemas comportamentaisⁱⁱⁱ. Uma vez que as crianças com vinculação insegura não são livres de explorar o mundo sem medo, não podem desenvolver a mesma confiança e mestria que as crianças com vinculação segura, que sabem que podem contar com um cuidador protector caso se sintam ameaçadas no decurso das suas explorações (Weinfield et al., 2008). Ao tornar-se claro que a utilização da *estratégia primária* de procura de proximidade não cumpre o objectivo de protecção e segurança a criança vai desenvolvendo *estratégias secundárias de vinculação* como forma de se auto-regular emocionalmente (Mikunlicer & Shaver, 2007).

Segundo Cassidy & Kobak (1988, citados por Mikunlicer & Shaver, 2003) a avaliação da proximidade à figura de vinculação como uma opção viável para o alívio de *distress* pode resultar em tentativas enérgicas e insistentes para alcançar proximidade, apoio e amor. As estratégias secundárias activas e intensas designam-se por estratégias de *hiperactivação* e caracterizam-se pela constante vigilância, preocupação e intensificação da expressão emocional (Cassidy, 1994; Cassidy & Berlin, 1994; (Mikunlicer et al, 2003, citados por Soares, 2009) até perceberem a figura de vinculação como disponível e alcançarem uma sensação de segurança. Tanto nas crianças como nos adultos, estas estratégias implicam uma excessiva orientação para os outros e tentativas de conseguir o seu envolvimento, cuidado e apoio através de respostas de controlo e dependência, levando a cabo esforços comportamentais e cognitivos para minimizar a distância entre ambos. Parece evidente nestas estratégias o recurso a uma sobre-dependência do cuidador enquanto fonte de protecção (Shaver & Hazan, 1993, citado por Mikunlicer & Shaver, 2003) e a percepção de si como desamparado e incompetente para se auto-regular emocionalmente (Mikunlicer & Florian, 1998, citados por Mikunlicer & Shaver, 2003). Como resultado destes expedientes dá-se uma amplificação dos ciclos de *distress* e a activação contínua do sistema de vinculação impede o envolvimento noutras tarefas apropriadas ao estadio de desenvolvimento. Estas pessoas caracterizam-se por elevados níveis de ansiedade, uma percepção exagerada das ameaças, crenças negativas sobre o *self* e crenças catastróficas a respeito das interacções com os outros (Bartholomew & Horowitzs, 1991; Mikunlicer, 1995; Mikunlicer & Florian, 1998, citados por Mikunlicer & Shaver, 2003).

Quando a procura de proximidade ao objecto de vinculação é percebida como uma estratégia inviável ocorre a inibição ou desactivação da estratégia de

procura de proximidade e iniciam-se formas de lidar autonomamente com o desconforto. Estas estratégias de regulação dos afectos designam-se por estratégias de *desactivação* uma vez que o objectivo principal é a desactivação do sistema de vinculação para evitar a frustração e *distress* adicional causados pela indisponibilidade do cuidador. Este objectivo conduz à negação das necessidades de vinculação, evitamento da proximidade, intimidade e dependência em relações significativas, maximização da distância física, cognitiva e emocional e esforço por ser independente e auto-confiante. (Cassidy & Kobak, 1988, citados por Mikunlicer & Shaver, 2003). Para o conseguir é frequente observar-se menosprezo pelas vulnerabilidades pessoais e situações ameaçadoras e ainda uma inibição de pensamentos ou memórias que possam evocar sentimentos de vulnerabilidade e sofrimento. Por força destas características, é uma estratégia frequente crianças ou adultos avaliados com vinculação insegura do tipo evitante, com baixos níveis de intimidade e envolvimento emocional nas suas relações, repressão de memórias negativos e pensamentos dolorosos, dificuldades na elaboração de representações negativas do *self* e reconhecimento de emoções negativas e medos e ainda a projecção de traços negativos nos outros (Dozier & Kobak, 1992; Fraley & Shaver, 1997; Mikunlicer, 1995; Mikunlicer, Florian & Tolmacz, 1990; Mikunlicer & Horesh, 1999; Mikunlicer & Orbach, 1995, citados por Mikunlicer & Shaver, 2003).

Na idade adulta, as pessoas podem procurar proximidade e apoio de uma figura de vinculação quer solicitando apoio concreto de um parceiro fisicamente presente, quer recorrendo a imagens mentais, protótipos, esquemas, ou memórias específicas de interações com figuras de vinculação, reais ou imaginários (e. g. espirituais). Para além desta estratégia de auto-regulação podem também empreender acções calmantes ou apaziguadoras aprendidas nas interações com os cuidadores (Mikulincer & Shaver, 2004, citados por Mikunlicer & Shaver, 2008). Por outras palavras, a *estratégia primária* quer agida ou evocada internamente sob a forma de representações mentais, é muitas vezes crucial para a regulação da emoção.

Tal como na infância, é assim expectável que o estilo de vinculação afecte o comportamento de procura de apoio e proximidade enquanto adultos (Mikulincer & Florian, 1998; Shaver & Clark, 1994, citados por Mikunlicer & Shaver, 2008). A história de interações de uma pessoa segura com figuras de vinculação disponíveis e sensíveis aumenta a confiança de que a procura de proximidade é uma estratégia eficaz de regulação da emoção, tornando mais provável que esta estratégia vá ser usada em momentos de necessidade. Pessoas seguras mantêm expectativas positivas sobre a disponibilidade e eficácia do apoio social (Ognibene & Collins, 1998; Priel & Shamai, 1995, citados por Mikunlicer & Shaver, 2008), sendo-lhes, por isso,

mais fácil pedir ajuda quando necessário. Em contraste, as pessoas inseguras, que aprenderam através de muitas experiências dolorosas com figuras de vinculação indisponíveis ou não responsivas à estratégia de vinculação primária (a procura de proximidade), não conseguindo atingir o objectivo de regulação da emoção, desenvolvem *estratégias secundárias*, de *hiperactivação* ou *desactivação*. Como resultado, os indivíduos com vinculação insegura dependem de formas alternativas de regulação da emoção, em vez de procurar confiadamente a proximidade de uma figura de vinculação. Assim, é de esperar que adultos com vinculação evitante provavelmente desactivem o seu sistema de vinculação, renunciando à procura de proximidade e dependam sobretudo de si próprios para lidar com ameaças e adultos com vinculação ansiosa tendam a controlar suas emoções, sinalizando ou expressando as suas necessidades e medos, exagerando a sua angústia, e apresentando-se como extremamente vulneráveis à dor (Collins & Read, 1994; Shaver & Mikulincer, 2002^a, citados por Mikulincer & Shaver, 2008).

2.3. Internal Working Models

Ao concluir a segunda edição do primeiro volume *Attachment* da sua trilogia *Attachment and Loss*, Bowlby (1982) reconhece a necessidade de fornecer explicações sobre a forma como as experiências precoces de uma criança com a figura de vinculação influenciam de maneiras particulares o padrão de vinculação que ela desenvolve.

Este autor postula a existência de uma componente cognitiva, sob a forma de representações simbólicas ou modelos funcionais, do *self*, da figura de vinculação e do mundo, com a *função* de regular o funcionamento do sistema de vinculação, garantindo a adaptação autónoma da criança ao ambiente cambiante. Bowlby (1982) designa estas representações como *modelos internos dinâmicos de funcionamento*^{iv}, defendendo que estes se constituem como guias para a interpretação da experiência e que ajudam os membros da díade (pais e filho, ou casal adulto) a antecipar, planear e agir as interações futuras. O termo "*modelo interno de funcionamento*" implica um sistema de representações que nos permite, por exemplo, imaginar interações e conversas com os outros, com base nas nossas experiências anteriores em situações semelhantes. Neste sentido, Bowlby considerava os modelos internos como construções mentais abrangentes, não limitadas à vinculação. Foi, contudo, com respeito às representações do *self* e do outro, "em relação" de vinculação, que ele

mais amplamente discutiu a sua origem, uso e revisão (Bretherton & Munholland, 2008).

A génese dos *modelos internos de funcionamento* é tão precoce quanto o estabelecimento do vínculo com o cuidador principal e tem por base as interações do dia-a-dia (George, 1996). Ao longo do primeiro ano de vida as interações do bebé com os seus cuidadores vão imprimindo gradualmente um conjunto de expectativas e crenças acerca da forma como estes respondem aos seus pedidos de ajuda e protecção, em termos da sua disponibilidade e responsividade. É também neste momento do seu ciclo de vida que o bebé vai começando a construir a sua noção de *self*, em termos do valor próprio e da sua capacidade de se relacionar com os outros. Inicialmente representados como esquemas sensório-motores evoluem posteriormente para representações mentais que configuram as interações entre criança e cuidador de forma mais abstracta e generalizada (Fivush, 2006).

Sendo construídos nas relações interpessoais, os modelos do *self* e da(s) figura(s) de vinculação são específicos para cada relação e confirmam-se mutuamente (por exemplo, mãe como amorosa/protectora e eu como amado/seguro), dessa forma garantindo a sua consolidação (Bretherton & Munholland, 2008).

Acredita-se que os modelos internos de funcionamento derivam de crenças sobre quão aceitável é o *self* pelas figuras de vinculação primárias, aferidas a partir da responsividade destas. Assume-se que crianças, cujos cuidadores estão prontamente disponíveis, sensíveis e são confiáveis desenvolvem representações de si como alguém digno de ser amado e merecedor de cuidado. Ao contrário, as figuras de vinculação inconsistentes ou não responsivas potenciam o desenvolvimento do *self* como inaceitável e não merecedor de afecto. Os modelos internos de funcionamento a respeito dos outros parecem incluir expectativas sobre quem poderá ser a figura de vinculação a recorrer em caso de necessidade, quão acessível ou disponível está e, principalmente, sobre como reagirá quando solicitada (Main et al., 1985, citados por Pietromonaco & Barret, 2000).

Bowlby (1980, 1988 citado por Bretherton & Munholland, 2008) sublinhou repetidamente que uma relação de vinculação segura requer que os modelos embrionários do bebé acerca do *self* e figura de vinculação sejam actualizados em linha com o desenvolvimento de competências de comunicação, sociais e cognitivas durante a infância e a adolescência, sendo igualmente importante a concomitante actualização dos modelos internos dos cuidadores enquanto figuras de vinculação.

Ancorado nas teorias desenvolvimentistas de Piaget, Bowlby defendia que as capacidades sensório-motoras em desenvolvimento permitem imprimir nas representações mentais o resultado da interacção com o meio (Karen, 1994). Os

desenvolvimentos cognitivos de anos posteriores, por altura da idade pré-escolar permitem à criança perceber que os pais têm outros interesses e necessidades, conseguindo equilibrar e integrar as suas necessidades com as dos seus cuidadores (George, 1996 Bretherthon & Mulholland, 2008). Estas negociações e compromissos – *parceria corrigida em função do objectivo*^v – que se estabelecem entre ambos sofisticam os *modelos internos de funcionamento* e enriquecem-nos com reciprocidade mútua, essencial às relações interpessoais futuras (Karen, 1994). Simultaneamente, a criança começa a depender mais das suas representações mentais acerca da figura de vinculação, não sendo necessária a presença desta, o que, sendo uma oportunidade para uma actualização das mesmas, é também ocasião para a rigidificação de modelos desadequados de funcionamento (Karen, 1994, Bretherthon & Mulholland, 2008).

Bowlby defendia a natureza multifacetada dos modelos internos de vinculação cujos conteúdos incluíam informação autobiográfica, memórias de interações concretas entre a criança e a figura de vinculação, crenças e atitudes face a si e aos outros, informação genérica acerca do funcionamento das relações e informação procedimental acerca de como regular as emoções e funcionar nas relações próximas (Bowlby, 1980; Bretherthon, 1990; Main, 1991, citados por Zimmerman, 2012). Armazenados na memória associativa de longo prazo e organizados de forma hierárquica, tal como outras representações mentais, os modelos internos de funcionamento formam associações inibitórias e excitatórias com outros modelos. Por esta razão é mais fácil que se activem modelos internos de segurança e procura de proximidade enquanto se inibem modelos internos incongruentes (e.g. evitamento). Com o passar do tempo estas conexões vão-se fortalecendo e facilitam a formação de modelos mais abstractos e generalizados a outras figuras de vinculação. Desta forma, o que começa como uma representação baseada em memórias episódicas dá lugar a modelos específicos para cada relação e estes dão lugar a esquemas genéricos acerca do relacionamento com os outros, dos quais fazem parte estratégias primárias e secundárias, dependendo da figura de vinculação a que respeitam e do momento em que são activadas (Mikunlicer & Shaver, 2007).

Zimmerman (2012) refere que enquanto sistema motivacional, o sistema de vinculação pode ser conceptualizado como uma estrutura com um componente de processamento de informação, fundado nos sistemas sensoriais, e um componente de regulação emocional, sendo o primeiro responsável pela percepção de estímulos internos e externos e pela avaliação dessas percepções à luz de informação de experiências prévias de vinculação quanto à regulação de emoções negativas. A componente de regulação da emoção e do comportamento activa-se quando emoções

negativas surgem do processo de avaliação e levam a formas específicas de comportamento de vinculação ou comportamentos de *coping*. Dependendo das experiências do bebé ou criança com o seu cuidador estabelecem-se conexões específicas entre os *inputs* (e. g. sentir medo) e os comportamentos específicos de regulação (e. g. procurar ou evitar o cuidador) (Zimmerman, 2012).

Bowlby (1980) acreditava que o sistema de vinculação monitoriza continuamente acontecimentos internos ou externos relevantes (Bretherton, 1987, citada por Zimmerman, 2012) avaliando o seu potencial prejuízo para o *self* e da disponibilidade dos cuidadores principais para proteger a criança da ameaça percebida. Como resultado dessa avaliação, ao sentir desconforto ou insegurança a criança activa a *estratégia primária* de procura de proximidade com a figura de vinculação (Main, 1990, citada por Zimmerman, 2012). No entanto, dependendo da história de interacções entre ambos podem ser activadas *estratégias secundárias* (evitamento ou resistência), sendo esta decisão vista como um indicador de funcionamento do modelo de interno dinâmico. Quando este se torna consistente, a resposta da criança a um sinal de perigo não é, geralmente, o resultado da reacção imediata do cuidador, mas antes o resultado da história de respostas do cuidador e o padrão emergente de respostas da criança para se auto-regular (Zimmerman, 2012). Assim, parece tornar-se óbvia a função organizadora dos modelos internos de vinculação na regulação comportamental e emocional postulada por Bowlby (1980; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Cassidy, de 1994, citados por Spangler & Zimmerman, 2000).

Bowlby (1979, citado por Pietromonaco & Barrett, 2000) defendeu que as representações mentais de si e dos outros, formadas no contexto da relação entre criança e cuidador, perduram ao longo da vida, influenciando pensamentos, sentimentos e comportamentos nas relações do adulto e a sua activação em situação de *stress* pode, na idade adulta, substituir os comportamentos de proximidade à figura de vinculação. Criando um sentimento de segurança estas podem constituir-se como fontes simbólicas de protecção e guiar o comportamento para formas alternativas de regulação emocional (Mikunlicer & Shaver, 2007).

Embora os modelos internos possam ser actualizados à medida que as crianças se desenvolvem, Bowlby (1969/1982 citado por Bretherton & Munholland, 2008) mencionou vários processos que asseguram a sua relativa estabilidade. Primeiro, os padrões de interacção habituais constituem-se como um viés na percepção dos acontecimentos – ideia próxima do conceito piagetiano de "*assimilação*" – pelo que a confiança de uma criança na disponibilidade emocional da figura de vinculação não é susceptível de ser quebrada por lapsos de sensibilidade

ocasionais por parte do cuidador. Segundo, os modelos dinâmicos de funcionamento de duas pessoas (e, como tal, as expectativas) existem no contexto da relação, pelo que, quando uma pessoa tenta novos comportamentos a outra pode resistir e tentar retomar o anterior padrão de interacção. Terceiro, ao repetirem-se as interacções numa díade, os padrões têm tendência a tornar-se cada vez mais "automatizados", exigindo menos recursos atencionais, dificultando assim a revisão consciente dos modelos de funcionamento (Bretherton & Munholland, 2008).

2.4. Estilos de Vinculação

Na senda da investigação acerca do funcionamento psicológico e regulação emocional dos adultos, tem sido incontornável a importância dada à teoria da vinculação por inúmeros autores. Tal como Fraley e Shaver (2000) sublinham, uma das razões para a sua popularidade resulta da capacidade explicativa desta teoria única acerca do desenvolvimento, manutenção e dissolução de relações significativas, oferecendo ao mesmo tempo uma perspectiva sobre o desenvolvimento da personalidade, emoção, regulação e psicopatologia. Além disso, a teoria da vinculação é intelectualmente rica, resultando da fusão de conhecimentos de disciplinas tão diversas como a Etologia, Fisiologia, Teoria dos Sistemas de Controlo, Psicologia do Desenvolvimento, Ciência Cognitiva e Psicanálise, abordagem com que Bowlby se iniciou.

Tal como exposto na secção anterior, assume-se que a qualidade das interacções da criança com a figura ou figuras de vinculação vai estruturando a rede intrincada de modelos internos dinâmicos que reflectem o funcionamento do seu sistema de vinculação, nessa ou nessas relações específicas, e que organizam o seu funcionamento nas relações interpessoais futuras. A investigação sobre as diferenças individuais no funcionamento do sistema de vinculação de crianças e adultos tem-se centrado nos estilos de vinculação enquanto padrão de expectativas, necessidades, emoções e comportamento (Fraley e Shaver, 2000) que se julga manter-se estável ao longo do ciclo de vida (Bowlby, 1979, Hazan & Shaver, 1987; citados por Pietromonaco & Barrett, 2000) e que traduz a organização dos modelos internos de funcionamento precocemente adquiridos. Os padrões de comportamento observados na infância e na idade adulta são considerados *homologias comportamentais*, isto é, acredita-se que estão enraizados num sistema de comportamentos que se activa e finaliza pelas mesmas condições e que serve os mesmos objetivos (Shaver et al., 1988, citados por Fraley & Shaver, 2000). Como acrescentam Mikunlicer e Shaver

(2007), tendo por base os modelos internos dinâmicos, os estilos de vinculação reflectem a organização particular de estratégias de vinculação, primárias ou secundárias, de *hiperactivação* ou *desactivação*.

A avaliação da vinculação e estudo das diferenças individuais está indissociavelmente ligada a Mary Ainsworth, cujas observações naturalistas dos bebés ao longo do primeiro ano de vida, permitiram constatar da contribuição inequívoca da *responsividade* e *sensibilidade*^{vi} maternas para o estabelecimento do padrão de vinculação que o protocolo Situação Estranha permite classificar. (Bretherton, 1992, Soares et al, 2009).

Concebido por Ainsworth e colaboradores, a *Situação Estranha* é um protocolo estandardizado de observação em laboratório, constituído por uma sequência fixa de vários episódios destinados a activar e/ou intensificar o sistema de comportamental de vinculação do bebé com um ano de idade (Ainsworth & Wittig, 1969, citados por Soares et al., 2009). Este procedimento desenrola-se numa sala e envolve duas separações e duas reuniões entre o bebé e a sua figura de vinculação. São observadas no decurso do procedimento as reacções do bebé à exploração do meio e à presença de uma pessoa estranha, tanto com a mãe presente como quando esta se ausenta. É ainda comparado o comportamento da criança aquando da reunião com a mãe e do regresso da figura estranha.

O conceito de estilos de vinculação proposto por Ainsworth (1967) para descrever o padrão de respostas manifestado pelas crianças à separação e reunião com a mãe durante o procedimento de Situação Estranha, dividia-se, *grosso modo*, em três classes de comportamento – *seguro*, *evitante* e *ansioso/ambivalente*. Estas categorias foram mais tarde revistas por Main e Solomon (1990) às quais acrescentaram uma quarta categoria – *desorganizado/desorientado*, que designa o comportamento estranho e desajeitado com flutuações inusitadas entre ansiedade e evitamento (Shaver & Mikunlicer, 2007).

Ao longo do protocolo de Situação Estranha (SE), as crianças com *vinculação segura* tendem a mostrar *distress* durante as separações mas recuperam rapidamente e continuam a explorar o meio com interesse. Quando a mãe regressa saúdam-nas com alegria e afecto, iniciam os contactos com ela e respondem positivamente quando são pegados ao colo e facilmente retomam o interesse nos brinquedos do *setting* experimental. Este padrão relacional observado parece estar de acordo com os comportamentos e interacções observados em contexto natural. Em casa, as mães mostraram-se emocionalmente disponíveis em momentos de necessidade e responsivas aos comportamentos de procura de proximidade (Ainsworth et al., 1978, citado por Mikunlicer & Shaver, 2007). Por isto parece justo

caracterizar estas mães como uma fonte de segurança, reforçando o uso da *estratégia primária* (procura de proximidade e conforto).

No protocolo SE as crianças com *vinculação insegura-evitante* mostram pouco *distress* quando se separam da mãe e tendem a evitá-la quando regressa e este padrão parece relacionar-se, nas observações em casa destas díades, com mães emocionalmente rígidas e zangadas e rejeitantes dos esforços de procura de proximidade dos seus bebés (Ainsworth et al., 1978, citado por Mikunlicer & Shaver, 2007). Estes bebés parecem, assim, possuir modelos internos de funcionamento relacionados com a *desactivação* do comportamento de vinculação. Já as crianças com *vinculação insegura-ansiosa* parecem ter modelos dinâmicos relacionados com estratégias de *hiperactivação* do sistema de vinculação, manifestando na *Situação Estranha* comportamentos de grande aflição durante a separação e exibem respostas ambivalentes ou conflituantes para com a mãe aquando da reunião. No seu ambiente, Ainsworth observou que as interações entre a mãe e o bebé se caracterizavam por falta de harmonia e de responsividade contingente (Ainsworth et al., 1978, citado por Mikunlicer & Shaver, 2007).

Os resultados de Ainsworth como o procedimento Situação Estranha foram largamente replicados em vários estudos posteriores conduzidos em diferentes países ocidentais, asiáticos e africanos (van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988; van IJzendoorn & Sagi, 1999, citados por Soares et al., 2009). Contudo, vários autores foram sentido dificuldades em classificar algumas crianças usando a classificação de Ainsworth et al. (1978), nomeadamente as oriundas de populações de risco (Main, 1996). A análise conduzida por Main e Solomon (1990, citada por Main, 1996) de 200 filmes sobre a avaliação destas crianças com o procedimento SS revelou que a grande maioria apresenta uma gama diversificada de comportamentos contraditórios, estereotípias e posturas anómalas, sinais de apreensão em relação à figura parental, expressões de confusão, desorganização na presença dos pais. Designaram este padrão de comportamentos de vinculação como *desorganizado/desorientado* (Main & Solomon, 1990, citado por Main, 1996). As crianças caracterizadas com este tipo de vinculação parecem apresentar uma perda temporária de uma estratégia coerente para lidar com o *stress* envolvido na situação estranha e exibem (muitas vezes brevemente) um comportamento desorganizado ou desorientado na presença dos pais (Main & Solomon, 1990, citado por Van IJzendoorn, 1995). Num estudo de Spangler e Grossmann (1993 citado por Van IJzendoorn, 1995), os bebés com vinculação desorganizada mostraram o maior aumento no cortisol após o procedimento Situação Estranha, reflectindo *stress* considerável com esta experiência. Considerando o comportamento desorganizado como uma interrupção momentânea de uma estratégia

organizada (primária ou secundária, de hiperactivação ou desactivação) (Main & Solomon, 1990, citado por Van IJzendoorn, 1995), poder-se-á assumir que os cuidadores têm interações e comportamentos inesperados e desorganizados com os bebés (Mikunlicer & Shaver, 2007), provavelmente associados a traumas ou perdas não resolvidas com as suas próprias figuras de vinculação (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

2.5. Avaliação da Vinculação no Adulto

Os anos 70 e 80 do século XX foram prolíficos no campo da investigação sobre vinculação, reflectindo o entusiasmo que a identificação dos padrões de vinculação gerou na comunidade científica, interessada, desde há muito, pela influência das relações precoces no percurso desenvolvimentista, tanto no domínio da personalidade e do funcionamento interpessoal como no desenvolvimento socio-cognitivo. De forma a aumentar o poder preditivo da teoria da vinculação (Solomon & George, 2008), os autores foram explorando os aspectos da estabilidade e mudança dos padrões de vinculação identificados na infância, focando os seus esforços na avaliação da vinculação do adulto. Necessariamente, o foco da investigação deslocou-se dos processos comportamentais para os processos representacionais, através da conceptualização dos *modelos internos de funcionamento dinâmico* e do seu papel na organização e estabilidade dos comportamentos de vinculação (Bretherton & Waters, 1985, citado por Main, 2000). De forma a avaliar os padrões de vinculação dos pais de crianças observadas na *Situação Estranha*, George, Kaplan & Main (1985) analisaram as narrativas destes a respeito das suas próprias relações de vinculação, percebendo a relação estreita entre a organização do comportamento de vinculação e as representações mentais que os adultos têm delas. A *Adult Attachment Interview* (1995) desenvolvida por estes autores consiste numa entrevista semi-estruturada acerca das relações dos adultos com os seus pais durante a infância, classificando as suas narrativas em três categorias paralelas à topologia proposta por Ainsworth: *seguro/autónomo* (com respeito à vinculação), *inseguro/desligado* (da vinculação, corresponde à classificação inseguro-evitante) ou *preocupado* (com a vinculação, corresponde a inseguro resistente/ambivalente) (Main & Goldwyn, 1985, 1994, citado por Main, 2000). Para além destas, Mary & Goldwyn (1984) ainda identificaram outra categoria – *não resolvida/desorganizada* face a experiências traumáticas relacionadas com perdas e/ou relações de abuso (Soares et al., 2009).

Ao contrário da perspectiva desenvolvimental, baseada em medidas representacionais, anteriormente exposta, numa perspectiva da personalidade e da psicologia social, Hazan e Shaver (1987) dedicaram-se ao estudo da vinculação no adulto e do seu impacto nas relações interpessoais e processos da personalidade, contribuindo para a construção de instrumentos de auto-relato (Soares et al., 2009). Os trabalhos destes autores destinaram-se a relacionar o amor romântico aos processos de vinculação da infância e, considerando que as variações na experiência social precoce parecem produzir diferenças relativamente duradouras nos estilos relacionais, defendiam que os três estilos de vinculação identificados por Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall (1978) devem manifestar-se também nas relações românticas da adultícia. Hazan e Shaver usaram os termos "seguro", "evitante" e "ansioso-ambivalente" para caracterizar esses estilos no instrumento de auto-relato que desenvolveram. Este consistia em três afirmações que descrevem as características dos três padrões de vinculação e pediam às pessoas que escolhessem aquele que melhor descrevia a forma como se relacionavam nas relações íntimas. Os resultados mostraram que a distribuição de pessoas pelos diferentes estilos de vinculação era semelhante à distribuição de crianças americanas de classe média (Feeney, 2008).

Collins e Read (1990) decompuseram o questionário de Hazan e Shaver (1987) em itens separados e acrescentaram itens sobre: 1) crenças acerca do parceiro como figura de vinculação disponível e responsiva e 2) sobre como os adultos reagem à separação do seu parceiro. O esforço de Collins e Read (1990) deu origem a uma escala de 18 itens – *Adult Attachment Scale* – e que parece evidenciar três factores na avaliação da vinculação – *desconforto com proximidade, desconforto com dependência dos outros e ansiedade acerca do abandono por parte dos outros*. Esta escala foi traduzida e aferida para a população portuguesa e será explanada com maior detalhe no Capítulo IV, dedicado à metodologia do presente trabalho.

Vários instrumentos de auto-relato foram desenvolvidos após os trabalhos de Hazan & Shaver (1987) tornando-se claro a partir deles que na base dos relatos de vinculação insegura nas relações amorosas estão duas dimensões de insegurança – *evitamento e ansiedade*. A primeira parece estar relacionada com o desconforto com a proximidade e dependência dos parceiros, preferência pela distância emocional e auto-confiança e uso de estratégias de *desactivação* para lidar com sentimentos de insegurança e *distress*. A segunda está relacionada com um forte desejo de proximidade e protecção, preocupações excessivas acerca da disponibilidade dos parceiros e do seu valor para o parceiro e como tal com o uso de estratégias de *hiperactivação* em momentos de insegurança e *distress* (Mikunlicer & Shaver, 2007).

Partindo das hipóteses levantadas por Bowlby a respeito dos conteúdos dos modelos internos de funcionamento do *self* e dos outros, como tendo valências positivas ou negativas, Bartholomew desenvolveu um protótipo da vinculação adulta baseando-se em quatro categorias, que resultaram da combinação do modelo de *self* Vs. modelo dos outros e valência positiva Vs. valência negativa (Bartholomew & Horowitz, 1991) como se pode observar na figura 1.

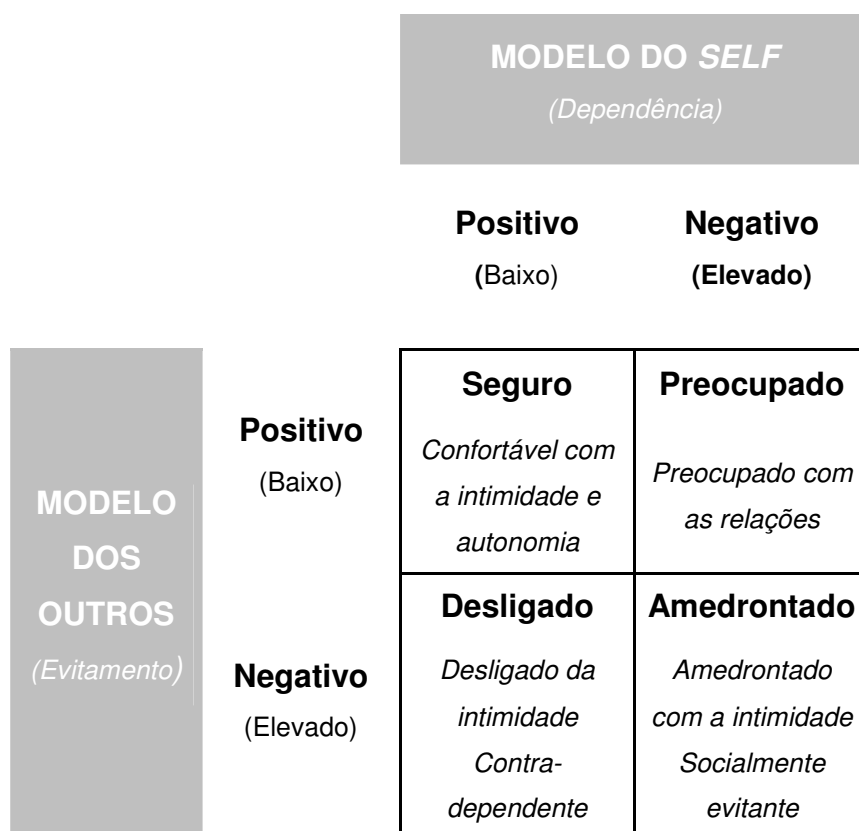


Figura 1. Modelo de Bartholomew de Vinculação no Adulto (1990, citado por Bartholomew e Horowitz (1991).

2.5. Vinculação no Adulto

A área da avaliação da vinculação no adulto, da qual os instrumentos referidos são um modesto exemplo, espelha bem as preocupações e interesses dos investigadores sobre as tarefas específicas da idade adulta e sobre o modo como a história de vinculação dos adultos para elas contribui.

Contrariamente à ideia de que a dependência funcional da infância é substituída pela independência emocional no adulto, Bowlby (1988) afirmou que seres

humanos saudáveis continuam a contar com relações de vinculação em situações de perigo, vulnerabilidade, ou doença. Numa das suas palestras sobre *Self-Reliance and Some Conditions that Promote it* (1970, citado por Karen, 1994), manifestou claramente que a vinculação na idade adulta influencia bem mais do que a qualidade da parentalidade, afectando toda a vida emocional. Nas suas palavras “*evidence is accumulating that human beings of all ages are happiest and able to deploy their talents to best advantage when they are confident that, standing behind them there are one or more trusted persons who will come to their aid should difficulties arise*” é evidente a importância que atribui à figura de vinculação enquanto *base segura*. Foi Ainsworth, contudo, quem elaborou um pouco mais acerca das relações de vinculação na adultícia, defendendo que a experiência de conforto e segurança no seio de uma relação íntima facilita o funcionamento e o desempenho de competências fora dela (Ainsworth, 1991, citado por Crowell, Fraley & Shaver, 2008).

A teoria da vinculação parte do princípio fundamental de que o estilo de vinculação desenvolvido na relação mãe-filho influencia os relacionamentos futuros (Bowlby, 1973) e que esta influência é mediada pelos modelos internos de funcionamento acerca da figura de vinculação (Main et al., 1985, citado por Goodwin, 2002). Estes consistem em expectativas internalizadas quanto às respostas de uma figura de vinculação quando é solicitada e operam de forma automática ao longo de toda a vida, organizando as interações com os outros significativos (Crowell, Fraley & Shaver, 2008)

Crowell & Treboux (1995, citado por Goodwin, 2002) identificaram na natureza da relação recíproca de adulto-adulto uma diferença importante face à relação pai-filho, isto é, aos adultos não é atribuído um papel único enquanto figura de vinculação/cuidador e pessoa vinculada/cuidada, sendo ambos assumidos alternadamente pelos elementos da díade (Crowell & Treboux, 1995, citado por Goodwin, 2002). Outras diferenças identificadas nas relações de vinculação entre adultos relacionam-se com outras funções que os adultos cumprem e que incluem o relacionamento sexual, companheirismo, sentido de competência, e partilha de objectivos (Ainsworth, 1985; Weiss, 1974, citado por Goodwin, 2002), nas diferentes tarefas desenvolvimentais, entre as quais o estabelecimento de relações íntimas (de amizade ou amor) e de compromissos profissionais (Soares et al., 2009). É por fim, sobre estas tarefas específicas da idade adulta que os métodos de avaliação incidem e têm permitido compreender a manutenção e transposição para os adultos dos estilos de vinculação classificados inicialmente por Ainsworth Blehar, Waters & Wall (1998, citado por Crowell, Fraley & Shaver, 2008) e a sua relação com aspectos tão diversos como o funcionamento interpessoal e o bem-estar físico e psicológico.

Corroborando os pressupostos de Bowlby, alguns estudos longitudinais vêm mostrando que a activação dos padrões de vinculação em momentos de *stress* ou necessidade parece manter-se ao longo da vida (Cassidy, 2008, Waters et al. Citado por Maunder & Hunter, 2008) e a constelação de comportamentos individuais que os caracteriza parece influenciar um alargado número de fenómenos intra e interpessoais, tais como o *coping*, a reactividade ao *stress* e comportamentos de saúde e doença (Maunder & Hunter, 2001, Meredith, Ownsworth & Strong, 2007).

Na investigação em psicossomática a Teoria da Vinculação tem-se tornado cada vez mais relevante como modelo mediador do impacto de factores psicológicos nos resultados de saúde (Maunder & Hunter, 2001, 2008; Schmidt, et al., 2002; Ravitz, et al., 2010), nomeadamente pelas evidências que sugerem que experiências adversas na infância, como abuso sexual e a separação ou perda dos pais, têm correlações elevadas com a prevalência de doenças na idade adulta (Jacobs & Bovasso, 2000; Lerserman et al., 1996; Felitti et.al., 1998, citados por Luecken & Lemery, 2004). O modelo de vinculação parece explicar de que forma interacções cruciais repetidas durante a infância entre o bebé e o seu cuidador resultam em padrões de resposta ao *stress* e vulnerabilidade à doença (Maunder & Hunter, 2001).

CAPÍTULO II | DESENVOLVIMENTO NEUROBIOLÓGICO

1. Desenvolvimento Psicobiológico

A partir das suas observações e trabalho com amostras clínicas, em particular com jovens delinquentes, Bowlby formulou alguns dos postulados centrais da Teoria da Vinculação, na senda dos quais muitos autores têm desenvolvido os seus trabalhos. Em particular, o pressuposto de que as diferenças individuais na qualidade ou eficácia das relações de vinculação entre criança e cuidador principal são, em grande medida, o produto da história de interações entre ambos, e que as variações na qualidade da vinculação constituem a base das diferenças individuais da personalidade futura (Sroufe, 2005).

O conhecimento e compreensão acerca da influência das relações precoces no bem-estar psicológico e saúde na idade adulta assumem particular premência quando se contempla a possibilidade levantada por Bowlby nos anos 40, de que a qualidade dos cuidados precoces possa ser transmitida intergeracionalmente, por meio da estabilidade e transmissão de modelos internos de funcionamento (Bretherton, 1992). Extremando-se, poder-se-á considerar que a perigosidade que esta suposição encerra, possível de constatar pelos inúmeros estudos com modelos animais, sujeitos a maus-tratos ou carência de cuidados, que fazem perdurar pelas gerações vindouras modelos disfuncionais de cuidados maternos, legitima o investimento das neurociências no campo das Ciências Afectivas.

1.1. Neurobiologia das Relações Precoces

A investigação sobre o desenvolvimento humano e a relação entre as experiências precoces e a saúde na idade adulta tem-se sustentado cada vez mais numa aproximação entre as ciências básicas e as ciências humanas, para a qual tem contribuído o advento da biotecnologia que permite realizar estudos não invasivos e explorar a relação entre os processos biológicos que estão na base da doença (Schoore, 2005).

Apesar da componente genética ser uma assumpção de partida enquanto determinante nos processos de saúde e doença, é cada vez mais reconhecida a importância de factores ambientais pré e pós-natais. A exemplo, estudos genéticos

têm demonstrado um baixo envolvimento da componente genética na transmissão intergeracional da vinculação (Bokhorst et al, 2003, cit. por Bobtol, 2010).

As evidências na área das neurociências sugerem que a experiência social precoce molda o potencial genético do indivíduo e é crítica para a maturação do cérebro (Schoore 2005). A este respeito Siegel (1999 pp.32) defende que “*A experiência – a activação de percursos neuronais específicos –, consequentemente, molda directamente a expressão de genes e conduz à manutenção, criação e fortalecimento das ligações que formam o substracto neuronal da mente*”. Envolve uma série de processos que incluem: 1) o crescimento dos axónios; 2) o estabelecimento de novas ligações sinápticas entre neurónios; 3) a mielinização, que aumenta a velocidade de condução nervosa e, consequentemente, a funcionalidade da ligação; 4) a modificação da densidade e sensibilidade dos receptores da célula pós-sináptica, tornando as ligações mais eficientes; e 5) o equilíbrio de todos estes factores com a morte ou *prunning* dos neurónios e sinapses que resultam do desuso ou de condições tóxicas, tal como o *stress* crónico (Siegel, 1999; Mota-Cardoso, 2001).

Se inicialmente o objectivo do bebé é alcançar uma homeostasia interna por via da actividade de estruturas profundas do tronco cerebral (medeiam o ciclo de sono-vigília e a função cardíaca, respiratória e digestiva) (Siegel, 1999), conseguida através da regulação dos progenitores, à medida que amadurece, a “regulação diádica” permite o desenvolvimento de estruturas e funções adaptativas auto-reguladoras (Hofer, 1994, Sroufe, 1996). As experiências de Hofer (1994, 2005) com modelos animais foram fundamentais para a compreensão dos processos psicobiológicos que estão na base dos construtos psicológicos defendidos por Bowlby. Tal como Bowlby se inspirou nas evidências clínicas a respeito da separação materna precoce para desenvolver a sua teoria, também Hofer pôde comprovar os efeitos complexos e duradouros em vários sistemas fisiológicos e comportamentais provocados pela separação materna em animais. As suas experiências com ratos bebés, precocemente separados das mães e privados de todos os componentes de regulação, mostram uma fase inicial de maior agitação e vocalizações que progressivamente dá lugar a uma menor responsividade, perda de interesse pela comida e diminuições da temperatura corporal e batimento cardíaco, respostas semelhantes à fase de *protesto* e *desespero* que se segue à separação da mãe em bebés humanos, que Bowlby (1969) e os seus colaboradores puderam observar (Hofer, 1994). Quando se fornece aos ratos um dos componentes (e.g. calor materno), regulando a função fisiológica correspondente, verifica-se que não tem impacto nos outros sistemas fisiológicos, comprovando, desta forma, que as interações maternas se constituem como um mecanismo

regulador das várias funções fisiológicas (Hofer, 2005). Aparentemente os diversos componentes da interacção com a mãe – olfacto, paladar, toque, calor e textura – regulam funções fisiológicas essenciais como os estados de sono-vigília, pressão arterial e alimentação e são essenciais ao desenvolvimento do cérebro e do comportamento, enquanto mãe e bebé se mantêm próximos (Hofer, 2005). Evidências de outros estudos vieram reforçar o papel dos “*reguladores escondidos*” no desenvolvimento precoce quando se separam as crias das mães, em particular os estudos que se focam nos efeitos da separação materna na diminuição da produção de Hormona do Crescimento (GH). Esta hormona é produzida em função do comportamento materno de “*licking*”, agindo sobre os receptores de serotonina 2_A e 2_C na modulação do equilíbrio entre o Factor de Libertação da Hormona do Crescimento (GRH) e a Somatostatina, desta forma regulando a libertação de GH pela hipófise anterior (Kuhn & Schanberg, 1991, citado por Hofer 2005). Assim, a ausência de comportamentos de *licking* materno parece levar a uma diminuição do GRH e a uma elevação da SS, promovendo deste modo uma diminuição da libertação de GH. Este efeito da privação materna assemelha-se aos atrasos de crescimento de algumas crianças com perturbações de vinculação (Hofer, 2005).

A investigação tem ainda constatado que a capacidade do bebé para garantir a proximidade da mãe surge muito precocemente e deve-se sobretudo à capacidade de reconhecimento do odor materno e de orientação do comportamento quando antecipa o conforto da mãe, revelando uma capacidade crescente de aprendizagem condicionada aos estímulos maternos, semelhante ao processo de *imprinting* descrito por Lorenz (Sullivan et al, 1991, citado por Hofer, 2005). É reconhecida a importância das projecções dopaminérgicas da Área Tegmental Ventral para o comportamento motivado, essencial a alguns comportamentos de vinculação (e.g., procura de proximidade) e o seu papel no condicionamento de estímulos positivos e negativos (Le Moan & Simon, 1991; Depue & Collins, 1997, citados por Coan, 2008).

Os autores parecem concordar que os processos de aprendizagem precoce e as interacções reguladoras com a mãe são as experiências sob as quais se desenvolve o recém-nascido e se formam as representações mentais. As experiências individuais do bebé, as respostas parentais e as impressões sensoriais e seus afectos associados parecem ser armazenados na memória no decurso das interações precoces entre mãe e bebé (Stern, 1985) dando origem ao que Bowlby designou por *modelos internos de funcionamento dinâmico* (Hofer, 2005).

A concepção de representações mentais assemelha-se assim a uma rede funcional no cérebro infantil que relaciona os padrões de comportamento aprendido (antecipação de acontecimentos e resposta a pistas maternas) e as respostas

fisiológicas previamente reguladas pela mãe com função de autonomizar a criança. A capacidade de auto-regulação comportamental e fisiológica parece assim suplantar os sistemas reguladores sensoriomotores, térmicos e nutritivos fornecidos pelas interações mãe-bebé (Hofer, 1984 citado por Hofer 2005).

Assume-se contudo que neste processo existem diferenças individuais associadas aos diferentes cuidados prestados e à qualidade das interações com as mães que, envolvendo diferentes padrões de regulação comportamental e fisiológica, serão reflectidos na natureza das representações mentais, moldando a longo prazo a arquitectura psicobiológica das crianças (Hofer, 2005).

As diferenças individuais nos padrões de vinculação defendidas por Bowlby e Ainsworth e a sua relativa estabilidade ao longo do ciclo de vida parecem assim conseguir apoio das investigações mais recentes no campo da neurobiologia, nomeadamente as que se prendem com o desenvolvimento das estratégias de auto-regulação da emoções

1.2. Desenvolvimento da Auto-Regulação: o papel das emoções

Em linha com o pensamento darwiniano alguns autores concebem as emoções como uma vantagem evolucionista que proporciona maiores chances de adaptação ao longo do desenvolvimento (Cole, Michel & Teti, 1994). É hoje sabido que as emoções funcionam como “organizadores e integradores centrais”, fornecendo a todos os estímulos recebidos um significado específico e uma direcção motivacional (Ciompi, 1991 citado por Siegel, 1999). Por exemplo, a raiva serve o desempenho orientado para objectivos em face de obstáculos; a tristeza reflecte a perda dos objectos ou objectivos desejados, elicitando o cuidado dos outros. A emoção serve assim funções de comunicação e regulação de necessidades (Cole, Michel & Teti, 1994).

Conseguir a regulação das emoções depende das interações sociais que visam a passagem de uma hetero-regulação para uma auto-regulação, com o aumento de autonomia da criança, correspondendo à capacidade de modular o fluxo de excitação e activação de determinados circuitos. Através de um processo de “responsividade contingente” a mãe vai respondendo às necessidades cambiantes do bebé, promovendo capacidades reguladoras que o levam a ajustar a intensidade, modo e qualidade das suas respostas influenciadas pelo seu próprio temperamento. A sensibilidade materna serve assim como um organizador externo da regulação biocomportamental do infante. Exemplo do papel regulador da mãe são as interações reparadoras de afecto negativo, através da experiência de afecto positivo após

situações de *stress*, que permitem à criança aprender a tolerar e regular o *stress* e a desenvolver capacidades de resiliência, que é um indicador último de vinculação segura e adequada saúde mental (Schore, 2005).

Para comprovar que estas hipóteses têm suporte neurobiológico alguns estudos têm tentado relacionar áreas específicas do cérebro com as sensações de segurança e redução de *distress* proporcionadas pela figura de vinculação, e parecem constatar que, em situações de ameaça ou medo, a visualização da figura de vinculação aumenta a actividade no córtex ventromedial pré-frontal (VMPFC), região implicada na sinalização de segurança, extinção do medo e regulação da dor (Eisenberger et al. 2011).

Nos primeiros meses de vida os bebés parecem seguir a liderança emocional da mãe nas interações face a face contudo vão progressivamente ficando mais autónomos e conseguem por volta dos seis meses de idade fazer trocas afectivas voluntárias (Kaye & Fogel, 1980, citado por Cole, Michel & Teti, 1994). Para além das interações face a face os pais respondem ao *distress* dos bebés com estratégias de regulação dos afectos tais como pegar ao colo, distrair, alimentar, ou acariciar (Wolf, 1987, citado por Cole, Michel & Teti, 1994). A desregulação emocional pode surgir no contexto de uma parentalidade desadequada ou disfuncional, como ocorre, por exemplo, com bebés de mães deprimidas que, não vendo as suas necessidades satisfeitas quando solicitam apoio, começam a alterar as suas estratégias de regulação emocional, reflectindo irritabilidade, desinteresse e indiferença na comunicação com os adultos (Tronick, 1989, citado por Cole, Michel & Teti, 1994). Já na infância e adolescência estes poderão fazer uso de estratégias passivas de resolução de problemas como resultado da dificuldade em abstrair-se dos *stressors* e, não sendo eficazes na regulação do afecto negativo, podem ficar mais vulneráveis a problemas de ajustamento (Garber et al., 1991; 1995; Silk et al., 2003, citados por Silk et al., 2006).

Uma das evidências mais citadas na literatura e que transformou a teoria da vinculação numa teoria da auto-regulação foi a identificação do córtex orbitofrontal como área responsável pelo controlo do comportamento e da emoção. Este sistema frontolímbico, pelas relações privilegiadas com o hipotálamo, áreas autonómicas e com os sistemas neuromoduladores do tronco cerebral (Mota-Cardoso, 2001), regula funções vitais que permitem a sobrevivência e possibilitam o *coping* em situações de *stress* (Schore, 2000), com particular expressão no hemisfério direito (Falck et al., 1990 citado por Mota-Cardoso, 2001). Integrando informação intero e exteroceptiva, o córtex orbitofrontal direito é responsável por modular as respostas sociais e

emocionais e pela regulação homeostática do corpo e dos estados motivacionais, funções afectivo-reguladoras que estão envolvidas nos processos de vinculação (Schore, 2000).

A dominância do hemisfério direito nos três primeiros anos de vida é atestada por vários estudos de entre os quais o de Chiron et al. (1997) que mostra através da tomografia computadorizada por emissão de fotões simples (SPECT) um maior fluxo sanguíneo cerebral no hemisfério direito (HD) entre o primeiro e os três anos de idade, em particular na área associativa posterior, e um aumento da actividade do hemisfério esquerdo a partir dessa idade.

Segundo Schore (2000, 2005, 2008) o desenvolvimento dos processos implícitos associados à noção de *self* co-ocorre com o aumento capacidade de auto-regulação, possível pela actividade do HD. Este autor defende que o hemisfério direito é responsável por avaliar e responder a informação relativa às interacções do bebé e da mãe, em especial o processamento da face e expressões maternas, o reconhecimento da voz e do toque (Schore 2005, 2007) e que estes componentes impressionistas da experiência precoce vão activando redes neuronais que codificam representações mentais que constituem a base das memórias autobiográficas (Fink et al., 1996 citado por Schore, 2000). Desta forma, os *modelos internos de funcionamento* descritos por Bowlby (1982) são processados e armazenados nos sistemas de memória implícita do hemisfério direito, dominante nos processos de aprendizagem implícita (Hugdahl, 1995 citado por Schore 2000).

Apoiando as hipóteses de Schore, num artigo de revisão, Gainotti (2012) aponta vários estudos que mostram uma relação muito significativa entre o processamento inconsciente das emoções e a activação do hemisfério direito, sugerindo que a organização funcional do HD pode ser caracterizada por um elevado grau de processamento emocional, inconsciente e automático e a do hemisfério esquerdo pela prevalência de processamento cognitivo, consciente e intencional.

Apesar das características inatas, tais como o temperamento, terem um papel importante no desenho da arquitectura psicofisiológica, influenciando a relação do bebé com o meio envolvente, a capacidade da mãe em tolerar ou regular os aspectos constitucionais do bebé também condiciona o desenvolvimento das crianças. Por exemplo, alguns estudos mostram que a capacidade emergente das crianças para modular a sua reactividade emocional durante situações de *stress* é, em parte, devida às estratégias e comportamentos que as crianças aprendem nas interacções sociais com os progenitores (Calkins & Hill, 2007, citado por Blandon et al., 2010). Durante momentos emocionalmente activadores pais responsivos e calorosos ensinam mais facilmente às crianças a usar estratégias úteis na redução da reactividade emocional

(Sroufe, 1996, citado por Blandon et al., 2010), enquanto pais que utilizam estratégias de controlo, dado o seu foco no cumprimento imediato das suas directivas, têm menos probabilidade de ajudar as crianças a usar estratégias de regulação adequadas, podendo até aumentar a sua reactividade temperamental (Blandon et al., 2010).

As estratégias psicobiológicas de auto-regulação, enquanto padrão de activação dos circuitos neuronais, resultam assim da história de interacções repetidas da díade mãe-bebé que foram desenvolvidas no contexto da relação de vinculação e armazenadas na memória implícita do hemisfério direito. Se os aspectos constitucionais do bebé e as ligações afectivas não óptimas levarem ao desenvolvimento de estratégias de regulação desadaptativas, este estará limitado na sua capacidade de resistência emocional e flexibilidade comportamental (Siegel, 1999). O efeito pervasivo da narrativa de vida da criança é possível de observar em estudos que relacionam estilos de vinculação insegura com a vulnerabilidade para a doença (Maunder & Hunter, 2001, 2008, Hunter & Maunder, 2001, Schmidt et al, 2002, Luecken & Lemery, 2004, Goldman-Mellor et al., 2012)

Enquanto estrutura responsável pela regulação de fenómenos psicológicos e físicos, o cortex orbitofrontal direito parece exercer a sua acção sobre as respectivas áreas autonómicas de forma bipartida. Em particular, a sua divisão simpática, na região ventral, medeia a activação dopaminérgica via conexões recíprocas com os neurónios da área tegmental ventral, córtex estriado ventral e núcleo *accumbens*, estruturas envolvidas no comportamento motivado, na identificação de expressões faciais e nos sistemas de recompensa. Este circuito límbico excitatório está envolvido em estados de valência positiva, associado a estratégias de *coping* positivas. A sua divisão parassimpática, na região lateral, mantém relações com neurónios noradrenérgicos da medula *oblongata*, núcleo do tracto solitário, e complexo vagal do tronco cerebral, formação reticular caudal e áreas parassimpáticas do hipotálamo lateral. Este sistema matura mais tardiamente e é responsável pelas funções inibitórias do sistema parassimpático tais como a regulação do afecto negativo, evitamento e estratégias passivas de *coping* (Bergman, 2008).

Segundo Mota-Cardoso (2001) a auto-regulação decorrerá do equilíbrio entre estratégias de activação e inibição, resultando a vinculação segura num balanço óptimo das funções simpáticas e parassimpáticas e as vinculações inseguras (ambivalentes ou evitantes) num desequilíbrio das mesmas. Em situações que exijam flexibilidade e regulação emocional, o córtex orbitofrontal disfuncional poderá vulnerabilizar o indivíduo para o adoecer físico e mental.

1.3. Regulação Emocional no Contexto da Vinculação

É no decurso das primeiras interações com os principais cuidadores que o bebé desenvolve os seus padrões de interação com o mundo que o rodeia, especialmente com a figura de vinculação, e desenvolve as suas capacidades de regulação emocional. Neste sentido, a forma como o cuidador responde às necessidades do bebé relaciona-se não só com os padrões de vinculação que desenvolve mas também com a qualidade do desenvolvimento emocional e competência para se auto-regular autonomamente no futuro (Soares et al, 2009, Cassidy, 1994).

A *Regulação Emocional* pode ser definida como a capacidade de responder às exigências contínuas da experiência através do espectro pessoal de emoções, de forma socialmente adequada e suficientemente flexível para permitir quer reacções espontâneas bem como a capacidade de adiar voluntariamente as respostas quando necessário (Cassidy, 1994).

No sentido de garantir a protecção contra ameaças e um sentimento de segurança o sistema de vinculação põe em marcha os comportamentos necessários para manter a proximidade do bebé ao seu cuidador (Bowlby, 1969,1982). Estas estratégias de regulação da proximidade com a figura de vinculação desenvolvem-se sobretudo a partir de episódios de afecto negativo (Goldberg, Grusec & Jenkins, citado por Soares et al, 2009). A forma como a figura de vinculação responde à procura de proximidade por parte da criança e como ajuda na regulação do afecto negativo, vai conduzir a uma organização específica do sistema comportamental de vinculação e a diferentes formas de regular as emoções. Sroufe e Waters (1977, citados por Cassidy, 1994) chegam mesmo a conceptualizar as diferenças individuais na qualidade da vinculação como diferentes estratégias de regulação emocional. Nesta linha, Mikunlicer e Shaver (2003, 2007) têm desenvolvido um modelo de regulação afectiva centrado nas estratégias de vinculação orientadas para a obtenção de segurança, no qual a procura de proximidade é a *estratégia primária*. A responsividade e sensibilidade maternas à solicitação de proximidade por parte da criança mantém e organiza esta estratégia preferencial, contudo se a figura de vinculação não for adequadamente responsiva, é possível que a criança desenvolva *estratégias secundárias* alternativas (Mikunlicer & Shaver, 2003; Cassidy, 1994).

As crianças com vinculação segura usam preferencialmente a estratégia de procura de proximidade e a regulação eficaz das suas emoções envolve a comunicação de necessidades e a expressão genuína de afectos positivos e negativos (Cassidy, 1994, Sroufe, 2005). Dadas as expectativas da criança face à competência

do cuidador para apaziguá-la em situações de medo ou ameaça, a experiência de afecto negativo passa a ser tolerável, e esta adquire uma sensação de mestria face a sensações de ameaça ou frustração (Kobak, 1985, citado por Cassidy, 1994). As experiências bem sucedidas de co-regulação da emoção negativa constituem-se como o palco onde vão sendo ensaiadas estratégias alternativas, que irão dar lugar a competências de resolução de problemas, planeamento, reestruturação cognitiva e procura de apoio, entre outras. Os adultos com vinculação segura parecem conseguir desenvolver estratégias de auto-apaziguamento com recurso a técnicas de regulação emocional mais ou menos implícitas aprendidas no seio da relação segura (Mikulincer & Shaver, 2007).

As crianças com vinculação insegura do tipo evitante vão organizando as suas estratégias de regulação emocional e comportamental no sentido de inibir estados emocionais passíveis de activar o sistema de vinculação. Supondo uma história pessoal de rejeição por parte do cuidador aquando de momentos de *distress*, as crianças desenvolvem *estratégias de desactivação* ou de minimização da emoção negativa protegendo-se simultaneamente da rejeição que poderia resultar da sua tentativa de proximidade com o cuidador e do medo de alienar a figura de vinculação, de quem dependem, com a expressão da sua zanga (Bowlby, 1980; Main, 1990, citados por Cassidy, 1994). Como resultado da utilização dessa estratégia preferencial as pessoas com este estilo de vinculação tendem a suprimir emoções negativas e a expressão de vulnerabilidade para assegurar a sua independência face aos outros e evitam a expressão de emoções positivas uma vez que estas promovem a proximidade interpessoal. Esta abordagem à regulação emocional naturalmente interfere com a procura de apoio, com a resolução de problemas e com a reestruturação cognitiva, estratégias de *coping* que implicam o reconhecimento das ameaças e erros que as pessoas evitantes optam por negar (Mikulincer & Shaver, 2007).

A estratégia secundária de *hiperactivação* parece ser activada preferencialmente pelas crianças com vinculação insegura do tipo ambivalente como forma de aumentar a possibilidade de atenção por parte da figura de vinculação (Cassidy, 1994). Aparentemente a história pessoal de interações com uma mãe indisponível reforça o uso excessivo da expressão emocional, porque esta aumenta a probabilidade da criança ser cuidada e manter-se próxima da figura de vinculação. As crianças aprendem que quando estão mais tranquilas podem perder o contacto com o cuidador cuja disponibilidade é inconsistente daí desenvolverem estratégias com foco excessivo em situações que activem o sistema de vinculação, mantendo-se hipervigilantes a qualquer ameaça, como, por exemplo, sentirem medo de estímulos

benignos (Cassidy, 1994). O desenvolvimento destas estratégias parece comprometer significativamente algumas estratégias de regulação emocional, dificultando a resolução de problemas, que naturalmente frustra os desejos de proximidade ao cuidador, e a procura de apoio. Apesar de, pelo desejo de proximidade aumentarem os seus esforços de procura de apoio, as suas dúvidas a respeito da disponibilidade das figuras de vinculação e o medo de serem rejeitados por elas leva as pessoas com vinculação ansiosa a hesitarem a expressar directamente a sua necessidade. Ao invés, manifestam-se ambivalentes quanto a pedidos de apoio e podem expressar a sua necessidade de protecção de forma indirecta e que menos promova rejeição. É frequente estas estratégias manterem-se até à idade adulta através da atitude catastrófica face a quaisquer problemas *minor* e das crenças pessimistas a respeito da eficácia para lidar com *distress*. Neste sentido, é dada grande importância a sinais internos de insegurança e ansiedade, como às alterações fisiológicas associadas à emoção e aos pensamentos e memórias associados a estímulos negativos (Mikunlicer & Shaver, 2007).

1.4. Correlatos fisiológicos das relações de Vinculação

No campo das Ciências Afectivas tem sido crescente o interesse na investigação sobre os correlatos neuronais da experiência humana e em particular daquela que se relaciona com os estados psicológicos. O entusiasmo por esta área de investigação vem sendo alimentado pelo uso cada vez maior de tecnologias inovadoras que permitem observar a activação neuronal enquanto se elicit a determinada acção (e.g. comportamento, emoção). Através da Ressonância Magnética Funcional, por exemplo, a visualização das áreas cerebrais activadas por determinada tarefa pode ser considerada um indicador directo da localização e função de determinadas regiões cerebrais associadas a um estado psicológico específico, com boa resolução temporal e espacial (Fox & Hane, 2008). A utilização de outros indicadores fisiológicos que se constituem como medida indirecta do funcionamento do sistema nervoso, apesar de menos empolgante, vem sendo cada vez mais considerada na investigação dos correlatos autonómicos e neuroendócrinos, como por exemplo a actividade do eixo hipotálamo-hpófise-suprarenal (HPA), fornecendo uma perspectiva mais completa das formas que a mente e corpo usam para responder aos desafios do meio. A psicofisiologia, enquanto área do saber que estuda a forma como os processos fisiológicos intersectam e são influenciados pelo comportamento humano, interessa-se grandemente pelas diferenças individuais ao nível das respostas

fisiológicas que predisõem e são resultado de certos comportamentos ou emoções (Fox & Hane, 2008).

Ao debruçar-se sobre os correlatos autonómicos as medidas psicofisiológicas constituem-se como indicadores de activação simpática ou parassimpática em resposta a uma tarefa, sendo as medidas mais utilizadas pela investigação a frequência cardíaca (HR – *Heart Rate*), a frequência respiratória (RR – *Respiratory Rate*) e conductância ou resposta galvânica da pele (EDA – *Electrodermal Activity*) (Phillips et al., 2006 citado por Fox & Hane, 2008). Cada um destes índices varia, contudo, na medida em que reflecte uma actividade simpática, parassimpática ou ambas. De notar que os ramos parassimpático e simpático do sistema nervoso autónomo (SNA) têm efeitos antagónicos sobre os processos fisiológicos envolvidos na reactividade ao *stress*. Enquanto o sistema nervoso simpático (SNS) produz mudanças fisiológicas associadas à resposta *fight or flight*, tais como, aceleração da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial e aumento da sudorese, o sistema nervoso parassimpático (SNP) é responsável pelos processos de conservação, que estão suspensos em situações de *stress* agudo. Correspondentemente, cada actividade do SNA deve ser entendida como o produto da influência parassimpática e simpática, sendo geralmente considerado que a inibição do parassimpático produz mudanças mais rápidas e flexíveis no ritmo cardíaco do que a activação simpática (Berger, Saul, e Cohen, 1989; Spear, Kronhaus, Moore, e Kline, 1979, citados por Diamond, 2001), sendo por isto considerado que o controlo fisiológico pelo SNP é geralmente mais adaptável e eficiente quando se trata de exigências quotidianas. A activação sustentada do SNS está, por sua vez, associada a padrões de resposta neuroendócrina e imunológica com implicações negativas para a saúde a longo prazo (Cacioppo et al, 1995; Kamarck & Jennings, 1991 citados por Diamond, 2001). Neste sentido, alguns autores vêm alertando para a importância de se utilizarem medidas que avaliem independentemente as duas divisões do SNA, até porque são possíveis de verificar diferenças individuais entre ambas e associações com outras variáveis psicobiológicas (e.g. neuroendócrinas, imunitárias, personalidade) (e.g. Uchino, 1995; Kamada, et al., 1992; Schweiger et al., 1998, citados por Diamond, 2001). Das medidas mais utilizadas pela investigação, a variabilidade do ritmo cardíaco (HRV- *Heart Rate Variability*) e a Arritmia Sinusal Respiratória (RSA- *respiratory sinus arrhythmia*) parecem avaliar predominantemente o funcionamento do sistema nervoso parassimpático e a conductância da pele (SC - *Skin Conductance*) parece reflectir sobretudo a activação do sistema nervoso simpático (Bernston, Quigley e Lozano, 2007). As medidas que se mostram relativamente inespecíficas quanto às duas componentes autonómicas prendem-se com a pressão sanguínea (BP) e ritmo

cardíaco (HR), este último, podendo ser apurado através de electrocardiograma (ECG) ou através do volume sanguíneo (*BVP- Blood Volume Pulse*) (Kushki et al., 2011).

Actividade Electrodérmica

A condutância da pele (SC), também conhecido como a resposta galvânica da pele (SCR) ou resposta electrodérmica (EDR), é um método para medir a condutância eléctrica da pele. Sendo as glândulas sudoríferas enervadas pelas fibras colinérgicas do sistema nervoso simpático, a actividade do sistema electrodérmico (EDA) é usada como indicador da activação (*arousal*) psicológica ou fisiológica, aquando da vivências de estados emocionais intensos, tarefas de raciocínio mental e estímulos novos e significativos para o indivíduo, em função da sua história pessoal.

O EDA tem sido uma das medidas mais utilizadas na investigação básica relativa a múltiplas áreas da psicologia, tais como o processamento da informação, a atenção ou a emoção, mas também aplicada ao estudo de preditores ou correlatos do comportamento normativo ou patológico (Dawson, Schell & Filion, 2007). Entre outros, a investigação tem privilegiado quatro parâmetros de EDA, sendo os mais comumente referidos na literatura (Cacciopo, Tassinary & Bernston, 2007): o SCL (*skin conductance level*), correspondente ao nível tónico (médio) de EDA, que pode variar bastante entre os diferentes indivíduos mas que, num mesmo indivíduo e em diferentes estados psicológicos, tende a variar entre 2 μ S e 20 μ S; os SCRs (*skin conductance responses*), correspondentes às respostas fásicas de condutância, que poderão ocorrer na ausência de estímulos específicos (nonspecific SCR, NS-SCRs) ou orientadas por um determinado estímulo inesperado, novo, aversivo, cujos valores mínimos considerados são entre .01 e .05 μ S; a Amplitude de SCR, correspondente ao valor médio de todos os valores de resposta ocorrida face a estímulos (logo, diferentes de zero); a Magnitude de SCR, correspondente ao valor médio de todos os valores de resposta obtidos face a estímulos, inclusivamente iguais a zero.

Ritmo Cardíaco

As medidas de funcionamento do sistema cardiovascular, contrariamente a outras medidas periféricas da emoção, encontram-se sob controlo das componentes simpática e parassimpática do SNA. Como tal, as medidas psicofisiológicas mais comumente utilizadas em investigação reflectem diferentemente a actividade de uma ou ambas componentes automáticas, oferecendo importantes pistas acerca das dinâmicas cardiovasculares e do seu controlo central e periférico.

Por exemplo, enquanto a pressão sanguínea e ritmo cardíaco reflectem a combinação da actividade simpática e parassimpática, a variabilidade do ritmo cardíaco tem sido associada predominantemente à actividade parassimpática (Cacioppo et al., 2000).

As medidas mais usadas para avaliar a actividade cardíaca prendem-se com o *Ritmo Cardíaco* (HR) e a *Variabilidade do Ritmo Cardíaco* (HRV). A primeira tem sido largamente usada pela investigação em psicossomática, e respeita ao número de contracções do coração por unidade de tempo, expressa em “batimentos/minuto” (bpm), e resulta da sincronicidade entre a enervação parassimpática que diminui o batimento cardíaco e a activação simpática que o acelera. A *Variabilidade do Ritmo Cardíaco* representa as flutuações momento a momento da média do HR e constitui-se, por isso, como um índice acurado da interacção das influências simpáticas e parassimpáticas, sendo uma das medidas preferenciais para apurar a actividade do ramo parassimpático do SNA

Pese embora múltiplos estudos utilizem técnicas mais complexas de acesso ao ritmo cardíaco como o electrocardiograma (ECG) ou medidas de pressão sanguínea oscilométricas, uma parte significativa da investigação é feita com recurso a dispositivos com células/sensores fotoeléctricos (fotopletismografia), de colocação numa estrutura ou segmento do corpo, através dos quais é possível determinar o volume sanguíneo nessa mesma estrutura (Bernston, Quigley & Lozano, 2007). Os padrões de resposta cardíaca a estímulos (e.g. imagens, tarefas aritmética) têm sido estudados particularmente com recurso ao exame das mudanças ocorridas, em cada participante, entre o período de *baseline* e o período de exposição ao estímulo ou tarefa. São normalmente consideradas medidas como a frequência média de batimentos cardíacos por minuto e a máxima aceleração ou desaceleração relativamente ao valor médio de baseline (Bradley, Codispoti, Cuthbert, & Lang, 2001).

Frequência Respiratória

O sistema respiratório é marcadamente complexo, sendo a função respiratória o produto de uma actividade harmoniosa resultante de várias sedes de controlo. Ainda que seja, em certa medida, determinada pelo controlo voluntário do indivíduo, ela é igualmente regulada por mecanismos de feedback promovidos por vários tipos de receptores. A sua conexão ao funcionamento cardíaco é íntima, de tal modo que o ritmo cardíaco é considerado uma função do ciclo respiratório. Por exemplo, durante a expiração, o período cardíaco (tempo entre os sucessivos batimentos) é maior, conduzindo a um menor número de batimentos cardíacos por minuto. Durante a

inspiração, o período cardíaco é menor e, conseqüentemente, o ritmo cardíaco parece aumentar durante esta fase. Este fenómeno de interacção oscilatória entre os sistemas cardíaco e respiratório corresponde à arritmia sinusal respiratória (RSA) e tem sido largamente estudada nos últimos anos, sendo tomada como um indicador de controlo vagal sobre o coração (Lorig, 2007).

Ainda neste contexto, e porque a função respiratória influencia as funções periféricas em geral, nomeadamente a actividade electrodérmica, é difícil por vezes eliminar potenciais artefactos em outras medidas decorrentes das mudanças operadas pela respiração.

A quantificação do sinal respiratório, efectuada por dispositivos electrónicos próprios centra-se em várias medidas, que têm em conta a extracção dos picos de expiração (valor mínimo da onda obtida entre dois ciclos) e de inspiração (valor máximo). Embora medidas como o volume e tempo de inspiração/expiração, tempo total do ciclo e rácios de inspiração/expiração, entre outros, sejam referidas na literatura (cf. Lorig, 2007), a *Frequência Respiratória* (número de ciclos respiratórios por minuto) é a mais usada (Wientjes, 1992).

Sendo o sistema respiratório sensível a uma série de variáveis psicológicas, as evidências recentes mostram que os padrões de resposta respiratória parecem ser discriminativos de respostas associadas a um *coping* activo ou passivo (normoventilação ou hiperventilação, respectivamente) (Boiten et al., 1994). E que devem ser considerados predominantemente como medida de reactividade ao nível da dimensão calma-excitação (*arousal*) e não tanto da dimensão prazer-desprazer (*emotional valence*) face aos diferentes estímulos (Vlemincx et al., 2009).

Outra abordagem aos correlatos fisiológicos prende-se com a componente neuroendócrina, passível de ser avaliada através do eixo Hipófise-Hipotálamo-Suprarrenal (HPA) e o Sistema Simpático Adreno-medular (SAM) (Diamond, 2001), assumindo-se que as alterações nos níveis de activação destes sistemas reflectem a resposta individual ao *stress* (Gunnar e Donzella, 2002). Mais especificamente, considera-se que o SAM representa uma resposta adaptativa aos desafios ou situações para as quais as pessoas julgam ter recursos suficientes. Pelo contrário, a activação conjunta do SAM e eixo HPA representa a resposta a ameaças ou situações para as quais as pessoas julgam ter menos competências de coping. Neste sentido, as investigações têm-se centrado nas diferenças individuais na reactividade do eixo HPA, pelas conseqüências que a activação neuroendócrina tem para a saúde, utilizando o doseamento do cortisol como principal medida.

Cortisol Salivar

O cortisol é uma hormona glucocorticóide e o produto final da actividade do eixo Hipotálamo-hipófise-suprarenal, principal bastião da resposta ao *stress* (MacEwen, 2001). Acredita-se que a actividade do cortisol reflecte a eficácia das estratégias de regulação e *coping* (Nicholson, 1992, citado por O' Donnell et al, 2008) e por esta razão tem sido usado como um marcador biológico do *stress*, ansiedade e depressão (Levine et al., 2007; Dickerson & Kemeny, 2004). Tanto o *stress* como o ciclo circadiano estão intimamente ligados à função do eixo HPA e por esse motivo o cortisol é uma medida importante do impacto do *stress* e de perturbações ao funcionamento do ciclo sono-vigília. Tem uma secreção diurna, ocorrendo um pico antes do acordar, diminuindo as suas concentrações ao longo do dia, o que justifica uma recolha a vários momentos de um dia (Levine et al, 2007), e os seus níveis aumentam independentemente do ritmo circadiano em resposta ao *stress* (Miller et al., 2007). Esta hormona circula no sangue sob a forma livre (5-10%) e ligada a proteínas (a mais relevante é a proteína globulina de ligação a corticoesteróide, CBG, à qual o cortisol se liga), resultando o valor total de cortisol do valor ponderado de ambas as formas. O cortisol salivar é a forma livre do cortisol que entra nas glândulas salivares via, sobretudo, difusão passiva.

Dado que os estudos mostram correlações elevadas entre o cortisol sérico e cortisol salivar (Salimetrics, 2011), esta medida, tal como as restantes medidas psicofisiológicas acima referidas, tem inúmeras vantagens, quer por ser de fácil e rápida recolha quer por ser não invasiva (Levine et al., 2007). Os resultados são geralmente obtidos através da técnica de imunoensaio por luminescência e expressos em nmol/L ou µg/dL.

Vinculação e Reactividade Fisiológica

A compreensão das diferenças individuais nos estilos de vinculação à luz da activação fisiológica pode enriquecer o nosso conhecimento acerca dos diferentes modos de perceber as ameaças e regular o comportamento e afectos para responder a elas e, desta forma, apoiar a recente reinterpretação da teoria da vinculação, inspirada pelas evidências da Regulação Emocional (Schore 2000).

A perspectiva da vinculação na infância e na idade adulta, enquanto conjunto de expectativas cognitivas e afectivas sobre a disponibilidade de figuras de vinculação, foi ampliada para incorporar o papel das relações de vinculação na regulação dos afectos, tendo os estilos de vinculação passado a ser concebido como capacidades e

estratégias distintas para a regulação emocional e fisiológica (Kobak & Sceery, 1988; citado por Diamond, 2001; Mikulincer & Florian, 1998). Dozier & Kobak (1992, citado por Fox & Hane, 2008), num dos estudos pioneiros nesta linha de investigação relacionaram as estratégias de regulação do sistema de vinculação (*Hiperactivação* e *Desactivação*), medidas pela AAI, com os resultados da conductância galvânica de pele, mostrando que as pessoas que usam estratégias de *desactivação*, característica de pessoas com vinculação *desligada*, ao longo da sua narrativa mostram maiores elevações na resposta electrodérmica. Roisman e colegas (2004, citado por Fox & Hane, 2008) tentaram replicar os resultados do estudo anterior, avaliando as diferenças individuais nas estratégias de regulação emocional, relacionadas com a organização da AAI, através medidas psicofisiológicas como EDA, HR e expressão facial. Os adultos que se mostraram *desligados* enquanto relatavam as suas experiências de vinculação precoces mostraram maior actividade electrodérmica e, não tendo sido encontradas diferenças ao nível do HR, os resultados entre homens e mulheres dos diferentes grupos étnicos foram semelhantes. Segundo os autores, estes resultados replicam os dados obtidos por Dozier e Kobak (1992) apoiando a ideia de que os estilos de vinculação avaliados pela AAI se associam a diferentes padrões de regulação emocional medidos fisiológica e comportamentalmente (Fox & Hane, 2008).

Se no início as estratégias de auto-regulação dos afectos estão dependentes do cuidador principal (Spangler & Grossman, 1993, citado por Diamond, 2001), à medida que amadurecem, as crianças e adolescentes vão desenvolvendo progressivamente estratégias de alívio do *distress* cada vez mais autónomas (e.g. distração, *coping* focado nas emoções e evitamento de estímulos nocivos). No entanto, os outros significativos continuam a desempenhar um papel importante no alívio da angústia ao longo da vida, por exemplo, através da empatia ou proporcionando conforto e fornecendo uma perspectiva alternativa (Gross & Munoz, 1995; Thompson, 1994, citado por Diamond, 2001) e, por esta razão, o contacto social pode ser considerado uma estratégia de atenuação ou prevenção do *distres*. Assim sendo, pode esperar-se que a presença da figura de vinculação possa mitigar o *stress* induzido pela actividade do sistema nervoso autónomo, hipótese que tem vindo a ser objecto de diversos estudos psicofisiológicos (Gardner, Gabriel, & Diekman, 2000). Por exemplo, Carpenter e Kirkpatrick (1996, citado por Fox & Hane, 2008) estudaram mulheres jovens num procedimento laboratorial em que foram submetidas a *stressors* psicológicos em duas sessões separadas, uma sessão na presença de seu parceiro romântico e outra sessão em que estavam sós. Contrariamente às mulheres com vinculação segura, as mulheres com vinculação evitante demonstraram maior

frequência cardíaca e tensão arterial mais elevada quando seus parceiros estavam presentes do que quando estavam ausentes, o que demonstra que as expectativas dos indivíduos em relação à disponibilidade de figuras de vinculação pode moderar o efeito de alívio do *stress* (*stress-buffering effect*) pelas mesmas. O facto das mulheres com vinculação segura não apresentarem diferenças na reactividade aquando da presença ou ausência do parceiro pode implicar que a "internalização" bem-sucedida do efeito de *stress-buffering* das figuras de vinculação fá-las estar menos dependentes da presença de uma figura securizante (Diamond, 2001). Num estudo recente de Powers e colaboradores (2006, citado por Fox e Hane, 2008) a actividade do eixo HPA em casais foi avaliada, via recolha de cortisol antes de depois de uma tarefa que se pretendia activadora (negociar um conflito), e cada indivíduo da díade foi classificado quanto ao seu estilo de vinculação (seguro, amedrontado, desligado e preocupada). Os indivíduos com vinculação insegura mostraram maiores níveis de reactividade fisiológica, embora os homens e mulheres não tivessem divergido nas suas respostas. É contudo, relevante distinguir os diferentes tipos de vinculação insegura,

Uma vez que o estilo de vinculação ansioso parece associado a padrões deletérios de funcionamento dos sistemas imunitário, autónomo e endócrino de uma forma geral a literatura tem apoiado a hipótese de que este estilo de vinculação possa ter consequências mais negativas para a saúde do que o estilo evitante (e.g. Kiecolt-Glaser et al., 2002; Ryff & Singer, 2001, citado por Diamond et al, 2006). Parece por isso plausível presumir que a atenuada emocionalidade negativa das pessoas com estilo evitante (Collins, 1996; Feeney, 1995, 1999; Mikulincer, 1998; Simpson, 1990, citados por Diamond et al, 2006) é acompanhada por semelhante atenuação da reactividade fisiológica, consistente com a ideia de estas pessoas retiram a atenção de estímulos *stressantes* como estratégia preferencial de regulação emocional (Diamond et al, 2006). Não obstante a evidência de alguns estudos neste sentido, os estudos recentes de Roisman e colegas (2004) e de Carpenter e Kirkpatrick (1996), anteriormente abordados, mostram que as estratégias de minimização da emoção de indivíduos com vinculação evitante não conseguem atenuar com sucesso a sua reactividade fisiológica, sugerindo que o evitamento não é necessariamente caracterizado por baixa reactividade, mas, por dissociações entre as manifestações subjectivas e fisiológicas da emoção (Diamond et al., 2006). É, por último, merecedora de referência a ideia defendida por alguns autores de que a dissociação entre resposta fisiológica e comportamental é resultado de um estilo de *coping* repressivo, passível de ser avaliada pelas medidas que avaliam o sistema nervoso simpático, em particular pela avaliação da conductância da pele, sensível a forte activação emocional (Dawson et al., 2000, citado por Diamond et al., 2006). Partindo desta hipótese Diamond, Hicks

& Otter-Henderson, 2006) avaliaram 74 casais heterossexuais quanto à reactividade autonómica, medida pela conductância da pele, durante o desempenho de várias tarefas relacionadas com *stressors* psicológicos e com as relações de vinculação. Os resultados mostraram que o evitamento estava associado a maior e progressiva reactividade autonómica ao longo das várias tarefas, apesar dos relatos de atenuação do *distress* no decurso da experiência. Curiosamente, nas mulheres com vinculação ansiosa a reactividade simpática foi diminuindo ao longo das tarefas administradas. Para os autores, estas evidências apoiam a noção de que os adultos evitantes empregam um estilo de *coping* repressivo, que é ineficaz na regulação da sua elevada activação fisiológica. Esta estratégia de minimização ou repressão dos estados afectivos por ser ineficaz na regulação da activação autonómica pode ser tão perniciosa para a vulnerabilidade à doença quanto os padrões de reactividade ao *stress* característicos das pessoas com estilo ansioso, que, tendencialmente maximizam as emoções negativas, resultando numa sobreactivação crónica dos sistemas autonómico, endócrino e imunológico (Diamond et al., 2006).

A perspectiva psicofisiológica na abordagem aos diferentes estilos de vinculação tem sobretudo versado sobre a regulação emocional ou reactividade ao *stress* e tem permitido fazer previsões cada vez mais sustentadas acerca da natureza das respostas ao *stress* nas diferentes categorias de vinculação. Apesar de alguns resultados incipientes ou até contraditórios a investigação dos correlatos psicofisiológicos tem sido crucial para a compreensão do desenvolvimento e funcionamento da resposta ao *stress*.

2. Reactividade a *Stressors*

2.1. Psicofisiologia da Resposta de *Stress*

A investigação recente tem procurado identificar os mecanismos que relacionam a qualidade das relações precoces com a saúde na idade adulta e os resultados sugerem que um dos mecanismos recai na capacidade de regulação das respostas fisiológicas em situação de *stress* (Luecken et al., 2004). Estas respostas visam preparar o corpo para sobreviver às ameaças através da mobilização de energia armazenada, aumento do *output* cardíaco e a supressão das funções digestivas, imunitárias e reprodutivas (McEwen, 2000, 2007) e envolvem o sistema simpático-adrenomedular (SAM) e o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (HPA), que constituem

os bastiões da resposta ao *stress*, na dependência de estruturas frontolímbicas (Gunnar & Quevedo, 2007; McEwen et al., 2012).

O sistema SAM é a componente simpática do sistema nervoso autónomo que controla a produção de catecolaminas a partir da glândula supra-renal, facilitando a rápida mobilização de recursos metabólicos e a orquestração da resposta *fight or flight*. A sua intervenção em situação de ameaça psicológica relaciona-se com a vigilância, activação e foco da atenção, a par de outros processos que activam o eixo HPA. O papel deste eixo é mais complexo uma vez que a sua actividade basal parece permitir respostas *fight or flight* agudas, enquanto que a sua resposta mantida serve para suprimir o impacto destas reacções (Gunnar & Quevedo, 2007). Este eixo regula a produção e libertação de catecolaminas e corticosteroides, e o efeito retroactivo destes sobre o eixo e as instâncias reguladoras do mesmo. Quando os neurónios do núcleo paraventricular do hipotálamo são activados dá-se a libertação da Hormona de Libertação da Corticotrofina (CRH) e vasopressina que, actuando sobre a hipófise anterior, aumentam a secreção da adrenocorticotrofina (ACTH), que determina a libertação de corticosteroides pela glândula supra-renal. Estes viajam pela corrente sanguínea até interagirem com os respectivos receptores, em diferentes locais do corpo e do cérebro, determinando os diferentes efeitos produzidos, nomeadamente através da alteração na transcrição de genes (Gunnar & Quevedo, 2006). O cortisol é a hormona mais relevante neste processo e é importante para a sobrevivência, contudo, quando está cronicamente elevada ou mal regulada pode ter efeitos deletérios na saúde (Sapolski et. al, citado por Tarullo & Gunnar, 2006).

Desde os anos 60 se sabe que o funcionamento equilibrado do eixo HPA parece depender da activação ponderada de dois tipos de receptores específicos para glucocorticóides (Harris et al, 2012). Os receptores mineralocorticóides (MR) e glucocorticóides (GR) são abundantes no sistema límbico, especialmente no hipocampo e amígdala, circuito essencial para a cognição, emoção e controle do eixo HPA (Ahima e Harlan, 1990, citados por Harris et al, 2012). Estes receptores mediam o início (possivelmente através da membrana dos MR) e o *terminus* da resposta ao *stress* do eixo HPA (principalmente através de feedback negativo por parte dos GR intracelulares) e modulam a aquisição, processamento, armazenamento e recuperação de informação sobre experiências de *stress* (Oitzl et al, 2001; Sapolsky et al, 2000, citados por Harris et al, 2012). O desequilíbrio entre as acções mediadas pelos MR e os GR nos neurónios do sistema límbico pode levar a uma resposta inicial exagerada ou inadequada do eixo HPA ao *stress*, a uma contenção prejudicada, recuperação tardia ou adaptação comprometida, e desta forma aumentar a vulnerabilidade para perturbações afectivas (De Kloet et al., 1998, citado por Harris et

al, 2012). Os receptores mineralocorticóides (MRs), com maior afinidade para os glucocorticóides são maioritariamente ocupados em níveis basais de cortisol, mantendo assim o ritmo circadiano do HPA, pressão sanguínea, disponibilidade de glucose cerebral e a prontidão para uma resposta *fight-or-flight*. Os receptores glucocorticóides (GRs) têm uma menor afinidade para o cortisol e são tipicamente ocupados durante o pico matinal do HPA ou durante uma resposta a *stressors*. Se os níveis basais de cortisol são cronicamente altos, como acontece com crianças maltratadas, os receptores GR vão ser ocupados cronicamente, podendo levar a uma imunossupressão, redução da plasticidade sináptica e dificuldades de aprendizagem e memória, entre outros efeitos. Por isto, níveis elevados de cortisol e CRH durante o desenvolvimento do SN e aquando da maturação dos circuitos cerebrais parecem moldar a forma como os circuitos interpretam as ameaças ambientais, a magnitude e duração das respostas de *stress* no futuro, o que pode aumentar a vulnerabilidade ao *stress* e o risco de desenvolver diversas patologias. Por outro lado, níveis basais diminuídos de cortisol no adulto, como acontece em indivíduos sujeitos a maus-tratos infantis podem ter efeitos adversos na saúde e comportamento uma vez que não existem receptores MR suficientemente ocupados e como tal o corpo não está eficazmente preparado para responder a *stressores* (Tarullo & Gunnar, 2006). Assim sendo, na idade adulta o cérebro pode responder desadequadamente a situações de *stress* se, durante a infância, o eixo HPA foi desenhado para responder às experiências negativas, ficando por este motivo mais vulnerável nestas situações e com um limiar de stress percebido mais baixo e uma resposta exagerada (Tarullo & Gunnar, 2006).

2.2. Cuidados Maternos e Vulnerabilidade ao *Stress*

O eixo HPA, principal agente da resposta ao *stress*, não está completamente desenvolvido aquando do nascimento, sendo no contexto das relações precoces que esta função de auto-regulação é programada (Caldji et al., 1998 citado por Schore, 2000). Com efeito, várias têm sido as evidências que apontam para a estabilidade dos padrões de reactividade ao *stress* precocemente desenvolvidos (Luecken & Lemery, 2004, Tarullo & Gunnar, 2006, Gunnar & Quevedo, 2007). Nomeadamente, experiências precoces de *stress*, sob a forma de cuidados desadequados na infância, parecem aumentar os riscos de psicopatologia, em particular perturbações da regulação da atenção e da emoção (Kreppner et al, 2001; Provence & Lipton, 1962,

Rogosch and Cicchetti, 2005, Roy et al., 2004, Shields et al., 1994, Steven et al., 2008, citados por Loman & Gunnar, 2010).

Em linha com o conceito de “*reguladores escondidos*” (Hofer, 1994) anteriormente abordado, Levine (2005, citado por Loman & Gunnar, 2010) defende que a perda ou separação da mãe pode constituir-se como um dos *stressors* mais potentes em fases precoces da vida e, por desregular as respostas fisiológicas e comportamentais durante períodos críticos do desenvolvimento, pode provocar alterações nos ritmos circadianos, crescimento e níveis hormonais.

No final do primeiro ano de vida do bebé assiste-se a uma menor reactividade do eixo HPA em situação de *stress*, quer pela maturação do mecanismo de *feedback* negativo do eixo e por uma menor sensibilidade da glândula supra-renal à ACTH, quer pelo estabelecimento de relações de vinculação com os cuidadores. Neste sentido, a responsividade do objecto de vinculação parece condicionar a ocorrência de elevações de cortisol face a *stressors* e manifestações comportamentais de *distress* (Gunnar & Donzella, 2002 citado por Gunnar & Vasquez, 2007). São disso exemplo os bebés com vinculação segura que choram para solicitar cuidado em situações de *stress* agudo, não apresentando elevações de cortisol (Nachmias et al, 1996, citado por Gunnar & Vasquez, 2007). Pelo contrário, nas relações de vinculação insegura os *stressors* continuam a promover aumentos no cortisol e *distress* (Spangler & Schieche, 1998, citado por Gunnar & Vasquez, 2007).

Ainda que empolgantes, os estudos com humanos são ainda poucos sendo os modelos animais cruciais para demonstrar quão precocemente os cuidados parentais influenciam o desenvolvimento do cérebro, moldando os sistemas neuronais envolvidos na reactividade e regulação do sistema HPA a *stressors* subsequentes (Levine, 2005, citado por Loman & Gunnar, 2010). Nos ratos constata-se que a hiporesponsividade do sistema HPA nas primeiras semanas de vida deve-se em grande medida aos cuidados maternos (*nurture*) e comportamentos de *licking/grooming*, pelo impacto que têm na expressão dos genes de receptores de glucocorticóides (GR) e o papel determinante destes no controlo da resposta ao *stress* pelo eixo HPA.

Para perceber de que forma os cuidados precoces impactam o desenvolvimento das respostas ao *stress*, dois paradigmas de investigação foram fundamentais: o paradigma de “*handling*”, ou “*manipulação*” dos recém-nascidos, que consiste na separação temporária (3 a 5 minutos) da cria e da mãe, e o paradigma da “*separação materna*”, que consiste na separação de ambos por períodos mais prolongados (normalmente 180 minutos) (Gunnar & Quevedo, 2007). Enquanto breves separações maternas resultam em animais mais adaptados, porventura devendo-se

ao aumento das manifestações dos comportamentos maternos de *licking/grooming* aquando da reunião, uma separação prolongada dos recém-nascidos da respectiva mãe resulta numa hiper-reactividade do eixo HPA (Levine, 2005, citado por Loman & Gunnar, 2010) possivelmente pela desorganização provocada na mãe. Ambos os efeitos parecem prolongar-se por toda a vida, acompanhando-se de variações nos níveis de CRH e vasopressina no hipotálamo e do número de GR no hipocampo e córtex pré-frontal (Meaney et al., 1996 citado por Mota-Cardoso, 2001).

Sendo a elevação crónica das respostas centrais e endócrinas ao *stress* um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças na idade adulta, o impacto dos cuidados precoces na regulação da resposta ao *stress* parece ser o principal mediador. Os efeitos prolongados dos cuidados maternos produzem-se em parte através de alterações na expressão de genes em estruturas cerebrais responsáveis pelas respostas comportamentais e neuroendócrinas dando origem às diferenças individuais na reactividade ao *stress* (Meaney, 2001, Champagne & Curley, 2009). De entre os vários mecanismos moleculares que regulam a epigenética da expressão de genes, a metilação do DNA parece ser um candidato consensual por ser sensível à pressão do meio (Waterland, 2006, Jaenisch & Bird, 2003, Anway et al., 2005, citados por Champagne & Curley, 2009). A metilação do DNA resulta num “silenciamento” e inibição da expressão dos genes. A maior frequência de comportamentos maternos *licking/grooming* associa-se a menor metilação dos genes associados aos GR, correspondendo a níveis elevados de expressão destes receptores no hipocampo (Weaver et al., 2004 citado por Champagne & Curley, 2009). Note-se que os GR do hipocampo regulam a resposta do eixo HPA ao *stress* através de *feedback* negativo, pelo que níveis elevados dos GR estão associados a uma menor reactividade ao *stress* (Sapolsky et al, 1985, Jacobson & Sapolsky, 1991, citados por Champagne & Curley, 2009). Não obstante a importância destas evidências para explicar os efeitos das relações precoces no risco para a psicopatologia na idade adulta, as limitações metodológicas impõem cautela na extrapolação destas conclusões para humanos.

Para Gunnar et al. (1996) os equivalentes humanos dos comportamentos maternos de *licking/grooming* prendem-se com a *sensibilidade* e *responsividade* maternas que são responsáveis por regular a reactividade do sistema HPA e desta forma configurar os sistemas comportamentais e endócrinos para responder ao *stress*. Estudos recentes (Atzil et al., 2011) sugerem que os perfis de *sincronia* – coordenação do comportamento materno com os sinais do bebé – e de *intrusão* – expressão excessiva de comportamento materno – acompanham diferentes resultados em termos do bem-estar do bebé. Ao contrário das mães com estilo materno intrusivo,

mães com estilo materno síncrono mostram maiores activações no núcleo *accumbens* esquerdo (NAcc), menor activação da amígdala direita e melhores ligações destes com as redes neuronais responsáveis pela modulação da emoção, teoria da mente e empatia. Elevações na oxitocina, hormona com um papel importante na formação de vínculos (Insel et al. 1997, citado por Atzil et al. 2011), também acompanham a activação destas estruturas límbicas. A motivação destas mães para os cuidados maternos parece assim depender mais de componentes de recompensa do que de *stress*, o que associado a uma melhor compreensão sobre as intenções e necessidades do bebé promove o estabelecimento de relações afectivas saudáveis e seguras.

A investigação em humanos tem-se sustentado bastante na avaliação de crianças e adultos sujeitos a maus-tratos e negligência na infância, mostrando que a vivência de *stress* devido à perda dos pais, negligência ou abuso pode redundar em dificuldades no desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas, comprometer sistemas corticolímbicos que regulam o stress e ansiedade, levando a níveis anormais do funcionamento do eixo HPA e risco acrescido de desenvolvimento de perturbações de humor e ansiedade, como consequência de stressores adicionais na idade adulta (Parker & Maestripieri, 2012).

Contudo, as evidências daí resultantes parecem sugerir que o caminho entre as experiências adversas na infância e a vulnerabilidade para a psicopatologia na idade adulta não é de todo linear. Estudos mostram que apesar das vicissitudes da vida, algumas crianças abusadas ou negligenciadas parecem mostrar níveis adequados de adaptação e funcionamento (Cicchetti & Rogosch, 2009). Por esta razão, alguns autores defendem que a exposição a níveis moderados de *stress* na infância pode ser um factor protector contra os efeitos perniciosos do *stress* (Edge et al., 2009, Garnezy et al, citado por Parker & Maestripieri, 2012). Segundo Cicchetti & Rogosch (2009), não só características do stressor como a natureza, a severidade, o *timing* e duração da exposição, são determinantes no desenvolvimento neurobiológico, mas também o balanço destas com factores protectores como competências sociais, personalidade e a existência de uma relação segura com um adulto cuidador.

2.3. Stress e Doença Física: o caso do Cancro da Mama

O interesse em demonstrar a influência dos aspectos psicológicos no desenvolvimento da doença somática, em especial do cancro, tem dado lugar a

inúmeros estudos, na sua maioria relacionados com o *stress* e características da personalidade.

Não sendo o objectivo primordial deste estudo é devida uma breve menção à literatura sobre o papel da personalidade na origem e progressão do cancro. Na sequência dos trabalhos de Friedman e Rosenman (1959, citado por Friedman, 1977) sobre a propensão para o desenvolvimento da doença coronária em pessoas com determinados traços de personalidade (impaciência, inquietação, hostilidade, competitividade e ambição), designado por padrão de comportamento tipo A, Morris e Greer (1980) designaram por padrão de comportamento tipo C o conjunto de características apresentadas por pacientes com cancro que julgavam poder influenciar o desenvolvimento desta patologia. Trabalhando com pacientes com melanoma e de forma independente, também Temoshok e Heller (1981, citado por Tacón, 2002) desenvolveram o conceito de Padrão de Comportamento Tipo C, incluindo aspectos relativos ao *coping*, expressão emocional e uma atitude marcada por desamparo/desespero. Estes autores foram pioneiros na operacionalização do padrão repressor destes pacientes ao proporem uma constelação de características cognitivas, comportamentais e emocionais relacionados com a progressão do cancro.

Segundo ambas equipas de investigação, os sujeitos com comportamento tipo C podem ser definidos como agradáveis, cooperantes, calmos, pacientes, submissos, pouco assertivos, geralmente reprimindo a expressão de emoções negativas, em especial a raiva, e negando as suas necessidades pessoais (Morris & Greer, 1980; Temoshok, 1987, citada por Tacón, 2002). Morris e Greer (1980) sugeriram ainda que a actividade fisiológica aumentada como resultado da supressão emocional, habitual nos sujeitos diagnosticados com cancro, pode aumentar o risco de desenvolvimento da doença.

Apesar de ser difícil comprovar associações entre os factores psicossociais e o desenvolvimento do cancro, a meta-análise de McKenna et al (1999) congregou evidências que apoiam a hipótese de Morris e Greer, defendendo uma associação entre factores fisiológicos e o comportamento repressivo. Esta meta-análise revelou ainda evidências que sugerem uma relação moderada entre factores psicossociais como a experiência de perdas ou separações, uma história de vida caracterizada por acontecimentos de vida stressantes e a utilização de estratégias de *coping* baseadas na negação ou repressão na resposta ao *stress*, e o desenvolvimento do cancro (McKenna et al., 1999).

Apesa da meta-análise de McKenna et al (1999) não ter apontado evidências que apoiem os mecanismos pelos quais as vivências da infância podem influenciar o desenvolvimento do cancro, Temoshok (2000, citado por Temoshok, 2002) defende

que os padrões desadaptativos de *coping* aprendidos ao longo do desenvolvimento, como os decorrentes do padrão de comportamento tipo C, resultam em desvios na homeostasia com possíveis prejuízos futuros nos respectivos sistemas biológicos. Apoiando-se nos trabalhos de McEwen sobre o *stress*, Temoshok (2000, citado por Temoshok, 2002) acredita que, dado não conseguirem reconhecer, responder e/ou resolver de forma apropriada as situações de *stress*, as pessoas com padrão de comportamento tipo C mantêm cronicamente activada uma resposta fisiológica que, influenciando os respectivos sistemas neuronais, imunológicos e neuroendócrinos, vulnerabilizam para o desenvolvimento do cancro (Temoshok, 2002).

O conceito de *stress* tem sido tema de debate científico desde a sua primeira utilização na investigação fisiológica e biomédica pela mão de Hans Selye (1950, citado por Koolhaas et al., 2011). O *stress* foi originalmente definido como a resposta inespecífica do corpo a qualquer estímulo nocivo, num esforço de adaptação levado a cabo pelo organismo. Selye caracterizou a *Síndrome Geral de Adaptação* como o sobre-esforço do organismo decorrente de uma exposição prolongada a um *stressor* e o seu fracasso na adaptação ao mesmo com consequências adversas (1936, citado por Koolhaas et al., 2011). A natureza paradoxal do conceito de *stress* ilustra bem a complexidade do estudo do tema, uma vez que, sendo uma resposta essencial à sobrevivência e adaptação é também uma potencial ameaça à saúde e longevidade. O termo *Alostase*, introduzido inicialmente por Sterling e Eyer (1988, citado por McEwen, 2000) para designar as alterações sofridas pela pressão sanguínea e ritmo cardíaco ao longo do dia e para descrever as alterações ao nível da tensão arterial, foi reformulado para designar um mecanismo de “*coping* psicofisiológico”. Hoje em dia este termo refere-se ao processo através do qual o organismo mantém seu equilíbrio ou homeostasia, essencial à sobrevivência, através de alterações que promovem a adaptação ou o *coping* em situação de *stress* (McEwen, 2000). Segundo McEwen (2000) a experiência de *stress* crónico pode resultar num aumento da carga alostática, ou seja, num aumento dos custos que o organismo é forçado a enfrentar quando tenta adaptar-se a situações adversas e estes prejuízos para o organismo têm sido implicados na progressão de alguns processos de doença (Johnston-Brooks et al., citado por Ginzburg et al, 2008).

Atestando a influência das experiências adversas precoces nestes processos, um estudo recente sobre a incidência de cancro em judeus, que haviam emigrado da Europa para os Estados Unidos (Keinan-Boker, Vin-Raviv, Liphshitz, Linn, & Barchana, 2009, citado por Miller, Chen & Parker, 2011), constatou que o diagnóstico de cancro foi mais elevado em imigrantes que chegaram aos EUA após a Segunda Guerra Mundial, muitos dos quais foram perseguidos durante o Holocausto. Os maiores

efeitos observaram-se em pessoas nascidas entre 1940 e 1945 e que teriam sido expostas a condições horríveis antes dos 5 anos, sendo o risco de cancro 3,5 vezes mais elevado do que em imigrantes da mesma idade que chegaram antes da guerra.

Outros estudos sugerem ainda associações entre acontecimentos adversos na infância, tais como a morte da mãe e a vivência de experiências traumáticas durante a Segunda Guerra mundial, e o desenvolvimento de cancro da mama na idade adulta, parecendo estas ser mais prevalentes em mulheres com cancro da mama do que nos grupos de controlo (Jacobs & Bovasso, 2000 citado por Ginzburg, 2011). Num estudo prospectivo realizado em mulheres finlandesas verificou-se uma relação entre a acumulação de acontecimentos de vida negativos, prévios à avaliação, e o risco de cancro da mama nos 15 anos seguintes. Dos acontecimentos que maior risco comportavam para a incidência da doença encontra-se o divórcio ou separação, morte do marido e a morte de um familiar ou amigo próximo, sugerindo um papel dos acontecimentos de vida negativos na etiologia da doença (Lillberg et al., 2003). Estes resultados corroboram outras investigações que apontam para um risco aumentado de cancro da mama em mulheres que reportam um maior número de acontecimentos adversos, 2 a 10 anos antes do diagnóstico (Ginsberg et al, 1996; Jones et al, 2000 entre outros, citados por Lillberg et al., 2003).

Apesar destes resultados, a investigação é, grosso modo, pouco concludente, uma vez que nem todos os estudos mostram associações entre o desenvolvimento do cancro da mama e a adversidade ao longo da vida (Gerits, 2000), mostrando apenas uma tendência para alguma repressão emocional, que, podendo influir no desenvolvimento da doença, também pode resultar da vivência da mesma (Ginzburg, 2011).

Não obstante as dificuldades em encontrar correlações significativas entre os factores psicossociais, nomeadamente os acontecimentos de vida, no desenvolvimento da doença, o papel destes factores, em particular das estratégias de *coping*, sobre a progressão do cancro da mama tem sido mais facilmente constatado, sendo clara a tendência entre doentes com estratégias mais negativas e piores avaliações clínicas (Gerits, 2000).

Contudo, a qualidade metodológica de muitos estudos tem sido posta em causa através de algumas meta-análises (Petticrew et, al. 1999) e a possível explicação para os resultados contraditórios nas investigações sobre o cancro da mama deve-se, possivelmente, à metodologia escolhida, uma vez que os estudos que mostram correlações significativas entre os *life events* e o *coping* terem, na sua maioria, optado por métodos de recolha de dados sobre a forma de entrevista. Gerits (2000) considera que os resultados obtidos por esta via podem ser devidos a

artefactos metodológicos, como as expectativas e interpretação subjectiva dos sujeitos avaliados. Outras razões podem ainda ser apontadas para estas discrepâncias tais como a duração do período de *follow-up* e o número de factores biológicos que são ou não controlados pelos estudos (e.g. tipo histológico e tamanho dos tumores) (Gerits, 2000).

A premência de investigações que relacionam o cancro da mama com factores psicológicos reside contudo no facto de existirem estudos que estabelecem uma relação indirecta entre os *life events* e o *coping* através de indicadores imunológicos e endócrinos, podendo esta constituir-se como via mediadora quanto ao prognóstico do cancro da mama. Também a relação entre o *coping* com o diagnóstico e a adesão à terapêutica parecem ser uma via através da qual pode ocorrer um efeito mediador entre os factores psicossociais e os resultados de saúde em pacientes com cancro da mama (Gerits, 2000).

Apoiando estes argumentos, Spiegel (2012) parece apoiar-se nos dados da fisiologia para defender um papel para o *stress*, decorrente da vivência da doença, na progressão do cancro. Neste sentido, a desregulação do eixo HPA, como consequência da vivência continuada de *stress*, pode ter impacto na proliferação do tumor via gluconeogénese, provocada pela elevação do cortisol, (Sapolski & Donnelly, 1985 citado por Spiegel, 2012) e imunossupressão resultante do aumento crónico dos glucocorticoides (Baltrusch et al, 1991; Levy et al., 1985; Head et al., 1993; Andersen et al., 1998; citados por Spiegel, 2012). Spiegel ilustra esta posição com resultados de um estudo levado a cabo em mulheres com cancro da mama metastático que mostram uma mortalidade mais precoce em pacientes com níveis diminuídos de cortisol diurno (Abercrombie et al., 2004; Septhon et al., 2000; citados por Spiegel, 2012). Estes níveis de cortisol parecem ser resultado de uma dificuldade em responder aos aspectos inflamatórios crónicos associados ao cancro. A alteração dos níveis circadianos de cortisol parece assim dever-se a uma alteração na regulação dos glucocorticoides desencadeada pela libertação contínua de factores de inflamação pelas células tumorais, e que pode ser agravada pela desregulação do eixo HPA associada à depressão e ao *sickness behavior* induzido pelas citocinas (Yirmia et al., 2000, citado por Spiegel, 2012).

Estas evidências apoiam a necessidade de investir cada vez mais na intervenção sobre um ponto de vista psico-oncológico para, melhorando as estratégias de *coping* e adaptação à doença, beneficiar a resposta de sistemas fisiológicos responsáveis pelo *stress* e que têm aparente relevância na sobrevivência dos doentes.

CAPÍTULO III | COPING E ADAPTAÇÃO

1. *Coping* e Adaptação

Apesar das dificuldades em encontrar relações entre os factores psicológicos e o início e progressão da doença, a literatura mostra-se consensual no que respeita à importância de alguns *clusters* de factores psicológicos, principalmente o estilo de *coping* associado à repressão das emoções negativas (Gross, 1989). Alguns estudos parecem evidenciar que a ocorrência de ansiedade e depressão, como resultado de um ajustamento pobre à doença, está associada não só aos mecanismos de *coping* mas também a características demográficas e qualidade do suporte social (Cicero et al., 2009) dando ênfase às idiossincrasias psicossociais dos pacientes a quem é diagnosticado cancro.

Neste sentido, e apoiando estas evidências, Holland e Mastrovito (1980) defendem que as diferenças individuais no processo de ajustamento ao diagnóstico de cancro da mama são multideterminadas e relacionam-se tanto com determinantes biológicos ou médicos (e.g. estadio e localização do tumor) como com determinantes individuais, tais como os estilos de *coping*, o momento do ciclo de vida em que se encontra, o meio sócio-cultural a que pertence e o conjunto de relações interpessoais que possui.

Parece assim ser comumente aceite que a adaptação inicial de um paciente ao diagnóstico de cancro é significativamente influenciada pelos factores psicossociais pré-existentes que os pacientes transpõem para a sua vivência com o diagnóstico, e que se relacionam com aspectos do funcionamento habitual, com a rede de suporte, com as preocupações actuais e com variáveis demográficas (e.g. idade, profissão e nível educacional) (Weisman et al., 1980, citado por Zabora et al, 2001).

1.1. Definição de *Coping* e adaptação

A literatura sobre o *coping* e as diversas abordagens teóricas e instrumentos de medida que delas derivam conferem ao conceito alguma abrangência e ecletismo, que parece obrigar a alguma organização segundo critérios relacionados com os seus postulados de base. Moos & Holahan (2003) organizam as diversas abordagens sobre o processo *coping* de acordo com a perspectiva *contextual* ou *disposicional* que

defendem, distinguindo *estratégias ou respostas de coping* de *estilos de coping*, respectivamente.

A *abordagem contextual* assume que os determinantes individuais da resposta aos *stressors* se prendem com aspectos do contexto ou situação que desencadeia uma reacção de *stress* e que têm, geralmente, carácter transitório. Segundo esta perspectiva, uma das definições mais citadas e universalmente aceite é a formulação de Lazarus e Folkman (1984). O Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping* define o conceito de *coping* como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências que forcem ou excedem as capacidades e recursos pessoais, traduzindo assim as tentativas individuais para resolver, tolerar, reduzir ou minimizar as exigências externas ou internas com que uma pessoa se confronta. O processo de *coping* organiza-se a partir de uma avaliação primária quanto ao grau de ameaça de um *stressor* em relação ao seu bem-estar. Quando um evento é percebido como uma ameaça ou um desafio, o processo de avaliação secundária fornece uma avaliação global dos recursos pessoais de *coping* para lidar com o mesmo. As respostas de *coping* são iniciadas após a avaliação cognitiva e a eventual experiência psicofisiológica resultante deste acontecimento potencialmente stressante depende da eficácia das próprias avaliações cognitivas e processos de *coping* postos em prática. Estes resultados de *stress* por sua vez informam uma nova avaliação cognitiva de forma a implementar novas acções se necessário (Goh et al., 2010).

Esta visão do *coping* centrado na avaliação das circunstâncias externas ou nos acontecimentos internos deu origem à classificação das estratégias de *coping* de acordo com o objectivo pretendido num determinado momento, ou seja, orientadas para a *resolução do problema* ou para o *alívio da carga afectiva*. Nas estratégias focadas no problema o indivíduo segue um plano de acção até eliminar a causa do *stress*. As estratégias focadas na emoção são, por sua vez, utilizadas para reduzir a carga emocional associada com a situação de *stress*, podendo ser dirigidas às reacções somáticas e/ou aos afectos (Lazarus & Folkman, 1980). O *coping* focado na emoção inclui uma ampla gama de respostas, que vão desde auto-apaziguamento (e.g., relaxamento, procura de apoio emocional) e expressão de emoções negativas (e.g. gritar, chorar) até um foco excessivo nos pensamentos negativos (ruminação) e tentativas de escapar de situações de *stress* (a evasão, a negação, pensamento mágico) (Serra, 2002). Baseado na distinção entre estratégias focadas no problema ou na emoção, Folkman e Lazarus (1988) desenvolveram um instrumento de avaliação intitulado *Ways of Coping* (Moos & Holahan, 2003) no qual se pede à pessoa que, tendo em conta uma determinada situação de *stress*, se posicione ao longo de 66 itens relativos a respostas de *coping*. Este instrumento tem sido bastante utilizado,

sobretudo em estudos que relacionam as estratégias de *coping* e os processos de ajustamento no contexto de doença física.

A *abordagem disposicional* enfatiza uma perspectiva do *coping* baseada em características individuais estáveis relacionadas com traços de personalidade, atitudes e características cognitivas. Segundo Carver e Scheier (1994), as pessoas desenvolvem formas habituais de lidar com *stress* que podem influenciar as suas respostas em novas situações. Estes autores definem o estilo de coping em termos da tendência para usar preferencialmente algumas respostas de coping face a situações de *stress* tendo desenvolvido um instrumento de medida no sentido de tentar identificar as formas particulares que as pessoas utilizam para enfrentar ou lidar com as circunstâncias da vida. O COPE – *Coping Orientation to Problem Experience* (Carver, Scheier & Wientraub, 1989, citado por Moos & Holahan, 2003) através de 60 itens, distribuídos por 15 escalas de 4 itens cada, avalia quinze estratégias de *coping* agrupadas em *coping focado no problema* (*coping* activo, planeamento, supressão de actividades concorrentes, contenção e procura de apoio por razões instrumentais), *coping focado na emoção adaptativa* (procura de apoio por razões emocionais, reinterpretação positiva, aceitação, humor, e religião), *coping focado nas emoções desadaptativas* (negação, desligamento mental e comportamental, foco e ventilação da emoção, uso de álcool ou drogas). Este instrumento tem sido usado para avaliar os estilos de *coping* associados à vivência de diversas patologias, como por exemplo o cancro da mama e a infecção por VIH, tendo suscitado a necessidade de abreviar a sua aplicação, razão pela qual os autores desenvolveram o Brief-COPE (Carver, 1997), descrito noutra secção do presente trabalho.

Da breve exposição feita a respeito de algumas das tendências de investigação e avaliação mais citadas sobre o *coping* tem-se um vislumbre das inúmeras estratégias de *coping* que a literatura tem explorado, e pese embora as suas diferenças, parecem por distribuir-se por duas classificações genéricas: *coping de confrontação*, que inclui a modificação ou resolução de stressores e a regulação dos afectos, e o *coping de evitamento* que respeita à ausência de esforços ou fuga dos *stressors* (Ramos, 2008).

Apesar de vários factores contribuírem para que as estratégias preferenciais de *coping* sejam ou não adequadas para uma resposta eficaz, a literatura parece ainda indicar uma tendência para que *estratégias activas*, como a expressão das emoções, a procura de informação e apoio e estratégias de distração, entre outras, se correlacionem com uma melhor adaptação psicológica no contexto de uma doença grave. Ao passo que, *estratégias passivas* que impliquem resignação, evitamento ou isolamento se correlacionem com um agravamento da perturbação psicológica

(Holahan et al., 1996, citado por Ouakinin, 2000). Esta posição parece ser também suportada pelos dados da psicofisiologia que revelam que estratégias de confrontação activam mais o eixo SAM, com consequente libertação de adrenalina e noradrenalina, e as estratégias de evitamento activam mais o eixo HPA, resultando numa maior secreção de cortisol (Frankenhaeuser, 1986, citado por Ramos, 2008). De notar que a literatura vem sugerindo que a sobreactivação do eixo HPA pode ser considerada um factor de vulnerabilidade para o adoecer físico e podendo ter algum papel na tumorigénese (McEwen, 2001).

Os termos *ajustamento* ou *adaptação* têm sido usados pela literatura no campo das doenças físicas para caracterizar a ausência de morbilidade psicológica ou o regresso a um funcionamento normal após o diagnóstico e/ou vivência da patologia e seu tratamento. Este processo é geralmente definido como a resposta a uma mudança no ambiente que permite ao organismo maior adequação às novas circunstâncias, sugerindo assim que o fenómeno de adaptação é relativo à mudança entre estados (Brennan, 2001). Contudo, grande parte da investigação sobre o cancro assume o ajustamento psicológico como o ponto de chegada em vez dos processos individuais que ocorrem no percurso da doença. Assim, a expressão *ajustamento pobre* é usada para denotar morbilidade psicológica sem referência à sua causa. Para Brennan (2001), acresce ainda maior dificuldade à definição do conceito a utilização de “*Perturbações da Adaptação*” como categoria diagnóstica, relativa a sintomas emocionais ou comportamentais significativos em resposta a um ou mais *stressors* psicossociais (DSM – IV, APA, 1994). O autor julga questionável se o tumulto psicológico provocado por um acontecimento de vida grave deve ser considerado como mórbido ou parte de um processo adaptativo.

Tomando a perspectiva do ajustamento psicológico como o resultado dos esforços para lidar com a doença, as dificuldades de adaptação podem ser equacionadas como um problema psicológico semelhante à depressão, ansiedade, *distress* ou problemas comportamentais (Cordova et al, 2001; Meijer et al., 2002, citados por Sharpe & Curran, 2006) e a adaptação bem sucedida como o resultado de uma boa qualidade de vida, bem-estar e adequado funcionamento psicossocial (Dunn et al., 1997; Morrow et al., 1978, citados por Sharpe & Curran, 2006). Esta perspectiva conceptual acerca do ajustamento tem produzido instrumentos de medida que tentam operacionalizar o conceito de forma compreensível, com resultados importantes e com utilidade clínica para a intervenção em psico-oncologia (e.g. *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS de Zigmond & Snaith, 1983; *Profile of Mood States* – POMS de Lorr & McNair, 1984; *Mental Adjustment to Cancer Scale* – MAC de Watson et al., 1988; *Distress Thermometer* – DT de NCCN, 2003; citados por Vordermaier et al,

2009). Não deixa, contudo, de merecer alguma crítica pela circularidade e falta de parcimónia na operacionalização deste construto, em que as variáveis psicológicas que predizem a adaptação são ao mesmo tempo indicadores de cumprimento da mesma (Sharpe & Curran, 2006). Uma das fragilidades mais citada é a relação entre os mecanismos de *coping* e a adaptação. Enquanto conjunto de esforços cognitivos e comportamentais usados para regular o *distress*, resolver a causa do mesmo e manter o bem-estar (Folkman & Greer, 2000, citado por Sharpe & Curran, 2006), resultando assim numa adaptação bem-sucedida, o *coping* é geralmente considerado como um bom preditor do ajustamento (Eppinng-Jordan et al, 1999). Por outro lado, autores como Watson et al. (1988, citado por Sharpe & Curran, 2006) que definem o ajustamento mental como as respostas cognitivas e comportamentais que os pacientes usam para lidar com o diagnóstico, implicam uma analogia directa entre *coping* e adaptação, mostrando assim inconsistências grosseiras na conceptualização deste constructo.

Para além da confusão conceptual que o constructo encerra, existe alguma dispersão decorrente dos vários modelos na área da Psicologia da Saúde que tentam abordar os aspectos do ajustamento psicológico à vivência com uma doença crónica, com elevado potencial de introduzir mudanças profundas na vida dos pacientes, comprometendo a sua qualidade de vida e bem-estar (Ridder et al., 2008). Por exemplo, os teóricos socio-cognitivos percebem o ajustamento a uma doença como a qualidade da adaptação à mudança entre um estado (e.g. saúde, autonomia, funcionalidade) e outro (e.g. debilidade, dependência, dor) e as questões psicológicas associadas, concebendo a adaptação como uma viagem intrapsíquica e interpessoal que resulta numa "transição pessoal" ou mudança das crenças centrais acerca do *self* e da doença. Por sua vez, os teóricos do *coping* concentram-se nas estratégias comportamentais que as pessoas empregam tanto para negociar as exigências que o diagnóstico representa como para mitigar as emoções negativas causadas pela ameaça ou mudanças ocorridas (Brennan, 2001). Estas visões independentes a respeito do ajustamento parecem pecar ou por não explicarem suficientemente as diferenças individuais entre pacientes afectados por semelhantes adversidades, como acontece com os modelos socio-cognitivos (Brennan, 2001; Ridder et al., 2008), ou por não levarem em conta a realidade existencial e o impacto na envolvente psicossocial dos pacientes, característica dos modelos de *coping* (Brennan, 2001), dificultando e identificação de factores chave que medeiam ou determinam uma adaptação saudável (Ridder et al., 2008).

1.2. Estratégias de *Coping* no cancro da mama

Apesar de ter um prognóstico geralmente favorável, o cancro da mama é uma patologia de elevada incidência e mortalidade na população portuguesa, com cerca de 4500 novos casos por ano na população feminina (<http://www.ligacontracancro.pt/>), que implica desafios exigentes do ponto de vista físico, emocional e social.

O diagnóstico de cancro da mama provoca uma variedade de reações emocionais^{vii} tais como caos, incerteza, ansiedade, desesperança e desespero (Montazeri et al. 2000; Zabora et al. 2001; Landmark & Wahl 2002; Fu et al. 2008; Shaha et al. 2008; citados por Drageset et al., 2009), desafiando enormemente as capacidades de *coping* das mulheres (Taleghani et al. 2006; Landmark et al. 2008; citados por Drageset et al., 2009).

Os estudos mostram que os níveis de *distress* são normalmente mais elevados antes e aquando do diagnóstico, diminuindo durante os meses seguintes, sugerindo que a incerteza e as expectativas acerca dos resultados dos exames de diagnóstico possam ser mais ansiogénicas do que o diagnóstico *per se* (Norsarti et al., 2002; Compas & Luecken, 2002). Não obstante o declínio dos níveis de *distress* nos meses que se seguem ao diagnóstico e tratamento, Norsarti et al. (2002) mostram uma correlação significativa entre os níveis de ansiedade e depressão aquando do diagnóstico e nas avaliações posteriores de *follow-up*. Algumas pacientes continuam mesmo a experienciar níveis elevados destes sintomas meses e anos após o diagnóstico, sugerindo que as tentativas das pacientes para lidar eficazmente com a doença e os tratamentos são centrais para o percurso de adaptação (Compas & Luecken, 2002). Assim, as estratégias de *coping* parecem poder constituir-se como mediadores ou moderadores dos factores psicossociais no ajustamento ao cancro da mama, havendo estudos que revelam que o *coping* parece mediar a relação entre características como o optimismo (Carver et al., 1993; Epping-Jordan et al., 1999, citados por Compas & Luecken, 2002) e a percepção de controlo e os níveis de *distress* (Osowiecki & Compas, 1999, Compas & Luecken, 2002). Outros mostram que as estratégias de *coping* utilizadas durante as fases de diagnóstico de cancro de mama parecem ser indicadores de melhor ajustamento psicológico no período pós-operatório (Degner et al. 2003, Schou et al. 2005a, Jadoulle et al. 2006) e que a aceitação activa do diagnóstico prediz melhor adaptação durante o primeiro ano (Roussi et al. 2007, Stanton et al. 2002, citados por Drageset et al., 2009).

A experiência de adoecer de cancro da mama, desde o diagnóstico ao tratamento, desencadeia, expectavelmente, reacções de *stress* às quais as mulheres

devem responder no sentido de se adaptarem e as estratégias de *coping* que utilizam para o efeito parecem influenciar o seu processo de recuperação.

Na tradição científica que se esforça por aproximar e compreender constructos biológicos à luz de fenómenos psicológicos, as múltiplas investigações na área do cancro da mama recorrem a diferentes classificações de estratégias de *coping* e os resultados destas têm sugerido que, independentemente dos modelos e medidas que se adoptem para avaliar as estratégias usadas pelas mulheres face ao diagnóstico desta patologia, a utilização de *estratégias positivas* (e.g. *espírito de luta, coping activo e expressão de sentimentos*) em detrimento de *estratégias negativas* (e.g. *negação, desesperança, auto-crítica e isolamento social*) parecem ter melhores resultados em termos de *distress* emocional e de ajustamento aos tratamentos (Classen, et al., 1996, Watson & Greer, 1998, Epping-Jordan et al., 1999, Drageset et al., 2009).

Ainda não sendo conhecidos os mecanismos através dos quais as estratégias de *coping* usadas para lidar com os *stressors* podem influenciar o desenvolvimento de uma doença e a sua progressão, as evidências parecem apontar para uma engenharia complexa, cuja compreensão requer a integração de sistemas psicofisiológicos e neuronais com modos de ser psicológicos. Não obstante o esforço de investigação que estas hipóteses suscitam, as evidências são já suficientes para sugerir a importância de avaliar e ajudar os pacientes a lidar eficazmente com a vivência de uma doença crónica, melhorando a sua qualidade de vida e quiçá prolongar a sua longevidade. A exemplo, um dos estudos mais marcantes levado a cabo por Spiegel e colaboradores (1989) possibilitou constatar a eficácia de um programa de apoio a doentes com cancro da mama metastático que, tendo participado de um grupo terapêutico direccionado à expressão emocional, viram a sua esperança de vida aumentada para o dobro comparativamente com o grupo de controlo.

1.3. Adaptação ao Cancro da Mama: “Devagar se vai ao longe...”

As maiores preocupações das pacientes com cancro de mama primário parecem ter que ver, por um lado, com o medo de recorrência e os problemas associados à cirurgia e/ou tratamento de quimioterapia, que podem afectar aspectos da feminilidade como a auto-imagem corporal, a sexualidade e a fertilidade, no caso de mulheres jovens (Pompe, Antoni & Garssen, 1996), e por outro, com o receio de morte prematura e de não verem os filhos crescer (Stanton, 2006; Spencer et al., 1999, citados por Antoni, 2012). O *distress* emocional e os estados afectivos negativos são comuns após o diagnóstico e aquando do tratamento e contribuem para um pior

estado psicológico, sobretudo se persistirem no tempo (Cordova et al, 1995, citado por Antoni, 2012), determinando menor qualidade de vida vários anos mais tarde (Carver et al, 2005, citado por Antoni, 2012). É facilmente constatável, contudo, que as mulheres afectadas pela doença variam consideravelmente nas suas respostas psicológicas e recuperação, e a sua melhor adaptação parece estar dependente de factores cognitivos, comportamentais e sociais específicos (Antoni, 2003, citado por Antoni, 2012). Por estas razões, vem sendo defendida a intervenção psicossocial como uma componente da estratégia terapêutica *standard* para o cancro da mama ao longo de todas as fases da doença (Hewitt et al., 2004, citado por Antoni, 2012) e têm sido envidados esforços no sentido de se identificarem os factores psicossociais que favorecem um melhor ajustamento psicológico.

O diagnóstico, tratamento e recuperação de uma doença potencialmente grave como o cancro da mama desafia de tal forma as capacidades pré-existentes de *coping* que é para muitas pessoas difícil ultrapassar com sucesso todas estas etapas e cumprir eficazmente com os objectivos de restabelecimento de equilíbrio e bem-estar, resultando em níveis sintomáticos de *distress*, humor deprimido e ansiedade (Epping-Jordan et al., 1999). Para algumas pessoas, não obstante o impacto inicial e necessidade de adaptação, as alterações provocadas pela vivência da doença não são sempre negativas, chegando mesmo a percepcionar benefícios como melhorias nas relações conjugais (Carver & Antoni, 2004) e reportando um maior sentido para a vida (Taylor, 1983) e um reajustamento do foco e prioridades pessoais (Sprangers & Schwartz, 1999). Segundo Brennan (2001) um modelo de ajustamento do cancro deverá ser capaz de considerar resultados aparentemente tão divergentes quanto o elevado grau de *stress* e psicopatologia associada a esta doença, bem como as experiências de desenvolvimento pessoal saudável que muitos pacientes também relatam. Será assim importante perspectivar a adaptação psicológica como um processo que decorre ao longo do tempo à medida que os pacientes vão gerindo e aprendendo a lidar e acomodar as mudanças precipitadas pela alteração das circunstâncias de vida.

Sentido a necessidade de ampliar a capacidade explicativa dos modelos existentes e ultrapassar algumas das suas limitações, alguns autores têm proposto modelos de ajustamento que tentam justamente integrar aspectos dos modelos socio-cognitivos e do *stress* e *coping* com aspectos da regulação emocional (Leventhal & Nerenz, 1983 citado por Sharpe & Curran, 2006; Brennan, 2001). Numa revisão de estudos prospectivos e experimentais Ridder et al, (2008), identificaram quatro aspectos relevantes que parecem mediar os resultados do ajustamento psicológico, nomeadamente aspectos fisiológicos, emocionais, comportamentais e cognitivos.

O cancro da mama, para além de provocar enormes desafios emocionais, comportamentais e cognitivos, é caracterizado por processos inflamatórios que podem induzir uma constelação de sintomas não específicos, conhecida por *sickness behavior*, que incluem mal-estar, fraqueza, letargia, humor deprimido, anedonia, anorexia e dificuldades de concentração (Dantzer, 2001). Os efeitos psicológicos destes processos patofisiológicos, mediados pelas citoquinas como o factor de necrose tumoral α (TNF α) e interferão alfa, constituem-se como obstáculos sérios ao ajustamento psicológico, especialmente por comprometerem o funcionamento nas actividades de vida diária e exercício físico moderado, que se sabe terem impacto positivo no estado emocional e a capacidade funcional dos doentes (Lee, Dantzer & Langley, 2004, citados por Ridder et al., 2008).

As experiências emocionais negativas decorrentes do cancro são um dos aspectos mais debilitantes da vivência com a doença, muitas vezes dificultando a tomada de decisões e a adesão às terapêuticas, e a forma como os pacientes fazem a gestão da carga emocional pode afectar quão eficazmente se adaptam. Neste âmbito, as estratégias de regulação emocional prendem-se com estilos conscientes ou não de experienciar, processar e modular as emoções, classificando-se genericamente por duas categorias: evitamento e inibição das emoções e expressão e reconhecimento das emoções (Gross, 1998). Apesar das inconsistências encontradas nalguns estudos, a relação entre a utilização de estratégias de evitamento e repressão emocional e um pior ajustamento psicológico continua a ser defendida por muitos outros (Garssen, 2007). Para Wiebe e Korbel (2003, citado por Ridder, 2008), apesar da negação e não-expressão das emoções poder ser uma estratégia de *coping* útil numa fase inicial para lidar com o *stress* do diagnóstico, a não elaboração e expressão das emoções pode ter impacto na saúde através duma actividade aumentada mantida do sistema nervoso simpático (Mauss & Gross, 2004, citado por Ridder, 2008). Deste modo, o *distress* psicológico pode influenciar negativamente o prognóstico da doença por dificultar comportamentos protectores de saúde, como uma eficaz comunicação de necessidades e adesão aos tratamentos, e ainda por via da supressão imunitária causada pelo aumento do cortisol e catecolaminas (McGregor & Antoni, 2009).

A relação entre o estado de humor ou o desconforto psicológico e os comportamentos de saúde, nomeadamente os que respeitam à gestão da doença e tratamento (e.g. uso de medicação, alteração de hábitos de vida, comportamentos preventivos), é ainda outra face importante do processo de ajustamento, sugerindo que as pessoas se adaptam melhor se se cuidarem melhor e vice-versa (Ridder, 2008). Os comportamentos de auto-cuidado parecem estar dependentes do estado de

humor e ao mesmo tempo concorrer para ele, por se relacionarem com a sensação de auto-controlo e auto-eficácia (Brennan, 2001).

Não obstante a importância de identificar os factores que obstaculizam a evolução positiva no processo de adaptação, algumas das revisões de literatura mais recentes sobre o tema do ajustamento à doença crónica (Ridder et al., 2008, Sharpe & Curran, 2006) apontam como fundamentais determinados aspectos cognitivos que podem permitir transformar o processo de ajustamento num processo de crescimento pessoal. Recolhendo experiências de vários doentes com percurso de ajustamento positivo, percebe-se a importância da revisão dos valores e objectivos pessoais face ao diagnóstico de uma doença grave. Através de um processo de recalibração (e.g. mudança das crenças básicas acerca da saúde e qualidade de vida) e priorização de objectivos e valores ou redefinição do que é importante, os pacientes conseguem manter qualidade de vida apesar do declínio da saúde física (Reddir, 2008, Sharpe & Curran, 2006). Para além da estratégia de mudança de resposta (*response shift*), Taylor (1983) aponta como estratégias cognitivas centrais no processo de adaptação ao cancro da mama a construção de significado/sentido (*search for meaning*) e procura de benefícios (*benefit finding*). Uma visão realística acerca dos constrangimentos provocados pela doença bem como das possibilidades de prognóstico deve ser equilibrada com uma visão positiva, como por exemplo perceber que a doença catalizou um processo de crescimento pessoal e reconhecimento de forças e ainda (Taylor, 1983), particularmente relevante entre mulheres com pior prognóstico de forma a reduzir os níveis de *distress* e encontrar esperança (Sharpe & Curran, 2006).

A revisão de literatura realizada pretendeu ilustrar a possibilidade de algumas fragilidades dos paradigmas sobre o ajustamento psicológico poderem ser colmatadas com a reflexão acerca dos factores que parecem estar associados a uma melhor qualidade de vida e funcionamento psicossocial nos anos que se seguem ao diagnóstico da doença, encetando assim a possibilidade de intervenção psicológica destinada a pacientes com maiores dificuldades de adaptação. Sendo as dificuldades de adaptação mutideterminadas, a exploração das respectivas idiossincrasias, que se provam ser mais relevantes para o processo de ajustamento psicológico, como as características de personalidade e a história de relações interpessoais, constituem-se como um foco essencial de qualquer abordagem terapêutica que vise aumentar competências dos pacientes para fazer face à doença. As relações interpessoais são reconhecidamente uma influência fundamental na forma como as pessoas lidam com o *distress* e se ajustam aos momentos de crise durante o ciclo de vida (Bloom et al., 2001; Holland & Holahan, 2003, citado por Cicero ey al., 2009). Desta forma conclui-se

que uma abordagem holística do ajustamento é tanto mais relevante quanto o aumento do número de evidências que vêm apontado o impacto da adaptação psicológica na progressão da doença.

1.4. A importância das relações de vinculação nos processos de *Coping*

Uma das maiores tendências na investigação em psicologia relaciona-se com o papel crucial das diferenças individuais nos processos de *coping* e adaptação (e.g. Lazarus & Folkman, 1984 citado por Mikulincer & Florian, 1998), encontrando-se porém, em toda a literatura referente a mecanismos de *coping* em situação de doença crónica, poucos estudos que abordam o tema de um ponto de vista desenvolvimentista. Todavia, são vários os motivos que conferem à Teoria da Vinculação poder explicativo quanto aos fenómenos de adaptação à doença, entre os quais, a capacidade preditora deste modelo quanto à vulnerabilidade ou resiliência face a eventos stressantes, o facto de ser um sistema comportamental activado em situações de doença e o facto de ser uma área de estudo que actualmente integra os contributos sobre regulação emocional, largamente explorados por ela, e que vêm sendo integrados nas teorias sobre os processos de *coping* (Schmidt et al., 2002).

Uma breve revisão da literatura permite perceber alguma incipiência nos estudos que relacionam os estilos de vinculação e as estratégias *coping*, particularmente em situação de doença, e o resultante ajustamento à mesma. Os estudos têm, contudo, mostrado que os estilos de vinculação são relevantes para o processo de *coping* com acontecimentos stressantes, especialmente por influenciar a percepção e a procura de apoio (Cicero et al., 2009). Nas pacientes com cancro da mama, por exemplo, a disponibilidade percebida e a satisfação sentida quanto ao apoio dos outros associam-se a um melhor ajustamento emocional, sensação de esperança e melhor estado de humor (Ell et al., 1992, citado por Cicero et al., 2009).

Partindo das formulações feitas por Bowlby (1973) vários autores vêm defendendo que as diferenças individuais no estilo de vinculação, pelo impacto que têm nos esquemas cognitivos que organizam a experiência individual, desempenham um papel fundamental no bem-estar e na regulação emocional e *coping* com os acontecimentos stressantes (Mikulincer & Florian, 1998, 2012, Ognibene & Collins, 1998). Partindo desta premissa, Mikulincer & Florian (1998, 2012) conceptualizam a vinculação segura como um recurso interno que auxilia as pessoas a avaliar positivamente as experiências de *stress*, a lidar com estes acontecimentos e a aumentar o seu bem-estar e adaptação. Pelo contrário, as vinculações inseguras, do

tipo ansioso-ambivalente ou evitante, podem ser consideradas como factores de risco levando a pior ajustamento psicológico face a experiências dolorosas.

Tal como Bowlby advogara, para além de favorecer o estabelecimento de relações interpessoais, a vinculação segura facilita o desenvolvimento de estratégias de *coping* e sentimentos pessoais de auto-eficácia e valor que são indispensáveis ao confronto construtivo com os *stressors* e a um adequado ajustamento psicológico. Assim, o sentimento de segurança constitui-se como um recurso pessoal interno que ajuda as pessoas a lidar eficazmente com as adversidades. Experiências com um cuidador responsivo e sensível aos sinais de *distress* são promotoras de sentimentos de confiança no mundo e no “*self*” e do desenvolvimento de expectativas positivas face a acontecimentos stressantes que, apesar de dolorosos e difíceis, são percebidos como manejáveis (Bowlby, 1988; Shaver & Hazan, 1993, citados por Mikulincer & Florian, 1998). Este sentimento de segurança, possivelmente por envolver expectativas optimistas, um forte sentido de controlo e auto-eficácia e confiança nos outros, uma vez adquirido, passa a fazer parte da estrutura de personalidade e constitui-se como um factor de resiliência que favorece uma atitude construtiva perante a vida (Mikulincer & Florian, 1998; Ognibene & Collins, 1998).

Outra implicação da teoria da vinculação diz respeito à influência que os *modelos internos de funcionamento* exercem sobre a escolha das estratégias de *coping* perante um determinado *stressor*, sendo mais óbvias as diferenças entre os diferentes estilos de vinculação na procura e uso de ajuda para gerir o *stress* (Mikulincer & Florian, 1998, 2012; Ognibene & Collins, 1998).

Seguindo a classificação tripartida defendida por Hazan e Shaver (1987, citado por Mikulincer & Florian, 2012) a literatura sobre vinculação refere que as pessoas com vinculação segura estão mais conscientes do *distress* quando tentam regular o mesmo, e utilizam acções constructivas como a procura dos outros para obter apoio instrumental e emocional. Também se pensa que são mais tolerantes às situações stressantes e aos afectos negativos suscitados por elas, sem se sentirem sobrecarregadas. Usando as formulações de Lazarus e Folkman (1984, citado por Mikulincer & Florian, 1998), as pessoas com vinculação segura parecem assim depender mais de estratégias de *coping* focadas nos problemas e na procura de apoio quando enfrentam situações adversas e, por esta razão, parecem perceber menores níveis de *stress* (Koopman et al., 2000).

Por sua vez, as pessoas com vinculação ansiosa-ambivalente possivelmente lidam com as situações de *stress* dirigindo a sua atenção para o *distress* de uma forma hipervigilante, ruminando mentalmente pensamentos negativos, memórias e emoções. Como têm acesso mais fácil a afectos negativos e memórias, ficam mais vulneráveis a

um elevado *distress* e, não sendo capazes de reprimir emoções e pensamentos negativos, desligando-se da experiência de dor, não conseguem limitar a propagação do *distress* a outras esferas da vida (Mikulincer & Orbach, 1995, citado por Mikulincer & Florian, 1998). As pessoas com este tipo de vinculação parecem ainda utilizar como mecanismos preferenciais de *coping* as estratégias focadas na emoção, passivas e ruminativas (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Mikulincer & Florian, 1998). Num estudo com pacientes com VIH avaliados quanto ao estilo de vinculação, estilo de *coping* e *stress* percebido, os participantes com estilo de vinculação inseguro e altamente ansiosos pareceram ser mais propensos a perceber as suas vidas como stressantes, fornecendo evidências de que o estilo de vinculação pode determinar como são experienciados os *stressors* do quotidiano (Koopman et al., 2000). Indivíduos com este tipo de vinculação tendem a ser excessivamente dependentes o que, juntamente com a tendência para reportar mais sintomas somáticos, pode levar a que se tornem utilizadores frequentes de serviços médicos, criando relações de dependência com os respectivos prestadores de cuidados (Ciechanowski et al., 2002).

Por último, as pessoas com vinculação evitante parecem lidar com situações adversas impedindo a consciência do *distress* e adoptando o que Bowlby (1973) designa por “auto-confiança compulsiva” (Hazan & Shaver, 1993, Mikulincer & Florian, 1998). Esta característica manifesta-se na excessiva autonomia e auto-confiança, negação das fontes de *stress* e inibição da expressão emocional, utilizando como formas preferenciais de *coping* o distanciamento e evitamento (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Mikulincer & Florian, 1998). Apesar do escudo defensivo contra o “sentir” pode encontrar-se nestas pessoas uma ansiedade de base, que reflecte o fracasso em alcançar uma “base segura” junto das figuras de vinculação (Mikulincer & Orbach, 1995, citado por Mikulincer & Florian, 1998). Ciechanowski et al., (2002) defende que em resultado do seu padrão relacional as pessoas com este estilo de vinculação podem evitar formas mais próximas de cuidados de saúde, tais como consultas frequentes em ambulatório, devido ao seu medo de intimidade, e podem optar por visitas irregulares a diferentes prestadores de cuidado. Este padrão de utilização de cuidados de saúde por parte das pessoas com vinculação evitante pode corresponder a um maior risco de adiamento da procura de cuidados médicos ou da obtenção de tratamento médico de forma inconsistente.

CAPÍTULO IV | ESTUDO EMPÍRICO

1. Objectivos e Hipóteses de Estudo

Os capítulos anteriores permitiram um vislumbre das possíveis intersecções entre a Teoria da Vinculação e variáveis mediadoras da vulnerabilidade psicossomática, ilustrando o entusiasmo que a comunidade científica vem revelando com a capacidade explicativa deste modelo do desenvolvimento humano. A imensa investigação nesta área que cruza aspectos da personalidade, do relacionamento interpessoal, da regulação psicofisiológica e afectiva em situação de *stress* e variáveis neuroendócrinas tem produzido evidências significativas que têm, contudo, levantado questões que merecem a adopção de um paradigma integrativo.

Na senda do modelo proposto por Maunder & Hunter (2001) na sua revisão sobre a vinculação e medicina psicossomática, onde avançam com a hipótese de que a vinculação, em particular a insegura, contribui para os processos de doença ao influenciar a regulação do *stress* e do afecto e a adopção de comportamentos de saúde, Tacón (2003) vem propor um modelo biopsicossocial específico para o cancro. Este modelo sustenta-se nas evidências que foram abordadas na formulação teórica deste trabalho a respeito das relações entre *stress*, doença física e factores psicossociais, entre os quais o estilo de vinculação, e o seu impacto para o desenvolvimento e progressão do cancro.

Foi objectivo da primeira parte deste trabalho expor as associações já conhecidas entre a qualidade das relações precoces e o desenvolvimento da reactividade ao *stress*, por um lado, e as estratégias de regulação emocional com impacto nas respostas de *coping* e adaptação, por outro, aspectos que parecem ser determinantes para a vulnerabilidade psicossomática. Pretendendo apoiar as evidências já citadas, o presente trabalho pretende ainda contribuir para um modelo tentativo de integração teórica, explorando as relações entre o estilo de vinculação, a reactividade ao *stress* e a adaptação psicossocial em mulheres com diagnóstico recente de cancro da mama. Mais especificamente pretende-se, 1) caracterizar e relacionar a vulnerabilidade ao *stress* e a adaptação à doença física em função do estilo de vinculação; 2) caracterizar e explorar as interacções entre dimensões psicofisiológicas, emocionais e comportamentais associadas a uma maior ou menor vulnerabilidade ao *stress*, e por último, 3) fornecer evidências do funcionamento fisiológico em resposta a situações de stress em contexto natural, uma vez que muitos

dos estudos que pretendem avaliar a associação entre as relações precoces e as respostas ao stress na idade adulta, recorrem a situações artificiais para a indução de *stress* agudo.

Acreditando-se no impacto das relações precoces nas estratégias de auto-regulação desenvolvidas, prevê-se que a vulnerabilidade ao *stress* e a adaptação à doença varie de acordo com os estilos de vinculação. Nomeadamente, espera-se que:

H1: Uma melhor qualidade da vinculação esteja associada a estratégias de regulação emocional marcadas por maior expressão dos afectos.

H2: O estilo de vinculação possa influenciar vulnerabilidade ao *stress* quer em termos da reactividade psicológica quer fisiológica.

H3: A utilização de estratégias de regulação emocional marcadas por maior expressão da raiva se relacionem com menor vulnerabilidade ao *stress*, do ponto de vista psicológico e psicofisiológico.

H4: Estilos de vinculação mais inseguros, uma menor expressão da raiva e uma maior vulnerabilidade ao *stress*, nas suas componentes psicofisiológicas e psicológicas, se associem a uma maior perturbação na adaptação à doença.

H5: Numa aproximação ao modelo de Maunder e Hunter (2001) a vinculação, condicionando a vulnerabilidade ao *stress* e as estratégias de regulação emocional possa predizer a adaptação à doença.

2. Metodologia

2.1. Desenho do Estudo

O presente estudo consiste numa investigação não experimental, que seguirá uma metodologia quantitativa correlacional, dado que não contempla manipulação de variáveis independentes, mas sim a observação de fenómenos pós-facto e análise de relações entre as variáveis em estudo em dois grupos escolhidos com base na presença e ausência de diagnóstico de cancro da mama, num único momento de avaliação.

2.2. Amostra

A constituição da amostra clínica do presente estudo foi conseguida através de um processo de amostragem sequencial, não-aleatória e do tipo conveniente de 32 mulheres das quais 30 são pré-menopáusicas, com idades compreendidas entre 30-55 anos (\bar{X} = 42; DP= 6,574), com diagnóstico de cancro da mama há menos de 6 meses, a residir na zona da Grande Lisboa e recolhidas a partir das Reuniões de Decisão Terapêutica da Unidade de Cancro da Mama do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN) e na Unidade de Senologia do Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), 21 e 11, respectivamente em cada um dos serviços.

Foram considerados como critérios de exclusão da amostra clínica a existência de metastização ou história de doença oncológica prévia, história de doença crónica do foro médico e psiquiátrico, condição médica ou medicação que podia interferir com o doseamento de cortisol salivar e ainda condições que impediam a compreensão e resposta aos questionários escritos. Foram excluídas 2 pacientes, uma por se encontrar em tratamento aquando da avaliação e outra por ter já entrado na menopausa.

Para a constituição da amostra de controlo foram convidadas a participar no estudo 35 mulheres saudáveis recrutadas a partir de serviços públicos (escolas, hospital, associações e empresas). Foram excluídas da amostra 4 mulheres por estarem, ao momento da avaliação, medicadas com psicofármacos, resultando assim numa amostra de mulheres (N=31) cujas idades variam entre os 31-45 anos com uma média de 37 anos (DP= 4,09), e que não apresentava qualquer condição médica passível de interferir com os indicadores avaliados nem estava envolvida nalguma forma de tratamento psicológico ou psiquiátrico aquando da avaliação.

2.2. Instrumentos de Medida

2.2.1. Questionários Psicológicos

Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

Este questionário (em anexo) foi construído para a recolha de informação sociodemográfica relevante para o presente estudo e que a literatura tem sugerido

como variáveis moderadoras na relação entre *stress* e vulnerabilidade à doença e adaptação (Hilakivi-Clarke, et al., 1993; McKenna et al., 1999; Gerits, 2000).

Foram feitas questões abertas quanto a aspectos sociodemográficos como a idade, estado civil, escolaridade, profissão, local de residência e coabitação e posteriormente categorizados da seguinte forma: estado civil – “solteira”, “casada”, “divorciada”, “viúva”, “união de facto” e “separação de facto”; escolaridade – “Ensino Primário”, “Ensino Preparatório”, “Ensino Secundário” “Profissionalizante”, “Ensino Superior” “Outro”; a profissão foi categorizada segundo a Classificação Portuguesa de Profissões de 2010 (INE, 2011); situação laboral – “Activa”, “Baixa”, “Desempregada”, “Estudante”, “Doméstica” e “Reformada”; local de residência – “Cidade”, “Vila”, “Aldeia”; Coabitação – “Parceiro”, “Parceiro e filhos”, “Filhos”, “Pais”, “Outros”, “Sozinha”.

O mesmo questionário fornece informação acerca da história clínica, nomeadamente, a história ginecológica, a toma de medicação no presente, a prévia medicação psicofarmacológica, antecedentes pessoais de psicopatologia e antecedentes familiares de cancro da mama, questões na sua maioria cotadas com “sim” ou não”. As excepções a uma classificação dicotómica são o estado hormonal (“Pré-menopausa”, “Menopausa” “Pós-Menopausa”), a idade em que engravidou (“15-20”, “20-30”, “30-40”, “40-50”), tipo de contraceptivo (“Pílula”, “Preservativo Masculino”, “Dispositivo Intra Uterino”, “Preservativo Feminino”, “Anel Vaginal”, “Nenhum”), doenças físicas (“Nenhuma”, “Cardiovasculares”, “Acidente”, “Respiratórias”, “Digestivas”, “Infecciosas/Parasitárias”, “Musculo-esqueléticas”, “Anomalias Congénitas”, “Condições Perinatais”, “Infecções Respiratórias”, “Genitourinárias”, “Neurológicas”, “Tiróide”, “Múltiplas” e “Outras”), medicação (“Nenhuma”, “Analgésica”, “Anti-colesterol”, “Substituição Hormonal”, “Omaprazol”, “Antidepressivos”, “Antibióticos”, “Ansiolíticos”, “Multipla”, “Outras”) e questões cuja resposta é nominal, como a idade da menarca e número de gravidezes.

Na componente da entrevista que aborda o diagnóstico, são feitas questões abertas relativas à data do diagnóstico e início de tratamento (duração em meses desde o diagnóstico até ao tratamento), ao tratamento recomendado (“Cirurgia”, “Quimioterapia”, “Hormonoterapia”, “Radioterapia”, “Combinado”, “Nenhum”) e questões fechadas relativas aos comportamentos de saúde prévios, nomeadamente acerca da realização de auto-exame (palpação da mama) e de exames de *check-up* periódicos, com possibilidades de resposta dicotómica “Sim” ou “Não”. Esta parte do questionário não foi, naturalmente, aplicada às mulheres do grupo de controlo, tendo-lhes sido questionado qual a data da última mamografia, cujas respostas foram classificadas segundo o tempo decorrido desde o *screening* (“não realizou”, “≤3

meses”, “4-6 meses” e “7-12 meses”), controlando assim a possibilidade de existência de falsos negativos neste grupo de controlo e os comportamentos preventivos de saúde.

Por último, a existência de Acontecimentos de Vida Negativos no ano anterior ao diagnóstico é questionada através de pergunta aberta e depois cotada segundo categorias que a literatura tem mostrado como mais relevantes para o ajustamento psicológico (“morte de familiares próximos”, “doença do próprio”, “doença de familiares próximos”, “problemas conjugais”, “problemas de relacionamento interpessoal”, “problemas financeiros” e “desemprego”) (Gerits, 2000).

EVA - Escala de Vinculação do Adulto

A *Escala de Vinculação do Adulto* (EVA) deriva da adaptação à população portuguesa da *Adult Attachment Scale-R* (AAS-R) de Collins & Read (1999, citado por Canavarro, 2006) levada a cabo Canavarro (1995). A AAS-R é fruto de uma reformulação no final dos anos 90 da *Adult Attachment Scale* de Hazan e Shaver (1987, citado por Canavarro, 2006), com vista a ultrapassar algumas limitações apontadas a este instrumento de três parágrafos que procurava traduzir para a idade adulta, no âmbito da relação amorosa, o sistema de classificação de três categorias – *seguro*, *ansioso/ambivalente* e *evitante* proposto originalmente por Ainsworth, 1978 (citado por Canavarro, 2006). Os autores da presente escala transformaram as afirmações contidas nas descrições de Hazan & Shaver num conjunto de itens, aos quais acrescentaram itens relativos às crenças sobre a disponibilidade da figura de vinculação e reacções à separação da mesma, obtendo uma escala preliminar de 21 itens. Dos estudos psicométricos realizados à versão preliminar resultou um instrumento em escala de *Likert* de 18 itens.

A análise factorial da AAS-R revelou a existência de três dimensões que avaliam o tipo de vinculação predominante, de seis itens cada: *Close*, que avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas; a segunda, *Depend*, que avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender de outros em situações em que necessitam e por último, a terceira, *Anxiety*, que avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado.

Desde a sua adaptação para a população portuguesa em 1997 vários têm sido os estudos que utilizam a EVA e que têm vindo a permitir apurar as qualidades psicométricas da versão portuguesa da AAS-R, e que implicaram uma reorganização

dos factores que inicialmente Canavarro (1997) tinha extraído e que eram condizentes com a Teoria da Vinculação do Adulto e com as dimensões designadas por Hazan e Shaver (1987) de *vinculação ansiosa, segura e evitante*. Nos últimos estudos psicométricos realizados e que incluíram 434 sujeitos da população geral das zonas norte e centro do país, a análise factorial do instrumento verificou que 46% da variância é explicada pelos 3 factores que se aproximam da estrutura obtida no instrumento original, sendo o factor 1 constituído por itens que se prendem com a dimensão *Ansiedade*, ou seja, referentes ao grau de ansiedade relacionada com questões interpessoais, como receio de abandono ou de não ser bem querido, o factor 2 composto por itens que se relacionam com a dimensão de *Conforto com a Proximidade*, relativas ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e intimidade e, por último, o factor 3 constituído por itens que se relacionam com a dimensão *Confiança nos Outros*, que dizem respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros e na sua disponibilidade quando necessários.

Os dados da fiabilidade do instrumento indicam que os itens apresentam relações satisfatórias, tendo a sub-escala *Ansiedade* apresentado um valor elevado de *alpha* (0,84), o que não aconteceu com as sub-escalas *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* que apresentam valores de 0,67 e 0,54, respectivamente. Contudo, o valor de *alpha* para o total da escala é elevado (0,81). Quanto à consistência interna as correlações entre as três dimensões da EVA (Canavarro et al., 2006) verificaram que a sub-escala *Ansiedade* se encontra inversamente correlacionada com as sub-escalas *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* ($r = -0,353$, $p < 0,001$; $r = 0,391$, $p < 0,001$ respectivamente) e que estas duas últimas se encontram positivamente correlacionadas ($r = 0,312$, $p < 0,001$).

Por último, quanto à validade discriminativa os resultados mostram diferenças significativas entre as amostras nas três sub-escalas. Nas escalas de *Conforto com a Proximidade* e de *Confiança nos Outros*, os sujeitos da amostra normativa apresentam valores mais elevados do que os registados pelos sujeitos da amostra clínica ($t = 4,59$; $p < 0,001$ e $t = 8,66$; $p < 0,001$, respectivamente). Pelo contrário, na sub-escala de *Ansiedade*, os sujeitos da amostra clínica apresentam valores significativamente mais elevados do que os da amostra normativa ($t = -10,16$; $p > 0,01$). Estes resultados parecem mostrar a capacidade das sub-escalas para diferenciar a população saudável da população clínica, apresentando-se ainda como bons elementos na construção de estilos de vinculação consistentes com a Teoria da Vinculação do Adulto, que dependendo dos procedimentos utilizados definem perfis de vinculação

correspondentes aos de Hazan & Shaver (1987 citado por Canavarro et al., 2006) e Bartholomew (1990, citado por Canavarro et al., 2006).

Na revisão crítica que os autores fizeram à versão portuguesa da AAS-R (Canavarro et al., 2006) referem o interesse em abordar os resultados da perspectiva dimensional numa óptica categorial que permita a correspondência dos resultados aos padrões de vinculação. Para o efeito procederam a uma análise de *clusters* segundo os quatro protótipos de vinculação propostos por Bartholomew (1990), resultantes da variação na variável *Ansiedade* e na variável *Conforto-Confiança* (resultado composto das dimensões *Conforto com a Proximidade* e de *Confiança nos Outros*), dando origem à tipologia *Seguro, Preocupado, Desligado, Amedrontado*.

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O Brief Symptom Inventory- BSI (Derogatis, 1982) é um inventário de sintomas psicopatológicos com 53 itens e deriva da forma breve do Symptom Checklist-90 (SCL-90), dos mesmos autores, no qual é pedido ao sujeito que classifique o grau em que sente que cada problema mencionado o afectou na última semana, através de uma escala de *Likert* que classifica as respostas de “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4).

Os sintomas psicopatológicos são avaliados em nove dimensões de sintomatologia (*somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade Interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideacção paranóide; psicoticismo*) e três índices globais que consistem em indicadores de perturbação emocional. A respeito destes últimos, Derogatis (1993) afirma que o *Índice Geral de Sintomas* (IGS) é o indicador mais sensível do nível de *distress*, combinando o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade, o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) ilustra o número de sintomas assinalados e o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes, referindo ainda que este índice fornece informações sobre o nível médio de *distress* que o respondente experencia e o “estilo” de experiência que tem, quer tenda a ser um “repressor” ou “sensível”, minimizando ou exagerando a experiência de stress.

Resumindo a conceptualização de Derogatis (1982) quanto às dimensões de sintomatologia primária, estas podem ser definidas da seguinte forma: 1) *somatização* é a dimensão que reflecte o distress psicológico associado à percepção de queixas somáticas; *Obsessivo-Compulsiva* é a dimensão que reflecte sintomas semelhantes

da à perturbação psicopatológica com o mesmo nome e que consiste grosso modo em pensamentos ou acções aos quais o sujeito não consegue resistir, mas que são sentidos como ego-distónicos e indesejados; *Sensibilidade Interpessoal* resulta de sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, desconforto em relações interpessoais; *Depressão* é a dimensão que reflecte sintomas de depressão clínica tais alterações de humor e afecto e ainda perda de interesses e sentimentos negativos em relação ao futuro, entre outros; *Ansiedade* é uma dimensão composta por um conjunto de sintomas associados a níveis clínicos de ansiedade, tais como nervosismo, tensão, pânico e apreensão; *Hostilidade* indica pensamentos, sentimentos e acções característicos de estados afectivos de raiva, tais como, irritação, aborrecimento, vontade de partir coisas e acessos de cólera; *Ansiedade Fóbica* é definida como um medo persistente de pessoas, lugares, objectos ou situações, que é irracional e desproporcionado, levando a evitamento ou fuga; *Ideação Paranóide* é a dimensão que representa o funcionamento paranóide como uma forma de pensamento distorcido sendo característicos o pensamento projectivo, hostilidade, egocentrismo, medo de perder autonomia e suspeição; *Psicoticismo* é uma dimensão que representa o construto como um *continuum* da experiência humana, incluindo sinais de um estilo de vida alienado, isolamento e sintomas primários de psicose. Existem ainda quatro itens que não pertencem a qualquer uma das dimensões (11, 25, 39, 52), mas contribuem para os resultados globais, pois representam indicadores clínicos importantes (Derogatis, 1982).

Os estudos psicométricos realizados por Canavarro (1999) à versão portuguesa do BSI (Canavarro, 1995), revelaram que esta apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha de Cronbach* entre 0,62 (Psicoticismo) e 0,79 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0,63 (Ideação Paranóide) e 0,81 (Depressão), bem como correlações significativas (para $p < 0,001$) entre as notas das nove dimensões de sintomatologia e as notas globais. A validade discriminativa do instrumento foi também analisada, comparando as notas obtidas nas nove dimensões e nos três índices globais com a variável saúde mental, apresentando-se esta função como estatisticamente significativa confirmando, deste modo, que as pontuações obtidas no BSI permitem discriminar os indivíduos emocionalmente perturbados de indivíduos da população geral. Neste sentido, foi ainda possível à autora da aferição portuguesa estabelecer um ponto de corte entre os dois grupos através do ISG, significando que sujeitos com valores $ISG \geq 1,7$ no BSI possam estar provavelmente emocionalmente perturbados (Canavarro, 1999).

STAXI- State-Trait Anger Expression Inventory

O *Inventário de Estado-Traço de Expressão de Raiva* – STAXI resulta da adaptação à população portuguesa do original *STAXI- State-Trait Anger Expression Inventory* de Spielberger (1988), levada a cabo por Silva e Prazeres (1999). Este instrumento foi escolhido no âmbito deste projecto por fornecer uma medida da experiência e expressão de raiva.

À medida que os fenómenos emocionais foram ganhando mais relevo na área da clínica e investigação em psicologia, percebendo-se uma associação entre estes e a patologia física e mental, nomeadamente a cardiovascular, a raiva, enquanto emoção negativa com marcado impacto fisiológico, passou a receber a atenção de alguns investigadores. Tanto a *Raiva* como os constructos que lhes estão próximos – *Hostilidade* e *Agressão*, nomeadamente a sua repressão, parecem associar-se a pior funcionamento cardiovascular, maior reactividade cardíaca, aumentos dos níveis de testosterona e da agregação de plaquetas, mecanismos pelos quais as emoções podem vulnerabilizar para a doença das artérias coronárias, por exemplo (Siegman, 1994, citado por Trigo, Rocha & Coelho, 2000). Perante a sobreposição de definições dos referidos constructos, Spielberger e colaboradores (1988, p. 91, citado por Silva & Prazeres, 1999) apresentam uma definição de raiva que respeita “*a um estado emocional que consta de sentimentos que variam em intensidade, desde uma irritação ou aborrecimento ligeiros a uma fúria e cólera intensas*”. A medida desta emoção parece assim implicar a avaliação de dimensões como intensidade, frequência, contexto, estilo de regulação e expressão/repressão. Para além da importância de avaliar o tipo de experiência da raiva, enquanto estado ou traço, a investigação começou a evidenciar a necessidade de avaliar a forma como as pessoas expressam ou suprimem esta emoção (Silva & Prazeres, 1999).

O *Inventário de Estado-Traço de Expressão de Raiva* resultou da integração de duas escalas anteriormente desenvolvidas por Spielberger, 1980, citado por Silva & Prazeres, 1999) – a *Escala de Estado-Traço da Raiva* (STAS) e a *Escala de Expressão da Raiva* (AX), compreendendo uma medida da *experiência* e da *expressão* de raiva. A experiência da emoção é avaliada através das escalas *Estado de Raiva* e *Traço de Raiva*, dividindo-se esta última em duas subescalas, *Temperamento de Raiva* e *Reação de Raiva*. A medida de expressão é avaliada através de 4 escalas, cuja descrição se pode encontrar no Quadro 1.

Na aplicação da escala é pedido aos sujeitos que assinalem para todos os itens uma das quatro alternativas: (1) para “*De forma nenhuma*”, (2) para “*Um pouco*”,

(3) para “*Moderadamente*”, (4) para “*Muitíssimo*”, divididas por três partes com diferentes instruções, sendo a primeira “*como me sinto neste momento*”, a segunda, “*como me sinto geralmente*”, e a terceira, “*quando eu zangado ou furioso*” (spielberger, 1991, citado por Silva & Prazeres, 1999).

Escala	Itens	Descrição
Estado de Raiva	10	Intensidade dos sentimentos de raiva num determinado momento, sendo acompanhados, geralmente, por excitação e tensão muscular, variando a sua intensidade em função de como é percebida a injustiça, ataque ou tratamento injusto pelos outros.
Traço de Raiva	A inclinação do indivíduo para perceber uma gama variada de situações como desagradáveis e frustradoras e a tendência para reagir a tais situações com elevações mais frequentes no <i>Estado de Raiva</i> . Os indivíduos com um <i>Traço de Raiva</i> muito elevado experienciam o <i>Estado de Raiva</i> mais frequentemente e com maior intensidade do que os indivíduos com um <i>Traço de Raiva</i> baixo.	
	5	Subescala <i>Temperamento de Raiva</i>: propensão para vivenciar e expressar a raiva sem ter havido uma provocação específica.
	5	Subescala <i>Reacção de Raiva</i>: diferenças individuais nas reacções de raiva relacionadas com situações que envolvem frustração, avaliações negativas, críticas ou tratamento injusto.
Expressão da Raiva	Índice geral sobre a frequência com que a raiva é expressa, não considerando a direcção de sua expressão. Resulta do cálculo das três escalas seguintes (24 itens), segundo a fórmula (Raiva Dentro + Raiva Fora – ControloRaiva + 16).	
Raiva para Dentro	8	Frequência com que os sentimentos de raiva são guardados, reprimidos ou direccionados o <i>Self</i> , podendo resultar em sentimento de culpa e depressão.
Raiva para Fora	8	Frequência com que o indivíduo expressa a raiva em relação a outras pessoas e/ou objectos, sendo expressa por meio de agressões físicas ou verbais.
Controlo da Raiva	8	O grau em que cada indivíduo tenta controlar a expressão da raiva.
TOTAL	44	

Quadro 1. Adaptado de Spielberger, 1991, p. 9, citado por Silva e Prazeres, 1999

Na adaptação à população portuguesa os autores Silva & Prazeres (1999), após tradução e adaptação dos itens, aplicaram o instrumento a 731 estudantes do 9º ao 12º ano e a estudantes do ensino superior, tendo sido avaliadas as propriedades psicométricas em termos da sua consistência interna (correlações item-total e *alfa* Cronbach) e consistência temporal e validade. Os autores puderam confirmar que na sua maioria os dados de consistência interna são satisfatórios e homogéneos para as duas amostras com o *alfa* a variar entre 0,65 (Escala de *Traço de Raiva-Reacção*) e 0,88 (Escala *Estado de Raiva* e Escala *Controlo da Raiva*). Encontram-se algumas disparidades em termos da consistência interna de itens-total, sobretudo nos itens das escalas de *Expressão da Raiva-para dentro* e *Raiva para fora*, com dois coeficientes item-total indicadores de inconsistência, na amostra de estudantes do secundário. No teste-reteste os coeficientes situam-se todos nos 0,70 sensivelmente, podendo assim considerar-se satisfatórios da análise à consistência temporal (Silva & Prazeres, 1999). Por último, os dados psicométricos de um estudo com doentes cardiovasculares (Trigo, 1999 citado por Silva & Prazeres, 1999) apontam ainda para que, principalmente as Escalas de *Traço de Raiva*, *Temperamento de Raiva*, *Reacção de Raiva*, *Expressão de Raiva-para-fora*, *Controlo de Raiva* e *Expressão de Raiva*, sejam responsáveis pelas diferenças significativas entre a amostra clínica e a amostra de controlo ($p \leq 0,01$), sendo que a única diferença favorável ao grupo de controlo ocorre para a Escala de Controlo da Raiva, conforme seria de esperar, podendo estes resultados constituírem-se como indicadores de validade. De notar que, no mesmo estudo, as correlações ($\approx 0,70$) entre algumas escalas do STAXI e algumas escalas do Inventário de Hostilidade de Buss e Durke, podem constituir-se ainda como indicadores de validade convergente da versão portuguesa (Silva & Prazeres, 1999).

Termómetro do Distress

O *screening* do *distress* tem sido cada vez mais debatido na medida em que são cada vez mais os estudos que tentam relacionar os factores psicossociais com este tipo de reacções emocionais negativas. Nomeadamente, piores níveis de *distress*, e consequente adaptação ao diagnóstico de cancro da mama, têm vindo a correlacionar-se com as faixas etárias mais novas (Kornblith et al., 2007, citado por Mertz et al. 2012). O *distress* tem sido definido como um estado de natureza psicológica (cognitivo, comportamental e emocional), social e/ou espiritual que pode interferir com a capacidade de lidar eficazmente com o cancro, com os seus sintomas físicos e com os seus tratamentos (Roth et al., 1998).

A avaliação do *distress* e da adaptação ao diagnóstico de cancro da mama tem sido efectuada através de várias medidas, entre as quais o BSI, a HADS o BDI, com resultados bastante satisfatórios em termos de fiabilidade e validade. Contudo, dado a possível desorganização psicológica e as condições físicas de algumas doentes a necessidade de um instrumento breve de rastreio do *distress*, quer em contexto médico quer para fins de pesquisa científica, tornou-se imperiosa (Vordermaier et al., 2009; Snowden et al., 2011).

O *Termómetro do Distress* (TD) foi originalmente desenvolvido por Roth e colaboradores (1998) como instrumento de rastreio de *distress* psicológico em pacientes com cancro e foi traduzido para a língua portuguesa após autorização da National Comprehensive Cancer Network (2012), que detém os seus direitos, por Ouakinin e Eusébio (2012), e consiste numa medida de auto-relato de apenas um item. Para o efeito, é pedido aos pacientes que, através de uma escala visual analógica de 11 pontos que varia entre 0 (sem *distress*) e 10 (extremo *distress*), avaliem o grau de desconforto sentido na última semana. É ainda acompanhada de uma *Lista de Problemas* (LP) que identifica a etiologia do *distress* de forma mais específica (Vitek et al., 2007, citado por Snowden et al., 2011). Algumas meta-análises recentes têm procurado apurar a fiabilidade e a validade deste instrumento (TD), isoladamente ou conjuntamente com outras medidas breves (Vordermaier et al., 2009; Snowden et al., 2011), mostrando resultados consistentes quando comparado com outros instrumentos e um *cut-off* de 4 é considerado pela maioria dos estudos como o ponto a partir do qual se considera um caso de *distress*, com uma sensibilidade de 79% e especificidade de 81% contra a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Gessler et al, Vordermaier, 2009), embora num estudo posterior a sensibilidade e especificidade tenham baixado para 77,1% e 66,1%, respectivamente (Mitchell, 2010, citado por Snowden et al., 2011), mostrando que a propensão para detectar falsos-negativos continua uma das suas limitações (Campbell et al., 2009, citado por Snowden et al., 2011).

Quanto à LP, Apesar de alguns itens serem previsivelmente pouco relevantes aquando do momento do diagnóstico (*Feridas na Boca e Febre*), mostrando-se mais prováveis de ser relatados na fase dos tratamentos, alguns estudos vêm tentando identificar factores relacionados com o *distress*. Mertz e colaboradores (2012) enunciam alguns estudos que relacionam sobretudo o *distress* com *problemas físicos* e *problemas emocionais*, dimensões avaliadas pela LP.

Questionário de vulnerabilidade ao stress 23QVS (Serra, 2000)

O Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS), desenvolvido por Vaz Serra (2000b) foi seleccionado para o presente estudo por fornecer uma medida global do *traço* de vulnerabilidade ao *stress* de um indivíduo. A *Vulnerabilidade ao Stress* foi definida pelo autor como o resultado da percepção da falta de recursos ou aptidões para lidar com as exigências criadas por uma circunstância específica (Serra, 2000a), podendo esta expectativa inibir o discurso e a recordação de memórias armazenadas e o exercício de aptidões existentes (Beck & Emery, 1985, citado por Serra, 2000a).

O 23 QVS é uma medida de auto-relato composta por 23 itens, para os quais se pede que o indivíduo responda em função de cinco classes de resposta, de 0 (*Concordo em absoluto*) até 4 (*Discordo em absoluto*), resultando numa medida global de vulnerabilidade que se constitui como um indicador da vulnerabilidade ao *stress*. Da análise factorial da escala o autor identificou sete factores que explicam 57,5% da variância total, cujo resultado final dá uma medida dos aspectos que integram o conceito de vulnerabilidade e que se podem identificar no quadro que se segue.

Factor 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração

Factor 2: Inibição e dependência funcional

Factor 3: Carência de apoio Social

Factor 4: Condições de Vida Adversas

Factor 5: Dramatização da Existência

Factor 6: Subjugação

Factor 7: Deprivação do Afecto e Rejeição

Quadro 2: Significado Aparente dos Factores (Serra, 2000b)

As diferentes escalas do 23 QVS parecem avaliar um conjunto de características, que a literatura vem sugerindo estar relacionadas com uma maior ou menor predisposição para sentir *stress* (e.g. pessimismo/optimismo, *locus* de controlo externo) (Vaz Serra, 2000a).

No estudo das qualidades psicométricas da escala (Vaz Serra, 2000b), o instrumento foi aplicado a uma amostra de 368 elementos da população portuguesa, revelando que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, com um valor de *alpha* para todos os itens de 0,82 e de consistência temporal com um coeficiente de teste-reteste de 0,82. Os diversos itens da escala revelaram ainda serem sensíveis, individualmente, a variações de grupos extremos, facto que

testemunha a sua capacidade discriminativa. Na sequência da análise às características psicométricas do 23 QVS, Vaz Serra (2000) determinou a existência de um ponto de corte de 43, valor a partir do qual se pode considerar que o respondente é vulnerável ao *stress*, sendo a sua sensibilidade e especificidade da escala de 61,8% e 70,6%, respectivamente, desta forma confirmando a utilidade do instrumento para distinguir entre população vulnerável e não vulnerável ao *stress*.

Brief - COPE

A escala COPE foi concebida por Carver et al. (1989) com o objectivo de avaliar estilos e estratégias disposicionais de *coping*, tendo derivado, em grande parte, da literatura existente sobre esta temática, em particular do modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) e do modelo de auto-regulação do comportamento de Carver e Scheier (1981, 1990). Esta escala foi sofrendo várias alterações, nomeadamente o aditamento de itens, ficando na sua versão final com 60 itens distribuídos por 15 escalas, cada uma com um foco conceptual específico, abordando estratégias de *coping* focadas no problema e na emoção. Discordando da perspectiva transaccional, os autores do COPE acreditam que os seus resultados da escala sugerem que a personalidade e os estilos de *coping* têm um papel no *coping* situacional (1989, citado por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2000).

O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida (identificando o mais recente, p. ex. diagnóstico da doença, cirurgia, exame escolar, etc.). Os itens da escala são redigidos em termos da acção que as pessoas implementam, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de “nunca faço isto” (0) a “faço sempre isto” (3), ou pode ser alterada consoante o investigador esteja interessado *no coping* traço ou no *coping* estado. Devendo no segundo caso responder “fiz isto” (relativamente à situação focada. Carver (1997a) explica que este questionário pode ser ajustado aos interesses do investigador,

O COPE tem sido utilizado em vários estudos relevantes na área da saúde, estando disponíveis várias evidências que sugerem que as respostas que avalia são importantes no processo de *coping* e que podem predizer potenciais efeitos fisiológicos (Carver, 1997). Em especial, a negação e o comportamento de desinvestimento parecem ser bons preditores prospectivos do nível de *distress* num estudo com homens infectados por VIH e mulheres com cancro da mama (Antoni, et al., 1991; Carver et al., citados por Carver, 1997).

Dado tratar-se de um questionário extenso e redundante, podendo provocar impaciência nos respondentes, Carver (1997) reviu o inventário dando assim origem à forma breve do COPE, designado por Brief-COPE composto por 14 escalas, de dois itens cada, apresentadas no Quadro 3.

Escalas	
1 – Coping activo	Iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o <i>stressor</i>
2 – Planear	Pensar sobre o modo de se confrontar com o <i>stressor</i> , planear os esforços de <i>coping</i> activos
3 – Utilizar suporte instrumental	Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer
4 – Utilizar suporte social emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém
5 – Religião	Aumento de participação em actividades religiosas
6 – Reinterpretação positiva	Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável
7 – Auto-culpabilização	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu
8 – Aceitação	Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real
9 – Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do <i>stress</i> emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos
10 – Negação	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante
11 – Auto distracção	Desinvestimento mental do objectivo com que o <i>stressor</i> está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distracção
12 – Desinvestimento comportamental	Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o <i>stressor</i> está a interferir
13 – Uso de substâncias	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do <i>stressor</i>
14 – Humor	Fazer piadas acerca do <i>stressor</i>

Quadro 3: Escalas do COPE e sua definição Pais Ribeiro, J. & Rodrigues, A., 2004

A adaptação para português e a respectiva análise às propriedades psicométricas do Brief-COPE (Pais Ribeiro & Rodrigues 2004) foi conseguida através de 364 participantes do sexo masculino.

No que concerne à consistência interna, os autores Pais Ribeiro & Rodrigues (2004) puderam comprovar que é satisfatória, seguindo valores idênticos à versão original, apresentando apenas valores de consistência interna inferiores ao valor fronteira de 0,60 apenas na escala Aceitação. As correlações entre as escalas do Brief-COPE apresentam ainda magnitude idêntica à do instrumento original (COPE), mostrando assim que a versão adaptada para a população portuguesa mantém as propriedades da escala original de 60 itens e que, conservando as propriedades da escala de 28 itens de Carver (1997), é um recurso importante para a avaliação do *coping* em contexto de saúde (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

2.2.3. Instrumentos de Recolha de dados psicofisiológicos

Cortisol salivar

A recolha de saliva para doseamento do cortisol foi realizada em casa por cada participante segundo as instruções fornecidas, num total de 5 tubos. A recolha foi efectuada colocando os Oral Swab (Salimetrics, UK) na boca até estes ficarem embebidos em saliva e, depois de colocados no respectivo tubo, armazenados no congelador até à data da entrega. Os horários estipulados para a recolha das amostras foram **“Ao acordar”**, **“1 hora após acordar”**, **“12h00m”**, **“16h00m”** e **“20h00m”**.

Figura 2: Kit Salimetrics



A determinação do cortisol salivar foi realizada usando o HS Salivary Cortisol Kit (Salimetrics, UK), através da técnica de imunoensaio por luminescência, segundo instruções do fabricante. Estudos reportam altas correlações entre cortisol salivar e cortisol sérico, indicando que os níveis de cortisol salivar permitem estimar de forma

fiável os níveis de cortisol sérico (e.g. Moore et al., 2006; Eatough et al., 2009; Dorn et al., 2009 citados por Salimetrics, 2011).

No final do período de recolha, todas as amostras congeladas foram descongeladas e centrifugadas e analisadas através da técnica de radioimunoensaio competitivo especificamente validada para o doseamento de cortisol salivar (Salimetrics UK), nos laboratórios do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Correlatos Autonómicos | Sistema bioPlux

O sistema bioPlux usado na presente investigação é composto por um dispositivo bioPLUX research e pelos respectivos sensores edaPLUX, bvpPLUX, respPLUX, e syncPLUX. Este sistema foi utilizado em simultâneo com a administração do questionário sociodemográfico permitindo assim o registo multimodal da actividade simpática e parassimpática de cada participante em cada momento da entrevista. O dispositivo bioPLUX research, é uma unidade de aquisição sem fios, que permite a recolha e digitalização de sinais provenientes dos sensores em simultâneo, e faz a transmissão em tempo real via Bluetooth para uma estação de aquisição (computador), no qual os dados em bruto são registados. Todas as medidas fisiológicas são obtidas de forma não intrusiva, e sem interferir significativamente com a realização do teste. Para além dos três sensores que avaliam, respectivamente, a actividade electrodérmica (EDA), o ritmo cardíaco (HR) e a frequência respiratória (RF), o dispositivo contempla ainda um sensor syncPLUX que permite marcar momentos relevantes durante a aplicação do questionário sócio-demográfico e clínico, garantindo a sincronia temporal, com precisão ao milissegundo, entre o registo dos parâmetros psicofisiológicos e as questões apresentadas.

Figura 3: Sistema bioPLUX



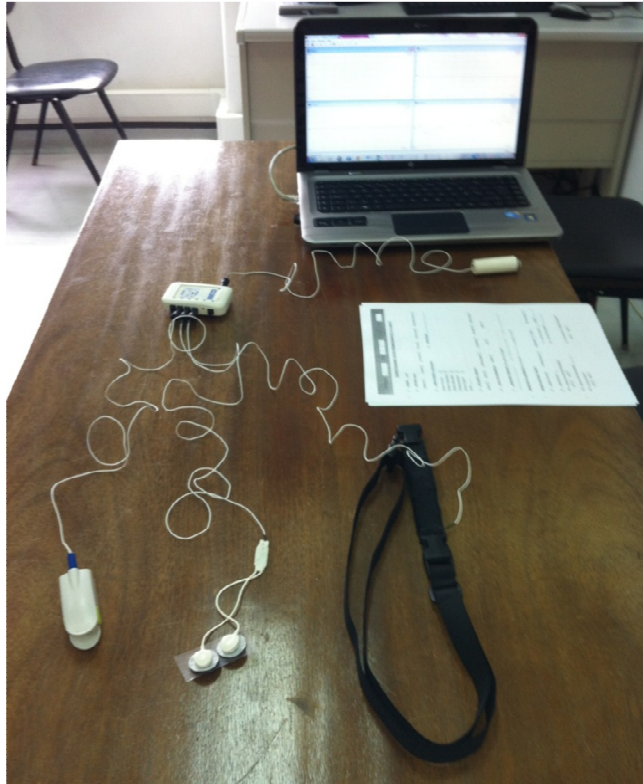


Figura 4: *Setting Experimental*

Actividade Electrodermica (EDA)

O sensor edaPLUX é aplicado através de dois eléctrodos colocados nos na eminência tenar e hipotenar da mão não dominante do participante e permite registar a sua resposta electrodermica. Este sinal está relacionado com a resposta do sistema nervoso simpático, tal como manifestada através da variação da micro-sudação ao nível das mãos e dedos. Existe uma componente tónica do sinal que está relacionada com a actividade basal, e uma componente fásica que resultam da reacção a estímulos psicofisiológicos. As variáveis utilizadas no presente estudo relativas à actividade electrodermica para cada momento são o Nível Médio de Resistência Galvânica da Pele em μS (SCL), a Amplitude Média da Resposta Galvânica (SRA), Frequência de eventos de Resposta Galvânica (SRR) e Tempo de Recuperação Médio da Resposta Galvânica (Sr).

Ritmo Cardíaco (HR)

O sensor bvpPLUX é aplicado através de um clip no dedo médio da mão não dominante do participante e permite registar a frequência cardíaca (HR) a partir da variação do fluxo venoso. Este sensor emite uma luz que é reflectida no dedo e captada através de um foto-receptor; quando o coração bombeia o sangue através das artérias, o volume de sangue nas mesmas diminui a translucência venosa, reflectindo mais luz, que diminui entre batimentos cardíacos. O sinal produzido pelo sensor tem uma curva característica, a partir da qual é possível extrair a frequência cardíaca.

Frequência respiratória (RF)

O sensor respPLUX é caracterizado por uma faixa, aplicada ao nível do tórax, que é sensível aos movimentos de dilatação e compressão da caixa torácica, associados aos processos de inspiração e expiração. A partir do sinal captado, é possível extrair o ritmo respiratório (em ciclos por minuto), medindo o tempo entre ciclos inspiratórios.

2.3. Procedimentos

Previamente à recolha da amostra foram estabelecidos contactos com as unidades que tutelam o tratamento e seguimento das mulheres com cancro de mama – Serviço de Oncologia Médica do Hospital de Santa Maria (CHLN) e Unidade de Senologia do Hospital de São Francisco Xavier (CHLO) Lisboa Ocidental, e formulado o pedido de autorização para a recolha da amostra clínica nas reuniões de Decisão Terapêutica.

As participantes que preenchiam os critérios de inclusão na amostra foram primeiramente abordadas pelo seu médico assistente e após concordância com a participação no estudo foram contactadas telefonicamente para exposição dos objectivos e procedimentos e agendamento da avaliação.

Tanto a amostra clínica como a amostra de controlo foram avaliadas pela autora do presente trabalho numa única sessão, num espaço com o máximo de privacidade e tranquilidade que a metodologia exige, após preenchimento do consentimento informado (explicação da natureza do estudo e do tipo de tratamento dos dados, oferecendo garantia de estrita confidencialidade das respostas, em anexo).

A avaliação consistiu no preenchimento de questionários psicológicos pelas participantes e na resposta a um questionário sócio-demográfico e clínico aplicado pela entrevistadora, enquanto foram simultaneamente registados indicadores psicofisiológicos (Resistência Galvânica da Pele (SCL), Frequência Respiratória (RF) e Batimento Cardíaco (HR) através do Sistema bioPlux. Durante a entrevista guiada pelo questionário foi ainda introduzida uma tarefa de provocação de *stress* sob a forma de uma questão de aritmética. Para a análise da reactividade psicofisiológica, os itens do questionário sociodemográfico e clínico foram distribuídos por 4 momentos distintos, que se espera que influenciem a reactividade em função da valência emocional que as questões pretendem suscitar. A **Baseline** foi apurada através da média dos resultados dos diferentes parâmetros psicofisiológicos no último minuto da primeira parte da entrevista onde foram feitas questões sobre dados sociodemográficos, que se espera serem menos activadores. Após as questões iniciais foi feita uma questão de aritmética (**Momento 1**) com o objectivo de provocar stress com uma valência expectavelmente neutra para os participantes, e foi calculada a média dos diferentes parâmetros registados durante o desempenho da tarefa. De seguida foram feitas questões sobre a história ginecológica não relativa ao diagnóstico e de valência expectavelmente menos negativa. Após estas questões foram introduzidas questões acerca do diagnóstico e história clínica, previsivelmente mais activadora e de valência negativa, constituindo este o **Momento 2** durante o qual foram apuradas as médias dos diferentes indicadores psicofisiológicos. Na amostra de controlo este momento prendeu-se com questões relativas ao rastreio de cancro da mama e história de doenças físicas e/ou mentais.

Por último, o **Momento 3** consistiu numa questão acerca dos acontecimentos de vida negativos durante o último ano anterior ao diagnóstico, para o qual foram obtidos os mesmos parâmetros já referidos.

No final da sessão de avaliação foi facultado a cada participante o Kit Salimetrics para recolha da amostra de saliva e explicadas as respectivas instruções de utilização e a sua forma de devolução devidamente acondicionado. Para cada participante foi agendado um dia para a entrega dos tubos Salimetrics congelados aquando da recolha efectuada por cada participante.

2.4. Análise Estatística

Os dados resultantes das medidas de auto-relato e das medidas psicofisiológicas e cortisol foram analisados com recurso ao software IBM SPSS

Statistics 20, para realizar análise descritiva e inferencial. Primeiramente, foi efectuada uma análise descritiva, para caracterizar as amostras quanto às variáveis estudadas segundo medidas estatísticas de tendência central (e.g. Média, Moda) e de dispersão (e.g. Desvio-padrão e máximo, mínimo). Seguidamente, procurou-se comparar os grupos e estabelecer relações entre as variáveis estudadas em função das hipóteses de partida através de métodos de Análise Inferencial e Descritiva, com recurso a testes estatísticos paramétricos e não paramétricos, aplicados à natureza da amostra, como se demonstra nas próximas secções da dissertação. A título de exemplo, foram usados o Teste de Qui-Quadrado de Pearson e Teste Exacto de Fisher para variáveis qualitativas e Teste t de Student para variáveis quantitativas, de forma a tecer comparações entre o grupo experimental e grupo de controlo. Com o objectivo de procurar relações entre as variáveis em estudo foram aplicados métodos de Análise de Correlação Bivariada (e.g. Coeficiente de Correlação de Pearson, Spearman) e de Análise de Regressão.

CAPÍTULO V | RESULTADOS

As próximas secções da presente dissertação apresentam os resultados da análise estatística descritiva e inferencial com a qual se pretendeu caracterizar as amostras face aos constructos avaliados e fornecer suporte empírico para um modelo tentativo de integração das áreas em estudo.

Neste sentido, serão primeiramente expostos os resultados da comparação do grupo experimental com o grupo de controlo quanto à qualidade da vinculação e estratégias de regulação emocional, vulnerabilidade ao *stress*, estilos de *coping* e adaptação. Posteriormente serão apresentados os resultados das relações estatísticas entre variáveis, conducentes à confirmação ou refutação das hipóteses que visaram, por um lado, a exploração de relações entre as variáveis psicológicas e psicofisiológicas e, por outro, o estabelecimento de relações de causalidade entre as mesmas.

1. Caracterização das Amostras

A caracterização das amostras quanto aos aspectos avaliados pelos instrumentos descritos no capítulo anterior foi realizada através de métodos de análise descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e a comparação entre grupos para cada variável em estudo foi realizada através de métodos de análise inferencial com recurso ao Teste de Qui-Quadrado de Person e Teste Exacto de Fisher para variáveis qualitativas e Teste t de Student para variáveis quantitativas, sempre que os pressupostos de normalidade e homocedasticidade se verificaram através do Teste de Shapiro-wilk e Teste de Homogeneidade de Levene. Quando a utilização dos testes paramétricos não foi legitimada pela verificação destes pressupostos foram utilizados os respectivos testes não paramétricos (e.g. Wilcoxon Mann-Whitney).

1.1. Variáveis sociodemográficas e Clínicas

Esta secção é dedicada à caracterização das amostras quanto a variáveis sociodemográficas e clínicas bem como à variável *Acontecimentos Negativos*, resultantes da aplicação do Questionário Sociodemográfico e Clínico que se pode encontrar em anexo.

Numa primeira parte serão apresentados os resultados relativos às questões comuns a ambos os grupos nas diversas secções do questionário, nomeadamente, *Dados Sociodemográficos*, *História Clínica* e *Acontecimentos de Vida Negativos* prévios ao momento de avaliação. Por último, serão caracterizadas as duas amostras relativamente a questões específicas a cada um dos grupos e que respeitam ao diagnóstico e tratamento do cancro da Mama no grupo experimental e ao Rastreio de Cancro da Mama no grupo de controlo.

Os resultados da estatística descritiva realizada aos dados sociodemográficos de ambos os grupos revelaram uma relativa homogeneidade para as variáveis em estudo. As distribuições do Grupo Experimental (GE) e do Grupo de Controlo (GC) pelas diferentes variáveis avaliadas, bem o resultado da análise à homogeneidade, podem ser encontrados nos quadros 4 e 5.

Ambos os grupos apresentam semelhantes distribuições quanto a variáveis como o *Estado Civil*, com 40% e 35,5% de mulheres casadas no GE e GC, respectivamente, e quanto ao *Agregado Familiar*, com 56,7% (GE) e 48,4% (GC) das mulheres coabitando com o parceiro e com os filhos.

Quadro 4

		Grupo (Percentagens)		Teste do χ^2 (Pearson)	Teste Exacto de Fisher
		Experimental (N=30)	Controlo (N=31)		
Estado Civil	Solteira	6,7	29	Valor=7,717 Asymp. Sig. (2-sided) =,102	Valor= 7,295 Exact Sig. (2-sided) =,096
	Casada	40	35,5		
	Divorciada	30	16,1		
	União de facto	16,7	19,4		
	Separada de facto	6,7	0		
Habilitações	Ensino Primário	13,3	0	Valor= 10,514 Asymp. Sig. (2-sided) =,033	Valor= 10,023 Exact Sig. (2-sided) =,035*
	Ensino Preparatório	23,3	12,9		
	Ensino Secundário	46,7	38,7		
	Ensino Profissional	0	3,2		
	Ensino Superior	16,7	41,9		
	Outro	0	3,2		
Situação Laboral	Activa	73,3	100	Valor= 9,514 Asymp. Sig. (2-sided) =,002	Valor= 8,926 Exact Sig. (2-sided) =,002**
	Baixa	16,7	0		
	Desempregada	6,7	0		
	Estudante	0	0		
	Doméstica	3,3	0		

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$

Ao nível das *Habilitações Literárias* os grupos apresentam algumas diferenças sendo o “Ensino Secundário” o nível educacional mais frequente no Grupo Experimental (46%) e o “Ensino Superior” no Grupo de Controlo (41,9%). Estas diferenças podem explicar, em parte, os resultados da variável *Profissão*, que parecem sugerir uma tendência para profissões mais qualificadas nas mulheres do grupo de controlo estudado. Os resultados mostram-se relativamente diferentes, nomeadamente, pelo facto de grande parte da amostra de controlo (45%) fazer parte da categoria “Pessoal Administrativo” e apenas 26,7% da amostra experimental estar incluída nesta categoria. E ainda pelo facto de na categoria “Técnicos e Profissões de nível Intermédio” o grupo de controlo apresentar uma percentagem mais elevada de participantes (25,8%) do que o grupo experimental (16,7%). Não obstante as diferenças entre grupos para esta variável, na categoria das “Profissões Não Qualificadas” os resultados são contudo próximos, tendo o GE 30% das participantes nesta categoria e o GC 29%.

Quadro 5

		Grupo (Percentagens)		Test do χ^2 (Pearson)	Teste Exacto de Fisher
		Experimental (N=30)	Controlo (N=31)		
Agregado Familiar	Parceiro	3,3	12,9	Valor= 9,167 Asymp. Sig. (2-sided) =,103	Valor= 8,680 Exact Sig. (2-sided) =,101
	Parceiro e Filhos	56,7	48,4		
	Filhos	30	12,9		
	Pais	0	12,9		
	Sozinho	3,3	9,7		
	Outros	6,7	3,2		
Local residência	Cidade	50	67,7	Valor= 2,413 Asymp. Sig. (2-sided) =,299	Valor= 2,336 Exact Sig. (2-sided) =,291
	Vila	40	29		
	Aldeia	10	3,2		
Ocupação	Técnicos e profissões de nível intermédio	16,7	25,8	Valor= 10,315 Asymp. Sig. (2-sided) =,016*	Valor= 10,854 Exact Sig. (2-sided) =,011*
	Pessoal administrativo	26,7	45,2		
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	26,7	0		
	Trabalhadores não qualificados	30	29		
Idade	Média (DP)	42,53 (6,57)	37,19 (4,09)	Valor= 28,291 Asymp. Sig. (2-sided) =,049	Valor= 26,307 Exact Sig. (2-sided) =,049*

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$

A *Situação Laboral* é “activa” para a maioria das mulheres de ambos os grupos com 73% e 100%, respeitando ao Grupo Experimental e Grupo de Controlo, respectivamente, e também o *Local de Residência* apresenta resultados semelhantes, habitando a maioria das mulheres numa “cidade”, 50% (GE) e 67,7% (GC).

Como pode ser observado, os níveis de homogeneidade acompanham as diferenças anteriormente referidas, destacando-se as variáveis *Idade*, *Habilitações Literárias* e *Profissão*, relativamente às quais as amostras estudadas se apresentam homogéneas quando se considera o valor de significância de 1%. Apenas a variável *Situação Laboral* apresenta diferenças muito significativas entre o Grupo experimental e grupo de controlo, mesmo considerando o valor de significância de 1% ($F_{i=8,926}$; $p=,002$).

A recolha de dados por meio de questionário permitiu ainda a recolha de informação relativa à história de doenças físicas ou mentais e comportamentos de saúde prévios ao momento de avaliação nos dois grupos e dados relativos ao diagnóstico de cancro da mama no grupo experimental.

A análise inferencial realizada às variáveis clínicas comuns a ambos os grupos apurou uma elevada homogeneidade entre grupos, com excepção de variáveis relacionadas com o *Número de Gravidezes*, *Idade da Primeira Gravidez* e com a *Actual Medicação* (cf. Quadro 6)

Relativamente aos dados da história ginecológica os grupos apresentam semelhanças ao nível da moda (12 anos) e da idade mínima (9 anos) para a *Idade da Menarca* e diferenças não significativas na idade máxima (15 anos para o GE e 16 para GC) nesta mesma variável. A história prévia de patologia ginecológica ($\chi^2=,759$; $p=,384$) e mamária ($\chi^2=0,27$; $p=,869$), não neoplásica, apresenta também resultados próximos no grupo experimental e grupo de controlo, com uma clara maioria de respostas negativas para as duas questões. Neste sentido, 83,3% e 63,3% das mulheres da amostra experimental reportaram não terem tido nenhuma doença ginecológica e mamária prévia, respectivamente, resultados em muito semelhantes aos da amostra de controlo, com 74,2% e 61,3% de respostas negativas para as variáveis referidas. Também ao nível do Uso de contraceptivo os resultados são homogéneos ($F_{i=1,759}$; $p=,737$) uma vez que 50 % das mulheres do GE e 45,2% das mulheres do GC reportam não usar métodos contraceptivos, logo seguido do uso de pílula contraceptiva em 40% das mulheres com cancro da mama e 37,8% em mulheres saudáveis.

A existência de *história familiar de cancro da mama* foi avaliada nos dois grupos e, ainda que se observe um maior número de respostas positivas no grupo de

cancro da mama (26,7%) do que no grupo de controlo (16,1%), estas diferenças não são significativas ($\chi^2=1,010$; $p=,315$).

Quadro 6

Grupo (Percentagens)				Teste do χ^2 (Pearson)	Teste Exacto de Fisher
		Experimental (N=30)	Controlo (N=31)	Teste t student	
Idade da Menarca	Média (DP)	12,3 (1,42)	12,67 (1,56)	$t(59) = -,989$ $\rho = ,164$	
	Moda	12	12		
	Mínimo	9	9		
	Máximo	15	16		
História de Doenças Ginecológicas	Sim	16,7	25,8	Valor= ,759 Asymp. Sig. (2-sided) =,384	
	Não	83,3	74,2		
Número de Gravidezes	Nenhuma	3,3	32,3	Valor= 16,102 Asymp. Sig. (2-sided) = ,001	Valor= 15,880 Exact Sig. (2-sided) = ,001**
	Uma	23,3	35,5		
	≥ Duas	73,3	32,3		
Idade da 1ª Gavidez		(N=29)	(N=21)	Valor= 10,893 Asymp. Sig. (2-sided) = ,012	
	15-19	10,3	0		
	20-29	75,9	85,7		
	30-39	13,8	14,3		
Tipo de Contracetivo	Pílula	40	38,7	Valor= 2,019 Asymp. Sig. (2-sided) = ,569	Valor= 1,759 Exact Sig. (2-sided) = ,737
	DIU	10	9,7		
	Preservativo	0	6,5		
	Nennhum	50	45,2		
Palpação Mamária	Sim	66,7	64,5	Valor= ,031 Asymp. Sig. (2-sided) = ,860	
	Não	33,3	35,5		
Check-Up	Sim	56,7	82,8	Valor= 4,735 Asymp. Sig. (2-sided) = ,030*	
	Não	43,3	17,2		
História Familiar Cancro Mama	Sim	26,7	16,1	Valor= 1,010 Asymp. Sig. (2-sided) = ,315	
	Não	73,3	83,9		
Patologia Mamária Prévia	Sim	36,7	38,7	Valor= ,027 Asymp. Sig. (2-sided) = ,869	
	Não	63,3	61,3		

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$

Verificam-se, contudo, diferenças muito significativas entre os grupos no que respeita às variáveis relativas à *Idade da Primeira Gravidez* ($F_i=10,788$; $p=007$) e *Número de Gravidezes* ($F_i=15,880$; $p=,001$). É de salientar que, apesar das amostras terem uma distribuição diferente na variável *Idade da Primeira Gravidez*, a maioria das mulheres (75,9% de mulheres do GE e 85,7% do GC), teve a sua primeira gravidez entre os 20 e os 29 anos. Possivelmente, as diferenças respeitam ao facto de o grupo experimental ser constituído por algumas mulheres (10,3%) cujas gravidezes

ocorreram mais precocemente (entre os 15 e os 19 anos). O *Número de Gravidezes* apresenta diferenças mais óbvias, sobretudo, devido ao número mais elevado de mulheres com “2 ou mais gravidezes” (73,3%) na amostra de mulheres com cancro da mama. A distribuição desta variável pelo grupo de controlo é bastante harmoniosa como se pode observar no Quadro 6 e o número de mulheres sem filhos (32,3%) é muito superior neste grupo do que no grupo experimental (3,3%).

Estes resultados parecem fazer sentido à luz da tendência que os resultados das *Habilitações Literárias* e *Profissão* parecem dar conta, nomeadamente a menor escolaridade e menor qualificação profissional das mulheres do grupo experimental.

As questões a respeito dos comportamentos de saúde, relevantes para a caracterização das amostras em estudo, comuns aos grupos experimental e de controlo, mostraram resultados incongruentes. A variável *Palpação Mamária* não se mostrou diferenciadora dos grupos estudados ($\chi^2 = ,031$; $p = ,860$) uma vez que a maioria das mulheres do GE e do GC (66,7% e 64,5%, respectivamente) relataram efectuar palpação mamária, contrariamente aos relatos sobre a realização de *Check-Up* médico (sob a forma de análises e/ou exames complementares de diagnóstico) que reflectem diferenças entre os grupos ($\chi^2 = 4,735$; $p = ,03$), ao nível de significância de 5%. Neste sentido, as mulheres do grupo de controlo (82,8%) parecem ter comportamentos mais protectores do que as mulheres do grupo experimental (56,7%), ainda que de forma genérica os resultados reflectam a utilização de comportamentos preventivos em ambos os grupos.

Relativamente à *História de Doenças Físicas* ($F_i = 10,572$; $p = ,277$) e *Psicopatologia* ($F_i = 1,455$; $p = ,838$) prévias, os testes aplicados às amostras indicam que estas são homogéneas para o nível de significância de 5%, o que pode ser facilmente constatado pela semelhança de resultados em termos da frequência da incidência quer de *Psicopatologia* quer de *Doenças Físicas* (cf. Quadro 7). Neste sentido, tanto a maioria das mulheres do grupo experimental (66,7%) como do grupo de controlo (64,5%) relataram não terem tido nenhum tipo de problema psiquiátrico, e destes, o mais frequente foi a depressão, relatada por 23,3% das mulheres do GE e 32,3% das mulheres do GC. A toma prévia de *Psicofármacos* parece acompanhar este padrão de resultados, através dos quais fica claro que a maioria das mulheres, quer da amostra de cancro da mama (60%) quer da amostra de mulheres saudáveis (58,1%) nunca recorreu a psicofármacos, e por este motivo esta variável mostra-se igualmente homogénea para os grupos estudados ($\chi^2 = ,024$; $p = ,878$).

Quadro 7

		Grupo (Percentagens)		Teste do χ^2 (Pearson)	Teste Exacto de Fisher
		Experimental (N=30)	Controlo (N=31)		
Psicofarmaco Prévios	Sim	40	41,9	Valor= ,024 Asymp. Sig. (2-sided) = ,878	
	Não	60	58,1		
Pscopatologia Prévia	Nenhuma	66,7	64,5	Valor= ,1,513 Asymp. Sig. (2-sided) = ,469	Valor= 1,455 Exact Sig. (2- sided) = ,838
	Depressão	23,3	32,3		
	Ansiedade	10	3,2		
Doenças Físicas prévias	Nenhuma	30	41,9	Valor= 11,433 Asymp. Sig. (2-sided) = ,247	Valor= 10,572 Exact Sig. (2- sided) = ,277
	Cardiovascular	10	3,2		
	Acidentes	10	16,1		
	Respiratórias	10	3,2		
	Infecciosas e Parasitárias	13,3	6,5		
	Infecções Respiratórias	3,3	3,2		
	Neurológicas	3,3	6,5		
	Múltiplas	6,7	16,1		
	Outras	13,3	3,2		
Medicação Actual	Nenhuma	51,7	80,6	Valor= 14,688 Asymp. Sig. (2-sided) = ,066	Valor= 13,773 Exact Sig. (2- sided) = ,017*
	Colesterol	6,9	6,5		
	Antidepressivos	6,9	0		
	Ansiolíticos	6,9	0		
	Múltiplos	17,2	0		
	Omaprazol	0,0	3,2		
	Analgésicos	0,0	3,2		
	Outros	10,3	6,5		

* $p \leq ,05$

Ainda que menos contundente, nas doenças físicas prévias, observa-se um padrão semelhante, no qual uma boa parte das amostras 30% (GE) e 41,3% (GC) refere não ter tido nenhuma doença física até ao momento da avaliação, distribuindo-se as restantes participantes por diversas patologias, sendo de assinalar que no grupo de controlo os “Acidentes” (16,1%) e “Múltiplas Patologias” (16,1%) são as mais frequentes e no grupo experimental as “Doenças Infecciosas e Parasitárias” (13,3%) e “Outras” (13,3%).

O Teste Exacto de Fisher aplicado à variável *Medicação Actual* mostra, por sua vez, que esta variável é menos sólida quanto à homogeneidade das amostras ($F_i=13,773$; $p=.017$), não sendo contudo de rejeitar, se considerarmos que as diferenças não são significativas para $p \leq ,01$. Este facto é de suma importância na

medida em que os resultados mostram que a maioria das mulheres avaliadas, quer do GE (51,7%) quer do GC (80,6%) não estava medicada à altura da avaliação. Recordando que o presente estudo envolve medições de parâmetros psicofisiológicos e biológicos (cortisol), o controlo desta variável é naturalmente imprescindível pois estas podem ser enviesadas pelo uso de medicação. A este respeito importa salientar a possibilidade de, especialmente os antidepressivos, poderem interferir com a avaliação do cortisol diurno e a necessidade de excluir mulheres, particularmente do grupo de controlo sob esta condição. Todavia, esta condição não foi aplicada com o mesmo rigor ao grupo experimental, dadas as dificuldades de recolha da amostra pretendida em tempo útil, e por esta razão 6,9% da amostra estar medicada com este tipo fármacos, constituindo-se este facto como uma limitação passível de ser apontada ao objecto de estudo desta dissertação.

As variáveis pertencentes ao grupo *Acontecimentos de Vida Negativos*, ocorridos no ano anterior ao diagnóstico, mostram-se homogéneas para ambos os grupos, tal como pode ser observado no Quadro 8 através dos níveis de significância estatística apurados a partir do Teste Exacto de Fisher aplicado a cada uma das variáveis. Observando os resultados fica também patente que, independentemente do grupo a que pertencem, a maioria das mulheres não relata a ocorrência de acontecimentos negativos. Contudo, a observação das frequências das respostas “Sim” e “Não” permite observar uma tendência, ainda que sem expressão estatística significativa, para que as mulheres do grupo de controlo reportem mais respostas negativas e as mulheres do grupo experimental mais respostas positivas para cada um dos diferentes Acontecimentos. Os problemas mais frequentemente relatados prendem-se com as variáveis *Doença de um Familiar* e *Problemas Conjugais*, que se revelam em 23,3% e das mulheres do grupo experimental e em 19,4% e 12,9%, respectivamente a cada variável, no grupo de controlo. Estas variáveis visam controlar a ocorrência de acontecimentos negativos enquanto potenciais *stressors* que poderiam constituir-se como variáveis confundentes ao estudo realizado, desta forma não permitindo o estabelecimento de eventuais associações entre o *stressor* agudo avaliado – diagnóstico de cancro da mama – e a vulnerabilidade e reactividade psicológica e psicofisiológica.

Quadro 8

			Grupo (Percentagens)		Teste do χ^2 (Pearson)	Teste Exacto de Fisher
			Experimental (N=30)	Controlo (N=31)		
Acontecimentos de Vida Negativos	Morte Familiar	Sim	16,7	12,9	Valor= ,172 Asymp. Sig. (2-sided) = ,679	Exact Sig. (2-sided) = ,731
		Não	83,3	87,1		
	Doença Familiar	Sim	23,3	19,4	Valor= ,144 Asymp. Sig. (2-sided) = ,704	Exact Sig. (2-sided) = ,762
		Não	76,7	80,6		
	Doença Pessoal	Sim	3,3	3,2	Valor= ,001 Asymp. Sig. (2-sided) = ,981	Exact Sig. (2-sided) = 1,000
		Não	96,7	96,8		
	Problemas Conjugais	Sim	23,3	12,9	Valor= 1,122 Asymp. Sig. (2-sided) = ,289	Exact Sig. (2-sided) = ,335
		Não	76,7	87,1		
	Problemas Relacionais	Sim	10,0	9,7	Valor= ,002 Asymp. Sig. (2-sided) = ,966	Exact Sig. (2-sided) = 1,000
		Não	90,0	90,3		
	Problemas Financeiros	Sim	10,0	12,9	Valor= ,126 Asymp. Sig. (2-sided) = ,722	Exact Sig. (2-sided) = 1,000
		Não	90,0	87,1		
	Desemprego	Sim	13,3	3,2	Valor= 2,070 Asymp. Sig. (2-sided) = ,150	Exact Sig. (2-sided) = ,195
		Não	86,7	96,8		

Por último, caracterizam-se as amostras ao nível de variáveis específicas para cada um dos grupos, que no caso da amostra de controlo se prendem com o rastreio de cancro da mama e que visaram controlar a realização de mamografia para despiste de neoplasia mamária. No grupo experimental as variáveis relacionadas com o diagnóstico visaram por sua vez controlar aspectos que poderão eventualmente contribuir para os níveis de *stress* relatados pelas participantes, como o tipo de tratamento e o tempo decorrido desde o diagnóstico.

Os resultados Quadro 9 mostram que grande parte da amostra do grupo de controlo (64,5%) não realizou até à data nenhuma mamografia, o que se apresenta como uma fragilidade do presente estudo. Não obstante a importância desta variável, quando ponderamos a mediana da idade das mulheres do grupo de controlo (37 anos), parece plausível assumir que, não estando a maioria das mulheres dentro da faixa etária a partir da qual se recomenda a realização de exames complementares de diagnóstico para rastreio de neoplasia mamária (Liga Portuguesa contra o Cancro,

2012), é menos provável que estas mulheres possam constitui-se como falsos negativos.

Quadro 9

Grupo <i>(Percentagens)</i> Controlo (N=31)		
Screening	Não	64,5
	Sim <3 meses	19,4
	Sim 3-6 meses	3,2
	Sim 7-12 meses	12,9

Quanto às variáveis específicas do grupo experimental (c.f. Quadro 10) que se prendem com a *Data do Diagnóstico* (em meses), o *Início do Tratamento* (em meses desde o diagnóstico) e o *Tipo de Tratamento* recomendado pelo médico assistente, os resultados revelam que as mulheres no momento da avaliação têm conhecimento do diagnóstico, em média, há menos de 1 mês ($\bar{X} = 0,95$; DP = 0,48; Mínimo=0,25; Máximo=2) e são já conhecedoras da data de início do tratamento que em média durou 1 mês e uma semana ($\bar{X} = 1,25$; DP= 0,54; Mínimo=0,5; Máximo=2,5). Relativamente ao tipo de tratamento prescrito a maioria das mulheres (83,3%) tem indicação para terapêutica combinada que poderá incluir todas ou apenas algumas das modalidades tais como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia.

Quadro 10

Grupo <i>(Percentagens)</i> Experimental (N=30)		
Data do Diagnóstico (meses)	Média (DP)	0,95(0,48)
	Moda	0,75
	Mínimo	0,25
	Máximo	2
Início do Tratamento	Média (DP)	1,25 (0,54)
	Moda	1,75
	Mínimo	0,5
	Máximo	2,5
Tratamento	Cirurgia	16,7
	Combinado	83,3

1.2. Variáveis psicológicas

No presente segmento desta dissertação apresentam-se os resultados da análise estatística efectuada aos dados dos instrumentos psicológicos aplicados e que permitem caracterizar e comparar as amostras quanto às variáveis psicológicas relevantes para o objecto de estudo do presente trabalho. Para o efeito, recorreu-se a métodos de Análise Descritiva e Inferencial, com as devidas salvaguardas aos pressupostos de normalidade e homocedasticidade necessários à utilização de testes paramétricos tais como o *t* de Student. Sempre que estes não se verificaram recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

A cotação da Escala de Vinculação do Adulto permitiu apurar o Estilo de Vinculação de cada uma das participantes do estudo através da ponderação das dimensões que a escala avalia, cujos resultados para cada um dos grupos podem ser observados no Quadro 11. O teste *t* de Student aplicado a cada uma das dimensões *Ansiedade*, *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* informa sobre as possíveis diferenças nos resultados das amostras para a cada uma das variáveis. A este respeito, observam-se diferenças significativas entre as amostras apenas para a variável *Conforto com a Proximidade* ($t = 2,094$; $p = ,041$; $MD = ,265$) ao nível de significância de 5%, uma vez que a média de resultados para esta variável no grupo experimental ($\bar{X} = 3,72$; $DP = 0,58$) apresenta-se significativamente superior à média dos resultados do grupo de controlo ($\bar{X} = 3,4$; $DP = 0,40$).

Não sendo significativos os resultados das variáveis *Ansiedade* e *Confiança nos Outros*, as diferenças entre as médias ($MD = -,245$ e $MD = -,228$) parecem revelar uma tendência para resultados superiores no grupo de controlo. A variável compósita *Conforto-Confiança* que resultou da média ponderada das dimensões *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros*, também não revela diferenças significativas e a Diferença entre as Médias ($MD = ,115$) parece contrariar o sentido a tendência sugerida anteriormente, possivelmente devido às diferenças existentes entre os grupos para a variável *Conforto com a Proximidade*.

Quadro 11

Escala de Vinculação do Adulto (Dimensões)	Grupo		t de Student		
	Média (Desvio-padrão)		Valor t	Sig. (2-tailed)	Dif. Entre Médias
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)			
Ansiedade	2,04 (0,66)	2,29 (0,60)	-1,528	,132	-,245
Conforto com a Proximidade	3,72 (0,58)	3,4 (0,40)	2,094	,041*	,265
Confiança nos Outros	3,11 (0,66)	3,34 (0,49)	-1,541	,129	-,228
Conforto-confiança	3,41 (0,53)	3,30 (0,58)	,806	,423	,115

* significativo para $p \leq ,05$

A variável compósita *Conforto-Proximidade*, quando ponderada com a dimensão *Ansiedade*, permitiu classificar as participantes segundo quatro estilos de vinculação que vão de acordo com a perspectiva categorial de Bartholomew (1990, citado por Canavarro, 1999) e ainda que não seja tão informativa quanto a perspectiva dimensional ilustrada no quadro anterior, permite ter um vislumbre da distribuição das participantes de cada grupo pelos diferentes estilos de vinculação.

Esta distribuição das participantes do grupo experimental e grupo de controlo (Quadro 12) pelos diferentes estilos de vinculação parece não ser significativamente diferente ($F_i = 1,672$; $p = ,851$). Sendo o estilo de vinculação *segura* o mais frequente nas mulheres avaliadas, constata-se que o grupo de controlo (74,2%) tem maior número de mulheres com este tipo de vinculação do que o grupo experimental (66,7%). O estilo *amedrontado*, contrariamente aos dados da aferição para a população portuguesa (Canavarro, 1999), é o segundo estilo de vinculação mais frequente, o qual integram 20% das mulheres do GE e 12,9% das mulheres do GC. O estilo de vinculação de tipo *Preocupado* (3,3% no GE e 3,2% no GC) parece ser o que tem menos expressão nas duas amostras de mulheres estudadas logo seguido do estilo *Desligado* (3,3%) apenas para o grupo experimental, uma vez que o grupo de controlo parece ter o dobro (6,5%) das mulheres assim classificadas. Uma última nota deve ser feita relativamente às participantes cujo estilo de vinculação não foi possível de classificar, verificando-se que estas são mais frequentes no grupo experimental (6,7%) do que no grupo de controlo (3,2%).

Quadro 12

Escala de Vinculação do Adulto (Estilos)	Grupo		Teste Exacto de Fisher	
	Percentagens		Valor	Exact Sig. (2-sided)
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)		
Seguro	66,7	74,2		
Preocupado	3,3	3,2		
Amedrontado	20,0	12,9	1,672	,851
Desligado	3,3	6,5		
Não Classificados	6,7	3,2		

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI foi utilizado com o objectivo de avaliar a existência de sintomas psicopatológicos, que por um lado poderiam constitui-se como critério de exclusão das participantes, mas também como medida da reactividade psicológica ao *stress*, que é objecto de estudo desta investigação.

Os resultados nos diferentes perfis de psicopatologia sugerem que os grupos diferem significativamente em apenas duas das constelações de sintomas que configuram as várias escalas do instrumento, não ultrapassando contudo o ponto de corte (1,7), que se considera indicador de psicopatologia, em nenhuma delas. De notar que foram usados testes paramétricos, Teste t de Student, para a maioria dos perfis, sempre que se verificaram os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias e, não sendo estes verificados, recorreu-se ao Teste de Wilcoxon- Mann-Whitney.

Os resultados do Quadro 13 mostram diferenças significativas entre os dois grupos para o Perfil de *Sensibilidade Interpessoal* ($t=-2,355$; $p=,022$; $MD= -,356$) e *Ideação Paranóide* ($t= -3,313$; $p=,002$; $MD= -,442$), sendo que o grupo de controlo aparenta contribuir com um maior nível de sintomas relativos a cada um destes perfis, ainda que abaixo do ponto de corte. O perfil com resultados mais elevados em ambos os grupos é o das *Escalas Adicionais*, que parece ter maior expressão no grupo experimental ($\bar{X}= 4,23$; $DP= 3,90$) do que no grupo de controlo ($\bar{X}= 4,00$; $DP= 3,13$), embora não sendo esta disposição significativamente diferente. Esta escala avalia questões relativas a Perturbações no sono, Perturbações no Apetite, Pensamentos de Morte e Sentimentos de culpa que pode ser explicada à luz do contexto do diagnóstico de cancro da mama das mulheres, e/ou da disposição das participantes do grupo de controlo para um maior *distress* face a outras problemáticas não controladas pelo estudo. As restantes escalas mais elevadas nas mulheres da amostra experimental

relacionam-se com o perfil de *Ansiedade* ($\bar{X} = 1,14$; DP= ,87) e a dimensão *Obsessivo-Compulsiva* ($\bar{X} = ,87$; DP= ,71).

Os resultados sugerem ainda que as mulheres do grupo experimental, comparativamente com as do grupo de controlo, evidenciam maior número de sintomas nas escalas de *Somatização*, *Ansiedade* e *Ansiedade Fóbica* e as mulheres do grupo de controlo maior número de sintomas ao nível das escalas *Obsessivo-Compulsiva*, *Depressão*, *Psicoticismo* e *Índice Geral de Sintomas*, possivelmente aplicando-se a mesma interpretação avançada anteriormente.

Quadro 13

Brief Symptom Inventory	Grupo		t de Student		
	Média (Desvio-padrão)		Valor t	Sig. (2-tailed)	Dif. entre Médias
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)			
Somatização	0,75 (0,867)	0,63 (0,74)	,619	,538	,128
Obsessivo-Compulsiva	0,87 (0,71)	1,13 (0,69)	-1,477	,145	-,266
Sensibilidade Interpessoal	0,44 (0,43)	0,80 (0,71)	-2,355	,022*	-,356
Depressão	0,78 (0,61)	0,88 (0,71)	-,536	,594	-,091
Ansiedade	1,14 (0,87)	0,95 (0,74)	,928	,357	,192
Hostilidade	0,67 (0,60)	0,84 (0,70)	$U^2 = 553,5$; $W = 1049,5$; $p = ,099$		
Ansiedade fóbica	0,39 (0,63)	0,35 (0,70)	$U = 451$; $W = 947$; $p = ,414$		
Ideação Paranoíde	0,61 (0,45)	1,06 (0,58)	-3,313	,002**	-,442
Psicoticismo	0,52 (0,50)	0,64 (0,71)	-0,748	,457	-,119
Escalas Adicionais	4,23 (3,90)	4,00 (3,13)	0,295	,769	,267
Índice Geral de Sintomas	0,66 (0,47)	0,77 (0,53)	-0,905	,369	-,116

a. Teste de Wilcoxon- Mann-Whitney

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$

Termómetro do Distress (TD)

O *Termómetro do Distress* é uma medida do nível de *distress* percebido e que revela diferenças muito significativas entre os grupos estudados ($t = 2,866$; $p = ,006$; MD = 1,983). No quadro que se segue (Quadro 14) é possível constatar que a média de respostas na escala visual analógica que compõe o TD ilustra um maior desconforto percebido nas mulheres do grupo experimental ($\bar{X} = 6,470$; DP=2,9) do que nas do grupo de controlo ($\bar{X} = 4,48$; DP=2,440). A moda (7) e a mediana (7) para o nível de *distress* do grupo experimental ficam acima do ponto de corte (4) que a literatura parece apontar como o valor a partir do qual o nível de *distress* é sintoma clínico.

Quadro 14

Termómetro do Distress	Grupo		t de Student		
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)	Valor t	Sig. (2-tailed)	Dif. entre Médias
Média	6,47	4,480	2,866	,006*	1,983
Desvio-Padrão	2,90	2,440			
Mínimo	0	0			
Máximo	10	9			
Moda	7	3			
Mediana	7	4			

* significativo para $p \leq ,05$

Estes resultados parecem ir de encontro aos dados do BSI relativamente às escalas de *Somatização*, *Ansiedade* e *Escalas Adicionais*, tanto mais que a *Lista de Problemas* (cf. Quadro 15) que acompanha o TD mostra que os problemas mais relatados, são mais frequentes nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama e parecem relacionar-se com os sintomas destes perfis, cujo GE mostra ter mais elevados que o GC.

Por razões de brevidade não se apresentam os valores da estatística de teste relativa à homogeneidade entre grupos para cada um dos itens, assinalando-se somente que os itens da *lista de Problemas* são relativamente homogéneos entre os grupos destacando-se apenas a *Tristeza* enquanto item cujas diferenças entre grupos são estatisticamente muito significativas ($\chi^2 = 8,658$, $p = ,003$) para $p \leq ,01$, e que é relatada por 66,7% das mulheres do GE e apenas 29% do GC.

Quadro 15

Termómetro do Distress (Lista de Problemas)	Grupo (Percentagens)	
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)
Preocupação	86,7	74,2
Tristeza	66,7	29
Ansiedade	63,3	54,8
Dificuldades Sono	60	41,9
Fadiga	46,7	54,8
Memória Concentração	46,7	32,3
Dor	40	19,4
Trabalho/Casa	33,2	38,7

Inventário de Estado-Traço de Expressão de Raiva (STAXI)

Na análise dos resultados do STAXI foram usados o teste paramétrico t de Student, para a maioria dos perfis, sempre que se verificaram os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias e, não tendo estes pressupostos sido observados para a escala *Estado de Raiva* recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Este inventário foi utilizado como medida da qualidade da experiência e da direcção da expressão da raiva, enquanto protótipo das estratégias preferenciais de regulação emocional das mulheres avaliadas. A este respeito os resultados indicam não haver diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo, ainda que as médias para cada uma das escalas pareçam tendencialmente superiores no grupo de controlo

O Quadro 16 com os resultados médios mostra que as escalas com resultados mais elevados são a escala *Expressão da Raiva*, com uma média de 21,27 (DP=7,80) para o GE e de 22,94 (DP=4,77) para o GC, e a escala *Controlo da Raiva*, com média de 21,9 (DP=5,05) e 22,9 (DP=22,94) para os mesmos grupos, respectivamente. Recorde-se que estas escalas avaliam por um lado a frequência com que a raiva é expressa e por outro o grau em que cada indivíduo tenta controlar a expressão da mesma, características que parecem ser complementares e aparentemente mais pregantes no grupo de controlo ($MD_{\text{Expressão da Raiva}} = -,185$; $MD_{\text{Controlo da Raiva}} = -1,036$). A direcção da expressão da raiva também parece ser semelhante nos dois grupos e tendencialmente dirigida para dentro quer no grupo experimental ($\bar{X} = 14,37$, DP= 3,04) quer no grupo de controlo ($\bar{X} = 15,23$; DP= 4,41).

Estes resultados sugerem que pode ser mais fácil para ambos os grupos regular a raiva através da repressão emocional do que da expressão dirigida ao exterior, com resultados aparentemente mais elevados grupo de controlo ($MD = -,859$).

Relativamente às características de *Estado e Traço de Raiva* percebem-se valores ligeiramente superiores no grupo experimental ($MD = ,041$), sendo evidente que a escala *Traço Raiva*, que se relaciona com a propensão para perceber as situações como desagradáveis ou frustrantes e que é geralmente acompanhada de elevações no *Estado de Raiva* (intensidade dos sentimentos de raiva num dado momento), tem maior expressão nos dois grupos e em especial no grupo de mulheres com cancro da mama ($MD = ,041$). É possível que este facto se relacione também com o ligeiro aumento da média na escala *Estado de Raiva* no grupo experimental ($\bar{X} = 11,6$; DP= 2,76) face ao do GC ($\bar{X} = 11,61$; DP=3,78), e que este possa ter que ver com

a problemática específica que as participantes do GE vivenciavam no momento da recolha dos dados.

Quadro 16

STAXI	Grupo		t de Student		
	Média (Desvio-padrão)		Valor t	Sig. (2-tailed)	Dif. entre Médias
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)			
Estado de Raiva	11,63 (2,76)	11,61 (3,78)	U ^a = 390; W= 886; p = ,112		
Traço de raiva	16,27 (3,59)	16,23 (3,88)	,043	,996	,041
Temperamento de raiva	5,97 (1,61)	5,48 (1,46)	1,229	,224	,483
Reacção de Raiva	7,67 (2,28)	7,94 (2,56)	-,433	,667	-,269
Expressão da raiva	21,27 (7,80)	22,94 (4,77)	-0,091	,927	-,185
Expressão da Raiva <i>dentro</i>	14,37 (3,04)	15,23 (4,41)	-0,883	,381	-,859
Expressão Raiva <i>fora</i>	12,83 (2,15)	13,25 (3,41)	-0,535	,594	-,392
Controlo da Raiva	21,9 (5,05)	22,94 (4,77)	-0,823	,414	-1,036

a. Teste de Wilcoxo- Mann-Whitney

Brief-COPE

Este instrumento foi utilizado para caracterizar os estilos de *coping* preferenciais das mulheres com cancro da mama e das suas congéneres do grupo de controlo. Os resultados da escala de *Likert* que compõe o instrumento foram submetidos análise estatística descritiva e inferencial com o objectivo de caracterizar e comparar os grupos para cada um dos mecanismos de *coping*. Tratando-se de variáveis ordinais a análise inferencial foi realizada com recurso a uma metodologia não paramétrica, nomeadamente com o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (Quadro 17).

O tratamento dos dados a partir deste teste, com o objectivo de aferir a função de distribuição das variáveis que compõem o Brief-COPE nas duas amostras avaliadas, permitiu constatar diferenças muito significativas (para $p \leq ,01$) na escala *Auto-Culpabilização* ($U = 700,5; W = 1196,5; p = ,000$) e diferenças significativas (para $p \leq ,05$) nas escalas *Utilizar Suporte Emocional* ($U = 306,5; W = 802,5; p = ,019$), *Religião* ($U = 330,5; W = 826,5; p = ,048$), *Aceitação* ($U = 320,5; W = 816,5; p = ,033$) e *Desinvestimento Comportamental* ($U = 577,5; W = 1073,5; p = ,036$). Relativamente à escala *Auto-culpabilização* as médias de resultados são claramente superiores no grupo de controlo ($\bar{X} = 3,90; DP = 1,01$), do que no grupo experimental ($\bar{X} = 2,97; DP = 1,45$). Este resultado pode traduzir um *locus de controlo* interno mais elevado em mulheres saudáveis, quando se lhes pede que imaginem uma situação em que se

tenham sentido stressadas, e para a qual podem ter contribuído, em comparação com as mulheres do grupo experimental que, provavelmente, se reportam ao diagnóstico de cancro da mama aquando da resposta ao Brief-COPE. Por este motivo parece natural que os mecanismos de *coping* estejam de uma forma geral mais elevados nestas mulheres, como se pode ver nas escalas *Utilizar Suporte Emocional* ($\bar{X}=5,77$; $DP=1,45$), *Religião* ($\bar{X}=4,97$; $DP=2,25$) e *Aceitação* ($\bar{X}=5,97$; $DP=1,77$), entre outras estratégias, ainda não apresentem diferenças significativas (cf. Quadro 17). Também por isto podem fazer sentido os resultados superiores encontrados no grupo de controlo ($\bar{X}=2,74$; $DP=1,12$) na escala *Desinvestimento Comportamental*, que se traduz na falta de esforços para resolver o problema. Confrontadas com uma problemática tão ameaçadora as mulheres do grupo experimental parecem envolver-se em formas mais activas de *coping* ($\bar{X}_{\text{Coping Activo}}=6,30$; $DP_{\text{Coping Activo}}=1,49$; $\bar{X}_{\text{Reinterpretação Positiva}}=6$; $DP_{\text{Reinterpretação Positiva}}=1,62$) e adequadas para a regulação dos afectos negativos, como o atestam os resultados nas escalas *Religião* e *Utilizar Suporte Emocional*.

Quadro 17

Brief COPE	Grupo		Wilcoxon-Mann-Whitney		
	Média (Desvio-padrão)		U	W	Asymptotic Sig. (2-sided test)
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)			
Coping Activo	6,30 (1,49)	6,09 (1,27)	419,5	915	,500
Planear	5,77 (1,65)	5,71 (1,47)	448,5	944,5	,809
Utilizar Suporte Instrumental	5,37 (1,96)	4,58 (1,20)	356,5	852,5	,109
Utilizar Suporte Emocional	5,77 (1,45)	4,94 (1,31)	306,5	802,5	,019*
Religião	4,97 (2,25)	3,87 (1,48)	330,5	826,5	,048*
Reinterpretação Positiva	6,00 (1,62)	5,77 (1,26)	433,5	929,5	,642
Auto-Culpabilização	2,97 (1,45)	3,90 (1,01)	700,5	1196,5	,000**
Aceitação	5,97 (1,77)	4,97 (1,40)	320,5	816,5	,033*
Expressão de Sentimentos	4,53 (1,43)	4,39 (1,12)	431	927	,611
Negação	3,53 (1,66)	3,64 (1,25)	529	1025	,337
Auto-distracção	5,07 (1,87)	4,48 (1,36)	367	863	,148
Desinvestimento Comportamental	2,30 (0,84)	2,74 (1,12)	577,5	1073,5	,036*
Uso de Substâncias	2,20 (0,76)	2,26 (0,73)	356,5	852,5	,109
Humor	4,30 (2,17)	4,97 (1,40)	578	1074	,097

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$

Não obstante, a escala *Expressão de Sentimentos* não evidencia, contudo, diferenças significativas ($p= ,611$), o que pode estar associado ao facto de ser relativamente frequente a utilização deste mecanismo de coping pelos dois grupos, mas também ao momento de particular intensidade de emoções negativas e stress em

que as mulheres diagnosticadas com cancro da mama se encontravam aquando da recolha de dados, para as quais este mecanismo de *coping* poderia ser desorganizador.

Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23QVS)

O Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS) foi aplicado às participantes no presente estudo de forma a avaliar a forma como habitualmente percebem a sua falta de recursos para lidar com as exigências de um problema hipotético ou real e que se pensa poder influenciar as suas estratégias de resolução de problemas. De notar que o autor deste instrumento defende a utilização do ponto de corte (43) para definir casos de maior vulnerabilidade ao *stress*.

Para proceder ao tratamento dos dados estatísticos foram analisados os pressupostos necessários para utilização de testes paramétricos, confirmando-se a normalidade e homogeneidade de variâncias para ambas amostras quanto aos factores do 23QVS, determinando assim a utilização do teste t de Student.

Os resultados globais do instrumento (cf. Quadro 18) permitem constatar que nenhum dos grupo supera o valor do ponto de corte, apresentando-se homogêneos quanto à Vulnerabilidade ao *Stress* ($t_{QVS\ Global} = -1,491; p = ,14; DP = -3,835$), traduzindo uma relativa resiliência ao *stress*. Todavia, o grupo de controlo ($\bar{X} = 34,94; DP = 10,81$) aparenta ter resultados mais elevados do que o GE, desta forma sugerindo que estas mulheres possam ser tendencialmente ser vulneráveis ao *stress*. Estes resultados parecem acompanhar os resultados do *distress* aferidos através do índice Geral de Sintomas do BSI, que não sendo significativos, parecem favorecer também as mulheres do grupo de controlo.

Os testes aplicados aos resultados das amostras assinalam diferenças significativas apenas num dos factores – *Inibição e Dependência Funcional* ($t = -2,392; p = ,020; MD = -,534$) – para a qual se observa que o grupo experimental ($\bar{X} = 0,17; DP = 0,97$) tem valores bastante inferiores ao grupo de controlo ($\bar{X} = 0,71; DP = 0,76$). Este factor é composto por itens como “*perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar*”, que remetem para a dependência dos outros e para dificuldades em empreender esforços de resolução dos problemas, e que parecem ter uma expressão significativamente menor no grupo recém-diagnosticado com cancro da mama.

Os factores do 23QVS cujos resultados parecem apontar para maior vulnerabilidade do GE em comparação com o GC, ainda que não sejam significativos, são os factores *Dramatização da Existência* ($MD = ,327$) e *Subjugação* ($MD = ,411$), que

incluem itens como “*Sou um tipo de pessoa que, devido ao seu sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe acontecem*” e “*Dedido mais tempo às solicitações dos outros do que às minhas próprias necessidades*”, respectivamente. Estes factores parecem remeter por um lado para uma experiência menos autêntica e por outro para a repressão de necessidades como forma de manter a proximidade aos outros.

Quando se observa cada um dos grupos separadamente, as escalas que se mostram mais elevadas no GE, e que mais contribuem para a vulnerabilidade ao stress, são o *Perfeccionismo e intolerância à frustração* (\bar{X} = 2,49; DP= 1,38) e a *Subjugação* (\bar{X} =,77; DP= 1,10), sendo que o primeiro inclui itens como “*Sinto-me mal quando nou sou perfeito naquilo que faço*” ou “*preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia*” e o segundo inclui itens como “*Na maior parte dos casos as soluções para os problemas da minha vida não dependem de mim*”, parecendo assim remeter para uma necessidade generalizada de controlo e para uma sensação de impotência e dependência. Para o GC os factores aparentemente mais elevados são *Perfeccionismo e intolerância à frustração* (\bar{X} =2,58; DP= 1, 20), *Condições de Vida Adversas* (\bar{X} =1,42; DP=1,13), que remetem igualmente para a necessidade de controlo e ainda para as dificuldades na gestão do dia-a-dia, particularmente ao nível financeiro.

Quadro 18

23QVS	Grupo		t de Student		
	Média (Desvio-padrão)		Valor t	Sig. (2-tailed)	Dif. entre Médias
	Experimental (N=30)	Controlo (N=31)			
QVS Total	31,1 (9,19)	34,94 (10,81)	-1,491	,141	-3,835
Perfeccionismo e intolerância à frustração	2,49 (1,38)	2,58 (1, 20)	-,290	,773	-,096
Inibição e dependência funcional	0,17 (0,97)	0,71 (0,76)	-2,392	,020*	-,534
Carência de apoio Social	0,37 (1,01)	0,64 (0,76)	-1,104	,274	-,252
Condições de Vida Adversas	0,99 (1,17)	1,42 (1,13)	-1,439	,155	-,424
Dramatização da Existência	1,65 (1,10)	1,32 (0,81)	1,326	,190	,327
Subjugação	1,77 (1,10)	1,36 (0,86)	1,626	,109	,411
Deprivação do Afecto e Rejeição	0,01 (0,10)	0,35 (0,81)	-1,476	,145	-,343

* significativo para $p \leq ,05$

1.3. Variáveis psicofisiológicas

1.3.1. Correlatos Autonómicos

Com o objectivo de caracterizar os grupos quanto à reactividade psicofisiológica os resultados do processamento de sinal para cada variável foram sujeitos a tratamento estatístico com recurso a métodos de análise estatística e inferencial. Para o efeito realizou-se a verificação dos pressupostos da estatística paramétrica, tendo-se testado a normalidade e a homogeneidade da variância. Os resultados dos testes de Shapiro-Wilk de ajustamento à curva normal revelam que as variáveis têm uma distribuição normal apenas nas variáveis *Nível Médio de Condutância da Pele* (SCL) e *Frequência Respiratória* (RF) para todos os momentos, pelo que foram utilizados os testes paramétricos t de Student.

A análise aos resultados da estatística descritiva e inferencial aplicada a estas variáveis (Quadro 19) assinala a existência de diferenças estatisticamente muito significativas para o *Nível Médio de Condutância da Pele* relativo a todos os momentos da entrevista, nomeadamente para o SCL_Baseline (t= -3,798; p= ,000; MD= -5,295), SCL_1 (t= -3,526; p= ,001; MD= -4,861), SCL_2 (t= -3,592; p= ,001; MD= -4,739) e SCL_3 (t= -4,286; p= ,000; MD= -5,777). Estas diferenças parecem dever-se a uma menor reactividade das mulheres do grupo experimental comparativamente com as mulheres do grupo de controlo, tal como pode ser observado pelas diferenças entre médias (MD). É ainda possível de observar para ambos os grupos um aumento do valor médio de resistência galvânica aquando da tarefa de aritmética e um decréscimo dos valores deste parâmetro a partir deste momento.

Quadro 19

Dados Psicofisiológicos	Grupo				t de Student		
	Experimental (N=30)		Controlo (N=31)				
	Média	Desvio Padrao	Média	Desvio Padrao	Valor t	Sig. (2-tailed)	Dif. entre Médias
SCL_ BASELINE	8,561	4,740	13,856	6,048	-3,798	,000**	-5,295
SCL_ 1	10,340	5,219	15,201	5,535	-3,526	,001**	-4,861
SCL_ 2	9,739	4,882	14,478	5,397	-3,592	,001**	-4,739
SCL_ 3	8,070	4,812	13,847	5,569	-4,286	,000**	-5,777
RF_ BASELINE	30,403	6,370	30,271	5,419	,086	,932	,131
RF_ 1	29,524	8,015	29,905	5,318	-,220	,827	-,381
RF_ 2	29,294	8,365	30,343	4,854	-,602	,550	-1,049
RF_ 3	29,704	8,417	30,386	4,979	-0,385	,702	-0,682

** p ≤ ,01

Não se encontrando diferenças significativas entre os grupos nos parâmetros relativos à Frequência Respiratória, a tendência para uma menor reactividade por parte do GE parece manter-se, com excepção da variável RF_Baseline.

O teste não paramétrico de Wilcoxon Mann-Whitney aplicado às restantes variáveis (Quadro 20), cujas amostras não respeitam os pressupostos acima mencionados, permitiu constatar a existência de diferenças muito significativas entre o GE e o GC apenas na variável *Amplitude Média da Resposta Galvânica* na Baseline ($U= 667$; $W= 1132$; $p=,001$) e diferenças significativas na *Amplitude Média da Resposta Galvânica* no Momento 1 ($U= 582$; $W= 1017$; $p=,026$), mais uma vez denotando uma reactividade maior para o GC, na primeira fase da entrevista e durante a tarefa de aritmética.

Quadro 20

Dados Psicofisiológicos	Grupo				Wicoxon Mann-Whitney		
	Experimental (N=30)		Controlo (N=31)		U	W	Asymptotic Sig. (2-sided test)
	Média	Desvio Padrao	Média	Desvio Padrao			
SRA_BASELINE	0,375	0,273	0,659	0,339	667	1132	,001**
SRA_1	0,755	0,685	1,085	0,650	582	1017	,026*
SRA_2	8,179	23,186	0,758	0,850	486	892	,202
SRA_3	7,502	21,782	0,639	0,395	548	983	,087
SRR_BASELINE	8,252	5,080	10,567	4,725	578	1043	,058
SRR_1	12,266	5,157	12,483	4,938	440	875	,940
SRR_2	17,503	28,874	10,642	4,579	510	916	,097
SRR_3	18,112	26,520	11,440	5,426	460	895	,705
Sr_BASELINE	12,139	29,215	2,881	1,636	429	894	,756
Sr_1	6,573	14,489	3,003	0,966	372	807	,339
Sr_2	6,348	16,025	2,602	1,011	370	776	,566
Sr_3	6,544	16,615	2,626	0,767	348	783	,187
HR_BASELINE	81,214	11,106	80,626	6,994	480	976	,652
HR_1	77,922	20,361	81,710	9,562	483	979	,620
HR_2	76,404	19,762	79,793	7,003	476	972	,695
HR_3	76,742	20,305	79,457	6,747	454	950	,947

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$

Todavia, as medidas relativas à reactividade electrodérmica (SRA e SRR) parecem sugerir uma tendência para uma maior reactividade nas mulheres com cancro da mama nos momentos 2 e 3, que dizem respeito aos relatos sobre a *História clínica* e *Acontecimentos de Vida Negativos*. Também o *Tempo Médio de Recuperação da Resposta Galvânica da Pele* (Sr) é tendencialmente maior no GE,

possivelmente ilustrando uma menor flexibilidade fisiológica por parte deste grupo. Apesar da plausibilidade destas considerações, estas resultam numa observação grosseira dos resultados e não dos resultados estatísticos, que para estas variáveis não apontaram diferenças estatisticamente significativas. Este aspecto parece, contudo, dever-se à enorme variância dos resultados do GE, que são claramente superiores nos momentos 2 e 3 para estes indicadores psicofisiológico, indiciando deste modo uma maior reactividade fisiológica para a maior parte dos parâmetros electrodérmicos.

1.3.2. Cortisol Salivar

A reactividade fisiológica do ponto de vista da função do eixo HPA foi avaliada através da recolha do cortisol salivar em 5 momentos do dia, de forma a caracterizar o ritmo circadiano médio em cada um dos grupos. Para este efeito os resultados de cada um dos momentos de recolha foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, após verificação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias, de forma a legitimar a utilização de métodos de análise paramétricos. Os resultados do teste de Shapiro-Wilk e das medidas de assimetria e achatamento confirmam aproximação das amostras à distribuição normal em todas as variáveis excepto no *Cortisol 16h*, motivo pelo qual foi aplicado o teste não paramétrico de Wicoxon-Mann-Whitney a esta variável e testes paramétricos t de Student às restantes.

Da análise descritiva efectuada, a média de resultados de cada um dos momentos em cada um dos grupos permite observar uma tendência para um decréscimo dos valores de cortisol salivar no decurso do dia (cf. Quadro 21), em particular no grupo experimental, em linha com o ritmo circadiano que a literatura refere para este correlato (Kudielka et al), tal como a Figura 5 evidencia. No grupo de controlo a colheita efectuada *1 hora após o acordar* ($\bar{X} = 9,80$; DP= (5,18) mostra ter resultados superiores aos da colheita efectuada *Ao Acordar* ($\bar{X} = 9,25$; DP= 5,82), constituindo-se como uma excepção à tendência geral dos resultados.

Quadro 21

Cortisol	Grupo					
	Experimental (N=30)			Controlo (N=31)		
	Média (Desvio -Padrão)	Mínimo	Máximo	Média (Desvio -Padrão)	Mínimo	Máximo
Cortisol (Acordar)	11,78 (7,69)	2,32	32,12	9,25 (5,82)	1,39	24,71
Cortisol (+ 1h)	10,42 (5,76)	1,76	21,68	9,80 (5,18)	3,43	24,78
Cortisol 12h	4,57 (2,72)	,71	12,11	4,63 (1,76)	1,74	7,96
Cortisol 16h	3,26 (2,02)	,72	11,15	3,03 (1,34)	1,10	6,97
Cortisol 20h	2,14 (1,27)	,72	5,71	2,43 (1,02)	,71	4,97

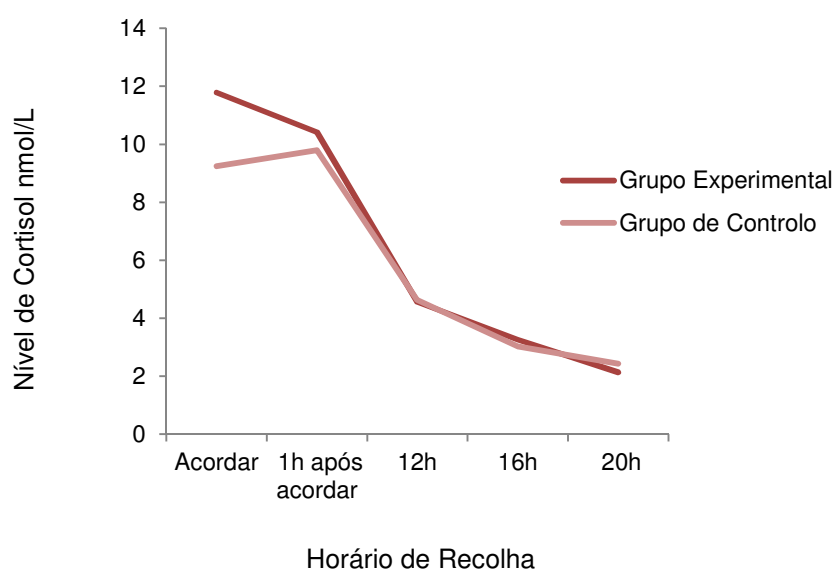


Figura 5: Ritmo Diurno de Cortisol Salivar das Amostras Experimental e de Controlo

Contudo, quando se comparam os resultados de ambos os grupos para cada um dos momentos de recolha é possível perceber que não existem diferenças estatisticamente significativas (Quadro 22), não permitindo assim apurar nenhuma tendência estatisticamente significativa quanto à reactividade fisiológica do grupo experimental face ao grupo de controlo. Neste sentido, apenas pode ser observado um nível médio de produção de cortisol superior no grupo experimental face ao GC nos momentos *Ao Acordar* ($t= 1,406$; $p= ,165$; $MD= 2,542$), *1 hora após acordar* ($t=,427$; $p= ,671$; $MD= ,613$) e às *16h* ($U= 410$; $W= 875$ $p= ,876$), verificando-se o inverso nos restantes momentos.

Quadro 22

Cortisol	t de Student		
	Valor t	Sig. (2-tailed)	Dif. entre Médias
Cortisol (Acordar)	1,406	,165	2,542
Cortisol (+ 1h)	,427	,671	,613
Cortisol 12h	-,097	,923	-,059
Cortisol 16h	U = 410; W = 875; $\rho = ,876$		
Cortisol 20h	-,956	,343	-,289

2. Relações entre dados de nível psicológico e de nível fisiológico

De seguida apresentar-se-ão os resultados decorrentes do estudo exploratório efectuado com recurso à análise de correlações entre as variáveis avaliadas, procurando responder às hipóteses de investigação formuladas anteriormente de acordo com as perspectivas teóricas abordadas.

2.1. Relação entre a Vinculação e a Regulação Emocional

H1: *Espera-se que uma melhor qualidade da vinculação esteja associada a estratégias de regulação emocional marcadas por maior expressão dos sentimentos de raiva.*

Para responder a esta hipótese de investigação procurou-se avaliar da existência de associações entre os resultados das dimensões da Escala de Vinculação do Adulto (EVA) e das diferentes escalas do Inventário de Estado-Traço de Expressão de Raiva (STAXI). Os quadros que se seguem põem em evidência as correlações estatisticamente significativas para o grupo experimental (Quadro 23) e grupo de controlo (Quadro 24).

Apesar de se terem encontrado poucas correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da EVA e as escalas do STAXI estas têm todas uma elevada magnitude, isto é, superiores a ,30. A este respeito é possível constatar que, no grupo de cancro da mama, a dimensão Ansiedade, que tem maior expressão nos

estilos de vinculação preocupado e amedrontado e é menos característica dos *estilos de vinculação seguro e desligado*, se correlaciona positiva e muito significativamente com a *Expressão da Raiva* ($r=,551$; $p\leq ,01$), *Expressão da Raiva para dentro* ($r=,656$; $p\leq ,01$) e *Expressão da Raiva para Fora* ($r=,469$; $p\leq ,01$). Deste modo é possível afirmar que para o grupo experimental quanto maior o nível de ansiedade vivenciada nas relações de vinculação maior a frequência de expressão da raiva quer no sentido de a dirigir ao exterior, quer, sobretudo, no sentido de a reprimir ou direccionar ao *self*, uma vez que é esta a correlação de maior magnitude. Note-se que, o *Traço de Raiva* nestas mulheres associa-se positiva mais não significativamente com a Ansiedade, ainda que a sua magnitude ($r=,287$; $p\geq ,05$) seja próxima do nível moderado ($,30$), pelo que é possível que as mulheres com vinculações mais ansiosas tenham uma maior propensão para perceber as situações como injustas ou frustrantes e que esta característica possa contribuir para uma maior frequência da expressão emocional da raiva, tal como se verificou anteriormente.

Quadro 23

STAXI	Grupo Experimental		
	Ansiedade	Conforto com a Proximidade	Confiança nos Outros
Estado de Raiva	,001	,058	,251
Traço de raiva	,287	-,209	,007
Temperamento de raiva	,165	-,234	-,039
Reacção de Raiva	,168	-,145	,053
Expressão da raiva	,551**	-,215	-,034
Expressão da Raiva dentro	,656**	-,174	-,234
Expressão Raiva fora	,469**	-,179	-,112
Controlo da Raiva	-,255	,155	-1,41

** A correlação é significativa a $p < ,01$ (99% confiança)

Não sendo significativas as correlações entre as restantes dimensões da EVA e as escalas do STAXI, é curioso observar o sentido inverso que as relações entre a vinculação e a expressão da raiva assumem. Note-se que estas dimensões contribuem para a dimensão compósita *Conforto-Confiança*, que tem maior peso nas vinculações mais seguras e deste modo poder vislumbrar uma tendência para uma menor expressão da raiva quando existe maior conforto e confiança nas relações interpessoais.

As correlações entre as variáveis vinculação e expressão da raiva no grupo de controlo são menos significativas e de menor magnitude que as do grupo anterior,

apresentando-se as escalas *Expressão e Controlo da Raiva* do STAXI inversamente correlacionadas com dimensão *Ansiedade* da EVA. Por um lado, verifica-se que esta dimensão, característica das vinculações mais inseguras, se associa moderada e positivamente com a *Expressão da Raiva* ($r=,409$; $p\leq ,05$), sugerindo que quanto maior a ansiedade sentida face ao objecto de vinculação maior a frequência com que os afectos negativos como a raiva são expressos, não indicando, contudo, o sentido em que ocorre essa expressão emocional. Por outro, o mesmo grupo apresenta uma associação moderada e negativa entre esta mesma dimensão e a escala *Controlo da Raiva* ($r=-,402$; $p\leq ,05$), indicando que uma maior vivência de ansiedade nas relações de vinculação com os parceiros pode ser acompanhada de uma menor tendência para controlar a expressão da zanga. Os resultados para o grupo de controlo parecem ser congruentes entre si, na medida em que uma menor tendência para controlar a expressão de raiva é acompanhada de uma maior frequência da expressão destes afectos e, este facto é particularmente verificado nas mulheres com maiores níveis de ansiedade nas relações amorosas significativas.

Quadro 24

STAXI	Grupo de Controlo		
	Ansiedade	Conforto com a Proximidade	Confiança nos Outros
Estado de Raiva	,184	,068	,027
Traço de raiva	,339	,010	,136
Temperamento de raiva	,196	-,121	,198
Reacção de Raiva	,351	,155	,066
Expressão da raiva	,409*	,274	-,275
Expressão da Raiva dentro	,109	-,136	-,186
Expressão Raiva fora	,261	-,192	-1,81
Controlo da Raiva	-,402*	,217	,160

* A correlação é significativa a $p< ,05$ (95% confiança)

Pelo exposto anteriormente, verifica-se que tanto para o grupo experimental como para o grupo de controlo, os resultados parecem não apoiar a hipótese de partida, chegando mesmo a refutá-la.

2.2 Relação entre a Vinculação e a Vulnerabilidade ao Stress

H2: *Espera-se que o estilo de vinculação possa influenciar a vulnerabilidade ao stress quer em termos da reactividade psicológica quer fisiológica.*

Para responder a esta hipótese de investigação procurou-se avaliar da existência de associações entre os resultados das dimensões da Escala de *Vinculação do Adulto* (EVA) e dos seguintes instrumentos de avaliação:

- *Questionário de Vulnerabilidade ao Stress* (23QVS), *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) e *Termómetro do Distress* (TD) para o estabelecimento de associações entre a qualidade da vinculação e a vulnerabilidade psicológica ao *stress*, quer do ponto de vista da percepção de stress quer do ponto de vista da reactividade a *stressors*.
- *Cortisol Salivar* e medidas psicofisiológicas relativas a 4 momentos diferentes da aplicação do questionário: *Nível de resistência galvânica da pele* (SCL), *Amplitude média da resposta galvânica da pele* (SRA); *Frequência dos eventos de resistência galvânica da pele* (SRR), *Tempo de recuperação médio da resposta galvânica* (SRr), *Frequência Respiratória média* (RF) e *Frequência cardíaca média* (HR) – com o objectivo de procurar estabelecer relações entre a qualidade da vinculação e a vulnerabilidade ao Stress na vertente da reactividade psicofisiológica.

No Quadro 25 e 26 encontrar-se-ão as correlações entre cada uma das dimensões de *Vinculação* e as diferentes variáveis que compõem o construto *Vulnerabilidade ao Stress*, quer na sua componente psicológica quer fisiológica, para cada um dos grupos avaliado. As correlações significativas que se observam são na sua maioria de magnitude forte a moderada.

Do ponto de vista do traço psicológico de *vulnerabilidade ao stress*, que resulta da percepção de falta de recursos para fazer face às exigências do meio as correlações do *QVS Total* com a dimensão *Ansiedade* da EVA têm uma elevada magnitude, sendo positivas e muito significativas para ambos os grupos ($r_{GE} ,558$ e $r_{GC} = ,735$; $p \leq ,01$), desta forma traduzindo que uma maior ansiedade nas relações com o objecto de vinculação se relaciona com um maior nível de vulnerabilidade ao *stress*. No grupo de controlo é ainda possível constatar uma associação negativa e moderada, estatisticamente significativa entre a dimensão *Confiança nos Outros* e o valor de *QVS Total* ($r = -,375$; $p \leq ,05$), naturalmente evidenciando que quanto maior a confiança nos objectos de vinculação menor a vulnerabilidade global ao *stress* e como

tal uma maior percepção de recursos para fazer face a eventuais situações problemáticas.

Quadro 25

Vulnerabilidade ao <i>Stress</i>	Grupo Experimental		
	Ansiedade	Conforto com a Proximidade	Confiança nos Outros
QVS Total	,558**	-,181	-,227
Índice Geral de Sintomas	,461*	,024	-,004
Termómetro do <i>Distress</i>	,297	-,122	-,032
SCL_BASELINE	,060	,038	-,014
SCL_1	,143	,019	,032
SCL_2	,129	-,05	-,019
SCL_3	,103	-,116	-,106
SRA_BASELINE	-,037	,496**	,333
SRA_1	,037	,141	,154
SRA_2	-,111	,246	0,23
SRA_3	-,111	,101	,226
SRR_BASELINE	,373*	,101	-,072
SRR_1	,333	-,056	-,148
SRR_2	-,093	,281	,208
SRR_3	-,073	,245	,178
Sr_BASELINE	-,112	,267	,232
Sr_1	-,132	,095	,153
Sr_2	-,138	,117	,164
Sr_3	-,126	,090	,157
HR_BASELINE	-,093	-,213	-,207
HR_1	-,032	-,274	-,267
HR_2	-,022	-,280	-,263
HR_3	-,054	-,266	-,223
RF_BASELINE	,116	-,523**	-,237
RF_1	,146	-,364*	-,175
RF_2	,122	-,350	-,196
RF_3	,117	-,499**	-,207
Cortisol (Acordar)	-,110	,066	,184
Cortisol (+ 1h)	,329	-,001	-,340
Cortisol 12h	-,065	,126	,245
Cortisol 16h	-,156	,019	,005
Cortisol 20h	-,206	,392*	,527*

* A correlação é significativa a $p < ,05$ (95% confiança)

** A correlação é significativa a $p < ,01$ (99% confiança)

Relativamente às medidas psicológicas que respeitam ao nível de *distress* e como tal, à reactividade psicológica face a *stressors*, apenas o *Índice Geral de Sintomas* do BSI mostra estar positiva e significativamente correlacionado com a

dimensão *Ansiedade* da *Escala de Vinculação do Adulto* no grupo experimental ($r=,461$; $p\leq ,05$), não se verificando nenhuma correlação entre esta medida do *distress* e as medidas de vinculação no grupo de controlo. O *Termómetro do Distress* ($r=,297$; $p>,05$) também não mostrou nenhum tipo de associação com a vinculação nos grupos avaliados nesta investigação.

Quadro 26

Vulnerabilidade ao Stress	Grupo de Controlo		
	Ansiedade	Conforto com a Proximidade	Confiança nos Outros
QVS Total	,735**	-,103	-,375*
Índice Geral de Sintomas	,355	-,114	,018
Termómetro do Distress	,071	,153	1,91
SCL_ BASELINE	,058	-,224	-,023
SCL_ 1	,114	-,202	-,020
SCL_ 2	,094	-,203	-,022
SCL_ 3	,012	-,245	-,040
SRA_ BASELINE	,312	-,244	-,122
SRA_ 1	,035	-,004	,255
SRA_ 2	-,234	,108	,305
SRA_ 3	,105	-,296	,010
SRR_ BASELINE	,011	-,144	-,002
SRR_ 1	,102	-,287	-,105
SRR_ 2	,150	-,367	-,141
SRR_ 3	-,065	-2,86	,065
Sr_ BASELINE	,215	,310	-,110
Sr_ 1	,029	,443*	,210
Sr_ 2	-,013	,142	,187
Sr_ 3	,089	,294	,097
HR_ BASELINE	-,058	-,194	-,184
HR_ 1	-,104	-,008	-,104
HR_ 2	-,048	,103	-,179
HR_ 3	-,118	-,119	-,172
RF_ BASELINE	,049	-,066	-,374*
RF_ 1	-,052	-,043	-,232
RF_ 2	-,035	-,045	-,216
RF_ 3	-,017	-,026	-,284
Cortisol (Acordar)	,046	,391*	,240
Cortisol (+ 1h)	-,175	-,225	,036
Cortisol 12h	-,137	-,311	-,062
Cortisol 16h	-,293	-,054	-,152
Cortisol 20h	-,310	-,211	0,11

* A correlação é significativa a $p< ,05$ (95% confiança)

** A correlação é significativa a $p< ,01$ (99% confiança)

Em termos da reactividade psicofisiológica ao *stress* os resultados para ambos os grupos são relativamente poucos em termos de associações às dimensões da vinculação e pouco congruentes quando se comparam os grupos entre si para cada uma das variáveis correlacionadas. Relativamente à dimensão *Ansiedade*, o SRR na *Baseline* é o único indicador psicofisiológico que apresenta uma associação estatisticamente significativa e moderadamente positiva ($r=,373$; $p\leq ,05$) no grupo experimental. Aparentemente as participantes com maiores níveis de ansiedade e tendencialmente com vinculações mais inseguras apresentaram também maior reactividade de base para a frequência de respostas galvânicas no momento inicial da entrevista (SRR_Baseline), o que pode constituir-se como um indicador da sua reactividade basal. Foi na dimensão *Conforto com a Proximidade* que maior número de associações se estabeleceram com as medidas psicofisiológicas e especialmente para o grupo experimental. No grupo experimental, para esta dimensão, as correlações positivas estatisticamente significativas fizeram-se sentir para as variáveis Amplitude média de respostas galvânicas (SRA) na *Baseline* ($r_{SRA_baseline} = ,496$; $p\leq ,01$) e Cortisol Salivar 8:00pm ($r= ,392$; $p\leq ,05$), desta forma mostrando que as mulheres com cancro da mama que apresentam maior conforto com a proximidade de figuras de vinculação significativas apresentam também uma maior reactividade basal em termos da SRA e em termos dos valores da última recolha Cortisol salivar. Inversamente este grupo apresenta para a dimensão *Conforto com a Proximidade* uma menor Frequência Respiratória na Baseline ($r_{RF_Baseline}= -,523$; $p\leq ,01$), no momento 1 ($r_{RF_1}= -,364$; $p\leq ,05$) e no momento 3 ($r_{RF_3}= -,499$; $p\leq ,01$), o que sugere que quanto maior o conforto com a proximidade dos outros menor a reactividade fisiológica do grupo experimental apurada por este parâmetro no decurso da entrevista de avaliação. Por sua vez, grupo de controlo apresenta nesta dimensão correlações significativas e positivas com o Tempo Médio de Recuperação da Resposta Galvânica no momento 1 ($r=,443$; $p\leq ,05$) e com o Cortisol Salivar ao acordar ($r=,391$; $p\leq ,05$), dando assim conta de uma menor flexibilidade fisiológica na tarefa de aritmética e uma maior reactividade ao acordar quando maior é o conforto em estar próximo das figuras de vinculação.

Na dimensão *Confiança nos Outros* o GE apresenta uma correlação forte e positiva com a última recolha de cortisol salivar ($r=,527$; $p\leq ,05$), semelhante à correlação, não significativa, entre o *Conforto com a Proximidade* e o mesmo momento de recolha de cortisol, refletindo que quanto maior a confiança nas figuras de vinculação maior o valor de cortisol apurado às 20h00m, e que possivelmente traduz um menor decréscimo dos valores de cortisol circadiano. O GC apresenta nesta mesma dimensão uma correlação negativa e moderada com a Frequência respiratória na baseline ($r=-,374$; $p\leq ,05$), sugerindo que uma maior confiança nos outros,

característica de vinculações mais seguras, traduz uma menor reactividade basal em termos do parâmetro de frequência respiratória.

Avaliando globalmente os resultados da análise exploratória de dados para a hipótese aqui testada fica patente a grande variabilidade de correlações existentes entre os parâmetros psicofisiológicos e a vinculação, sendo por isso pouco clara a relação entre a qualidade da vinculação e a vulnerabilidade ao stress, em termos de reactividade fisiológica. É contudo ao nível da vulnerabilidade ao stress, do ponto de vista psicológico, que relações mais claras se percebem. A este respeito é clara a tendência para que a uma maior ansiedade nas relações de vinculação corresponda maior *distress* e percepção da vulnerabilidade, deste modo permitindo a sua confirmação.

2.3. Relação entre a Regulação Emocional e a Vulnerabilidade ao stress

H3: *Espera-se que a utilização de estratégias de regulação emocional marcadas por maior expressão da raiva, se relacionem com menor vulnerabilidade ao stress, do ponto de vista psicológico e psicofisiológico.*

Para responder a esta hipótese de investigação procurou-se avaliar da existência de associações entre os resultados do Inventário de Estado-Traço de Expressão de Raiva (STAXI) e dos seguintes instrumentos de avaliação:

- *Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23QVS), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e Termómetro do Distress (TD) para o estabelecimento de associações entre a regulação emocional da raiva e a vulnerabilidade psicológica ao stress, quer do ponto de vista da percepção de stress quer do ponto de vista da reactividade a stressors.*
- *Cortisol Salivar e medidas psicofisiológicas relativas a 4 momentos diferentes da aplicação do questionário: Nível de resistência galvânica da pele (SCL), Amplitude média da resposta galvânica da pele (SRA); Frequência dos eventos de resistência galvânica da pele (SRR), Tempo de recuperação médio da resposta galvânica (SRr), Frequência Respiratória média (RF) e Frequência cardíaca média (HR) – com o objectivo de procurar estabelecer relações entre a regulação emocional da raiva e a vulnerabilidade ao Stress na vertente da reactividade psicofisiológica.*

Na sequência da análise de correlações entre os resultados do STAXI e os resultados da vulnerabilidade ao *stress*, nas suas componentes psicológica e psicofisiológica, verifica-se um maior número de associações entre estas variáveis no grupo de controlo do que no grupo experimental, ficando ainda claro que as correlações são mais frequentes para a componente psicológica.

Quadro 27

Vulnerabilidade ao Stress	Grupo Experimental							
	Estado de Raiva	Traço de raiva	Temperamento de Raiva	Reacção de Raiva	Expressão da Raiva	Expressão Raiva dentro	Expressão Raiva Fora	Controlo da Raiva
IGS	,536**	,410*	,323	,285	,261	,310	,128	-,165
TD	,333	,193	,100	,134	,409*	,281	,184	-,388*
QVS Total	,238	,457*	,362*	,318	,650**	,493**	,334	-,564**
SCL BASELINE	-,076	-,181	-,087	-,206	-,006	-,092	-,138	-,113
SCL_1	-,017	-,009	,026	-,064	,149	-,097	,036	-,163
SCL_2	-,032	-,096	-,065	-,154	,105	,055	,007	-,132
SCL_3	-,200	-,091	-,071	-,099	,037	,131	-,078	-,015
SRA BASELINE	,108	-,002	,010	-,025	,035	-,084	-,191	-,187
SRA_1	-,101	-,026	,104	-,147	-,009	-,106	,061	-,023
SRA_2	,326	-,056	-,058	,004	-,091	-,147	-,175	-,02
SRA_3	,335	-,059	-,063	,000	-,104	-,143	-,186	-,003
SRR BASELINE	-,012	,167	-,033	,315	,158	,382*	,088	,017
SRR_1	-,215	,083	-,098	,147	,290	,468**	,129	-,111
SRR_2	,310	-,029	-,046	,034	-,073	-,160	-,185	-,061
SRR_3	,319	-,029	-,068	,050	-,081	-,108	-,201	-,022
Sr_BASELINE	,316	-,056	-,061	-,004	-,096	-,150	-,173	-,013
Sr_1	,720**	-,041	-,114	,076	-,189	-,187	-,182	,104
Sr_2	,726**	-,037	-,118	,085	-,184	-,174	-,181	,102
Sr_3	,746**	-,025	-,106	,091	-,176	-,167	-,167	,012
HR_BASELINE	-,120	,152	,052	,262	,109	-,162	,089	-,121
HR_1	-,253	,097	,068	,124	,051	-,040	,130	-,071
HR_2	-,250	,084	,041	,117	,069	-,063	,141	-,068
HR_3	-,260	,119	,080	,143	,061	-,055	,139	-,067
RF_BASELINE	-,433*	,055	-,050	,086	,109	,221	,108	,012
RF_1	-,214	,095	-,020	,079	,092	,180	,111	,012
RF_2	-,288	,033	-,077	,055	,063	,153	,080	,028
RF_3	-,488**	,016	-,031	,015	,089	,214	,100	,033
Cortisol (Acordar)	,083	,036	-,011	,066	,047	,026	-,091	-,088
Cortisol (+ 1h)	-,037	,198	,192	,166	,201	,358	,180	-,020
Cortisol 12h	,204	,250	,374	,132	-,001	-,395*	-,144	-,304
Cortisol 16h	-,070	,073	,048	,110	-,235	-,250	-,183	,135
Cortisol 20h	,465*	-,073	-,131	,037	-,040	-,123	-,330	-,147

* A correlação é significativa a $p < ,05$ (95% confiança); ** A correlação é significativa a $p < ,01$ (99% confiança)

Não obstante, as correlações em ambos os grupos assemelham-se na sua magnitude e no facto de serem maioritariamente correlações positivas.

Desta forma, os resultados parecem sugerir que uma maior propensão para perceber as situações como frustrantes ou injustas e uma maior expressão da raiva, especialmente dirigida ao *self* ou reprimida, independentemente da ocorrência de situações que a justifiquem, se relacionam com uma maior vulnerabilidade ao *stress*. Pelo contrário, um maior controlo da raiva nas mulheres da amostra experimental parece estar associada uma menor vulnerabilidade para perceber as situações como *stressantes*. Ainda do ponto de vista psicológico, as mulheres do grupo de cancro da mama, com maiores níveis de *distress*, parecem ter uma inclinação para perceber as situações como injustas ($r_{\text{Traço de Raiva}} = ,536$; $p \leq ,01$) e consequentemente sentir maior intensidade de sentimentos de raiva ($r_{\text{Estado de Raiva}} = ,410$; $p \leq ,01$).

Em termos fisiológicos, os resultados da avaliação às mulheres do grupo experimental mostram correlações dispersas entre os vários indicadores psicofisiológicos, para os diferentes momentos da entrevista, e os resultados das escalas do STAXI. Os resultados mais flagrantes e que apontam para uma relação entre uma maior reactividade ao *stress* e uma maior intensidade dos sentimentos de raiva prendem-se com as correlações entre a escala *Estado de Raiva* e os *Tempos médios de recuperação da resposta galvânica da pele* (Sr) nos momentos 1 ($r = ,720$; $p \leq ,01$), 2 ($r = ,726$; $p \leq ,01$) e 3 ($r = ,746$; $p \leq ,01$) bem como o cortisol recolhido às 20h00m ($r = ,465$; $p \leq ,05$). Pelo contrário, o parâmetro da *Frequência Respiratória na baseline* ($r = ,433$; $p \leq ,05$) e no momento relativo à descrição de acontecimentos de vida negativos ($r = -,488$; $p \leq ,01$) mostram que a uma maior intensidade de sentimentos de raiva está associada uma menor reactividade neste parâmetro, dadas as correlações negativas que se observam entre eles.

Por fim, para o grupo de participantes com cancro da mama encontraram-se ainda associações entre a *Expressão da Raiva* e a *Frequência média de ventos de resposta galvânica na Baseline* ($r = ,382$; $p \leq ,05$) e no momento relativo à tarefa de aritmética ($r = ,468$; $p \leq ,01$), exibindo assim uma maior reactividade fisiológica aferida por este parâmetro, nestes momentos da entrevista, e que parece relacionar-se com uma maior frequência com que os sentimentos de raiva são expressos, independentemente da direcção dessa expressão.

Relativamente ao grupo de controlo é também a variável QVS que apresenta maior número de correlações significativas com o STAXI (Quadro 28), especialmente positivas e de elevada magnitude. Assim, e de forma semelhante ao GE, o QVS mostra relacionar-se com o *Traço de Raiva* ($r = ,560$; $p \leq ,01$), *Temperamento de Raiva* ($r = ,533$; $p \leq ,01$), *Reacção de Raiva* ($r = ,420$; $p \leq ,05$), *Expressão da Raiva* ($r = ,650$; $p \leq ,01$).

,01), *Expressão para dentro* ($r=,451$; $p\leq ,05$) e *para fora* ($r= ,535$; $p\leq ,01$). Também este grupo mostra uma correlação negativa entre o *Questionário de Vulnerabilidade ao Stress* e o *Controlo da Raiva* ($r= -,357$; $p\leq ,05$). Tal como para o grupo anterior, os resultados evidenciam a existência de uma associação entre a propensão para perceber as situações como frustrantes ou injustas e uma maior expressão da raiva, independentemente da ocorrência de situações que a justifiquem, e uma maior vulnerabilidade ao *stress*. Pelo contrário, também se verifica que a um maior controlo da raiva nas mulheres do GC parece estar associada uma menor vulnerabilidade para perceber as situações como *stressantes*.

As medidas do *distress* também evidenciam a tendência já sugerida anteriormente de que a um maior nível de *distress* se associam uma maior percepção de injustiças e expressão da raiva, uma vez que o *Índice Geral de Sintomas* se associa positiva e significativamente com o *Traço de Raiva* ($r=,415$; $p\leq ,05$) e *Temperamento de Raiva* ($r=,396$; $p\leq ,05$), e muito significativamente com a *Expressão de Raiva para dentro* ($r=,525$; $p\leq ,01$) e *para fora* ($r=,462$; $p\leq ,01$). Também o *Termómetro do Distress* revela associações positivas e significativas com as escalas *Traço de Raiva* ($r=,474$; $p\leq ,05$), *Temperamento de Raiva* ($r=,371$; $p\leq ,05$), *Reacção de Raiva* ($r=,411$; $p\leq ,05$) e *Expressão da Raiva* ($r=,409$; $p\leq ,05$).

Contrariamente ao que se constatou no GE as medidas psicofisiológicas do grupo de controlo não se associam tanto com medidas de Estado mas antes com medidas mais disposicionais de raiva e com a expressão da mesma. Veja-se a única correlação entre o Estado de Raiva e o cortisol 20h00m ($r=,386$; $p\leq ,05$) que evidencia uma menor reactividade às 20h00 quanto maior a raiva estado. Por sua vez o *Traço de Raiva* associa-se positivamente ao SCL_2 ($r=,359$; $p\leq ,05$) e negativamente ao cortisol 12h00m ($r= -,490$; $p\leq ,05$). Para esta recolha de cortisol o STAXI mostra ainda correlações negativas, nomeadamente com o *Temperamento de Raiva* ($r=-,404$; $p\leq ,05$), *Reacção de Raiva* ($r=-,442$; $p\leq ,05$) e *Expressão para dentro* ($r=-,395$; $p\leq ,05$). Esta última escala do STAXI mostra correlações positivas muito significativas com a Frequência média de eventos de resposta galvânica da pele na baseline ($r=,382$; $p\leq ,01$) e momento 1 ($r=,468$; $p\leq ,01$).

Quadro 28

Vulnerabilidade ao Stress	Grupo Controlo							
	Estado de Raiva	Traço de raiva	Temperamento de Raiva	Reacção de Raiva	Expressão da Raiva	Expressão da Raiva dentro	Expressão Raiva Fora	Controlo da Raiva
IGS	,067	,415*	,396*	,238	,261	,525**	,462**	-,119
TD	,285	,474*	,371*	,411*	,409*	,159	,094	-,037
QVS Total	,242	,560**	,523**	,420*	,650**	,451*	,535**	-,357*
SCL_ BASELINE	-,198	,289	,142	,299	-,006	-,092	-,138	-,113
SCL_1	-,136	,344	,206	,351	,149	,097	,036	-,163
SCL_2	-,105	,359*	,203	,352	,105	,055	,007	-,132
SCL_3	-,225	,272	,101	,302	,037	,131	-,078	-,015
SRA_ BASELINE	-,130	,032	,093	-,023	,035	-,084	-,191	-,187
SRA_1	,217	,228	,205	,253	-,009	-,106	,061	-,023
SRA_2	-,167	-,027	,052	-,140	-,091	-,147	-,175	-,021
SRA_3	-,361	-,301	-,231	-,274	-,104	-,143	-,186	-,003
SRR_ BASELINE	-,075	-,186	,033	-,234	,158	,382*	,088	,017
SRR_1	-,130	-,065	,123	-,276	,290	,468**	,129	-,111
SRR_2	,082	-,059	,117	-,173	-,073	-,160	-,185	-,061
SRR_3	-,042	-,139	,041	-,240	-,081	-,108	-,201	-,022
Sr_ BASELINE	,310	,067	,094	,008	-,096	-,150	-,173	-,013
Sr_1	,267	,242	,104	,341	-,189	-,187	-,182	,104
Sr_2	-,162	,114	-,004	,095	-,184	-,174	-,181	,102
Sr_3	-,047	,010	-,182	,189	,051	-,167	-,167	,101
HR_ BASELINE	,266	,075	,070	,126	,069	-,162	,089	-,121
HR_1	,277	,071	,070	,133	,061	-,040	,130	-,071
HR_2	,350	,126	,112	,170	,063	-,063	,141	-,068
HR_3	,273	,015	,004	,087	,047	-,055	,139	-,067
RF_ BASELINE	,172	,000	,088	-,076	,109	,221	,108	,012
RF_1	,058	-,101	,000	-,160	,092	,180	,111	,012
RF_2	,112	-,015	,056	-,100	,063	,153	,080	,038
RF_3	,115	,004	,051	-,049	,089	,214	,100	,033
Cortisol (Acordar)	,223	,078	,055	,078	,047	,026	-,091	-,088
Cortisol (+ 1h)	,005	-,158	,033	-,300	,201	,358	,180	-,020
Cortisol 12h	-,111	-,490**	-,404*	-,442*	-,001	-,395*	-,144	-,304
Cortisol 16h	-,038	-,208	-,172	-,241	-,235	-,250	-,183	,135
Cortisol 20h	-,386*	-,184	-,034	-,267	-,040	-,123	-,330	-,147

* A correlação é significativa a $p < ,05$ (95% confiança)

** A correlação é significativa a $p < ,01$ (99% confiança)

No cômputo, estes resultados parecem evidenciar por um lado uma menor reactividade em termos das recolhas de cortisol quanto maior a propensão para perceber acontecimentos como injustos e a sua expressão. Por outro, uma maior vulnerabilidade ao *stress*, quer em termos da reactividade aumentada de alguns

indicadores de actividade electrodérmica bem como dos níveis de *distress*, quanto maior o traço e expressão de raiva, não permitindo assim a confirmação da hipótese de partida.

2.4. Relação entre a Vinculação, Regulação Emocional, Vulnerabilidade ao Stress e a Adaptação à doença.

H4: *Espera-se que estilos de vinculação mais inseguros, uma menor expressão da raiva e uma maior vulnerabilidade ao stress, nas suas componentes psicofisiológicas e psicológicas, se associem a uma maior perturbação na adaptação à doença.*

Na tentativa de confirmar esta hipótese foram testadas para o grupo experimental as correlações entre a *Adaptação à doença*, em termos dos resultados de *distress* decorrentes do Índice Geral de Sintomas (BSI) e Termómetro do *Distress*, e das estratégias disposicionais de *coping*, aferidas a partir do Brief-COPE, e os resultados dos seguintes instrumentos:

- *Escala de Vinculação do adulto (EVA)*,
- *Inventário de Estado-Traço de Expressão de Raiva (STAXI)* para o estabelecimento de associações entre a adaptação à doença e a expressão emocional da raiva.
- *Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23QVS)*, para o estabelecimento de associações entre a vulnerabilidade psicológica ao *stress* e a adaptação à doença.
- *Cortisol Salivar* e medidas psicofisiológicas relativas a 4 momentos diferentes da aplicação do questionário: *Nível de resistência galvânica da pele (SCL)*, *Amplitude média da resposta galvânica da pele (SRA)*; *Frequência dos eventos de resistência galvânica da pele (SRR)*, *Tempo de recuperação médio da resposta galvânica (SRr)*, *Frequência Respiratória média (RF)* e *Frequência cardíaca média (HR)* – com o objectivo de procurar estabelecer relações entre a qualidade da vinculação e a vulnerabilidade ao *stress* na vertente da reactividade psicofisiológica.

O Quadro 29 que se segue apresenta os resultados das correlações entre as três dimensões da *Vinculação* e as variáveis que traduzem a qualidade da *Adaptação* das mulheres do grupo experimental ao diagnóstico de cancro da mama. É possível de constatar algumas correlações de magnitude elevada, particularmente entre as várias variáveis da *Adaptação* e a dimensão da *Ansiedade* nas relações de vinculação. Particularizando, esta dimensão da EVA associa-se positiva e significativamente com o *Índice Geral de Sintomas* ($r = ,461$; $p \leq ,05$) e com estratégias de *Auto-distração* ($r = ,427$; $p \leq ,05$) e muito significativamente com estratégias de *Negação* ($r = ,518$; $p \leq ,01$). Aparentemente, as mulheres cujas histórias de vinculação são marcadas por maiores níveis de ansiedade, como as que têm vinculações de tipo inseguro, apresentam tendencialmente maiores níveis de *distress* e utilizam preferencialmente estratégias que parecem remeter para maior evasão ou evitamento do problema.

Inversamente, a dimensão de *Ansiedade* da EVA apresenta uma associação negativa e de magnitude igualmente elevada com a estratégia de *Reinterpretação Positiva* ($r = -0,421$; $p \leq ,05$), reforçando a tendência que os dados anteriores sugerem de que maiores níveis de ansiedade vivenciada nas relações de vinculação se relacionam a estratégias menos positivas, e como tal ser menos frequente o uso desta estratégia de *coping* que remete para uma reformulação do problema à luz de ganhos secundários positivos, que possam implicar crescimento pessoal.

Quadro 29

EVA (Dimensões)	Grupo Experimental															
	IGS	TD	AD	CA	N	US	SE	SI	DC	ES	RP	PL	H	A	R	AC
Ansiedade	,461*	,297	,427*	-,172	,518**	,119	,042	,125	,041	,252	-0,421*	,053	-,112	-,236	-,020	,275
Conforto-Proximidade	,024	-,122	-,185	-,217	-,033	-,037	-,002	-,005	,070	,330	,087	-,094	-,139	,038	,014	-,437*
Confiança nos outros	-,004	-,032	-,149	-,094	,033	,125	,055	,028	-,026	-,220	,166	-,021	-,335	-,120	-,031	-,154

* A correlação é significativa a $p < ,05$ (95% confiança)

IGS - Índice Geral de Sintomas; TD - Termómetro do *Distress*; AD - Auto- distração; CA - coping Activo; N - Negação; US - Uso de Substâncias; SE - Utilização de Suporte Emocional ; SI- Utilização de Suporte Instrumental; DC - Desinvestimento Comportamental; ES - Expressão Emocional; RP - Reinterpretação Positiva; PL - Planear; H - Humor; A - Aceitação; R - Religião; AC - Auto-Culpabilização

Por último, a EVA mostra estar relacionada com a *adaptação à doença* no sentido em que um maior conforto com a proximidade à figura de vinculação parece fazer-se acompanhar de menor utilização de estratégias de *Auto-culpabilização* ($r = - ,437$; $p \leq ,05$), dada a correlação negativa e estatisticamente significativa encontrada entre estas duas variáveis, reforçando, assim, os achados anteriores que indiciam que

às vinculações tipicamente mais seguras (com menores níveis de ansiedade) esteja associado um menor recurso a estratégias de *coping* negativas.

No que respeita às relações entre a *adaptação à doença* e as *estratégias de regulação emocional*, aferidas por intermédio do Inventário de Estado-Traço de Expressão de Raiva (STAXI), é possível afirmar que estas apenas se verificaram para os níveis de *distress* (IGS) e para as estratégias de *coping* avaliadas pelo Brief-COPE e que uma forma geral são correlações moderadas a fortes, como se pode observar no Quadro 30.

Ao nível do *Índice Geral de Sintomas* do BSI verificam-se relações positivas com as escalas *Estado de Raiva* ($r=,457$; $p \leq ,05$), *Traço de Raiva* ($r=,524$; $p \leq ,01$), *Temperamento de Raiva* ($r=,461$; $p \leq ,05$) e *Reacção de Raiva* ($r=,387$; $p \leq ,05$). Neste sentido, a direcção destas associações permitem constatar que, nas mulheres com cancro de mama avaliadas no presente estudo, um maior nível de *distress* se associa a uma maior tendência para perceber as situações como desagradáveis e frustrantes e a maior intensidade dos sentimentos de raiva num determinado momento, ainda que não haja nenhuma provocação específica ou se trate de reacções relacionadas a situações de injustiça.

Quadro 30

Regulação Emocional	Grupo Experimental															
	IGS	TD	AD	CA	N	US	SE	SI	DC	ES	RP	PL	H	A	R	AC
Estado de Raiva	,457*	,300	,040	,122	,451*	,288	,562**	,448*	-,032	,292	-,407*	-,005	-,393*	-,249	-,019	,163
Traço de raiva	,524**	,181	,317	-,059	,510**	,124	,466**	,088	,217	,231	-,116	,192	,003	-,329	,298	,494**
Temperamento de raiva	,461*	,095	,268	-,030	,039	,039	,336	,170	,105	,262	-,128	,176	,009	-,319	,207	,559**
Reacção de Raiva	,387*	,102	,251	-,042	,160	,160	,410*	-,008	,209	,123	-,095	,194	,114	-,250	,311	,362*
Expressão da raiva	,314	,350	,289	-,407*	,146	,079	,079	-,175	,006	-,095	-,285	-,141	-,115	-,353	,188	,369*
Expressão da Raiva dentro	,289	,239	,471**	-,544**	,310	,310	,027	-,113	-,081	-,041	-,359	-,215	,041	-,311	-,096	,177
Expressão Raiva fora	,303	,086	,336	-,250	-,010	-,010	,252	,056	,046	,095	-,164	,235	,156	,024	,313	,409*
Controlo da Raiva	-,197	-,287	-,187	,181	-,054	-,054	-,009	,110	-,134	,126	,200	,162	,087	,275	-,133	-,194

* A correlação é significativa a $p < ,05$ (95% confiança)

** A correlação é significativa a $p < ,01$ (99% confiança)

IGS - Índice Geral de Sintomas; TD - Termómetro do Distress; AD - Auto- distração; CA - *Coping* Activo; N - Negação; US - Uso de Substâncias; SE - Utilização de Suporte Emocional; SI- Utilização de Suporte Instrumental; DC - Desinvestimento Comportamental; ES - Expressão Emocional; RP - Reinterpretação Positiva; PL - Planear; H - Humor; A - Aceitação; R - Religião; AC - Auto-Culpabilização

Por sua vez, as estratégias de *coping* parecem associar-se a diferentes escalas do STAXI, ilustrando associações diversas entre as diferentes estratégias de *coping* e de regulação emocional. A estratégia de *coping* que parece relacionar-se com mais estratégias de regulação emocional da raiva é a *Auto-Culpabilização*.

Assim sendo, verificam-se correlações positivas entre esta estratégia de *coping* e o *Traço de Raiva* ($r=,494$; $p\leq ,01$), *Temperamento de Raiva* ($r=,559$; $p\leq ,01$), *Reacção de Raiva* ($r=,362$; $p\leq ,05$), *Expressão da Raiva* ($r=,369$; $p\leq ,05$) e *Expressão para fora* ($r=,409$; $p\leq ,05$). Estes resultados sugerem que uma maior utilização da *Auto-culpabilização* é geralmente acompanhada de uma maior tendência para perceber as situações como frustrantes e negativas, independentemente de ter ocorrido alguma situação específica que envolva crítica ou injustiça, e de uma maior expressão de sentimentos de raiva, dirigida essencialmente para o exterior, por meio de agressões verbais ou manifestações físicas. Quanto à *Utilização de Suporte Emocional* verifica-se que esta se relaciona positivamente e de forma significativa com o *Estado de Raiva* ($r=,562$; $p\leq ,01$), *Traço de Raiva* ($r=,466$; $p\leq ,01$) e *Reacção de Raiva* ($r=,410$; $p\leq ,01$) ilustrando assim que a maior procura dos outros para obter apoio emocional ocorre quando há uma maior tendência para perceber as situações como negativas e frustrantes e uma maior inclinação para reagir a elas com grande intensidade dos sentimentos de raiva, especialmente, quando ocorrem situações percebidas como injustas. Da mesma forma a *Negação* parece associar-se positivamente com o *Estado de Raiva* ($r=,451$; $p\leq ,05$) e *Traço de Raiva* ($r=,510$; $p\leq ,01$), reflectindo a tendência para que, mulheres com maior inclinação para perceber acontecimentos como potencialmente frustrantes e/ou injustos, com a consequente vivência intensa de sentimentos de raiva, utilizem mais o evitamento como forma de *coping*. A *Auto-distração* apresenta também uma relação muito significativa e forte com a *Expressão de Raiva para dentro* ($r=,471$; $p\leq ,01$), o que sugere claramente que quanto maior a interiorização dos sentimentos de raiva, quer sob a forma de repressão quer dirigidos ao *self*, maior o recurso à *Auto-distração* por parte das mulheres do grupo experimental. Por último, a estratégia de *Utilização de Suporte Instrumental* ($r=,448$; $p\leq ,05$) está significativamente relacionada com o *Estado de Raiva*, o que faz acreditar que muitas das mulheres que sentem maior intensidade de sentimentos de raiva tendam mais frequentemente a procurar infoenação ou apoio junto de terceiros para os seus problemas.

Contrariamente às correlações positivas expostas até aqui, algumas das estratégias de *coping*, reconhecidamente mais adaptativas, mostram correlações negativas com as escalas do STAXI, nomeadamente, o *Coping Activo* que apresenta uma correlação muito significativa e de magnitude elevada com a escala *Expressão da*

Raiva para dentro ($r = -.544$; $p \leq .01$). Deste modo, é possível afirmar que as mulheres com cancro da mama que mais utilizam um Coping Activo se caracterizam por uma menor repressão dos sentimentos de raiva e com menor probabilidade de se sentirem culpabilizadas ou deprimidas.

Tanto a Reinterpretação Positiva ($r = -.407$; $p \leq .05$) como o Humor ($r = -.393$; $p \leq .05$) parecem estar moderada e negativamente relacionadas com a escala Estado de Raiva, o que reforça a noção de que nestas mulheres a maior utilização destas estratégias positivas se relaciona com uma menor intensidade dos sentimentos de raiva.

Os resultados das associações entre a *Adaptação* e a *Vulnerabilidade ao stress* (cf. Quadro 31), nas suas componentes psicológica e fisiológica parecem algo discrepantes, na medida em que as associações entre estes dois constructos ao nível da reactividade fisiológica e das medidas de *distress* (IGS e TD) são praticamente inexistentes, verificando-se antes associações sobretudo ao nível das estratégias de *coping*.

As medidas de *distress* que compõem a variável *Adaptação à doença*, apresentam apenas associações com o QVS, que são de algum modo esperadas na medida em que a construção dos instrumentos que as aferem partilharam de constructos comuns. O *Índice Geral de Sintomas* mostra assim, uma correlação positiva e moderadamente forte com o QVS ($r = .455$; $p \leq .05$) e o *Termómetro do Distress* distingue-se apenas por ser mais significativa e de magnitude mais elevada ($r = .601$; $p \leq .01$), resultados bastante consensuais que indiciam que mulheres com maior vulnerabilidade ao *stress* experienciam maior *distress* na fase da doença em que se encontram, e como tal pior adaptação à doença.

O QVS apresenta ainda uma correlação positiva e forte com a estratégia de *Negação* ($r = .634$; $p \leq .01$), ilustrando que mulheres mais vulneráveis ao *stress* também utilizam mais frequentemente formas de *coping* que têm de ver com a rejeição da realidade do diagnóstico de cancro da mama.

Relativamente às correlações entre o Brief-COPE e a reactividade fisiológica ao stress, estas são na sua maioria negativas e moderadas a fortes. A estratégia de *coping* que apresenta mais correlações com indicadores psicofisiológicos é o *Desinvestimento Comportamental*, nomeadamente, associações positivas com o SRR_B ($r = .407$; $p \leq .05$), SRR_1 ($r = .407$; $p \leq .05$), SRR_2 ($r = .422$, $p \leq .05$) e Cortisol 16pm ($r = .400$; $p \leq .05$) e associações negativas com o Sr_1 ($r = -.416$, $p \leq .05$), Sr_2 ($r = -.589$, $p \leq .01$), Sr_3 ($r = -.392$; $p \leq .05$). A maior utilização de *Desinvestimento Comportamental* parece estar relacionada, por um lado, com maior reactividade ao

nível da frequência média de respostas galvânicas (SRR) na *Baseline* e nos momentos 1 (Tarefa aritmética) e 2 (história clínica) e ao nível do cortisol salivar recolhido às 16 horas da tarde, e por outro, a um menor tempo de recuperação médio da resposta galvânica da pele (Sr) nos momentos 1, 2 e 3 (acontecimentos de vida). Estes resultados mostram uma dissociação entre uma estratégia de *coping* que remete para algum afastamento ou desistência em face de um *stressor* e uma reactividade aumentada e menos flexível, quando avaliada pela actividade eletrodérmica.

Quadro 31

Vulnerabilidade ao Stress	Grupo Experimental															
	IGS	TD	AD	CA	N	US	SE	SI	DC	ES	RP	PL	H	A	R	AC
QVS Total	,455*	,601**	,256	-,287	,634**	,104	,005	-,017	,133	,271	-,394	-,156	-,181	-,565	,137	,343
SCL_ BASELINE	-,019	,266	-,102	-,179	-,018	,290	-,328	-,349	,198	-,351	-,516**	-,142	-,043	-,158	-,402*	-,237
SCL_ 1	,045	,324	,011	-,233	,062	,280	-,134	-,256	,224	-,203	-,538**	-,110	-,083	-,198	-,377	-,117
SCL_ 2	-,022	,338	-,085	-,206	,040	,250	-,186	-,263	,170	-,232	-,562**	-,140	-,086	-,188	-,408	-,184
SCL_ 3	-,090	,175	-,102	-,221	-,045	,404*	-,406*	-,426*	,112	-,339	-,505**	-,141	-,057	-,252	-,407*	-,122
SRA_ BASELINE	,178	,160	-,083	-,262	,011	,244	-,067	-,150	,323	-,244	-,270	-,153	-,199	-,099	-,228	-,288
SRA_ 1	-,006	,155	-,063	-,134	-,049	,126	,080	-,053	,223	-,098	-,241	,124	-,092	-,037	-,227	-,124
SRA_ 2	,094	-,143	-,165	-,146	,048	,324	-,227	-,043	-,057	-,072	-,384*	-,163	-,253	-,382*	-,078	-,022
SRA_ 3	,104	-,135	-,219	-,311	,190	,339	-,275	-,202	-,005	,005	-,286	-,250	-,296	-,607**	-,141	-,047
SRR_ BASELINE	,214	,228	,218	-,237	,168	,184	,032	-,395*	,407*	-,268	-,226	-,021	-,100	-,114	-,101	-,057
SRR_ 1	,028	,201	,214	-,345	,164	,294	,086	-,286	,407*	-,338	-,208	-,181	,114	-,059	-,191	-,279
SRR_ 2	,112	-,117	-,131	-,169	,188	-,115	-,196	-,140	,422*	-,261	,001	-,007	-,034	-,178	,059	-,073
SRR_ 3	,119	-,105	,055	-,175	,341	,143	-,355	-,437*	,279	-,120	-,266	-,213	-,039	-,478**	-,137	,051
Sr_ BASELINE	,093	-,149	-,304	,033	-,181	-,106	,063	,296	-,250	,014	,204	-,072	,053	,039	,099	-,026
Sr_ 1	,305	,134	-,286	,404*	-,299	-,249	-,036	,318	-,416*	,344	,123	,314	,114	,090	,136	,258
Sr_ 2	,309	,132	-,257	,013	-,290	,093	-,227	,189	-,589**	,132	,110	-,113	-,091	,012	,101	,028
Sr_ 3	,326	,156	-,338	,081	-,178	-,183	,226	,533**	-,392*	,226	,229	,140	-,071	,087	,264	,058
HR_ BASELINE	-,127	-,006	-,035	,058	-,071	,130	-,170	-,248	,175	-,053	-,246	-,057	,124	-,091	-,177	-,009
HR_ 1	-,159	,086	-,043	,186	-,166	,148	-,061	-,168	,189	-,103	-,206	-,010	,169	,130	-,233	-,136
HR_ 2	-,122	,144	,044	,165	-,145	,159	-,089	-,207	,277	-,081	-,251	-,010	,148	,114	-,234	-,134
HR_ 3	-,147	,127	,031	,143	-,112	,170	-,099	-,254	,214	-,114	-,254	-,004	,151	,098	-,262	-,134
RF_ BASELINE	-,178	,011	-,037	-,036	-,144	,082	-,138	-,383*	,195	-,169	,315	,019	,090	-,020	-,022	,003
RF_ 1	,046	,217	,188	,102	,040	,108	,097	-,160	,223	,025	,344	,135	,059	,127	,034	,084
RF_ 2	-,057	,178	,071	-,027	-,090	,110	-,023	-,347	,283	-,132	,267	,080	,158	,089	-,133	-,041
RF_ 3	-,209	-,026	,011	-,009	-,078	,110	-,140	-,328	,217	-,094	,238	-,031	,112	-,045	-,053	,033
Cortisol (Acordar)	,108	,065	-,036	-,241	-,176	,326	-,054	,195	-,085	,030	-,138	-,193	-,378	-,106	,112	-,113
Cortisol (+ 1h)	,226	,072	,391*	-,275	,141	,295	,105	,005	,143	,266	-,134	,127	,126	-,019	,142	,269
Cortisol 12h	,119	-,003	-,107	,100	,191	-,005	-,009	-,201	,371	-,039	-,048	,065	,065	-,282	-,013	,164
Cortisol 16h	-,223	-,299	-,123	,163	,081	-,257	,068	-,185	,400*	,046	,258	,319	,405*	-,128	,050	,178
Cortisol 20h	,040	,102	-,156	-,142	,111	,267	-,209	-,300	-,043	-,253	,055	-,217	-,184	-,383*	-,123	-,147

* A correlação é significativa a $p < ,05$ (95% confiança); ** A correlação é significativa a $p < ,01$ (99% confiança)

IGS - Índice Geral de Sintomas; TD - Termómetro do *Distress*; AD - Auto- distração; CA - coping Activo; N - Negação; US - Uso de Substâncias; SE - Utilização de Suporte Emocional ; SI- Utilização de Suporte Instrumental; DC - Desinvestimento Comportamental; ES - Expressão Emocional; RP - Reinterpretação Positiva; PL - Planear; H - Humor; A - Aceitação; R - Religião; AC - Auto-Culpabilização

As outras estratégias com maior número de associações com a reactividade fisiológica prendem-se com a *Utilização de Suporte Instrumental e Reinterpretação Positiva*. A primeira correlaciona-se com o SCL_3 ($r=-,426$; $p\leq ,05$), com o SRR_B ($r=-,395$; $p\leq ,05$) e SRR_3 ($r=-,437$; $p\leq ,05$), a Sr_3 ($r=-,533$; $p\leq ,01$), e RF_Baseline ($r=-,383$) ilustrando que as participantes que mais procuram informação e ajuda para as suas dificuldades apresentam menor reactividade respiratória e electodérmica e consequentemente maior tempo médio de recuperação das respostas galvânicas, em particular no momento 3, relativo à descrição de acontecimentos de vida significativos.

Por sua vez, a estratégia de *Reinterpretação Positiva* tem correlações fortes e negativas, estatisticamente muito significativas, com o SCL_B ($r=-,516$; $p\leq ,01$), SCL_1 ($r=-,538$; $p\leq ,01$), SCL_2 ($r=-,562$; $p\leq ,01$) e SCL_3 ($r=-,505$; $p\leq ,01$), e uma associação significativa com o SRA_2 ($r=-,384$; $p\leq ,05$), o que demonstra uma relação clara entre a capacidade de perspectivar a doença de forma positiva, elaborando possíveis ganhos, e uma menor reactividade fisiológica ao *stress* do ponto de vista dos níveis de resistência galvânica em todos os momentos da entrevista clínica e da amplitude média da resposta no momento relativo à história clínica.

A *Aceitação* tem algumas correlações negativas com a reactividade fisiológica, sobretudo ao nível da Amplitude Média das respostas galvânicas da pele (SRA) nos momentos relativo à *história clínica* ($r=-,382$; $p\leq ,05$) e à *história de acontecimentos negativos* ($r=-,607$; $p\leq ,01$). Para este último momento verificou-se ainda uma associação negativa muito significativa com o SRR ($r=-,478$; $p\leq ,01$) e ao nível do cortisol, uma associação igualmente negativa com o cortisol recolhido às 20h00m. Estes resultados parecem assim dar conta que quanto maior a aceitação pelas participantes de que o diagnóstico de cancro da mama é real menor a reactividade aferida por parâmetros psicofisiológicos, especialmente em momentos expectavelmente activadores da entrevista.

Também a *Religião*, enquanto estratégia tendencialmente positiva, mostra associar-se de forma negativa e estatisticamente significativa, com magnitude elevada com a reactividade fisiológica ao nível do SCL_Baseline ($r=-,402$; $p\leq ,05$) e SCL_3 ($r=-,407$; $p\leq ,05$), evidenciando que a reactividade é menor em termos do nível médio de respostas galvânicas na *Baseline* e Momento 1, quanto maior a participação das mulheres em actividades de cariz religioso enquanto estratégia de *coping*.

Por último, descrevem-se outras correlações avulsas entre a *Adaptação* na sua dimensão de *coping* e a *vulnerabilidade ao stress* na dimensão da reactividade fisiológica ao nível do SNA e eixo HPA. Relativamente às estratégias reconhecidamente menos positivas verificam-se associações positivas, moderadas a fortes. Neste sentido, a *Auto-distracção* mostra uma correlação positiva e moderada

com o cortisol recolhido 1 hora após o acordar ($r = ,391$; $p \leq ,05$) e a *utilização de Substâncias* associa-se com o SCL_3 ($r = ,404$; $p \leq ,05$), sugerindo uma maior reactividade para estes parâmetros em mulheres que mais utilizam estratégias de desinvestimento mental ou distração e negação da existência do *stressor*. O *Coping Activo*, enquanto estratégia reconhecidamente mais positiva também mostra associações desta natureza com o Sr_1 ($r = ,404$; $p \leq ,05$) dando conta de uma maior rapidez de recuperação dos níveis basais de respostas galvânicas da pele, no momento relativo à tarefa de aritmética, em mulheres que tendencialmente preferem agir no sentido de resolver ou mitigar o *stressor*. Contrariamente, a *Utilização de Suporte Emocional*, revela uma associação negativa forte com o SCL_3 ($r = -,406$; $p \leq ,05$), revelando que as mulheres que se esforçam por procurar a empatia e apoio emocional dos outros manifestam menores níveis de reactividade em termos dos valores médios de resposta galvânica, no momento relativo à descrição dos acontecimentos de vida negativos.

Em jeito de conclusão, é possível observar, grosso modo, a confirmação da hipótese que motivou a análise, cujos resultados foram aqui descritos, no sentido em que se verifica pior adaptação à doença em mulheres cujo estilo de vinculação é mais inseguro e as estratégias de regulação pautadas por maior intensidade e repressão de afectos negativos bem como uma maior reactividade fisiológica, remetendo-se, no entanto, a discussão particular dos mesmos para o capítulo VI.

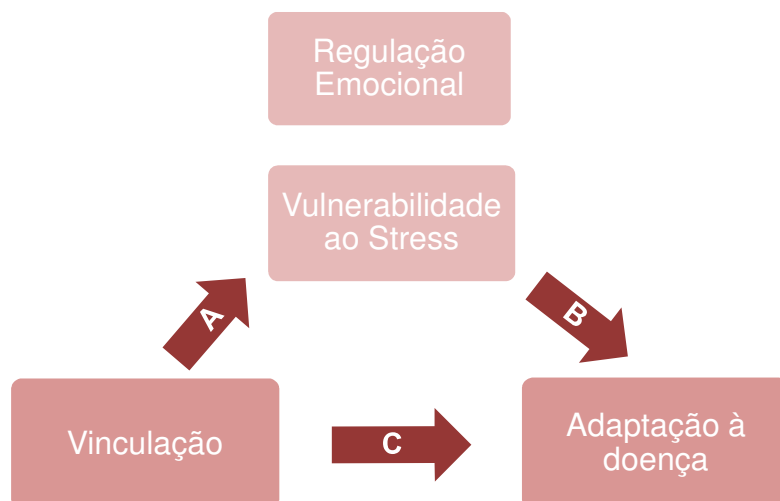
3. Modelo de Resposta a *stressors*

H5: *Numa aproximação ao modelo de Maunder e Hunter (2001), espera-se que a vinculação, condicionando a regulação emocional e vulnerabilidade ao stress, possa predizer a adaptação à doença.*

Esta hipótese prevê que a *Vinculação* possa determinar a *Adaptação à Doença* por intermédio de duas variáveis mediadoras, nomeadamente a *Regulação Emocional* e a *Vulnerabilidade ao Stress*. Para testar esta hipótese recorreu-se à Análise de Mediação tal como proposta por Baron & Kenny (1986). Estes autores descrevem que o efeito da mediação ocorre na medida em que a variável mediadora é responsável pelo efeito da variável preditora na variável dependente. De forma a clarificar os modelos de mediação implicados nesta hipótese apresenta-se um diagrama (Figura 6) que permite observar as relações causais entre duas vias sobre a variável dependente, por um lado a via C, que ilustra a relação directa entre a

Vinculação e a *Adaptação à doença*, por outro a via B relativa ao impacto das variáveis mediadoras *Regulação Emocional* e *Vulnerabilidade ao Stress* sobre a *Adaptação à doença*.

Figura 6: Diagrama das vias dos Modelos de Mediação



Para que uma variável possa funcionar como mediador têm de se verificar as seguintes condições: (a) as variações dos níveis da variável independente dão, significativamente, conta das variações na variável mediadora (via A), (b) as variações da variável mediadora dão, significativamente, conta das variações da variável dependente (Via B), e (c) quando as vias A e B são controladas, a relação previamente significativa entre as variáveis independente e dependente deixa de ser importante, sendo que a mediação é tanto mais forte quanto a via C se aproxima de zero. Estes autores referem ainda que, em relação à última condição, quando a via C é reduzida a zero, temos fortes evidências de um mediador dominante.

Segundo Baron & Cohen (1986) a análise de variáveis mediadoras pode fazer-se por recurso a regressões lineares simples, que avaliam a significância das relações expressas nas alíneas (a) a (c) (Maroco, 2007), estimando-se as seguintes três equações de regressão: (1) regredindo o mediador sobre a variável independente, (2) regredindo a variável dependente sobre a variável independente, e (3) regredindo a variável dependente tanto sobre a variável independente como sobre o mediador.

Para testar o modelo de medição entre os constructos enunciados partimos da análise de correlações realizada nas secções anteriores, nomeadamente entre a *Vinculação* (v.i.) e as variáveis mediadoras *Regulação Emocional* e *Vulnerabilidade ao*

Stress, utilizando-se nos respectivos modelos de mediação as variáveis que mostraram correlacionar-se mais significativamente entre si.

No modelo mediado pela *Vulnerabilidade ao Stress* a única variável que apresentou correlações com as dimensões da *Escala de Vinculação do Adulto* (EVA) foi o *Questionário de Vulnerabilidade ao Stress* (QVS). Note-se que das dimensões da EVA, a *Ansiedade* foi a dimensão que mais fortemente se correlacionou com as variáveis aqui em estudo.

Neste sentido, também no modelo mediado pela *Regulação Emocional* as variáveis analisadas prendem-se com as que mais fortemente se correlacionaram com a dimensão *Ansiedade*, considerando-se por esta razão a *Expressão da Raiva* como variável mediadora.

De seguida apresentam-se os resultados dos testes de análise de mediação para cada um dos modelos de mediação hipotetizados.

Modelo mediado pela Regulação Emocional

Quadro 32

	R ajustado	β Estandarizado	t	p
1º Passo: A				
Variável dependente: Expressão da Raiva	,278			
Variável Preditora: Ansiedade		,551	3,491	,002**
2º Passo: C				
Variável dependente: IGS	,184			
Variável Preditora: Ansiedade		,461	2,747	,010**
3º Passo: B e C				
Variável dependente: IGS	,154			
Variável mediadora: Expressão da Raiva		,455	2,222	,035*
Variável Preditora: Ansiedade		,011	,054	,958 n.s.

Os resultados desta análise de mediação mostram que o valor estandardizado do coeficiente de regressão associado à *Expressão da Raiva* (via a) é significativo ($\beta = ,551$, $p \leq ,01$) cumprindo-se assim o primeiro requisito para a mediação. O coeficiente de regressão associado ao *Índice Geral de Sintomas* (via c) também se mostra significativo ($\beta = ,461$, $p \leq ,01$) ficando assim cumprida a segunda exigência do modelo de mediação. Para se testar se a *Expressão da Raiva* está relacionada com o IGS, realizou-se uma equação de regressão na qual a *Ansiedade* e a *Expressão da Raiva* entram simultaneamente como preditores do IGS. O valor do coeficiente de

regressão associado à *Expressão da Raiva* e IGS também se mostra significativo (via B) ($\beta = ,455$; $p \leq ,05$), estando cumprido o terceiro requisito. A mesma equação de regressão mostra que o coeficiente de regressão associado à *Ansiedade* e ao IGS (via C) deixou de ser significativo ($\beta = ,011$; n.s.) evidenciando que a *Expressão da Raiva* é um mediador parcial da relação entre a *Ansiedade* e o IGS. No entanto, não podemos afirmar que é um mediador completo, uma vez que o coeficiente estandardizado da *Ansiedade* e do IGS não foi reduzido a zero.

O modelo aqui testado evidencia a importância da expressão emocional da raiva na capacidade da vinculação predizer a adaptação à doença e, eventualmente não sendo o único mediador capaz de explicar esta relação, é seguramente um valioso contributo para ela.

Modelo mediado pela Vulnerabilidade ao Stress

Quadro 33

	R ajustado	β Estandarizado	t	p
1º Passo: A				
Variável dependente: QVS	,286			
Variável Preditora: Ansiedade		,558	3,555	,001**
2º Passo: C				
Variável dependente: IGS	,184			
Variável Preditora: Ansiedade		,461	2,747	,010**
3º Passo: B e C				
Variável dependente: IGS	,215			
Variável mediadora: QVS		,288	1,452	,158 n.s.
Variável Preditora: Ansiedade		,300	1,515	,141 n.s.

A análise deste modelo de mediação obedeceu ao mesmo procedimento utilizado anteriormente e os resultados parecem mostrar que se confirmam as duas primeiras exigências do teste, nomeadamente que, a equação de regressão (via A) entre a variável preditora *Ansiedade* e a variável mediadora QVS é significativa ($\beta = ,558$; $p \leq ,01$) tal como a equação de regressão entre a variável *Ansiedade* e a variável dependente IGS ($\beta = ,461$; $p \leq ,01$).

Ao analisar o terceiro requisito do modelo de mediação verifica-se que o coeficiente de regressão associado ao QVS e IGS não é significativo ($\beta = ,288$; $p \leq ,01$) bem como o coeficiente de regressão associado à *Ansiedade* e IGS ($\beta = ,300$; $p \leq ,01$), pelo que não se confirma a hipótese de mediação da *vulnerabilidade ao stress*. A este

respeito constata-se que, apesar da vulnerabilidade estar associada à vinculação e à adaptação à doença, ela não constitui por si só uma variável mediadora entre estas duas variáveis.

Em conclusão, pode apenas afirmar-se que a hipótese que orientou esta análise parece confirmar-se parcialmente, uma vez que a *Vinculação*, condicionando a *Expressão da Raiva*, parece predizer a *Adaptação à Doença*. Neste sentido, a *Expressão da Raiva* pode eventualmente constituir-se como um *proxy* da capacidade da Regulação Emocional *latu sensu* para mediar a relação entre a vinculação e a Adaptação à doença, tal como proposto por Maunder & Hunter (2001).

CAPÍTULO VI | DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

1. Discussão dos Resultados

A presente dissertação resultou do interesse em integrar áreas de investigação muito diversas que comungam do paradigma da Vinculação como perspectiva estruturante do desenvolvimento psicobiológico, e que, quando articuladas, parecem resultar num modelo explicativo da vulnerabilidade psicossomática. Neste sentido, foi objectivo desta investigação contribuir para um modelo tentativo de integração teórica, explorando as relações entre o estilo de vinculação, a reactividade a *stressors* e a adaptação psicossocial de mulheres ao cancro da mama.

O último capítulo da presente dissertação incidirá sobre a discussão dos resultados, decorrentes do tratamento estatístico aplicado aos dados segundo as hipóteses de investigação formuladas à luz dos paradigmas teóricos que as fundamentaram, e que foram já preliminarmente comentados ao longo do Capítulo V. Procurar-se-à simultaneamente encontrar suporte teórico explicativo para os resultados encontrados e perceber do seu potencial de verificação empírica do respectivo referencial teórico.

Apresentar-se-ão por fim as conclusões gerais do trabalho que versarão ainda sobre as limitações passíveis de serem apontadas ao estudo, particularmente em aspectos relativos à metodologia adoptada, e que impõem cautela à extracção de conclusões e generalizações, eventualmente constituindo-se como aspectos a burilar em futuros estudos.

1.1. Caracterização das Amostras

1.1.1 Sobre aspectos socio-demográficos e clínicos

Da abordagem descritiva quanto às características socio-demográficas das participantes do grupo experimental e de controlo emergem características diferenciadoras dos grupos que merecem particular atenção pelo potencial impacto que têm nas variáveis em estudo. Neste sentido, os grupos parecem divergir quanto às habilitações literárias e idade, sendo que o grupo de controlo se caracteriza por maior diferenciação educacional e menor idade do que o grupo experimental, o que pode explicar, em parte, um menor acesso a profissões mais qualificadas.

Esta interpretação parece ainda apoiar uma impressão que os dados relativos à *Idade da Primeira Gravidez*, *Número de Gravidezes*, e *Agregado Familiar* sugerem, e que remete para uma maior motivação para investir no domínio familiar por parte do grupo experimental. Segundo Weisman et. al. (1980, citado por Zabora et al, 2001), os aspectos socio-demográficos que se prendem com o suporte social (e.g. *Estado Civil* e *Agregado Familiar*) e com o nível socio-económico (e.g. *Habilitações* e *Profissão*) são factores determinantes para a qualidade da adaptação à doença por influenciarem as estratégias de *coping*. Este aspecto parece de suma importância na medida em que, tratando-se mulheres cuja média de idades ronda os 43 anos e, que são na sua maioria casadas e com filhos, as suas estratégias de *coping* e consequente adaptação poderão ser influenciadas por maior suporte social e maior necessidade de apoio e protecção à família, o que, sendo um factor de melhor prognóstico pode também dificultar o processo adaptativo.

Outro aspecto que se mostrou distinto nas amostras estudadas relaciona-se com os comportamentos de saúde e em particular com a realização de *Check-Up*, variável para a qual o grupo experimental parece ser mais demitido. Tendo em conta o nível de qualificação profissional e diferenciação educacional dos grupos poder-se-á questionar se as diferenças encontradas em termos de comportamentos de saúde não traduzem uma acessibilidade diferente quanto à vigilância médica e aos comportamentos preventivos, por um lado, e quanto à direcção dos investimentos pessoais que fazem, por outro. É possível que a sua menor percepção de vulnerabilidade (para a doença) e a dedicação à vida familiar possam coarctar alguns cuidados relativos às necessidades pessoais. A este respeito, contudo, percebe-se uma dissociação com a toma de *Medicação na actualidade*, uma vez que as mulheres do grupo experimental revelam estar mais medicadas que as mulheres do grupo de controlo e para condições que nada têm que ver com o diagnóstico do cancro de mama, revelando mais comorbilidades.

É curioso observar que, apesar de uma maior vulnerabilidade somática que a variável anterior deixa antever, os grupos não se revelam diferentes para a variável *Acontecimentos de Vida Negativos* no último ano, sendo até mais frequente negarem a ocorrência dos mesmos.

1.1.2. Sobre a qualidade da Vinculação das participantes

A intenção de classificar as participantes de ambos os grupos pelos quatro estilos de vinculação defendidos por Bartholomew e Horowitz (1991) e de os relacionar com as restantes variáveis em estudo foi dificultada dada a distribuição da maioria das participantes pelo estilo de vinculação *seguro*, não permitindo comparações entre estilos para as variáveis estudadas. Por esta razão, adoptou-se uma abordagem dimensional que permitiu caracterizar a amostra de acordo com os factores que mais determinam a qualidade da vinculação (Collins & Read, 1998 citado por Canavarro, 1999), e ainda correlacionar a qualidade da vinculação com as variáveis que constituem os constructos centrais do estudo.

A adopção desta perspectiva evidenciou a mesma homogeneidade entre grupos para para vinculações seguras, confirmando uma maior preponderância do grupo de controlo, tal como a perspectiva categorial havia sugerido. Destaca-se apenas a existência de diferenças significativas ao nível da dimensão *Conforto com a Proximidade*, na qual o grupo experimental mostra ter valores significativamente superiores. Tal como preconizava Bowlby (1982), esta dimensão parece ser claramente um indicador da capacidade inata para procurar a proximidade dos outros como forma de garantir o bem-estar e que pode ser mais ou menos activada, dependendo da percepção de ameaça ou perigo, traduzindo a história de interacções bem sucedidas de procura dos outros para obter conforto. Em face do diagnóstico de uma patologia crónica e grave como o cancro da mama, parece assim adaptativo activar o sistema de vinculação, em particular comportamentos de procura dos outros para obtenção de apoio (Cicero et al, 2009)

Não sendo passível de extrapolação, a distribuição das participantes segundo a perspectiva categorial permitiu ainda observar que, para além do predomínio da vinculação de tipo seguro, o grupo experimental é caracterizado por um número apreciável de participantes com vinculação do tipo *Amedrontado*, que se consubstancia num maior nível de *Ansiedade* e numa baixa *Confiança nos Outros* e baixo *Conforto com a Proximidade*. As participantes com este tipo de vinculação podem mostrar-se receosas da intimidade e evitantes dos confrontos sociais, possivelmente refletindo uma história de interacções inconsistentes com figuras de vinculação pouco sensíveis e responsivas e o subsequente desenvolvimento de uma visão negativa do *self*. Estas considerações mostram-se particularmente relevantes por condicionarem, expectavelmente, a selecção de estratégias de *coping* (Mikunlicer & Florian, 1998; Ognibene & Collins, 1998)

Não sendo os resultados da Vinculação suficientemente discriminativos dos grupos com e sem cancro da mama, a centralidade deste constructo no presente trabalho prende-se sobretudo com a caracterização dos grupos quanto a aspectos da vulnerabilidade ao stress e regulação emocional e a consequente adaptação a situações de *stress*. Neste sentido, não foi objectivo deste trabalho encontrar um estilo de vinculação típico da população com cancro da mama mas relacionar os estilos que a caracterizam com a adaptação à doença, nos vários aspectos em estudo, permitindo vislumbrar factores de melhor e pior prognóstico, uma vez que o objectivo central é perspectivar a vulnerabilidade psicossomática partindo do desenvolvimento psicobiológico marcado pelas relações precoces.

1.1.3. Sobre a Regulação Emocional

A avaliação da capacidade de regulação emocional das participantes do estudo partiu da avaliação das estratégias de regulação emocional utilizadas preferencialmente aquando da experiência de sentimentos de raiva, pelo seu potencial ilustrativo das estratégias de regulação emocional *lato sensu*, utilizadas com as demais emoções. Os resultados evidenciam diferenças pouco significativas entre os dois grupos, que parecem refletir uma estratégia harmoniosa entre o controlo e a expressão da raiva e, aparentando esta ser relativamente equilibrada, observa-se, contudo, uma maior repressão de sentimentos do que a sua agência para o exterior. A regulação emocional da raiva parece assim sugerir, em particular para o grupo de controlo, uma maior tendência para a sua repressão. Se na dimensão da Expressão da Raiva o grupo de controlo apresenta resultados superiores, na dimensão da Experiência de Raiva, que abrange aspectos como a intensidade, frequência e contexto em que surgem estes sentimentos, as mulheres do GE parecem evidenciar-se. De salientar que esta leitura se baseia numa tendência dos resultados mas não atinge significância estatística.

Quando se avaliam os aspectos disposicionais ou transitórios dos sentimentos da raiva em ambas as amostras fica presente uma tendência para uma maior prevalência das características de *Traço de Raiva*, desta forma revelando uma inclinação para perceber as situações como injustas ou frustrantes, que se faz acompanhar de alguma intensidade dos sentimentos de raiva vivenciados nessas situações. Os resultados ligeiramente superiores na escala *Reacção de Raiva* comparativamente com o *Temperamento de Raiva* parecem dar conta de que as diferenças individuais nas reacções de raiva estão relacionadas com situações que

envolvem frustração, avaliações negativas, críticas ou tratamento injusto e que, sendo contextualizadas e justificadas, é possível que possam ser menos vulnerabilizantes.

É curioso constatar que perante um momento de crise pessoal como a que o diagnóstico de cancro de mama possivelmente representa, o grupo experimental não apresente resultados significativamente mais elevados, especialmente no *Estado de Raiva* e *Expressão da Raiva*. Uma interpretação possível parece remeter para o conceito de Padrão de Comportamento de tipo C (Morris & Greer, 1980; Temoshok & Heller, 1981, citados por Tacón, 2002) identificado em pacientes com cancro, que se caracterizam por serem agradáveis, cooperantes, calmos e submissos, geralmente reprimindo a expressão de emoções negativas e negando as suas necessidades pessoais, e que pôde ser subjectivamente identificado em muitas das pacientes avaliadas pela investigadora. A sobre-adaptação que estes resultados parecem implicar sugere ainda um funcionamento mais instrumental, orientado para a resolução de problemas e, sendo a raiva uma emoção potenciamente activadora e desorganizadora, pode ser para estas mulheres menos adaptativa, precisamente por dificultar o seu funcionamento habitual e a necessária confrontação do problema. Note-se que a maioria das mulheres do grupo experimental são mães e parecem estar muito orientadas para a gestão da vida familiar, sendo várias as mulheres que verbalizam receios de que o cancro da mama as impeça de cuidar dos filhos. Neste sentido, aquela que pode ter sido uma característica de funcionamento que as vulnerabilizou ao longo do seu percurso prévio à doença, poderá constituir-se agora como um factor de pior prognóstico, ainda que estas interpretações não possam ser validadas pelos resultados aqui discutidos.

1.1.4. Sobre Vulnerabilidade ao stress

Os aspectos da vulnerabilidade ao *stress* foram avaliados por um conjunto de instrumentos que visaram, por um lado, caracterizar a percepção de vulnerabilidade para o stress (QVS) e o nível de *distress* (TD e BSI) vivenciado no momento da recolha de dados. Por outro, a metodologia utilizada visou a caracterização da reactividade fisiológica, quer na sua componente neuroendócrina, através do cortisol salivar como correlato do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal, quer na componente autonómica através de medidas que aferem a activação do ramo simpático e parassimpático (Actividade Electrodérmica, Frequência Respiratória e Batimento Cardíaco).

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos revelou que nenhuma das amostras avaliadas apresentava sintomas clínicos sugestivos de algum tipo de psicopatologia, ficando abaixo dos valores encontrados na população portuguesa quanto ao *Índice Geral de Sintomas*. A comparação entre grupos mostrou que os grupos são bastante homogéneos e que apresentam baixos níveis de *distress*, sugerindo apenas uma menor reactividade do grupo experimental face a *stressors*, dado o valor mais baixo do IGS.

É no entanto, ao nível das dimensões *Sensibilidade Interpessoal* e *Ideação Paranóide* que se encontram diferenças significativas, parecendo estar sobretudo elevadas no GC, mas dado o valor baixo não parecem remeter para um funcionamento psicológico particular. No grupo experimental são a *Ansiedade*, a *Obsessivo-Compulsiva* e as *Escalas Adicionais*, as dimensões mais pregnantes sem que atinjam níveis indicadores de psicopatologia. Estas constelações remetem para um quadro global de apreensão, nervosismo, manifestações somáticas de ansiedade e ruminações intrusivas, que podem perturbar o funcionamento habitual (e.g. sono, apetite, concentração), e que parecem estar contextualizadas, tendo em conta o diagnóstico recente de cancro da mama.

O *Termómetro do Distress* enquanto medida de rápida e fácil aplicação, especialmente desenvolvida para a população clínica aqui em estudo, permitiu corroborar os níveis de *distress* específicos, que se mostram significativamente superiores ao valor crítico no grupo de pacientes com cancro da mama, revelando assim que este grupo, apesar das características que vêm sendo avançadas, mostra sentir maior nível de *distress* que o grupo de controlo, reportando vivenciar mais problemas, em especial maior tristeza.

De forma genérica os resultados dos instrumentos psicológicos até aqui referidos apontam para uma vivência do diagnóstico marcada por uma adequada modulação do humor e baixos níveis de zanga e depressão, passíveis de encontrar em fases iniciais da doença (Epping-Jordan et al, 1999), reforçando as considerações feitas na secção anterior a respeito de uma eventual sobre-adaptação por parte deste grupo.

Relativamente à percepção de recursos para enfrentar as exigências de eventuais situações de *stress*, os grupos mostram-se mais uma vez homogéneos entre si, com níveis globais de vulnerabilidade ao *stress* inferiores aos que o autor Vaz Serra (2000) encontrou nos estudos de validação do QVS. Contudo, é o GC que apresenta uma maior vulnerabilidade ao *stress*, o que vai de encontro a um maior nível de *distress* segundo dão conta aos resultados do Índice Geral de Sintomas do BSI. As diferenças verdadeiramente significativas entre grupos respeitam à escala *Inibição e*

Dependência Funcional, para a qual este grupo mostra resultados superiores, e que traduz a percepção de incapacidade para enfrentar autonomamente os problemas do dia-a-dia. Pelo contrário, as participantes do grupo experimental parecem caracterizar-se por uma maior independência e baixo evitamento dos problemas.

Por fim, importa referir que, tanto o GE como o GC, parecem dever a sua relativa vulnerabilidade ao *stress*, por um lado, a uma elevada necessidade de controlo das circunstâncias e, por outro, à percepção da necessidade de se submeter aos outros para manter o seu apoio. Talvez esta percepção de vulnerabilidade e dependência dos outros favoreça a repressão das emoções como estratégia de regulação emocional da raiva, que tendencialmente se verifica em ambos os grupos.

As diferenças entre grupos têm, contudo, que ver com o facto do grupo de controlo perceber maior dificuldade em gerir as adversidades, sobretudo ao nível financeiro, o que pode constituir-se como uma problemática que vulnerabiliza para um maior nível de *stress* e que parece fazer sentido à luz dos resultados do BSI, anteriormente abordados. O grupo experimental, por sua vez, evidencia uma experiência de emocionalidade excessiva e possivelmente menos autêntica das suas vulnerabilidades (*Dramatização da Existência*), e que, conjuntamente com as características anteriormente referidas, parecem alinhar-se aos traços de personalidade identificados por Temoshok para o Padrão de Comportamento de tipo C.

Por último, a reactividade fisiológica foi também avaliada com o objectivo de caracterizar e comparar os grupos quanto às componentes autonómica e neuroendócrina. Na componente autonómica constituída pelos indicadores de Actividade Electrodérmica (EDA), Frequência Respiratória e Batimento Cardíaco, apenas a primeira mostrou distinguir os grupos quanto à reactividade fisiológica avaliada no decurso da aplicação do questionário socio-demográfico e clínico.

Os parâmetros de resistência galvânica da pele (SCL e SRA) permitiram constatar diferenças significativas entre os grupos no decurso da entrevista. Por um lado, o *Nível Médio de Resistência Galvânica da Pele* (SCL) em todos os momentos da entrevista apresenta-se muito superior no grupo de controlo, tal como os resultados da Amplitude Média de Resposta Galvânica (SRA) para a *Baseline* e para o *Momento 1*, apontado assim para uma maior reactividade a *stressors* por parte deste grupo, sobretudo em fases iniciais da entrevista. Da análise de resultados fica ainda patente que o nível médio de resistência galvânica (SCL) das participantes comporta-se de forma idêntica no GE e GC, com um particular aumento na tarefa de aritmética e uma diminuição progressiva até ao fim da entrevista. Possivelmente esta medida é menos sensível às diferentes valências emocionais dos conteúdos abordados no decurso da

entrevista e, para além de evidenciar uma reactividade aumentada no GC, mostra ser sobretudo sensível ao factor novidade, uma vez que os níveis de SCL diminuem ao longo da entrevista. Dawson et al. (2007) na sua revisão sobre EDA descrevem-no como o índice mais utilizado para descrever o *arousal* (excitação, activação), salientando que o nível de condutância da pele é normalmente reduzido durante o sono e elevado aquando da vivência de estados tais como a raiva ou em tarefas de raciocínio mental, sendo igualmente sensível a estímulos novos e intensos.

Por outro lado, os resultados da *Amplitude Média de Resposta Galvânica* (SRA) e *Frequência de Eventos de Resposta Galvânica* (SRR) sugerem um aumento de reactividade fisiológica para os momentos relativos à *História Clínica* e *Acontecimentos Negativos* no grupo experimental face ao grupo de controlo e uma diminuição da flexibilidade fisiológica dado o aumento nos *Tempos Médios de Recuperação da Resposta Galvânica* (Sr) para os mesmos momentos. Não sendo significativos, não parecem de todo dispiciendos dadas as diferenças claramente observáveis entre os grupos e que não foram validadas estatisticamente pela óbvia dispersão de resultados na amostra experimental.

De uma forma sucinta parece ficar-se com a impressão de que, em fases iniciais da entrevista, as mulheres do grupo experimental demonstram um menor investimento emocional e/ou cognitivo e uma conseqüente menor activação fisiológica, que é facilmente contrariada aquando de questões que se prendem com a vivência do diagnóstico e com aspectos da sua história de vida, passando a manifestar uma reactividade fisiológica aumentada quando comparada com o grupo de controlo. Parece assim legítimo questionar se estas diferenças se prendem com o investimento emocional e cognitivo das participantes ou com a sensibilidade de alguns parâmetros electrodérmicos (SRA, SRR e Sr) para discriminar os grupos em função de variações na valência emocional dos conteúdos.

Do ponto de vista da componente neuroendócrina aferida através da recolha de cortisol salivar em 5 momentos ao longo do dia, os resultados não se mostraram suficientemente discriminativos das duas amostras, ficando evidente apenas que o grupo experimental mostra estar claramente mais reactivo *ao acordar e 1 hora depois do acordar* e que os níveis de cortisol vão decrescendo ao longo do dia, manifestando um ritmo circadiano semelhante ao descrito na literatura (Kudielka et al, 2012). Existem várias evidências da existência de um pico de cortisol que se inicia logo após o acordar até 60 minutos depois, e de que este seja o indicador mais robusto da actividade do eixo HPA dada a sua sensibilidade para o *stress* crónico (Wüst et al, 2000; Kudielka et al, 2012). A curva de resultados, que ilustra o ritmo circadiano para cada um dos grupos, permite constatar que o grupo de controlo

mantém o padrão descrito na literatura, embora pouco pronunciado, enquanto que o grupo experimental observa valores mais elevados ao acordar. De notar que os níveis de cortisol ao acordar e ao longo do dia são regulados diferentemente e associam-se a diferentes características psicossociais (O'Donnell et al, 2008), e talvez por esta razão se relacionam diferentemente a doenças físicas e mentais (Kudielka et al, 2012). Embora a amostra não permita confirmar em absoluto um nível de reactividade distinto, é visível uma maior reactividade de base nas mulheres com cancro da mama no período que corresponde ao *Cortisol Awakening Response* ou CAR, o que parece apoiar alguns dos estudos que revelam diferenças significativas nos índices de produção de cortisol quando comparam mulheres com cancro da mama e mulheres saudáveis (Vedhara et al, 2006),

Em jeito de síntese pode dizer-se que os dados da Actividade Electrodérmica e os resultados do cortisol salivar nas duas primeiras recolhas da manhã, atribuem maior reactividade fisiológica ao grupo experimental, corroborando os níveis de *distress* avaliados pelo TD. Estes resultados parecem reflectir uma dissociação entre os aspectos da narrativa (voluntária) e do comportamento psicobiológico (involuntário), que vem sendo discutida por vários investigadores para a população de mulheres com cancro da mama (McKenna et al., 1999). No entanto, a dimensão reduzida das amostras em estudo não permite generalizar com segurança um padrão de reactividade específico partir dos resultados observados já que os mesmos não atingem valor de significância estatística.

1.1.5. Sobre o coping e Adaptação

Os estilos de *coping* preferencialmente usados pelas participantes deste estudo foram avaliados com recurso ao Brief-COPE e esta medida, para além de caracterizar as amostras quanto a esta variável, permite ainda inferir acerca da qualidade de adaptação psicossocial das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Sendo uma das críticas frequentemente tecidas à conceptualização de *Coping* e *Adaptação*, na vasta literatura existente sobre o tema, também no presente trabalho não foi possível superar a utilização de um mesmo instrumento para finalidades distintas, se se considerar o *coping* como um fenómeno processual e a *Adaptação* como o seu resultado.

A análise aos resultados permitiu observar diferenças entre os dois grupos que parecem distinguir-se, grosso modo, pelo uso de estratégias positivas pelas mulheres do grupo experimental e estratégias negativas pelo grupo de controlo.

O perfil de *Coping* do grupo de controlo sugere que as participantes se sentem frequentemente responsáveis pelos acontecimentos problemáticos das suas vidas, optando, no entanto, pela desistência ou desinvestimento quanto a envidar esforços para a sua resolução. A leitura destas estratégias disposicionais para lidar com os reveses parece ser facilitada pelos resultados que outros instrumentos forneceram a respeito da vulnerabilidade ao *stress* e regulação emocional. Neste sentido, o *locus de controlo interno* e o *desinvestimento comportamental* que estes resultados ilustram, parecem coerentes, por um lado, com a necessidade de controlo e sensação de impotência e dependência avaliadas pelo QVS e, por outro, com estratégias de regulação emocional marcadas pela repressão de afectos negativos. O funcionamento psicológico destas mulheres, aparentemente, caracterizado por algum neuroticismo e depressão, parece fazer sentir-se nestes resultados.

O grupo experimental, por sua vez, revela resultados superiores aos do grupo de controlo em estilos de *coping* que a literatura vem considerando como mais positivos. Estas mulheres recém-diagnosticadas com cancro da mama mostram procurar mais facilmente o apoio emocional dos outros e a participação em actividades religiosas como forma de lidar com o *distress*. Apresentam-se ainda mais aceitantes da adversidade com que foram surpreendidas, parecendo assim ir de encontro às considerações feitas para este grupo quanto à qualidade das suas relações de vinculação, nomeadamente quanto ao conforto com a proximidade dos outros e quanto a uma eventual sobre-adaptação. Ainda que incipientes, alguns estudos recentes têm tentado relacionar a selecção das estratégias de *coping* com os esquemas de vinculação, e apontam para que experiências bem sucedidas com os objectos de vinculação promovam uma maior procura de suporte social (Cicero et al., 2009). Parece ainda provável que uma visão do *self* mais positiva, decorrente da qualidade das interacções com os outros significativos, possa facilitar o recurso a estratégias de *coping* mais positivas e confrontativas (Mikunlicer & Florian, 1998; Ognibene & Collins, 1998). Ainda que não tenham mostrado diferenças significativas, os resultados deste instrumento sugerem, justamente, uma tendência para a utilização de formas de *coping* mais activas e adequadas para a regulação das emoções negativas, como a *Reinterpretação Positiva*.

No cômputo, os resultados aqui discutidos sugerem uma maior resiliência por parte do grupo experimental pelo uso preferencial de estratégias que servem adequadamente o propósito de alívio de *distress* e manutenção de bem-estar permitem, e que por isso, inferir da qualidade do ajustamento das mulheres com cancro da mama. Confrontadas com uma problemática tão ameaçadora como o diagnóstico de uma doença grave, pode ser natural que estas mulheres se mobilizem

mais no sentido de garantir a sua sobrevivência e manter um nível de funcionamento adequado, ao contrário das mulheres no grupo de controlo que, provavelmente, contemplaram problemáticas de outra natureza aquando da resposta a este instrumento.

É ainda questionável se estes resultados, aparentemente positivos, não são reflexo da desejabilidade social que, alguns aspectos do seu funcionamento parecem dar conta, nomeadamente por revelarem uma elevada organização, numa fase em que o diagnóstico é tão recente e tão próximo o início dos tratamentos, indo mais uma vez ao encontro do que foi anteriormente hipotetizado para as mulheres do grupo experimental.

1.2. Relações entre as variáveis psicológicas e fisiológicas

1.2.1. Vinculação e a Regulação Emocional

Com a tentativa de relacionar a *Vinculação* com a *Regulação Emocional da Raiva* procurou-se fornecer evidências adicionais para as perspectivas desenvolvimentistas que entendem a vinculação como um modelo de auto-Regulação (Schore, 2000) e sustentar empiricamente algumas impressões que os resultados descritivos sugerem.

Neste sentido, com base na literatura que fundamentou esta dissertação, partiu-se da hipótese que defendia que as vinculações mais seguras se relacionam com estratégias de regulação pautadas por maior expressão dos afectos negativos. A análise de correlações efectuada entre estes dois construtos mostrou, contudo, que a qualidade da vinculação e a expressão emocional da raiva relacionam-se de forma inversa à inicialmente prevista, para as duas amostras avaliadas.

Para o grupo experimental os resultados colocam assim em evidência que quanto maior a ansiedade vivenciada nas relações amorosas e que, naturalmente, traduz receios de abandono e rejeição por parte das figuras de vinculação, maior a frequência com que estas mulheres expressam os seus sentimentos de raiva, especialmente dirigindo-os ao *self* ou reprimindo-os. Em sentido contrário, os resultados mostram ainda que, quanto maior o conforto em estar próximas e maior a confiança para depender delas quando necessário, menor é essa expressão, não sendo, contudo, significativos.

Os resultados para o grupo de controlo fazem sobressair algumas diferenças, nomeadamente, que as mulheres com vinculações, aparentemente, inseguras, caracterizadas por maiores receios de abandono ou rejeição, para além de expressam mais frequentemente os seus sentimentos de raiva, não sendo clara a direcção em que o fazem, tendem também a controlar menos a expressão da zanga.

Da análise global dos resultados fica evidente que a hipótese de partida foi refutada nos termos em que está formulada, permitindo antes concluir que, para as amostras avaliadas, as vinculações que apresentam menores níveis de ansiedade face ao objecto de vinculação, sendo tendencialmente mais seguras, apresentam menor repressão emocional no grupo experimental e um maior controlo da expressão emocional, no grupo de controlo, confirmando assim, parcialmente, os pressupostos que estiveram na base da sua formulação.

Na tentativa de interpretar os resultados obtidos considera-se a possibilidade das vinculações seguras avaliadas pela EVA se aproximarem antes de vinculações de tipo ambivalente, especialmente para o grupo de controlo. Aparentemente considerando a necessidade e importância dos outros, e simultaneamente vivenciando receios de ser abandonadas ou rejeitadas, estas mulheres parecem utilizar estratégias próximas das *estratégias secundárias de hiperactivação* (Mikunlicer & Shaver (2007). Assim sendo, é possível que as mulheres aqui avaliadas, possam pautar as suas estratégias de regulação da proximidade dos outros por uma hesitação da sua expressão emocional, expressando a raiva de forma indirecta e com que promova menos rejeição. Segundo Hazan & Shaver (1993, citado por Mikunlicer & Shaver, 2003) as estratégias desta natureza implicam uma excessiva orientação para os parceiros e tentativas de conseguir o seu envolvimento, cuidado e apoio, através de respostas de controlo e dependência, levando a cabo esforços para minimizar a distância entre ambos. Assim, é possível que uma maior activação emocional e comportamental, características dos estados de zanga ou raiva, possa promover o distanciamento dos objectos de vinculação, pelo que estas mulheres aprenderam a inibi-las ou reprimi-las.

Na sequência desta suposição poder-se-à ainda questionar acerca da validade de conteúdo da EVA, possivelmente apresentando-se menos eficaz para medir o que pretende do que outros instrumentos mais exaustivos. Talvez se possa considerar que a Escala de Vinculação do Adulto, nomeadamente, por ser um instrumento curto e para algumas mulheres de difícil compreensão, sobretudo para as que se apresentam menos investidas na tarefa, possa ser insuficiente para discriminar eficazmente os diferentes estilos de vinculação, especialmente se se considerar as quatro tipologias de Bartholomew & Shaver (1991, citado por Canavarro, 1999).

Por último, e em linha com o que Morris & Greer (1980) e Temoshok e Heller (1981, citado por Tacón, 2002) defenderam a respeito dos traços de personalidade mais frequentes em pacientes com cancro, as estratégias de regulação emocional que o STAXI deixa antever, parecem estar de acordo com características como a submissão, a inclinação para agradar aos outros e para reprimir as necessidades pessoais. Características que, podendo não permitir uma adequada regulação dos afectos negativos, possam apresentar uma maior vulnerabilidade ao *stress*, através de uma actividade fisiológica aumentada e assim constituir-se como um factor de pior prognóstico.

1.2.2. Vinculação e a Vulnerabilidade ao Stress

Sendo o objectivo central da tese perceber se o perfil de vulnerabilidade ao *stress* é influenciado pelo estilo de vinculação procedeu-se à análise de correlações entre os vários instrumentos que informam sobre a vulnerabilidade, do ponto de vista do funcionamento psicológico e do ponto de vista psicofisiológico e as três dimensões da EVA.

Ao contrário do que se verificou aquando da comparação entre grupos, é o indicador da Frequência Respiratória aquele que maior número de correlações apresenta, mostrando-se, possivelmente, mais sensível às diferenças na qualidade da vinculação. Do ponto de vista psicológico é sobretudo a percepção de vulnerabilidade ao *stress* e o *Índice Geral de Sintomas* que apresentam correlações mais óbvias e que permitem confirmar a esta hipótese.

A análise aos resultados mostra assim o que intuitivamente se presume, partindo da literatura revista, sobre a influência da vinculação na vulnerabilidade global ao *stress* (Ciechanowski et al., 2002). O grupo experimental mostra claramente que as vinculações mais inseguras e marcadas por maior receio de abandono e rejeição parecem aumentar a percepção de falta de recursos para lidar com as contrariedades e o nível de sintomatologia ao nível *distress*. O grupo de controlo mostra-se igualmente vulnerável ao *stress* quando as relações amorosas são pautadas por maiores níveis de ansiedade mas também quando é menor a confiança nos outros. Se se pensar que é, sobretudo, o factor *Perfeccionismo e Intolerância à Frustração* que mais contribui para a percepção de vulnerabilidade ao *stress* em ambos os grupos, parece compreensível que perante relações menos securizantes estas mulheres sintam mais necessidade de ter controlo sobre o que as rodeia e que este aspecto possa vulnerabilizá-las para uma pior adaptação em face das adversidades. Esta

possibilidade parece aproximar-se das estratégias de *hiperactivação* típicas de vinculações mais ansiosas, caracterizadas por constante vigilância e preocupação, parecendo decorrer destas estratégias o recurso a uma sobre-depêndencia do cuidador como fonte de protecção e a visão do si como desamparado (Mikunlicer & Shaver, 2003), o que parece ir de encontro a aspectos da subjugação que o QVS dá conta para ambos os grupos

Do ponto de vista psicofisiológico, o grupo de controlo revela que uma maior *confiança nos outros* está associada a uma menor reactividade de base em termos da Frequência Respiratória. Todavia, este grupo evidencia também um maior tempo de recuperação da resposta galvânica em situação de *stress* agudo (tarefa aritmética) dando conta de uma menor flexibilidade fisiológica quanto maior o *conforto com a proximidade* das figuras de vinculação.

O grupo experimental revela que as vinculações tipicamente mais seguras têm, por um lado, maior reactividade electrodérmica na *baseline* e na recolha de cortisol às 20h, por outro, menor reactividade respiratória ao longo da entrevista, excepto durante questões mais activadoras. Enfrentando um momento de particular *stress*, como o diagnóstico de cancro da mama, mulheres mais tranquilas com a presença dos outros e confiantes na capacidade apoiante deles manifestam menor reactividade e maior flexibilidade fisiológica, indo ao encontro do que vários estudos vêm mostrando nomeadamente quanto ao *stress-buffering effect* que a internalização de figuras de vinculação securizantes conferem (Diamond, 2001).

Concluindo, os resultados parecem confirmar a influência que a qualidade da vinculação tem na reactividade ao *stress*, por um lado ilustrando maior potencial vulnerabilizante em mulheres cuja vinculação é mais insegura e por outro, reflectindo uma maior resiliência associada a relações amorosas mais securizantes. Globalmente os resultados obtidos sugerem que as evidências existentes a respeito da associação entre estilos de vinculação inseguros, tipicamente ansiosos, e o padrão deletério de funcionamento fisiológico, possa ser uma via para a vulnerabilidade psicossomática (Kiecolt-Glaser et al, 2002, citado por Diamond et al, 2006).

Os grupos não revelam, no entanto, diferenças muito marcantes indo ao encontro da homogeneidade encontrada entre eles para as variáveis aqui analisadas.

1.2.3. Regulação Emocional e a Vulnerabilidade ao stress

Segundo vem sendo discutido a propósito das hipóteses anteriores as estratégias de regulação que foram sendo desenvolvidas e aprendidas nas relações

de vinculação, pela relação estreita com os sistemas neuroendócrino e autónomo, podem vulnerabilizar para o adoecer físico e/ou mental, nomeadamente se traduzirem um desequilíbrio entre as funções de activação e inibição desses mesmos sistemas (Mota-Cardoso, 2001). Assim, pretendeu-se avaliar a relação entre a vulnerabilidade ao stress, medida através de parâmetros psicológicos e psicofisiológicos, e as estratégias de regulação preferenciais das amostras estudadas, esperando encontrar-se uma menor vulnerabilidade em mulheres que usam preferencialmente estratégias de expressão dos afectos negativos.

Ambos os grupos pareceram pôr em evidência a importância da experiência e expressão da raiva no aumento de vulnerabilidade global em situações de *stress*. Assim, verifica-se que uma maior percepção de vulnerabilidade (enquanto falta de recursos para fazer face a eventuais problemas) e um maior nível de *distress* se associam a uma maior disposição para experienciar e expressar frequentemente sentimentos de raiva, marcadamente direccionada para o *self* no grupo experimental, bem como um menor controlo da expressão desses afectos.

Importa aqui acrescentar que as discrepâncias encontradas para os dois grupos se prendem, genericamente, com uma tendência para que as correlações entre a vulnerabilidade ao *stress* e aspectos de *estado* sejam mais frequentes no grupo experimental, e os aspectos de traço mais pregnantes no grupo de controlo. As mulheres com cancro da mama que revelam sentir maior intensidade de raiva manifestam uma menor flexibilidade fisiológica em termos da recuperação da resposta galvânica e um maior nível de *distress*. Este, por sua vez, mostra associar-se a um menor controlo da raiva. A natureza destes resultados sugere uma vivência de sentimentos de raiva e a consequente vulnerabilidade ao *stress* enquadrada pela problemática do diagnóstico de neoplasia mamária.

Ao contrário do que pressupunha a hipótese inicialmente referida, os resultados mostraram que a expressão emocional da raiva parece estar tendencialmente associada a uma maior vulnerabilidade ao stress, quer do ponto de vista da percepção de dificuldades para enfrentar os desafios e do nível de *distress* sentido, quer do ponto de vista da reactividade fisiológica. Esta reactividade fisiológica aumentada parece ter que ver, tanto com níveis de actividade electrodérmica aumentada, como com uma dificuldade em recuperar os níveis basais após activação, ilustrando quiçá uma dificuldade do ramo parassimpático em inibir estados de activação fisiológica.

Não obstante, a literatura vem descrevendo que as estratégias de regulação que mais parecem vulnerabilizar os indivíduos para problemas de natureza psicossomática, resultam dos esforços para suprimir ou reprimir a expressão de

afectos, em especial da zanga (Cassidy, 1994). Ao considerar-se a inclinação das mulheres, especialmente do grupo experimental, para a expressão da raiva através da sua repressão, e que esta se associa com uma maior vulnerabilidade ao *stress*, parece plausível assumir que os pressupostos que basearam a formulação desta hipótese parecem assim conseguir apoio adicional.

1.2.4. Vinculação, Regulação Emocional, Vulnerabilidade ao Stress e a Adaptação à doença.

Após a análise de correlações efectuada às variáveis que a literatura vem mostrando contribuir para a adaptação à doença (Ridder et al, 2008), pretendeu-se compreender de que forma a adaptação das mulheres com cancro da mama é influenciada pela *Vinculação, Regulação Emocional e Vulnerabilidade ao stress*, de forma a validar empiricamente o modelo de integração teórica (Mauder & Hunter, 2001; Tacón, 2002) explicativo da vulnerabilidade psicossomática, que a presente dissertação pretende veicular.

A hipótese de que uma pior adaptação à doença se relaciona com vinculações mais inseguras, estratégias de regulação marcadas por menor expressão da raiva e maior vulnerabilidade ao *stress* foi confirmada, de acordo com os resultados que de seguida se discutem.

Verifica-se que os estilos de vinculação marcados por uma maior ansiedade face à figura de vinculação se relacionam com piores níveis de adaptação à doença, especialmente por evidenciarem maiores níveis de *distress* e a utilização de estratégias de *coping* menos adaptativas e, tendencialmente, mais evitantes do confronto com o *stressor*. As correlações mostram ainda que mulheres que vivem maiores receios de abandono ou rejeição por parte dos parceiros amorosos têm maior dificuldade em reformular o problema à luz de ganhos secundários positivos e que possam implicar crescimento pessoal (Ridder et, al., 2008). É curioso ainda verificar que mulheres com maior conforto com a intimidade com os seus parceiros tenham menos tendência para sentir-se responsáveis pelo diagnóstico de cancro da mama, o que parece sugerir que as relações securizantes, que fizeram parte da sua história pessoal, lhes permitiram o desenvolvimento de uma visão positiva do *self*, menos compatível com sentimentos de culpa ou vergonha que podem surgir na sequência do diagnóstico de cancro da mama (Compas & Luecken, 2002).

A relação entre a *Regulação Emocional da Raiva e a Adaptação à Doença* também parece assim confirmar-se uma vez que a generalidade dos resultados

parecem sugerir que uma maior propensão para perceber as situações como frustrantes e injustas, e uma maior intensidade e interiorização dos sentimentos de raiva, se associa a maiores níveis de *distress* e à utilização de estratégias de *coping* mais negativas, deste modo configurando uma pior adaptação ao diagnóstico de cancro da mama (Ridder et 2008; Temoshok, 2012). A exemplo, verifica-se uma tendência em mulheres cujos sentimentos de raiva são mais intensos e dirigidos ao *self* para utilizarem estratégias de *Auto-distração*. Um resultado curioso, e que aponta para um funcionamento igualmente evitante, é possível de observar em mulheres que assumem maior responsabilidade pelos acontecimentos e que mostram ter uma maior disposição para sentir as situações como injustas e uma maior expressão da raiva, dirigida essencialmente para o exterior, por meio de agressões físicas ou verbais. Veja-se ainda que as estratégias de *coping* mais positivas (e.g. *Coping Activo* e *Reinterpretação Positiva*) e que contribuem para melhor adaptação apresentam correlações negativas e fortes com a intensidade e repressão dos afectos negativos, o que atesta mais uma vez a relação próxima entre estes constructos.

Importa ainda acrescentar que, sendo o Brief-Cope um instrumento que avalia o conjunto de estratégias disposicionais para lidar com *stressors*, não é de estranhar que se correlacione, na sua maioria, com características de *Traço* quanto à dimensão da *Experiência* da raiva. Na sequência das considerações feitas, à luz da teoria da vinculação, estes resultados globais parecem remeter para um funcionamento psicológico desenvolvido precocemente no contexto de relações com figuras de vinculação menos responsivas e sensíveis (Cassidy, 1994; Sroufe, 2005).

Por último, os resultados da análise de correlações entre a *Vulnerabilidade ao stress* e a *Adaptação à Doença* mostram de forma clara que a maior vulnerabilidade do ponto de vista psicológico se associa a maiores níveis de *distress* e a estratégias de *coping* marcadas por maior negação da doença, assemelhando-se ao que outros estudos têm evidenciado (Watson & greer, 1998; Drageset et al, 2009). Em linha com estes resultados observa-se que as estratégias de *coping* tendencialmente mais negativas e que implicam maior evitamento ou desinvestimento mental do problema fazem-se acompanhar de resultados mais elevados do ponto de vista da reactividade fisiológica, fazendo lembrar a dissociação que alguns autores têm encontrado entre os aspectos da reactividade a *stressors* e os estilos de vinculação mais evitantes, caracterizados justamente por estas estratégias de *coping* (Dozier & Kobak, 1992; Mikunlicer & Shaver, 2003). Os resultados da reactividade fisiológica mostram ainda claramente uma associação entre menores níveis de reactividade e a preferência por estratégias de *coping* mais adequadas, o que está de acordo com a hipótese colocada. É contudo, estranho que, em termos dos tempos de recuperação da

resposta galvânica, e que se pensa constituir uma medida da flexibilidade fisiológica, os resultados sejam contrários aos da reactividade, denotando antes que uma maior flexibilidade se relaciona com estratégias de maior desinvestimento cognitivo, em particular nos momentos mais activadores, talvez por força do esforço de evitamento cognitivo e emocional do *stressor*.

Os resultados da análise de correlações efectuada para a hipótese aqui discutidos parecem próximos do padrão repressor manifestado ao nível das estratégias de *coping* e da expressão emocional em pacientes caracterizados com Padrão de Comportamento tipo C (Temoshok, 1987). Não sendo fácil relacionar os mecanismos pelos quais as vivências na infância influenciam a o desenvolvimento do cancro, Temoshok (2012) defende que os padrões de *coping* aprendidos ao longo do desenvolvimento, como os decorrentes do padrão tipo C, podem resultar em desvios da homeostasia com possíveis prejuízos futuros nos respectivos sistemas biológicos. Assim, não conseguindo responder eficazmente a situações de *stress*, estas mulheres mantêm uma resposta se activação crónica que influencia os respectivos sistemas imunológicos e neuroendócrinos que vulnerabilizam para o cancro. Tendo em conta que o aumento de carga alostática (McEwen, 2002) tem vindo a ser implicado na progressão de doenças (Ginzburg et al, 2008), as conclusões que os resultados deste estudo possibilitam, parecem legitimar a assumpção de um risco adicional nas pacientes que mostram pior adaptação à doença.

Todavia, é possível que as evidências de um pior ajustamento por parte do grupo experimental possam ser transitórias e ter, sobretudo, que ver com o diagnóstico recente e a proximidade ao início dos tratamentos. Ainda que estas configurem um maior risco, o facto da maioria das mulheres terem vinculações predominantemente seguras e estas terem, reconhecidamente, uma influência na forma como as pessoas lidam com o *stress* (Bowlby, 1982; Cicero et al., 2009), pode sugerir que venham a fazer uso de estratégias de *coping* mais positivas, permitindo-se encontrar benefícios e reconstruir significados positivos (Taylor, 1983). Recorde-se que os níveis de vulnerabilidade global e sintomatologia psicopatológica são relativamente baixos, pelo que, ainda que o seu funcionamento habitual as possa vulnerabilizar, também é garantia de que procuram facilmente adaptar-se, ainda que instrumentalmente, às situações adversas.

1.3. Modelos de Resposta a *Stressors*

As neurociências têm vindo a promover, tanto pelas metodologias de investigação que foram desenvolvendo como pelas evidências que vêm sendo acumuladas, uma abordagem da saúde centrada no processo de desenvolvimento psicobiológico marcado pela sintonia biocomportamental entre a criança e o seu cuidador principal (Tacón, 2002). A qualidade das interações precoces parece ter um papel no desenvolvimento dos padrões de regulação fisiológica e emocional, na função imunitária e na resposta ao stress, conferindo à Teoria da Vinculação o potencial explicativo necessário a um modelo biopsicossocial de saúde. O modelo avançado por Maunder e Hunter (2001) utiliza os pressupostos desenvolvimentistas formulados por Bowlby e Ainsworth para explicar a vulnerabilidade individual para o *stress* e doença, com base nas estratégias de regulação emocional e estratégias de coping aprendidas nas relações precoces.

A parte empírica da presente dissertação, motivada por estas formulações visou testar progressivamente os diferentes componentes deste modelo e com isso permitir testar a capacidade preditiva do mesmo. Com base nas correlações anteriormente analisadas propôs-se um modelo de mediação com o objectivo de avaliar do potencial preditivo da qualidade da vinculação sobre a adaptação à doença, mediado pelas estratégias de regulação emocional e pela vulnerabilidade ao *stress*.

Na análise de mediação efectuada ao modelo mediado pelas estratégias de *Regulação Emocional* as equações de regressão confirmaram que a *Expressão da Raiva*, enquanto exemplar da qualidade das estratégias de regulação preferencialmente usadas, mostrou mediar parcialmente a relação entre a *Ansiedade* e a *Adaptação*. Neste sentido, as vinculações particularmente inseguras mostram prever a qualidade da adaptação através da expressão emocional da raiva, não sendo, contudo, claro em que sentido é dirigida essa expressão da raiva.

O modelo mediado pela *Vulnerabilidade ao stress* não se mostrou bem-sucedido na medida em que, sendo a *Vinculação* capaz de prever a *Adaptação à Doença* e a *Vulnerabilidade ao stress*, esta não se constituiu como mediador da relação causal observada entre a *Vinculação* e a *Adaptação*. Talvez para esta relação possam existir outros mediadores, ou possam antes ser consideradas outras medidas de adaptação tal como algumas estratégias de *coping*, que nas análises anteriores se mostraram relacionar melhor com os vários aspectos da vulnerabilidade. Importa contudo referir, que tendo-se considerado o *Índice Geral de Sintomas*, como medida de adaptação e o valor global de QVS como medida de vulnerabilidade, o modelo de mediação tenha fracassado pela relação próxima ou possível sobreposição de

construtos. A relação confusa entre medidas do *distress* e medidas de adaptação, pode ser assim uma limitação necessário acautelar em futuros estudos.

2. Conclusões

O objectivo que conduziu esta dissertação resulta da necessidade identificada de integrar aspectos teóricos da Teoria da Vinculação que as Neurociências Afectivas têm vindo a reformular, nomeadamente ao nível do impacto das experiências precoces na resposta ao *stress* na idade adulta e o seu potencial deletério da saúde física e mental. Uma perspectiva da vulnerabilidade psicossomática não pode deixar de atender a uma tão abrangente e reconhecida influência das relações de vinculação no bem-estar do adulto. O presente estudo, partindo de um fenómeno clínico com considerável impacto do ponto de vista das reacções de *stress* – cancro da mama – pretendeu contribuir para um modelo de integração teórica dos conceitos que foram amplamente expostos no Capítulo I. Reconhecendo-se a complexidade do objectivo que este trabalho se propôs alcançar, é mais justo considerar que o mesmo pretendeu, antes, iniciar um conjunto de esforços no sentido de fornecer evidências adicionais que sustentem a aplicabilidade do modelo aqui defendido.

Aludindo aos resultados do estudo empírico, destacam-se de seguida as principais conclusões a que os resultados nos permitiram chegar. Tendo em conta a elevada homogeneidade de amostras para as diferentes variáveis que constituem os construtos avaliados, os resultados que se mostram mais salientes parecem relacionar-se com o enquadramento específico da amostra experimental, e por esta razão focar-se-ão primeiramente as principais conclusões que o fenómeno clínico potenciou.

Os resultados da amostra de mulheres com cancro da mama parecem reflectir um padrão genérico de sobre-adaptação ao diagnóstico que se traduz numa percepção reduzida da sua vulnerabilidade ao *stress*, num coping adequado e numa contenção da expressão dos afectos, próxima da repressão. As participantes parecem assim manifestar, em face dum momento de particular *stress*, uma adequada modulação do humor, matizada de alguma tristeza e apreensão, naturais em fases iniciais da doença.

Do ponto de vista da reactividade ao *stress* os sinais de *distress* parecem reflectir a forma de lidar com a doença enquanto *stressor* agudo, dada a proximidade

do diagnóstico. Neste sentido, os parâmetros fisiológicos avaliados parecem traduzir o esforço de contenção emocional, eventualmente como traço, e uma dissociação entre a avaliação cognitiva e emocional da doença e as repercussões fisiológicas desta enquanto *stressor*.

É ainda merecida uma nota quanto às características psicológicas que mais parecem vulnerabilizar estas mulheres e que, aparentemente, se prendem com uma necessidade de controlo e percepção de dependência dos outros, e que se relacionam com os esforços de repressão dos afectos negativos. Por isto, é possível que a adaptação destas mulheres se faça à custa de alguma contenção emocional, de forma a garantir o apoio emocional que necessitam, o que remete para a importância da qualidade das suas vinculações e para o seu potencial vulnerabilizante.

Esta hipótese parece ser suportada pelas evidências que este estudo fornece sobre o impacto de dimensões menos seguras da vinculação na adaptação à doença que mostrou ser mediado pela expressão emocional de uma forma geral.

Foi Bowlby (1951) quem primeiro sugeriu da possibilidade das relações precoces exercerem influência no funcionamento psicológico e saúde da idade adulta, através de mecanismos epigenéticos que têm por base os esquemas de vinculação, e que os estudos recentes têm vindo a verificar (Gunnar & Quevedo, 2007). Indo ao encontro do modelo de vulnerabilidade psicossomática que Tacón (2002) e Maunder & Hunter (2001) vêm defendendo, os resultados do presente estudo parecem apoiar as expectativas iniciais face à importância da vinculação no desenvolvimento psicobiológico. Nomeadamente, a capacidade de regulação emocional enquanto, produto da história de interações repetidas entre os indivíduos e as suas figuras de vinculação (Sroufe & Waters, 1977) parecer claramente relacionar-se com a vulnerabilidade ao *stress* e resultados globais de adaptação (Siegel, 1999), julgando-se por isso, que as conclusões acima descritas alcançam o objectivo inicial.

A investigação que deu origem a esta dissertação parece ter dado um contributo adicional para as perspectivas que vêm defendendo uma visão desenvolvimentista para a saúde, e que, partindo de metodologias próprias das Neurociências, vêm progressivamente comprovando a necessidade de uma visão holística da mente e do corpo. Os seus contributos inéditos parecem relacionar-se sobretudo com a metodologia usada que comungou dos paradigmas defendidos por esta área de estudo ao avaliar simultaneamente fenómenos psicológicos e biológicos resultantes da vivência de *stress*. O facto de ter sido realizada em contexto clínico, partindo da observação de um *stressor real*, parece ainda por fim, permitir extrapolações mais justas quanto à ocorrência de *stress* em contexto natural.

Recordando o mote de Siegel (2012) – “*Mind matters in Cancer*” – os resultados alcançados por este estudo parecem ainda implicar a necessidade de intervenções terapêuticas integradas, dadas as evidências a respeito da importância do processo de ajustamento psicológico para a sobrevivência dos doentes que, podendo não promover a desejada longevidade, podem expectavelmente promover uma melhor qualidade dessa sobrevivência. Parecem assim necessárias intervenções clínicas que privilegiem a avaliação individual do processo de adaptação psicológica e a prescrição de intervenções psicoterapêuticas ajustadas às necessidades das pacientes.

A realização do trabalho de investigação foi permitindo a identificação de um conjunto de limitações que deverão ser ponderadas na interpretação dos dados e respectiva extrapolação de conclusões, tendo algumas sido já enunciadas durante a discussão dos resultados.

Em primeiro lugar, a escolha de um desenho de investigação baseado num corte transversal da amostra parece constituir-se como uma das limitações que mais constrangimentos coloca à inferência de conclusões num estudo que persegue objectivos relacionados com a uma perspectiva desenvolvimentista da vulnerabilidade psicossomática. Manifestamente, um objecto de estudo desta natureza exige um esforço de observação longitudinal das amostras que a presente tese não pôde comportar.

Outra das limitações que parece merecer especial atenção relaciona-se com a utilização de instrumentos para avaliar, simultaneamente, construtos distintos, como por exemplo o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999), que foi utilizado na presente tese como medida de *distress* e de adaptação psicológica. Também se sentiram dificuldades na análise de dados relativos à regulação emocional na medida em que o STAXI parece não considerar a repressão emocional como uma forma de expressão emocional, não revelando por isto suficiente capacidade de distinguir estratégias de regulação emocional, de acordo com a literatura na área.

Em termos da metodologia escolhida a recolha de cortisol salivar é a medida que apresenta mais fragilidades, nomeadamente por não ter sido possível controlar inteiramente o cumprimento das instruções e horário de recolha de cada colheita de saliva. Não foram ainda controladas variáveis que se sabe poderem interferir com esta medida, nomeadamente, o momento do ciclo menstrual e os hábitos tabágicos (Kudielka et al, 2008), e que será importante considerar em futuros estudos.

Tendo em conta alguns artigos de revisão na área das medições de cortisol salivar para avaliação do papel do eixo HPA nas respostas de *stress* (Dickerson & Kemeny, 2004), segundo os quais é importante assegurar a imprevisibilidade e

incontrolabilidade do *stressor*, o presente estudo confiou na capacidade do diagnóstico de neoplasia distinguir as amostras, não tendo sido usada nenhuma tarefa de provocação para avaliação deste parâmetro. Este facto pode ter-se revelado insuficiente, na medida em que as pacientes eram já conhecedoras do diagnóstico há algum tempo.

A respeito da neoplasia poderia ter sido importante controlar o estadio da doença pelo impacto que, reconhecidamente, este tem no processo de adaptação psicológica à doença (Epping-Jordan, 1999). Não sendo uma limitação, o facto de se ter optado pela não exploração de associações entre os factores sociodemográficos e clínicos e as restantes variáveis avaliadas, não permite nenhum vislumbre da influência de factores psicossociais no processo de adaptação ao cancro da mama, que o modelo aqui defendido também advoga.

Por fim, o tamanho da amostra é a limitação mais flagrante a considerar, dada a ambição dos objectivos que presente estudo tentou alcançar pelo número extenso de variáveis orquestradas, e que deve ser aumentado em futuras investigações.

Decorrendo das fragilidades identificadas nesta investigação parece importante terminar esta secção sugerindo que, de futuro, se controlem aspectos relacionados com o estadio do tumor e variáveis clínicas de forma a relacioná-los com o processo de adaptação. Também a recolha de informação quanto a acontecimentos de vida mais distais pode enriquecer uma investigação desta natureza, dadas as evidências sobre a relação entre os *Acontecimentos de Vida Negativos* e os processos de doença. A utilização de instrumentos para avaliar a personalidade parece uma recomendação crucial, dado que os resultados pareceram aludir à importância deste construto e este ser um factor psicossocial que a literatura tem mostrado essencial ao processo de adaptação. A realização de estudos longitudinais que permitam a generalização de conclusões quanto a aspectos estáveis de funcionamento parece uma importante melhoria metodológica tal como a necessidade de operacionalizar melhor os conceitos de *distress* e adaptação pela redundância que as medidas utilizadas podem conferir aos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atzil, S., Hendler, T., & Feldman, R. (2011). Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers. *Neuropsychopharmacology*, 36, pp 2603-2615
2. Baron, R., Kenny, D. (1986). Moderator-mediator variables distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(6), pp. 1173-1982.
3. Bartz, J., Hollander, E. (2006). The neuroscience of affiliation: Forging links between basic and clinical research on neuropeptides and social behavior. *Hormones and Behavior*, 50 (4), pp. 518-528
4. Bergman, U. (2008). She's Come Undone, A Neurobiological Exploration of Dissociative Disorders. In Forgash, C, & Copeley, M. (Eds.). *Healing the Heart of Trauma and Dissociation with EMDR and Ego State Therapy*, (pp. 75-82), New York: Springer Publisher Company
5. Berlin, L., Zeanah, C., & Lieberman, A. (2008). Prevention and Intervention Programs for Supporting Early Attachment Security. In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed, pp. 745-761). New York: Guilford Press
6. Bernston, G., Quigley, K., Lozano, D. (2007). Cardiovascular Psychophysiology. In Cacioppo, Tassinary, L. & Berntson, G. (Eds.), *Handbook of psychophysiology*, third edition (pp. 643–664). New York: Cambridge University Press.
7. Bandon, A., Calkins, S., Keane, S., O'Brien, M. (2010). Contributions of Child's Physiology and Maternal Behavior to Children's Trajectories of Temperamental. Reactivity. *Developmental Psychology*, 46(5): 1089–1102.
8. Bobtoll, M. (2010). Towards an integrative neuroscientific and psychodynamic approach to the transmission of attachment. *Journal of Physiology*, 104, pp. 263-271
9. Bowlby, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Geneva: World Health Organization Monograph Series, No.2.
10. Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
11. Bowlby, J. (1973). Apego e Perda: Vol. 2: Separação: Angústia e Raiva. São Paulo: Editora Martins Fontes
12. Bowlby, J. (1982). Apego e Perda. Vol.1: Apego: A natureza do vínculo. São Paulo: Editora Martins Fontes
13. Bradley, M., Codispoti, M., Cuthbert, B., & Lang, P. (2001). Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1, 276 –298.
14. Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition?. *Psycho-Oncology* 10, pp. 1–18
15. Bretherton, I. (1992). *The Origins of Attachment Theory: John Bowlby e Mary Ainsworth*. *Developmental Psychology*, 28, 759-775
16. Bretherton, I., & Munholland, K. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships: Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed). New York: Guilford Press. pp. 102-130
17. Brintzenhofe-Szoc, K., Levin, T., Li, Y., Kissane, D., Zabora, J. (2009). Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. *Psychosomatics*, 50(4), pp.383-391

18. Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Larsen, J. T., Poehlmann, K. M., & Ito, T. A. (2000). The psychophysiology of emotion. In R. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *The handbook of emotion*, 2nd. Edition (pp. 173-191). New York: Guilford Press
19. Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. G. (2007). Psychophysiological science: Interdisciplinary approaches to classic questions about the mind. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology*, 3rd edition (pp. 1-18). New York: Cambridge University Press.
20. Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SO.
21. Carver, C. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE, *International Journal of Behavioral Medicine*. 4(1), pp. 92-100
22. Carver, C., Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*. 23(6, pp.595-8.
23. Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, (2-3, Serial No. 240), 228-249.
24. Cassidy, J. (2008). The Nature of the Child's Ties. In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed, pp. 3-22). New York: Guilford Press
25. Champagne, F., & Curley, J. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience and Biobehavior Review*, 33, pp. 593-600
26. Champagne, F., (2008). Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29, pp. 386-397
27. Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota A., Dulac O. (1997). The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain*, 120, 1057–1065
28. Cicchetti, D. Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, pp. 623–649
29. Cicchetti, D., & Rogosch, F.A. (2009). Adaptive Coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. In E. A. Skinner & M.J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development*, 124, pp.47-59. San Francisco: Jossey-Bass
30. Ciechanowski, P., Walker, E., Katon, W., Russo, J. (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization, *Psychosomatic Medicine*, 64, pp. 660–66
31. Coan, J. (2008) Toward a Neuroscience of Attachment. . In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed, pp. 3-22). New York: Guilford Press
32. Dantzer, R. (2001). Cytokine-Induced Sickness Behavior: Where Do We Stand?, *Brain, Behavior, and Immunity*. 15, pp. 7–24
33. Dawson M., Schell, A., Fillon, D. (2007). The Electrodermal system. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology*, 3rd edition (pp. 1-18). New York: Cambridge University Press.
34. Diamond, L. (2001). Contributions of Psychophysiology to Research on Adult Attachment: Review and Recommendations. *Personality and Social Psychology Review*. 5 (4), pp. 276–295

35. Diamond, L., Hicks, A., Otter-Henderson, K. (2006). Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *Journal of Social and Personal Relationships*. 23(2), pp. 205–229
36. Dickerson, S., Kemeny, M. (2004). Acute Stressors and Cortisol responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychological Bulletin*. 130 (3), pp. 355-391
37. Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M., Manni, M., Sepulveda, S., Ackerman, J., Bernier, A., Levine, S. (2006). Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers, *Journal of Social Issues*, 62(4), 2006, pp. 767-785
38. Eisenberger, N., Master, S., Inagaki, T., Taylor, S., Shirinyan, D., Lieberman, M., Naliboff, B., (2011). Attachment figures activate a safety signal-related neural region and reduce pain experience. *Proceedings of The National Academy of Sciences of United States of America*, 108(28):11721-6.
39. Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., Krag, D. (1999). Psychological Adjustment in Breast Cancer: Processes of Emotional Distress. *Health Psychology*, Vol. 18(4), pp. 315-326
40. Feldman, R., Gordon, I., Zagoory-Sharon, O. (2012). The cross-generation transmission of oxytocin in humans *Hormones and Behavior*, 58 (4), Pages 669–676
41. Felitti, V., Anda R., Nordenberg, D., Williamson D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4) , pp 245–258
42. Fivush, R. (2006). Scripting attachment: Generalized event representations and internal working models. *Attachment & Human Development*, 8(3): 283 – 289
43. Fonagy, P., & Target, M., (2005): Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research?, *Attachment & Human Development*, 7(3), pp. 333-343
44. Fox, N., Hane, A. (2008). Studying the Biology of Human Attachment. In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed, pp. 3-22). New York: Guilford Press
45. Frodl, T., O'Keane, V., (2012). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans, *Neurobiology of Disease*. , doi:10.1016/j.nbd.2012.03.012
46. Gainotti, G., (2012) Unconscious processing of emotions and the right hemisphere. *Neuropsychologia*, 50(2): 205–218
47. Gardner, W. L., Gabriel, S., & Diekmann, A. B. (2000). Interpersonal processes. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology*, second edition (pp.643–664). New York: Cambridge University Press.
48. Garssen, B. (2007). Repression: Finding Our Way in the Maze of Concepts, *Journal of Behavioral Medicine*, 30, pp. 471–481
49. George, C., (1996). A representational perspective of child abuse and prevention: internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse and Neglect*, 20(5), pp. 411-424
50. Ginzburg, K., Wrench, M., Rice, T., Farren, G., Spiegel, D. (2008). Breast Cancer and Psychosocial Factors: Early Stressful Life Events, Social Support, and Well-Being Original Research Article. *Psychosomatics*, 49(5), pp. 407-412

51. Goldman-Mellor, S., Hamer, M., & Steptoe, A. (2012). early-life stress and recurrent psychological distress over the lifecourse predict divergent cortisol reactivity patterns in adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, doi:10.1016/j.psyneuen.2012.03.010
52. Goodwin, I. (2002). The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clinical Psychology Review* 23 pp.5-56
53. Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science and Medicine*, 28, 1239-1248.
54. Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2 (3), pp. 271-299
55. Guedeney, N., & Guedeney, A., (2002). Vinculação. Conceitos e Aplicações. Lisboa: Climepsi Editores
56. Gunnar, M. Brodersen, L., Nachmias, M., Buss, K., & Rigatuso, J., (1996) Stress Reactivity and Attachment Security, *Developmental Psychobiology*, 29(3), pp. 191-204
57. Gunnar, M., Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, pp. 145-173
58. Hardy, L. (2007). Attachment Theory and Reactive Attachment Disorder: Theoretical Perspectives and Treatment Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (1), pp. 27-39
59. Harris, A. Holmes, M., de Kloet, E., Chapman, K., Seckl, J. (2012). Mineralocorticoid and glucocorticoid receptor balance in control of HPA axis and behavior. . *Psychoneuroendocrinology*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.08.007>
60. Hazan, C., Gur-Yaish, N., Campa, M. (2004). What does it mean to be attached? In Rholes, W., & Simpson, J., (Eds). *Adult attachment : theory, research, and clinical implications*. (pp. 55-85). New York: The Guilford Press,
61. Herman, J. (2011). Central Nervous System Regulation of the Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis Stress Response. *The Handbook of Stress: Neuropsychological Effects on the Brain*. Conrad, C. (Ed.). Blackwell Publishing, pp. 29- 46
62. Hilakivi-Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R., Lippman, M. (1993). Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. *Cancer Research and Treatment*, 29, pp. 141-160
63. Hofer, M. (2005) The psychobiology of early attachment. *Clinical Neuroscience Research* 4, pp. 291–300
64. Hofer, M. A., (1994), Hidden Regulators mediating Attachment, separation and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp. 192-207
65. <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=42> [Acedido em 31 de Outubro de 2012]
66. Hunter, J., & Maunder, R., (2001), Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23, pp.177-182
67. Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. *INE, I.P.*, Lisboa. Portugal
68. Karen, R. (1994). *Becoming attached. First relationships and how they shape our capacity to love*. New York: Oxford University Press
69. Kelly, K., Slade, A., & Grienenberger, J., (2005): Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment, *Attachment & Human Development*, 7(3), pp. 299-311

70. Koolhaas, J., Bartolomucci, A., Buwalda, B., Boera, S., Flügge, G., Korte, S., Meerlo, P., Murison, R., Olivier, B., Palanck, P., Richter-Levine, G., Sgoifo, A., Steimer, T., Stiedl, O., van Dijk, G., Wöhr, M., Fuchs, E. (2011). Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), Pages 1291–1301
71. Koopman, C., Gore-Felton, C., Marouf, F., Butler, L., Field, N., Gill, M., Chen, X., Israelski, D., Spiegel, D. (2000). Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV-positive persons, *Aids Care*, 12(5), pp. 663–672
72. Kushki, A., Fairley, J., Merja, S., King, G., Chau, T. (2011). Comparison of blood volume pulse and skin conductance responses to mental and affective stimuli at different anatomical sites. *Physiological Measurement*, 32, pp. 1529–1539
73. Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R., Lewis, J., Weller, A. (2007). Measuring cortisol in human psychobiological studies. *Physiology & Behavior*, 90, pp. 43–53
74. Lipsitt, D., (2006). Psychosomatic medicine: history of a “new” specialty. In: Blumenfeld, M., Strain, J., *Psychosomatic Medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p. 3–18.
75. Loman, M., & Gunnar, M., (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience and Biobehavior Review*, 34, pp. 867–876
76. Lorig, T.S. (2007). The respiratory system. In J. Cacioppo et al. (eds.) *Principles of Psychophysiology*, 3rd. New York: Cambridge University Press pp.231–244.
77. Lueken, L., Lemery, K. (2004). Early Caregiving and physiological stress responses. *Clinical Psychology Review*, 24, pp.171–191.
78. Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (2008). Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood. In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed, pp. 3–22). New York: Guilford Press
79. Main, M. (1996) Introduction to the Special Section on Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64(2), pp. 237–243
80. Martin, M., (1978). Psychosomatic medicine: A brief history. *Psychosomatic Medicine*, 19(11), pp. 697–700
81. Maunder, R. & Hunter, J., (2001), Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, pp.556–567
82. Maunder, R. & Hunter, J., (2008). Attachment relationships as determinants of physical health. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), pp. 11–32
83. McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain research*, 886, pp. 172–189
84. McEwen, B. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiological Reviews* 87, pp. 873–904
85. McKenna, M., Zevon, M., Corn, B., Rounds, J. (1999). Psychosocial Factors and the Development of Breast Cancer: A Meta-Analysis, *Health Psychology*, 18 (5), pp. 520–531
86. Meaney, M., (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, pp.1161–1192
87. Meredith, P., Ownsworth, T., Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28, pp. 407–429

88. Mertz, B., Bistrup, P., Johansen, C., Dalton, S., Deltour, I., Kroman, N. (2012). Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 16, pp. 439-443.
89. Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In Simpson, J., & Rholes, S. (eds.) *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.
90. Mikulincer, M., Shaver, P., Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), pp 77-102
91. Mikulincer, M., Shaver, P., (2007). *Attachment in Adulthood: structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press
92. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and emotion regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 503-531). New York: Guilford Press.
93. Mikulincer, M., Shaver, P., (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 11(1), 11–15.
94. Miller, A., (1998). *O Drama de ser uma criança e a busca do verdadeiro EU*. Lisboa: Paz Editora (pp.11)
95. Miller, G., Chen, E., Parker, K. (2011). Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving Toward a Model of Behavioral and Biological Mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959 –997
96. Miller, G., Chen, E., Cole, S. (2009), *Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health*, *Annual Review of Psychology*. 60:501-24
97. Morris, T., & Greer, S. (1980). A Type C for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, Abstract 102.
98. Mota-Cardoso, R. (2001). Auto-regulação dos Sistemas Naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), pp. 39-96
99. Nosarti, C., Roberts, J., Crayford, T., McKenzie, K., David, A. (20002). Early psychological adjustment in breast cancer patients. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 53, pp.1123 – 1130
100. O'Donnell, K. Badrick, E., Kumari, M., Steptoe, A. (2008). Psychological coping styles and cortisol over the day in healthy older adults, *Psychoneuroendocrinology*, 33, pp. 601-611
101. Ouakinin, S. (2000). Psicoimunologia e sida: factores psicossociais, parâmetros imunológicos e evolução da infecção pelo VIH1
102. Parker, K., & Maestripieri, D., (2012), Identifying key features of early stressful experiences that produce stress vulnerability and resilience in primates. *Neuroscience and Biobehavior Review*, 35(7), pp. 1466-1483
103. Petticrew, M., Fraser, J., Regan, M. (1999). Adverse life-events and risk of breast cancer: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology* 4, pp.1–17
104. Pietromonaco, P. R., & Feldman Barrett, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4, 155–175.
105. Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W., (2010), Adult Attachment measures: a 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, pp.419-432

106. Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*. 372, pp.246-55
107. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364 (2004), pp. 953–962
108. Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H., Holland, J. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82 (10), pp. 1904–1908).
109. Salimetrics Europe, Ltd. (2011). Salivary Cortisol: Enzyme immunoassay kit. *Salimetrics Europe, Ltd*, Suffolk: United Kingdom
110. Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B., (2002), Attachment and coping with chronic disease, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp.763-773
111. Schore A.N. (1994). Affect regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Hillsdale, New Jersey.
112. Schore, A. (2005) Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain: Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26 (6), 204-211
113. Schore, A., (2000), Attachment and the regulation of the right brain, *Attachment and Human Development*, 2(1), pp. 23-47
114. Schore, J., & Schore, A., (2008), Modern Attachment Theory: The central role of affect Regulation in Development and Treatment, *Clinical Social Work Journal*, 36, pp.9-20
115. Sharpe, L., Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62, pp.1153–1166
116. Shaver, P., & Fraley, C., (2008), Attachment, Loss, and Grief: Bowlby's Views and Current Controversies, In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed). New York: Guilford Press. pp. 48-77
117. Siegel, D. (1999). A mente em Desenvolvimento: para uma neurobiologia da experiência interpessoal. Lisboa: Instituto Piaget
118. Silk, J., Shaw, D., Skuban, E., Oland, A., Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47(1), pp 69–78
119. Skinner, E., Zimmer-Gembeck, M. (2007). The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*. 58:119–44
120. Slade, A., (2005): Parental reflective functioning: An introduction, *Attachment & Human Development*, 7(3), pp. 269-281
121. Snowden, A. White, C., Christie, Z., Murray, E., McGowan, Cl., Scott, R. (2011). The clinical utility of the Distress Thermometer: a review. *British Journal of Nursing*, 20(4), pp. 220-227
122. Soares, I. (Coord.) (2007). Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação. Braga: Psiquilíbrios.
123. Soufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7, 349–367
124. Spiegel D. (2012). Mind matters in cancer survival, *Psycho-Oncology* 21, pp. 588–593
125. Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., Gotthel, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer, *Lancet* 2 (8668), pp.888-891

126. Sprangers M., Schwartz, C. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science & Medicine*. 48, pp. 1507-1515
127. Sroufe, L. A., (1996), Emotional development: The organization of emotional life in the early years. New York: Cambridge University Press
128. Tacón, A. (2002). Attachment and cancer: a conceptual integration. *Integrative Cancer Therapies*. 1(4), pp. 371-81
129. Tarullo, A., Gunnar, M. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and Behavior*, 50, pp. 632-639
130. Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173
131. Temoshok, L. (2002). Connecting the Dots Linking Mind, Behavior, and Disease: The Biological Concomitants of Coping Patterns. *Integrative Cancer Therapies* 1(4), pp. 387-391
132. Trigo, M., Rocha, E. Coelho, R. (2000). Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias: revisão crítica da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, pp. 149-199
133. van IJzendoorn, M. (1995) Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: *A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview*, *Psychological*, 117 (3), pp. 387-403
134. Vedhara, K., Tuinstra, J., Miles, J., Sanderman, R., Ranchor, A. (2006) Psychosocial factors associated with indices of cortisol production in women with breast cancer and controls. *Psychoneuroendocrinology* 31, 299–311
135. Vordermaier, A., Linden, W., Siu, C. (2009). Screening for Emotional Distress in Cancer patients: A Systematic Review of Assessment Instruments. *Journal of The National Cancer Institute*. 101(21), pp. 1464-1488
136. Weinfield, N., Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. (2008). Individual Differences in Infant–Caregiver Attachment Conceptual and Empirical Aspects of Security In Cassidy, J., Shaver, P., (Eds) *Handbook of Attachment* (2nd Ed, pp. 3-22). New York: Guilford Press
137. Wüst S, Federenko I, Hellhammer DH, Kirschbaum C. (2000). Genetic factors, perceived chronic stress, and the free cortisol response to awakening. *Psychoneuroendocrinology*. 25(7), pp. 707-20.
138. Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001). The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site. *Psycho-Oncology* 10, pp. 19–28

ANEXOS

Escala de Vinculação do Adulto

EVA – M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada Característico em mim	Pouco Característico em mim	Característico em mim	Muito Característico em mim	Extremamente Característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim como gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de uma forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu seja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRIEF SYMPTOM INVENTORY - BSI

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA: Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades, por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperanças perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de força em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões, como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Impressões que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995

BRIEF COPE

INSTRUÇÕES

A seguir encontrará uma série de afirmações que estão relacionadas com a forma como as pessoas reagem quando enfrentam situações que causam stress, como é o caso de estar doente. Existem muitas maneiras de lidar com os problemas. Pessoas diferentes usam estratégias diferentes.

Gostaríamos de saber como lida com esta situação. É importante que saiba que não existem respostas certas ou erradas.

Cada uma destas afirmações refere-se a uma forma particular de situações. Tente analisar cada uma delas separadamente. Tenha presente a sua forma de reagir e seja o mais sincero(a) possível nas suas respostas.

Para cada uma das afirmações apresentadas use uma das 4 alternativas de escolha, colocando um círculo (☐) na coluna que melhor descreve a sua maneira de lidar com a respectiva situação. Assegure-se que escolheu só uma resposta para cada afirmação.

	Nunca Fiz isto	Faço Isto Algumas Vezes	Faço Isto Com Frequência	Faço Isto Quase Sempre
1. Tenho-me refugiado no trabalho ou em outras actividades para me abstrair dos problemas	1	2	3	4
2. Tenho concentrado os meus esforços para arranjar alguma forma de sair deste problema	1	2	3	4
3. Tenho dito a mim mesmo isto não é verdade"	1	2	3	4
4. Tenho-me refugiado no álcool ou em outras drogas para me sentir melhor.	1	2	3	4
5. Tenho procurado o apoio emocional de outras pessoas	1	2	3	4
6. Tenho desistido de lutar contra este problema	1	2	3	4
7. Tenho tomado medidas para tentar melhorar a situação	1	2	3	4
8. Tenho-me recusado a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	1	2	3	4
9. Tenho tido desabafos para aliviar os meus sentimentos desagradáveis	1	2	3	4
10. Tenho pedido ajuda e conselhos de outras pessoas.	1	2	3	4

11. Tenho usado o álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar os problemas	1	2	3	4
12. Tenho tentado analisar a situação de maneira diferente de forma a torna-a mais positiva	1	2	3	4
13. Tenho feito críticas a mim próprio	1	2	3	4
14. Tenho tentado encontrar uma estratégia que me ajude a enfrentar a situação	1	2	3	4
15. Tenho tido o conforto e compreensão de algumas pessoas	1	2	3	4
16. Tenho desistido da tentativa de lidar com o problema	1	2	3	4
17. Tenho tentado encontrar algo de positivo em tudo o que me tem acontecido	1	2	3	4
18. Tenho feito piadas sobre a situação	1	2	3	4
19. Tenho tentado fazer outras coisas para pensar menos neste problema, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar, dormir ou ir às compras	1	2	3	4
20. Tenho tentado aceitar este problema tal como está a acontecer	1	2	3	4
21. Tenho expressado os meus sentimentos negativos	1	2	3	4
22. Tenho tentado encontrar um conforto na minha religião ou crença espiritual	1	2	3	4
23. Tenho tentado aconselhar-me ou arranjar ajuda de outras pessoas para saber melhor o que fazer	1	2	3	4
24. Tenho tentado aprender a viver com isto	1	2	3	4
25. Tenho pensado muito na melhor forma de lidar com isto	1	2	3	4
26. Tenho-me culpado pelo problema que está a acontecer	1	2	3	4
27. Tenho rezado ou meditado	1	2	3	4
28. Tenho feito humor sobre a situação	1	2	3	4

INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAXI DE CHARLES D. SPIELBERGER

Forma preparada por Danilo Silva, Rui Campos e Nina Prazeres


DATA ___/___/___ IDADE ____ SEXO _____ ESCOLARIDADE _____
PROFISSÃO _____

INSTRUÇÕES

Este questionário está dividido em 3 partes. Cada parte contém várias afirmações que as pessoas utilizam para descrever os seus sentimentos e o seu comportamento. Repare que cada parte tem instruções **diferentes**. Leia atentamente as instruções de cada parte, antes de começar a responder.

Não há respostas certas nem erradas. Ao responder a cada afirmação, dê a resposta que o (a) descreve melhor. Se se enganar e desejar mudar a sua resposta, risque a resposta incorrecta e assinale a correcta, fazendo um círculo à volta do número correspondente.

EXEMPLOS

1: 1 2 (2) 4
2: 1  3 (4)

PARTE 1: INSTRUÇÕES

Apresentam-se a seguir várias afirmações que as pessoas utilizam para se descrever a si próprias. Leia cada afirmação e faça um círculo à volta do número que indica como se sente neste momento. Lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada afirmação, mas dê a resposta que lhe parece descrever melhor os seus sentimentos actuais.

Preencha 1 para “De forma nenhuma”

Preencha 2 para “Um pouco”

Preencha 3 para “Moderadamente”

Preencha 4 para “Muitíssimo”

COMO ME SINTO NESTE MOMENTO

	De forma nenhuma	Um pouco	Moderada- mente	Muitís- simo
1- Estou furioso(a).....	1	2	3	4
2- Sinto-me irritado(a).....	1	2	3	4
3- Sinto-me zangado(a).....	1	2	3	4
4- Apetece-me gritar com alguém.....	1	2	3	4
5- Apetece-me partir coisas.....	1	2	3	4
6- Estou louco(a) de raiva.....	1	2	3	4
7- Apetece-me dar murros na mesa.....	1	2	3	4
8- Apetece-me bater em alguém.....	1	2	3	4
9- Estou a ferver de raiva.....	1	2	3	4
10- Apetece-me praguejar.....	1	2	3	4

PARTE 2: INSTRUÇÕES

Apresentam-se a seguir várias afirmações que as pessoas utilizam para se descrever a si próprias. Leia cada afirmação e faça um círculo à volta do número que indica como se sente geralmente. Lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Não perca muito tempo com cada afirmação, mas dê a resposta que lhe parece descrever melhor como se sente **geralmente**.

Preencha 1 para “Quase nunca”

Preencha 2 para “Algumas vezes”

Preencha 3 para “frequentemente”

Preencha 4 para “Quase sempre”

COMO ME SINTO GERALMENTE

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Quase sempre
11- Irrito-me com facilidade.....	1	2	3	4
12- Tenho um temperamento exaltado.....	1	2	3	4
13- Sou uma pessoa colérica.....	1	2	3	4
14- Fico zangado quando sou obrigado a andar mais devagar, por causa dos enganos dos outros.....	1	2	3	4
15- Sinto-me aborrecido quando não sou reconhecido(a), por ter feito um bom trabalho.....	1	2	3	4
16- Perco as estribeiras.....	1	2	3	4
17- Quando fico irritado(a) digo coisas desagradáveis...	1	2	3	4
18- Fico furioso quando me criticam na presença de outras pessoas.....	1	2	3	4
19- Quando fico frustrado(a) apetece-me bater em alguém.....	1	2	3	4
20- Sinto-me enfurecido(a) quando faço um bom trabalho e me dão uma avaliação fraca.....	1	2	3	4

PARTE 3: INSTRUÇÕES

Toda a gente se sente de vez em quando zangada ou furiosa, mas as pessoas reagem de forma diferente quando estão zangadas ou furiosas. Apresentam-se a seguir várias afirmações que as pessoas utilizam para descrever as suas reacções, quando se sentem **zangadas ou furiosas**. Leia cada afirmação e faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que você **geralmente** reage ou se comporta da forma descrita quando se zangado(a) ou furioso(a). Lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Não perca muito tempo com cada afirmação.

Preencha 1 para “Quase nunca”

Preencha 2 para “Algumas vezes”

Preencha 3 para “Frequentemente”

Preencha 4 para “Quase sempre”

QUANDO ESTOU ZANGADO(A) OU FURIOSO(A)

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequen- temente	Quase sempre
21- Controlo-me.....	1	2	3	4
22- Expresso a minha zanga.....	1	2	3	4
23- Guardo as coisas para mim.....	1	2	3	4
24- Sou paciente com os outros.....	1	2	3	4
25- Fico ressentido ou amuado.....	1	2	3	4
26- Afasto-me das pessoas.....	1	2	3	4
27- Faço comentários sarcásticos aos outros.....	1	2	3	4
28- Mantenho a calma.....	1	2	3	4
29- Faço coisas como bater as portas.....	1	2	3	4
30- Fico a ferver por dentro mas não o mostro.....	1	2	3	4
31- Controlo o meu comportamento.....	1	2	3	4
32- Discuto com os outros.....	1	2	3	4
33- Tendo a guardar rancor mas não digo a ninguém.....	1	2	3	4
34- Ataco tudo o que me enfureça.....	1	2	3	4
35- Consigo evitar perder o controlo.....	1	2	3	4
36- Critico, interiormente, bastante os outros.....	1	2	3	4
37- Fico mais zangado(a) do que aquilo que sou capaz de admitir.....	1	2	3	4
38- Acalmo-me mais rapidamente do que a maioria das pessoas.....	1	2	3	4
39- Digo coisas desagradáveis.....	1	2	3	4
40- Tento ser tolerante e compreensivo.....	1	2	3	4
41- Fico muito mais irritado(a) do que aquilo que as pessoas pensam.....	1	2	3	4
42- Perco a cabeça.....	1	2	3	4
43- Se alguém me aborrece, sou capaz de lhe dizer o que sinto.....	1	2	3	4
44- Controlo os meus sentimentos de raiva.....	1	2	3	4

23 QVS

Idade: _____ anos Sexo _____ Estado _____ Civil _____
Data: ____/____/20____

Habilitações: _____

Profissão: _____

Funções que desempenha: _____ Anos de trabalho: _____

Nota Global _____ F1 _____ F2 _____ F3 _____ F4 _____ F5 _____ F6 _____ F7 _____

INSTRUÇÕES

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas nem erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo ☐ aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

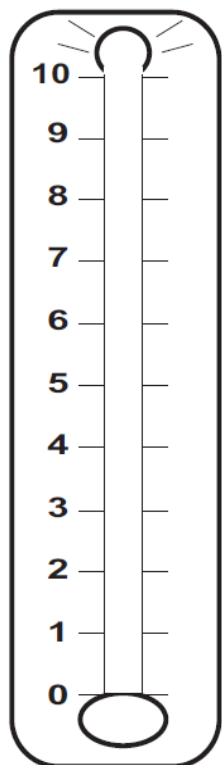
	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na Resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em relacionar-me com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um individuo que se enerva com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor
Verifique se respondeu a todas as questões
Não deixe nenhuma por responder!

TERMÓMETRO DO DISTRESS*

Primeiro, faça um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve quanto desconforto tem sentido na última semana, incluindo hoje.



Segundo, por favor indique se algum dos seguintes itens tem sido um problema para si na última semana, incluindo hoje. Certifique-se que responde SIM ou NÃO.

SIM	NÃO	Problemas Práticos	SIM	NÃO	Problemas Físicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalho/Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fadiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidar de Crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldades no Sono
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finanças/Seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilidade
		Problemas Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autonomia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relação de Casal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relações com Filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldades na Higiene Pessoal
		Problemas Emocionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queixas Respiratórias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queixas Urinárias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prisão de ventre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Alimentares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda de interesse em actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febre
		Outras Preocupações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchaço
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Religiosas Espirituais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Digestões difíceis
		Outras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memória/Concentração
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feridas na boca
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seco/entupido
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificuldades Sexuais
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pele Seca
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formigueiro pés/mãos

(*) Perturbação emocional, mal-estar ou experiência desagradável de natureza emocional, psicológica, social e/ ou espiritual e que interfere com a capacidade da pessoa para lidar com a doença ou o seu tratamento

Nº Registo:

Data:

Iniciais Participante:

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

* 1. IDADE: __ anos

2. ESTADO CIVIL:

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada ☐

Viúva ☐

União Facto ☐

Separada de facto ☐

3. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

Ensino Primário ☐

Ensino Preparatório ☐

Ensino Secundário ☐

Profissionalizante ☐

Ensino Superior ☐

Outro _____

4. PROFISSÃO _____

5. SITUAÇÃO LABORAL:

Activa ☐

Baixa ☐

Desempregada ☐

Estudante ☐

Doméstica ☐

Reformada ☐

6. LOCAL DE RESIDÊNCIA: Cidade ☐

Vila ☐

Aldeia ☐

7. AGREGADO FAMILIAR (Com quem vive/ Idade):

* QUESTÃO DE ARITMÉTICA: De 100 tire $7 - 7 - 7 - 7 - 7 = 93, 86, 79, 72, 65$

* DADOS HISTÓRIA CLÍNICA:

8. Estado Hormonal: Pré-Menopausa ☐

Menopausa ☐ Idade _____ Pós-menopausa ☐

9. Idade menarca: _____

11. Nº de Gravidezes: _____ (Idades _____)

10. História de Doença Ginecológica:

Sim ☐

Não ☐

12. Tipo de Contraceptivo: _____

* 13. Data de Diagnóstico (Mês e Ano): _____

14. Data do início do Tratamento (Mês): _____

15. Tratamento: _____

16. Fazia auto-exame?

Sim ☐

Não ☐

17. Fazia Check-Up / Análises Regulares?

Sim ☐

Não ☐

18. Antecedentes Familiares Oncológicos Mamários:

Sim ☐ Não ☐

19. Antecedentes Pessoais de Patologia Mamária:

Sim ☐ Não ☐

20. Alguma vez tomou medicamentos para o sistema nervoso ou para o esgotamento?

Sim ☐ Não ☐

21. História de doenças físicas:

Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique quais: _____

22. Actualmente toma alguma medicação?

Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique quais: _____

23. Psicopatologia Anterior (ida psiquiatra, psicólogo, toma medicação psiquiátrica):

24. Acontecimentos que tenham tido impacto negativo na sua vida (no último ano):

REGISTOS PSICOFISIOLÓGICOS:

	BASAL	ARITM.	H. C	28. Data da Recolha dos Tubos doseadores: <input type="text"/>								
25. Frequência Cardíaca (bat./minuto)				29. Data e Hora da Recolha de Cortisol: <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
26. Frequência Respiratória												
27. Resposta Galvânica da Pele				30. Resultados do Doseamento de Cortisol <input type="text"/>								

MEDIDAS PSICOLÓGICAS:

- EVA - Escala de Vinculação do Adulto ☐
- BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos ☐
- STAXI- State-Trait Anger Expression Inventory ☐
- Termómetro do Distress ☐
- Questionário de vulnerabilidade ao stress 23QVS ☐
- Brief COPE ☐

Nº Registo:

Data:

Iniciais Participante:

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

* 28. IDADE: __ anos

29. ESTADO CIVIL:

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada ☐

Viúva ☐

União Facto ☐

Separada de facto ☐

30. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

Ensino Primário ☐

Ensino Preparatório ☐

Ensino Secundário ☐

Profissionalizante ☐

Ensino Superior ☐

Outro _____

31. PROFISSÃO _____

32. SITUAÇÃO LABORAL:

Activa ☐

Baixa ☐

Desempregada ☐

Estudante ☐

Doméstica ☐

Reformada ☐

33. LOCAL DE RESIDÊNCIA: Cidade ☐

Vila ☐

Aldeia ☐

34. AGREGADO FAMILIAR (Com quem vive/ Idade):

* QUESTÃO DE ARITMÉTICA: De 100 tire 7 – 7 – 7 – 7 – 7 = 93, 86, 79, 72, 65

* DADOS HISTÓRIA CLÍNICA:

35. Estado Hormonal: Pré-Menopausa ☐

Menopausa ☐

Idade ____

Pós-menopausa ☐

36. Idade Menarca: ____

38. Nº de Gravidezes: ____ (Idades ____)

37. História de Doença Ginecológica:

Sim ☐

Não ☐

39. Tipo de Contraceptivo: _____

* 40. Data da última Mamografia: _____

16. Faz auto-exame?

Sim ☐

Não ☐

17. Faz check-up / Análises Regulares?

Sim ☐

Não ☐

18. Antecedentes Familiares Oncológicos Mamários:

Sim ☐

Não ☐

19. Antecedentes Pessoais de Patologia Mamária:

Sim ☐

Não ☐

20. Alguma vez tomou medicamentos para o sistema nervoso ou para o esgotamento?

Sim ☐

Não ☐

21. História de doenças físicas:

Sim ☐

Não ☐

Se sim, indique quais: _____

22. Actualmente toma alguma medicação?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, indique quais: _____

23. Psicopatologia Anterior (ida psiquiatra, psicólogo, toma medicação psiquiátrica):

* 24. Acontecimentos que tenham tido impacto negativo na sua vida (no último ano):

*
REGISTOS PSICOFISIOLÓGICOS:

	BASAL	ARITM.	H. C
25. Frequência Cardíaca (bat./minuto)			
26. Frequência Respiratória			
27. Resposta Galvânica da Pele			

25. Data da Recolha dos Tubos doseadores:

26. Data e Hora da Recolha de Cortisol:

27. Resultados do Doseamento de Cortisol:

MEDIDAS PSICOLÓGICAS:

- EVA - Escala de Vinculação do Adulto
- BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos
- STAXI- State-Trait Anger Expression Inventory
- Termómetro do *Distress*
- Questionário de vulnerabilidade ao stress 23QVS
- Brief COPE

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Nº Registo:

Data:

Iniciais Participante:

Consentimento Informado

‘Determinantes Psicofisiológicos da resposta ao stress: aspectos do desenvolvimento e adaptação à doença física.’

O presente documento visa fornecer-lhe a informação básica de que depende o seu consentimento para a participação voluntária neste projecto de investigação. O presente documento é um requisito necessário para essa participação. Pede-se que o leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e, se quiser participar, assine o documento. Leve o tempo que entender necessário para examiná-lo.

O presente estudo serve de base a um Projecto de Mestrado que está a ser desenvolvido na Faculdade de Medicina de Lisboa, na área das Ciências do Comportamento. Com este estudo pretende-se investigar com maior profundidade o modo como as relações precoces com os cuidadores principais influenciam o funcionamento fisiológico e psicológico em situação de stress e a forma como os indivíduos se adaptam a essas mesmas situações.

Para tal, pede-se a sua colaboração, através da resposta às questões que se seguem. Ser-lhe-á apresentado um conjunto de questionários, aos quais lhe pedimos que responda da forma mais sincera possível. Sempre que lhe surgirem quaisquer dúvidas, por favor esclareça-as com o técnico.

Para além dos questionários ser-lhe-ão medidas a frequência cardíaca, a frequência respiratória, resposta galvânica da pele e pedida a recolha de cortisol salivar, sobre a qual lhe serão dadas todas as informações necessárias.

Os investigadores assumem a responsabilidade pela confidencialidade de quaisquer dados recolhidos.

Dada a voluntariedade da sua participação, é-lhe possível desvincular-se a todo o tempo do presente processo de investigação, sendo que tanto a recusa inicial como o abandono subsequente não acarretam qualquer penalização ou perda de direitos.

Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares previamente à sua participação, poderá contactar:

<i>Nome</i>	Susana Eusébio
<i>Local</i>	Faculdade de Medicina de Lisboa – Piso 2 – Psicologia Médica
<i>Telefone</i>	21 798 51 00

A investigadora,
Susana Filipa Gonçalves Eusébio; Faculdade de Medicina de Lisboa.

Data: ____ - ____ - ____

(Assinatura legível do responsável pela investigação)

(Assinatura do próprio participante, ou seu representante legal)

NOTAS

ⁱ Citando Bowlby (1982, pp 220), embora neste trabalho “se refira usualmente a *mães* e não a figuras maternas, deve entender-se que, em todos os casos, a pessoa referida é aquela que proporciona cuidados maternos à criança e a quem ela fica apegada, e não exclusivamente a mãe natural”. Serão utilizados termos como mãe, figura ou objecto de vinculação com o mesmo sentido descrito por Bowlby.

ⁱⁱ Como vai sendo referido nesta tese, Bowlby dedicou grande atenção ao tema da separação da criança da mãe, sendo as suas observações clínicas determinantes na génese da sua teoria. Inspirado pelas observações de Robertson (Robertson & Bowlby, 1952, citado por Mikunlicer & Shaver, 200) foi possível identificar uma sequência de padrões de comportamentos de marcado *distress* aquando de separações prolongadas entre os bebés e as respectivas mães: *protesto, desespero e distanciamento*. Para Bowlby (1982) esta sequência de comportamentos pode apenas ser observada em relações de vinculação, em que a angústia de separação é uma resposta normativa face à perda de tão grande fonte de protecção e segurança (Mikunlicer & Shaver, 2007).

ⁱⁱⁱ O sistema comportamental de vinculação apenas pode ser plenamente entendido em termos de sua complexa interação com outros sistemas de base biológica de comportamento. O sistema exploratório, ligado à curiosidade e mestria, o sistema afiliativo, relacionado com manifestações de amizade e boa-vontade que garantem a proximidade social, o sistema de medo/angústia que se relaciona com a capacidade de vigilância e de controlo da resposta a ameaças e o sistema de *caregiving*, enquanto capacidade de prestar cuidados e de se ocupar de alguém mais novo (Guedeney & Guedeney, 2002). Bowlby debruçou-se bastante sobre as relações entre o sistema de vinculação e os sistemas de comportamento exploratório e de medo, defendendo que existem relações intrincadas entre estes. Por exemplo, a activação do sistema de medo geralmente aumenta a activação do sistema de vinculação ao passo que a activação do sistema de exploração, pode, sob determinadas circunstâncias, reduzir a activação do mesmo (Cassidy, 2008).

^{iv} Tradução do original *Internal Working Models*. Ao longo do presente trabalho poderão ser encontradas as expressões *modelos internos dinâmicos de funcionamento, modelos dinâmicos ou modelos internos de funcionamento*, respeitando à expressão original de Bowlby (1982)

^v Tradução do original *Goal Corrected Partnership*

^{vi} Tradução do original *Sensitivity e Responsiveness*, consistem em dimensões do sistema de *caregiving*, que podem ser definidas, respectivamente, como a capacidade para perceber e interpretar correctamente os sinais emitidos pela criança e a resposta rápida e adequada aos mesmos (Ainsworth, 1978, citada por Guedeney & Guedeney, 2002). Reconhece-se que alguns autores (Soares 2009) traduzem as expressões como *responsividade sensível*, contudo, por se achar que alguns sentidos eventualmente se perdem com esse conceito, adoptar-se-à no presente trabalho a tradução do original.

^{vii}Optou-se por designar por reacções emocionais o que vários autores designam por *emotional distress*, por se considerar que a tradução pode ser redutora dos múltiplos significados que a palavra *distress* pode assumir. Segundo as *Distress Management Practice Guidelines* (National Comprehensive Cancer Network, 2011) *distress* pode ser definido como “experiência emocional desagradável de natureza psicológica, social e/ou espiritual que interfere com a capacidade de lidar eficazmente com o diagnóstico, sintomas ou tratamento do cancro e que se estende num *continuum* desde sentimentos de vulnerabilidade, tristeza e medo até problemas incapacitantes tais como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social e crises espirituais”