



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Letielle Tonon Araújo

**Crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de
mama: revisão sistemática da literatura**

UBERLÂNDIA

2013



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Letielle Tonon Araújo

**Crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de
mama: revisão sistemática da literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

**UBERLÂNDIA
2013**



Crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama: revisão sistemática da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca examinadora:

Uberlândia, 22 de Março de 2013

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Orientador (UFU)

Prof. Dr. Francisco Hashimoto
Examinador (UNESP-Assis)

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera
Examinador (UFU)

Profa. Dra. Carmen Maria Bueno Neme
Examinador Suplente (UNESP-Bauru)

**UBERLÂNDIA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- A663c Araújo, Letielle Tonon, 1984--
2013 Crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por
 câncer de mama : revisão sistemática da literatura / Letielle To-
 non Araújo. -- 2013.
 130 f. : il.
- Orientador: Rodrigo Sanches Peres.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Inclui bibliografia.
1. Psicologia - Teses. 2. Mamas - Câncer - Aspectos psicoló-
 gicos - Teses. 3. Mulheres - Doenças - Aspectos psicológicos -
 Teses. 4. Câncer - Aspectos psicológicos - Teses. I. Peres, Rodri-
 go Sanches. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
 Pós-Graduação em Psicologia. III . Título.

CDU: 159.9

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir viver esta experiência, me guiar e sustentar por este caminho.

Aos meus pais, pela educação que me deram, pelas oportunidades que me proporcionam e por sempre acreditarem em mim. Com seu imenso amor, possibilitaram que eu me tornasse a pessoa que sou hoje.

À minha mãe, Sandra, pela presença sempre constante, apoio incondicional e dedicação incansável.

Ao meu pai, Renato, que mesmo longe é presença constante, por ter sonhado com essa realização muito antes que eu mesma pudesse vislumbrá-la.

Ao meu marido, Kadu, por seus abraços que me confortam e trazem paz, por sempre me incentivar, por me fazer sorrir e por me fazer feliz. Seu amor foi e é fundamental para que tudo se realize.

À minha irmã, Lidiane, companheira e crítica, pelas alegrias compartilhadas.

Aos meus sogros, Rubens e Carminha, que me acolheram como filha e vibram com as minhas conquistas.

Ao meu orientador, Rodrigo, que sempre me orientou de forma generosa. Por toda sua paciência, sabedoria, compreensão e apoio, durante esta caminhada, que tornaram este trabalho possível.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes, me fazerem sentir amada, especial, importante e que, com seus sorrisos e abraços, tornam minha vida mais leve.

Araújo, L. T. (2013). *Crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama: Revisão sistemática da literatura*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Resumo: O conceito de crescimento pós-traumático (*posttraumatic growth*) se refere, basicamente, às transformações psicológicas positivas desencadeadas em função da tentativa de adaptação às novas circunstâncias implementadas por um evento traumático. Trata-se de um processo que envolve a interação de uma variedade de elementos, uma vez que as referidas transformações podem ser verificadas em diferentes domínios. O presente estudo tem como objetivo geral desenvolver uma revisão sistemática de publicações científicas dedicadas à exploração do crescimento pós-traumático, em mulheres acometidas por câncer de mama. O material foi localizado por meio de buscas eletrônicas em cinco bases de dados distintas – PsycINFO, MedLine, LILACS, SciELO-Brasil e PePsic – a partir do cruzamento dos termos “crescimento pós-traumático” (*posttraumatic growth*) e “câncer de mama” (*breast cancer*). As referências localizadas foram selecionadas em função de critérios de inclusão específicos. As referências selecionadas foram, então, recuperadas na íntegra e submetidas à avaliação em função de um conjunto de dimensões de análise. Apenas 31 das 74 referências localizadas foram selecionadas. Em linhas gerais, observou-se, entre as referências selecionadas, o predomínio do delineamento transversal e da abordagem quantitativa. Constatou-se que o *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) foi o instrumento mais utilizado, e que as mulheres acometidas por câncer de mama avaliadas constituíram, principalmente, amostras de conveniência, sendo que algumas referências contaram com subgrupos para possibilitar comparações com outras populações. Verificou-se, também, a hegemonia de referências de autoria múltipla publicadas em periódicos que se dedicam à veiculação de artigos que se situam na interface da Psicologia com a Saúde. Ademais, ressalte-se que a Universidade de Coimbra e a *McGill University* se destacaram como os mais significativos polos de estudos voltados à investigação do crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama. Considerando-se os temas específicos e os resultados das referências selecionadas, pode-se afirmar que importantes aspectos do crescimento pós-traumático se encontram satisfatoriamente compreendidos, ao passo que outros devem ser explorados de modo mais aprofundado em novos estudos. O fato de pacientes mais jovens serem mais propensas ao crescimento pós-traumático, por exemplo, se encontra bem documentado. Por outro lado, não se sabe ao certo como o crescimento pós-traumático evolui, ao longo do tempo, em mulheres acometidas por câncer de mama, sobretudo se e até quando as mudanças positivas contempladas por cada um dos domínios desse conceito se mantêm, após a conclusão do tratamento. Diante do exposto, conclui-se que o presente estudo possibilita um mapeamento do conhecimento já produzido sobre o assunto em questão, subsidia tanto sua aplicação prática quanto seu aprofundamento teórico e fornece elementos para novas pesquisas.

Palavras-chave: Crescimento pós-traumático; Câncer de mama; Psico-Oncologia.

Araújo, L. T. (2013). *Posttraumatic growth among women with breast cancer: A systematic literature review*. Master's thesis, Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia, Uberlândia.

Abstract: The concept of posttraumatic growth essentially refers to positive psychological transformations triggered by an attempt to adapt to new circumstances accruing from a traumatic event. It is a process that involves the interaction of various elements since these transformations are observed in different domains. This study's general objective was to develop a systematic review of scientific publications addressing posttraumatic growth among women afflicted with breast cancer. Data were collected from five distinct electronic databases – PsycINFO, MedLine, LILACS, SciELO-Brasil and PePsic – through cross-referring the terms “posttraumatic growth” and “breast cancer” and based on specific inclusion criteria. The full texts of the identified scientific publications were assessed based on a set of dimensions for analysis. Only 31, out of the 74 publications found, were selected. In general, there was a predominance of the cross-sectional design and the quantitative approach among the publications selected. The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) was the most frequently used instrument and mainly women with breast cancer composed convenience samples, while some studies included subgroups to enable comparisons with other populations. There was also hegemony of publications with multiple authorship, published in journals addressing papers that lie in the interface of Psychology and Health. Additionally, the University of Coimbra and McGill University stood out as the most significant centers of studies focused on the investigation of posttraumatic growth among women with breast cancer. The conclusion, considering the specific themes and results of the studies selected, is that important aspects of posttraumatic growth are satisfactorily understood while other aspects should be further explored. The fact that younger patients are more prone to posttraumatic growth is well-documented. On the other hand, how posttraumatic growth evolves over time among women with breast cancer, especially whether and up to when positive changes covered by each of this concept's domains are maintained after the treatment is concluded, remain uncertain. Therefore, this study enabled mapping the knowledge already produced on the topic and supports its application into practice to deepen theoretical knowledge, providing elements for future research.

Key words: Posttraumatic growth; Breast cancer; Psycho-Oncology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo simplificado do crescimento pós-traumático	28
Figura 2 – Hierarquia de evidência científica, em função do tipo de estudo	34
Figura 3 – Etapas do processo de revisão sistemática	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das referências localizadas, em função das bases de dados consultadas	41
Tabela 2 – Título das referências selecionadas	43
Tabela 3 – Distribuição das referências selecionadas, em função do ano de publicação	45
Tabela 4 – Distribuição das referências selecionadas, em função da autoria	47
Tabela 5 – Distribuição do número de autores das referências selecionadas	50
Tabela 6 – Distribuição das referências, em função da filiação institucional	51
Tabela 7 – Distribuição das referências selecionadas, em função da fonte	54
Tabela 8 – Distribuição das referências selecionadas, em função do tema específico	56
Tabela 9 – Distribuição das referências selecionadas, em função da amostra	59

Tabela 10 – Distribuição das referências selecionadas, em função da abordagem metodológica	62
Tabela 11 – Distribuição das referências selecionadas, em função do delineamento de pesquisa	64
Tabela 12 – Distribuição das referências selecionadas, em função dos instrumentos	66
Tabela 13 – Distribuição das referências selecionadas, em função dos principais resultados	72

SUMÁRIO

PALAVRAS INICIAIS	7
1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Câncer de mama: aspectos biológicos	10
1.1.1 Quadro clínico e epidemiologia	10
1.1.2 Diagnóstico	11
1.1.3 Tratamento	13
1.1.4 Fatores de risco e prevenção	14
1.2 Câncer de mama: aspectos psicológicos	15
1.2.1 Repercussões emocionais negativas: os desdobramentos do adoecimento	15
1.2.2 Repercussões emocionais positivas: contribuições do conceito de crescimento pós-traumático	25
2. OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo geral	32
2.2 Objetivos específicos	32
3. MÉTODO	33

3.1 Definição das questões norteadoras	36
3.2 Localização das referências	36
3.3 Seleção das referências	37
3.4 Avaliação das referências	39
3.5 Apresentação de resultados	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 Avaliação básica das referências	41
4.2 Avaliação avançada das referências	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	99

PALAVRAS INICIAIS

Sempre relato às pessoas que acredito que eu não escolhi a Psicologia, mas, sim, ela me escolheu. E no decorrer dos cinco anos do curso de graduação, fui descobrindo sua beleza e também suas dificuldades. Meu interesse pela Psicologia da Saúde começou tímido, sem muito conhecimento sobre a realidade dos profissionais inseridos nesta área. Porém, me envolvi com dois estágios em Psicologia da Saúde, sendo um na Enfermaria de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e outro no Ambulatório de Mastologia Maligna do mesmo hospital.

Com as práticas dos estágios, foi possível conhecer mais a fundo as alegrias e as dificuldades de se trabalhar diretamente e diariamente com a dor, o sofrimento e a morte. Foi possível, também, aprender um pouco mais sobre o papel do psicólogo em uma equipe multiprofissional e sua importância na evolução e condução dos casos. Foi destas experiências que nasceu o meu interesse pelo trabalho com pacientes oncológicos e, mais especificamente, com mulheres acometidas por câncer de mama.

Infelizmente vivenciei duas experiências de familiares muito próximos acometidos pelo câncer, o que me levou à oportunidade de “estar do outro lado” e entrar em contato com sentimentos que tantas vezes ouvi de familiares de pacientes que acompanhei. Além disso, sou casada com um médico oncologista, o que também me proporcionou uma intimidade maior com a temática.

Depois de algum tempo de formada, passei a atuar como psicóloga hospitalar, trabalhando em um hospital geral de grande porte do Triângulo Mineiro, que atende baixa e média complexidade. Todas as vivências decorrentes desse trabalho também me

sensibilizaram ainda mais no sentido de procurar compreender melhor as repercussões do adoecimento na vida dos pacientes e seus familiares.

Meu interesse específico pelo câncer de mama se deve ao amplo contato com a temática, como supracitado, e também à crescente incidência da doença. Pesquisas recentes indicam o aumento de pacientes mais jovens acometidas pela doença, e o número de mulheres que vivenciam tal enfermidade vem crescendo, sendo no Brasil, hoje, a segunda causa de morte por doença entre as mulheres, como detalharei adiante.

Porém, ao buscar na literatura científica referências sobre as repercussões psicológicas do câncer de mama, percebi que, na maioria das pesquisas, há uma ênfase nas repercussões negativas e nas perdas associadas ao adoecimento. Porém, em minha experiência profissional, pude observar que pacientes que vivenciam situações traumáticas como o diagnóstico de uma doença grave muitas vezes também relatam mudanças benéficas em suas vidas.

Em minhas buscas na literatura científica, me deparei com conceitos como resiliência e outros afins, porém nenhum deles satisfazia minhas expectativas, no sentido de esclarecer a natureza das mudanças benéficas que observei em certos pacientes. Fui, então, apresentada por meu orientador ao conceito de crescimento pós-traumático, o qual abordarei neste estudo. Tal conceito, tão novo para mim, parecia corresponder às minhas expectativas. Porém, foi preciso tempo e investimento para que eu pudesse compreendê-lo e constatar que o mesmo, de fato, respondia a minhas inquietações.

Mas constatei, como detalharei adiante, que o conceito de crescimento pós-traumático ainda tem sido pouco explorado no contexto nacional, sobretudo para uma melhor compreensão das repercussões do câncer de mama. Desse modo, surgiu o interesse de, neste estudo, apresentar uma revisão sistemática da literatura referente ao assunto,

buscando, com isso, tornar o conceito de crescimento pós-traumático mais próximo dos pesquisadores brasileiros e fomentar o desenvolvimento de novas pesquisas no país.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Câncer de mama: aspectos biológicos

1.1.1 Quadro clínico e epidemiologia

Ao longo da vida, há um desgaste natural das células do corpo, assim como ocorrem lesões ou outros processos que fazem necessária a substituição de células. Para garantir a reparação e manutenção dos tecidos, algumas células têm a capacidade de crescer e se dividir. Porém, essa característica celular possui riscos, já que, deste processo, podem resultar alterações estruturais. Uma dessas alterações, conforme Weinberg (2008), se dá nos programas de crescimento celular, desencadeando o surgimento de grandes populações de células que não obedecem às regras de construção e manutenção de um tecido normal.

O referido autor ainda destaca que o desenvolvimento de um tumor resulta justamente desse tipo de fenômeno, já que as células cancerosas encontram uma forma de contornar os mecanismos de controle e defesa do organismo e se multiplicam, de modo que, ao longo do tempo, formam uma massa tumoral. E uma massa tumoral pode ser classificada como benigna, quando não invade outras partes do corpo, ou maligna, quando há proliferação para tecidos ou órgãos.

O termo “câncer” se refere, genericamente, a um conjunto de doenças que têm como característica o crescimento desordenado de células que se espalham pelo organismo. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, desde 2003 o câncer ocupa o segundo lugar no *ranking* de causas de mortes no Brasil, somando cerca de 17% dos óbitos de causa conhecida (INCA, 2009). O carcinoma, tipo de câncer mais comum entre os seres humanos, tem origem em tecidos epiteliais e é responsável por mais de 80% das mortes relacionadas a tumores (Weinberg, 2008).

O câncer de mama, que se dá, especificamente, a partir do desenvolvimento desordenado de células da mama, se constitui como a neoplasia mais comum entre as mulheres, sendo, no Brasil, a primeira causa de morte por câncer na população feminina. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer, somente em 2012 foram diagnosticados mais de 50.000 novos casos da doença, e o risco variará de 69 casos para cada 100.000 mulheres na região Sudeste a 32 casos para cada 100.000 mulheres na região Nordeste (INCA, 2011).

Conforme DeVita (2005), os tipos mais comuns de câncer de mama podem ser subdivididos em carcinoma não invasivo e carcinoma invasivo. No primeiro subtipo, encontram-se os tumores *in situ* que ocorrem nos ductos mamários, porém se mantêm dentro da membrana basal, sendo, assim, incapazes de produzir metástases. Logo, possuem prognóstico bastante favorável, quando descobertos em fase inicial. Já no segundo subtipo, encontram-se os tumores invasivos que evoluem localmente para a membrana basal do epitélio mamário e, conseqüentemente, podem provocar metástases (Weinberg, 2008).

1.1.2 Diagnóstico

A detecção precoce do câncer de mama está diretamente relacionada à sobrevivência das pacientes. Em função disso, campanhas que estimulam o autoexame periódico das mamas são vistas frequentemente nos meios de comunicação. Ocorre que tal prática possibilita a identificação de eventuais tumores em uma etapa anterior ao surgimento dos sintomas. Estes podem aparecer, isolada ou concomitantemente, com a evolução da doença, sendo os mais comumente encontrados: dor na mama, secreção papilar, alterações na pele das mamas, nódulos, processos inflamatórios ou alterações no formato das mamas (Filho, Silva, Almeida Jr., Ferrari & Ribeiro Jr., 2000).

Segundo Thuler (2003), sabe-se que até 90% dos casos de câncer de mama no Brasil são inicialmente identificados pelas próprias pacientes através do autoexame das mamas. Não há comprovação de que tal prática reduz o risco de morte entre as pacientes, já que não possibilita a detecção de nódulos tão pequenos quanto aqueles que podem ser detectados por meio de exames de imagem. Contudo, a prática do autoexame é indicada, até mesmo em função das dificuldades de acesso a exames de imagem por parte da população brasileira, sobretudo de baixa renda.

Dentre os exames de imagem utilizados para o diagnóstico do câncer de mama, o mais comum é a mamografia. Trata-se do exame radiográfico das mamas, indicado para mulheres a partir dos 35 anos, o qual possibilita a obtenção de imagens que podem apontar alterações sugestivas de malignidade. A ultrassonografia das mamas pode ser empregada de forma complementar, pois é mais eficiente na diferenciação de tais alterações. Tal exame é feito por meio da emissão de ondas de ultrassom (Thuler, 2003; Coelho Jr., Avelar & Reis, 2000).

Uma vez detectadas alterações sugestivas de malignidade, é necessário realizar exames citológico e anatomopatológico, para os quais o material pode ser coletado por meio de biópsia. O material é encaminhado para análise laboratorial e, havendo a confirmação da malignidade, outros exames podem ser utilizados para contribuir na definição do estadiamento do câncer e na opção da conduta a ser seguida. Os principais exames complementares são a radiografia de tórax, a cintilografia óssea e a ultrassonografia abdominal (Chaves & Silva Jr., 2001; Coelho Jr., Avelar & Reis, 2000).

Vale destacar que o estadiamento do câncer é feito a partir de um sistema mundialmente utilizado, o qual foi apresentado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) e é chamado de sistema TNM. A letra T é relacionada à dimensão do tumor, a letra

N ao comprometimento ou não de linfonodos e a letra M à existência ou não de metástases. A essas letras somam-se ainda números de 0 a 4. Dessa forma, torna-se possível descrever a extensão anatômica da doença, favorecendo, assim, a definição do plano terapêutico (Thuler & Mendonça, 2005; Chaves & Silva Jr., 2001; Chagas, 2000; INCA, 2009).

1.1.3 Tratamento

Entre os tratamentos comumente adotados para pacientes com câncer de mama, destacam-se a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia. A cirurgia é um tratamento loco-regional que pode envolver a retirada parcial (quadrantectomia) ou total (mastectomia) da mama, dependendo do caso. Considera-se o estadiamento da doença, as características do tumor e as particularidades de cada paciente, sendo que, sempre que possível, opta-se pelo tratamento conservador. Em pacientes com comprometimento dos linfonodos axilares, recomenda-se ainda a dissecação axilar (Netto & Oliveira, 2002; Pinotti & Barros, 2000).

A radioterapia, também, é um tratamento loco-regional, mas envolve a utilização de equipamentos de megavoltagem para promover a irradiação da mama e, assim, bloquear a divisão das células carcinomatosas (Moura & Ficho, 2001). A quimioterapia, por sua vez, é um tratamento sistêmico, o qual consiste no uso de drogas antineoplásicas que combatem focos de micrometástases, mas afetam o metabolismo como um todo. Tanto a quimioterapia quanto a radioterapia podem ser empregadas de modo adjuvante, para excluir o risco de doença residual após a cirurgia, ou neoadjuvante, para diminuir o tamanho do tumor a ser retirado cirurgicamente (Chaves & Silva Jr, 2001; Duarte & Costa, 2001; Cabral Filho, 2000).

Alguns tipos de câncer de mama possuem receptores hormonais positivos, sobretudo para estrogênio, condição essa que é determinada por meio de exame imuno-histoquímico. Nesses casos, recorre-se à hormonioterapia, que visa a bloquear o recebimento de tais hormônios pelas células carcinomatosas. O tratamento em questão é empregado de modo adjuvante e envolve a administração, por via oral, de um medicamento específico, normalmente por um período de cinco anos (Reis, Avelar & Silva, 2000).

Uma vez concluídos os tratamentos propostos, a paciente acometida pelo câncer de mama continua em acompanhamento médico periódico, realizando consultas e exames, a fim de promover sua reabilitação ou detectar precocemente possíveis metástases ou recidivas. Tal acompanhamento, além de estimular o autocuidado, torna-se importante também para auxiliar as pacientes a enfrentar dificuldades decorrentes das limitações resultantes do adoecimento e efeitos colaterais do tratamento, assim como prover suporte e orientação para que as mesmas possam gradativamente retomar suas rotinas (Chaves & Silva Jr., 2001).

1.1.4 Fatores de risco e prevenção

Entre os fatores de risco do câncer de mama, encontram-se o envelhecimento, a menarca precoce, a menopausa tardia, o histórico familiar da doença, a nuliparidade, hábitos alimentares com consumo exacerbado de gordura animal, o sedentarismo, sobrepeso e a exposição a altas concentrações de estrógeno, carcinogênicos – como o tabaco – ou à radiação ionizante (Chagas, 2000). Certos determinantes genéticos – mutações nos genes BRCA1, BRCA2 e p53 – também são considerados importantes condições associadas (Amendola & Vieira, 2005; Caleffi & Dias, 2000).

Tendo em vista esses fatores de risco, constata-se que os mesmos dificilmente podem ser abordados por meio de intervenções em nível populacional. Por essa razão, não existem medidas específicas de prevenção primária para o câncer de mama. Porém, ações que visam a estabelecer hábitos de vida mais saudáveis podem reduzir – ainda que de forma discreta – o risco da ocorrência da doença. No que se refere à prevenção secundária, intervenções voltadas à detecção precoce são relevantes, dado que são capazes de promover a diminuição dos índices de mortalidade e morbidade decorrentes dos casos de malignidade (Thuler, 2003; INCA, 2009).

1.2 Câncer de mama: aspectos psicológicos

1.2.1 Repercussões emocionais negativas: os desdobramentos do adoecimento

Os aspectos psicológicos do câncer de mama vêm sendo explorados por estudos que se situam no campo da Psico-Oncologia. Trata-se de uma especialidade da Psicologia da Saúde que se dedica às questões emocionais relacionadas ao adoecimento pelo câncer na vida do paciente, de sua família e também da equipe multiprofissional de saúde, em diferentes etapas desde o diagnóstico até a reabilitação ou cuidados paliativos (Carvalho, 2002; Veit & Carvalho, 2008). A seguir, será apresentado um panorama de alguns estudos sobre diferentes aspectos psicológicos do câncer de mama desenvolvidos nos últimos anos no país.

O estudo de Moura, Silva, Oliveira e Moura (2010) foi realizado com 13 mulheres submetidas à mastectomia e objetivou conhecer de que maneira estas significaram o adoecimento e as conseqüentes modificações em suas vidas. A partir da análise de conteúdo de entrevistas, foi possível observar sentimentos negativos em relação a questões corpóreas, associados à dificuldade de lidar com as modificações após a cirurgia e com os sentimentos

como vergonha, rejeição e medo. Um aspecto interessante é que as participantes da pesquisa relataram ter encontrado suporte na religiosidade para a superação das adversidades. Por fim, as autoras apontam que o cuidado oferecido por profissionais de saúde também foi de fundamental importância nesse sentido.

Fernandes e Mamede (2004) realizaram entrevistas com 16 mulheres acometidas por câncer de mama, a partir das quais pretendiam compreender de que forma estas mulheres vivenciaram o surgimento da doença. Observou-se, frente aos dados coletados, que as pacientes associavam o adoecimento tanto a fatores internos, relacionados a aspectos da personalidade ou herança genética, quanto a fatores externos, referentes ao estilo de vida, ou ao estresse da rotina diária. Assim, segundo as autoras, conclui-se que as mulheres em questão possuíam acesso razoável a informações sobre a doença e a seus fatores predisponentes.

No estudo de Caetano, Gradim e Santos (2009), 15 mulheres acometidas por câncer de mama foram entrevistadas, também se buscando compreender como a notícia do diagnóstico da doença foi vivenciada. Nos relatos, foram identificadas como principais dificuldades o medo da morte e a preocupação com os efeitos colaterais dos tratamentos, assim como a relevância da religiosidade e do suporte familiar no enfrentamento de tais dificuldades. As autoras enfatizam, ainda, a necessidade de as pacientes receberem informações apropriadas por parte dos profissionais de saúde para que possam lidar com o diagnóstico de forma realista.

Já o estudo de Peres e Santos (2007) teve como objetivo caracterizar as reações emocionais desencadeadas pelo diagnóstico em 15 mulheres de baixa renda. Os dados obtidos por meio de entrevistas foram analisados a partir do emprego de um sistema de classificação. Os autores observaram que a maior parte das pacientes reagiu ao

adoecimento com estoicismo, ou seja, conformou-se passivamente. Algumas pacientes reagiram com negação, chegando a atrasar o início dos tratamentos indicados por subestimarem a gravidade da doença. Outras pacientes reagiram com aflição por se sentirem ameaçadas pela hipótese de reincidência da doença. Por fim, o estudo aponta que tais reações podem estar associadas à falta de informações mais precisas sobre a doença, a qual seria, ao menos em parte, decorrente da condição socioeconômica das mulheres.

Silva et al. (2010) buscaram compreender as representações sociais de 18 mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. A partir da análise dos dados coletados também por meio de entrevistas, observou-se que grande parte das pacientes apresenta sentimentos de perda em função da cirurgia, relacionados tanto a questões estéticas quanto à própria funcionalidade do órgão. Outra perda bastante sentida pelas mulheres pesquisadas foi a dos cabelos, resultante da quimioterapia. Constataram-se ainda mudanças em relação ao autocuidado, com a implementação, como consequência do medo constante de uma recidiva da doença, de ações que não eram praticadas anteriormente.

Gandini (2010) utilizou a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) para avaliar aspectos da produtividade em 30 mulheres mastectomizadas. A autora verificou que o desempenho laboral das mulheres pesquisadas foi influenciado pelo adoecimento, seja em função das limitações físicas decorrentes da doença, seja pela rotina de acompanhamento médico. Tal fato provocou repercussões emocionais negativas, desencadeando, em alguns casos, a perda da identidade profissional. A readaptação ao trabalho, segundo a autora, está diretamente relacionada aos resultados do tratamento, pois quanto maiores as limitações e sequelas impostas pelos mesmos, mais difícil a retomada da rotina profissional.

Já no estudo de Avelar et al. (2006), avaliaram-se indicadores de qualidade de vida, ansiedade e depressão em 64 mulheres acometidas por câncer de mama. Tais mulheres foram submetidas à aplicação da *Functional Assessment of Cancer Therapy Scale* e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, antes e após o tratamento cirúrgico. Conforme a análise dos dados, observou-se que a fase subsequente ao diagnóstico foi a de maior repercussão emocional para as pacientes, sendo que houve propensão à melhora da qualidade de vida após a realização da cirurgia, assim como uma redução dos indicadores de ansiedade e depressão com o passar do tempo. Constatou-se, ainda, que ansiedade e depressão se encontravam intimamente relacionadas.

Aureliano (2009) objetivou compreender as representações do corpo e do feminino, considerando a construção social e psíquica dos mesmos, a partir da observação de dois grupos de ajuda mútua de pacientes com câncer de mama e da análise de questionários aplicados a 35 participantes desses grupos. A autora concluiu que mulheres acometidas por câncer de mama, em diferentes estágios do tratamento, tendem a relatar que a doença leva à ressignificação do conceito do que é “ser mulher” e das atribuições e representações sobre o corpo feminino em um movimento de continuidade e, ao mesmo tempo, de negação da sua caracterização através de suas partes anatômicas.

A vivência da sexualidade de pacientes mastectomizadas foi o tema do estudo de Duarte e Andrade (2003). As autoras entrevistaram seis mulheres, as quais relataram sofrimento emocional devido às dificuldades em estabelecer uma nova relação com o próprio corpo e o parceiro, após a perda da mama. Tais dificuldades decorriam essencialmente de medos e fantasias associados ao estigma da doença e provocaram mudanças no comportamento sexual das mesmas. Porém, alguns relatos apontaram que a

vivência da sexualidade se alterou significativamente já a partir do diagnóstico, sendo que tal movimento teve continuidade ao longo do tratamento.

Biffi e Mamede (2004) realizaram entrevistas com os parceiros de nove mulheres acometidas por câncer de mama para compreender a visão destes em relação ao próprio papel no suporte às suas companheiras. Após análise de conteúdo dos dados obtidos, observou-se que os parceiros percebiam a relevância de seu apoio tanto para a reabilitação quanto para a implementação de mudanças cotidianas decorrentes das limitações impostas pelo tratamento. Percebeu-se, também, que algumas dificuldades podem ocorrer após o diagnóstico, como o agravamento de problemas conjugais preexistentes e o surgimento de dificuldades de comunicação entre o casal.

O estudo de Ferreira, Almeida e Rasera (2008) utilizou o construcionismo social para compreender de que forma casais significaram o diagnóstico do câncer de mama. Com este intuito, foram realizadas entrevistas com sete casais cujas mulheres se encontravam em fase de reabilitação. Foi possível aos autores observar, a partir da análise de conteúdo das entrevistas, a ocorrência de sentimentos de revolta, medo, desesperança e culpa. Constatou-se, também, que a busca da religiosidade foi frequente entre os casais que vivenciaram o diagnóstico da doença como uma espécie de provação.

No estudo de Ferreira, Farago, Reis e Funghetto (2011), o foco também foi o impacto do adoecimento na relação conjugal de mulheres acometidas por câncer de mama. A partir da análise de conteúdo de dados coletados por meio de entrevistas realizadas com cinco pacientes, os companheiros de três pacientes e três casais, constatou-se que o abalo causado pela notícia da doença se dá tanto nas pacientes quanto em seus companheiros, porém, de forma bastante diferente. Nas pacientes, tendem a surgir sentimentos negativos em relação à perda da mama, às modificações da autoimagem e ao medo da morte. Nos

companheiros, foram identificados o medo do sofrimento das parceiras assim como preocupações acerca de questões financeiras devido ao custo do tratamento.

Já Tavares e Trad (2009) exploraram os fatores pessoais e situacionais associados à adaptação às circunstâncias adversas oriundas da doença, no âmbito familiar. Para tanto, utilizaram entrevistas e observações nos lares de cinco famílias de pacientes com câncer de mama, tendo ao final, 21 participantes, sendo 16 familiares e cinco pacientes. A partir dos resultados obtidos, observou-se que as participantes tendiam a encontrar no atendimento em saúde gratuito e de qualidade um fator situacional capaz de favorecer a adaptação à doença no âmbito familiar, sendo que a passividade diante das decisões referentes ao tratamento, enquanto fator pessoal, conduziu a resultados negativos nesse sentido.

O estudo de Funghetto, Terra e Wolff (2003) se propôs a conhecer as percepções de mulheres acometidas por câncer de mama sobre a doença e seus desdobramentos em termos familiares. Para tanto, foram realizadas entrevistas com quatro pacientes. Os dados obtidos sugerem que o adoecimento tende a modificar a relação conjugal, uma vez que a mulher passa a experimentar alterações em sua autoimagem e, como consequência, a redução em sua autoestima, o que muitas vezes acaba por prejudicar a qualidade do relacionamento a dois. Constatou-se, ainda, que a falta de suporte familiar pode influenciar negativamente o curso da doença e do tratamento.

O estudo de Scorsolini-Comin, Santos e Souza (2009) contemplou as transações subjetivas com o ambiente no manejo dos desdobramentos sociais e afetivos do diagnóstico e do tratamento. Os autores analisaram os relatos de 77 mulheres em um grupo de apoio voltado a pacientes que se encontravam em diferentes fases da doença. Os resultados obtidos revelaram que as pacientes tendem a articular o conhecimento científico e o conhecimento popular, buscando encontrar seus próprios modos de conviver com os

desafios impostos pela doença, tais como o estigma social e o comprometimento da identidade feminina. Além disso, sugerem que a interação no contexto do grupo permitia às participantes buscarem, juntas ou individualmente, a ressignificação do adoecimento e a retomada da vida.

Já o estudo de Fernandes, Rodrigues e Cavalcanti (2004) foi realizado com 10 participantes de um grupo de apoio a pacientes com câncer de mama, buscando-se compreender os sentimentos vivenciados em função da doença. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. As autoras constataram, após análise de conteúdo dos dados obtidos, que muitas pacientes se sentem discriminadas por terem sido acometidas por câncer de mama. Por outro lado, observou-se que o contato grupal minimiza o isolamento social e se caracteriza como fonte de suporte para o enfrentamento das dificuldades.

Sales e Assunção (2001) realizaram entrevistas junto a 50 mulheres para identificar quais e como são as informações de pacientes com câncer de mama em relação à enfermidade. Observou-se que, em sua maioria, as pacientes tinham informações a respeito da doença, mas nem sempre conseguiam nomeá-la adequadamente, o que poderia estar relacionado a questões psicológicas. Constatou-se, ainda, que as informações eram advindas principalmente dos membros da equipe de saúde. As autoras ressaltam que a participação das pacientes nas decisões médicas depende da qualidade das informações que as mesmas possuem, o que evidencia a necessidade de uma atenção especial a essa questão por parte dos profissionais de saúde.

No estudo de Gonçalves, Giglio e Ferraz (2005), o enfoque foi a influência da religiosidade na condição emocional de mulheres com câncer de mama. Para tanto, foram aplicados em 130 pacientes diversos instrumentos padronizados. Observou-se que,

respectivamente, 31,4% e 16,6 % das pacientes se encontravam deprimidas antes e depois da cirurgia. Verificou-se que menores níveis de depressão ocorreram em pacientes mais religiosas depois do procedimento cirúrgico. Porém, no momento que antecede a cirurgia, uma tendência à supressão das emoções também pode levar à inibição da expressão da religiosidade.

O estudo de Hoffmann, Muller e Frasson (2006) buscou identificar de que forma o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem repercutir em termos psicossociais – enfatizando o apoio social recebido e o bem-estar espiritual – em um grupo de 75 pacientes. Optou-se pela utilização combinada de uma entrevista estruturada e de dois instrumentos padronizados: o Questionário Norbeck de Apoio Social (NSSQ) e a Escala de Bem-Estar Espiritual (BEE). A partir da análise quantitativa dos dados obtidos com os instrumentos padronizados, foi possível perceber que as pacientes avaliadas, em sua maioria, referiram uma rede de apoio constituída por oito pessoas e que o índice predominante de bem-estar espiritual foi considerado moderado. Porém, a análise qualitativa dos dados obtidos com a entrevista revelou que o medo e a tristeza predominaram em função do diagnóstico e do tratamento.

O estudo de Cardoso e Peres (2011) objetivou avaliar os estilos de enfrentamento religioso desencadeados pelo adoecimento. Os autores trabalharam com 72 mulheres, as quais foram observadas durante 18 sessões de um grupo de apoio psicológico. Ao final, houve 76 relatos sobre religiosidade, apresentados por 29 participantes. Observou-se que a delegação foi o estilo de enfrentamento religioso predominante, o qual consiste em delegar a Deus, de maneira passiva, a responsabilidade do adoecimento e de sua resolução. Com tal estudo, pode-se averiguar que pacientes acometidas por câncer de mama podem recorrer à

religiosidade como estratégia de enfrentamento de forma pouco adaptativa. Portanto, cabe aos profissionais de saúde atentarem para tais fenômenos.

Almeida, Mamede, Panobianco, Prado e Clapis (2001) entrevistaram 12 mulheres que se encontravam no período de reabilitação com o intuito de compreender como estas significavam a possibilidade de uma recorrência da doença. A partir da análise de conteúdo, foi possível identificar temas que perpassaram os relatos das pacientes, tais como a incerteza acerca da possibilidade de recidiva, a convivência com o preconceito em função da doença e com as alterações corporais decorrentes do tratamento.

No estudo de Panobianco, Mamede, Almeida, Clapis e Ferreira (2008), o foco foi o sentido do sofrimento decorrente do linfedema, uma complicação que pode acometer mulheres mastectomizadas que também sofreram esvaziamento axilar e que provoca limitações físicas e modificações na autoimagem. Por meio de entrevistas abertas, foram abordadas 14 pacientes que convivem com a referida complicação. A análise de conteúdo revelou que o linfedema provocou grande impacto emocional, gerando sentimentos negativos como apreensão, insegurança, constrangimento e desconforto. Além disso, implicou em limitações importantes, pois muitas das mulheres entrevistadas relataram que deixaram de realizar diversas atividades, na medida em que o linfedema torna o braço homolateral à cirurgia mais pesado e volumoso.

O estudo de Vianna (2004) visou ao mapeamento das repercussões do tratamento, sobretudo em termos da ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão, antes e após a reconstrução mamária. Foram aplicados instrumentos de avaliação – destacando-se o Inventário de Depressão de Beck e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado – em 10 pacientes. Observou-se que a maioria das pacientes manteve inalterada sua visão negativa sobre a mastectomia, mesmo depois de realizada a reconstrução mamária. Porém, a

reconstrução, de modo geral, provocou melhora da autoestima, modificações positivas nas relações sociais e conjugais e redução dos níveis de ansiedade.

Rossi e Santos (2003) também buscaram compreender as repercussões do diagnóstico e do tratamento, tendo, para tanto, entrevistado 10 mulheres acometidas por câncer de mama. Observou-se que, uma vez confirmada a doença, surgiram reações de pavor, insegurança e a associação com a morte na maioria dos casos. Além disso, queixas sobre os efeitos colaterais da quimioterapia, da radioterapia e da cirurgia foram recorrentes. Constatou-se, ainda, que a não participação das pacientes na definição do plano terapêutico foi avaliada como algo negativo pela maioria delas.

O estudo de Silva e Santos (2008), por fim, visou a conhecer quais são os fatores geradores de estresse em mulheres acometidas por câncer de mama, após o término dos tratamentos. A análise dos dados obtidos por meio de entrevistas realizadas com 16 pacientes aponta que os principais fatores foram associados a questões físicas, como a necessidade do uso de próteses, às limitações de movimento do braço homolateral à mama submetida à cirurgia e às modificações vivenciadas devido aos cuidados necessários para a preservação da integridade do braço. Porém, o medo constante do reaparecimento da doença também foi apontado como um importante estressor.

Em suma: os estudos citados apresentam uma série de convergências, na medida em que, apoiando-se em dados obtidos, sobretudo por meio de entrevistas, enfatizam as repercussões emocionais negativas do diagnóstico e do tratamento. Essas repercussões se revelam de diferentes maneiras, se estendendo, muitas vezes, para os planos familiar e profissional. Possivelmente isso ocorre porque o câncer de mama incide sobre um órgão

repleto de significados para as mulheres, já que, conforme Maluf, Mori e Barros (2005), é o símbolo corpóreo da feminilidade, da sensualidade, da sexualidade e da maternidade. Portanto, os achados em questão são relevantes, até porque evidenciam a importância da assistência psicológica às mulheres acometidas por câncer de mama.

Por outro lado, os achados em questão não esgotam o assunto, tendo em vista que revelam apenas uma faceta das vivências altamente complexas que são desencadeadas em consequência do adoecimento. Ocorre que a maioria dos estudos citados não aponta claramente para a possibilidade de algumas pacientes experimentarem também mudanças positivas, após a doença e o tratamento¹. Essa possibilidade, entretanto, pode ser vislumbrada a partir de uma série de estudos internacionais, sendo que muitos deles o fazem a partir do recurso ao conceito de crescimento pós-traumático. Desse modo, será discutido esse conceito a seguir, procurando defini-lo e fundamentá-lo.

1.2.2 Repercussões emocionais positivas: contribuições do conceito de crescimento pós-traumático

É comum às pessoas vivenciar, em determinados momentos de suas vidas, situações que – a exemplo do diagnóstico de uma doença grave como o câncer – geram elevados níveis de estresse, uma vez que implementam condições imutáveis ou que dependem de considerável investimento psíquico e tempo para que possam ser revertidas. Tais eventos podem ser designados como traumas e ocorrem, segundo a analogia proposta por Calhoun e Tedeschi (2004), como abalos sísmicos, pois, assim como os terremotos modificam a

¹ O estudo de Aureliano (2009) representa uma das poucas exceções nesse sentido, uma vez que a autora sustenta que, a partir da perda de uma parte do corpo (a mama, no caso), o todo pode se transformar de modo a conferir um aspecto plural à identidade da mulher acometida pela doença.

superfície da Terra, afetam de maneira importante a estrutura do indivíduo e também seu entendimento do mundo.

Eventos desse tipo, apesar de gerarem grande angústia, podem desencadear transformações psicológicas positivas bastante significativas, particularmente em função da tentativa do indivíduo de se adaptar às novas circunstâncias. O conceito de crescimento pós-traumático (*posttraumatic growth*) – delineado em seus aspectos centrais na década de 1980, porém proposto formalmente na década de 1990 pelos psicólogos norte-americanos Richard G. Tedeschi e Lawrence G. Calhoun – se refere justamente à ocorrência de tais transformações². Ressalte-se que é possível encontrar na literatura científica nomenclaturas diferentes para esse mesmo fenômeno, tais como crescimento relacionado ao estresse (*stress-related growth*). De qualquer forma, o conceito de crescimento pós-traumático é o que vem sendo empregado com mais frequência pelos pesquisadores por melhor sintetizar a essência do fenômeno ao qual alude (Calhoun & Tedeschi, 2007).

As mudanças benéficas promovidas pelo crescimento pós-traumático se concentram principalmente em cinco domínios, a saber: 1) Relacionamento com Outros; 2) Novas Possibilidades; 3) Força Pessoal; 4) Mudança Espiritual e 5) Apreciação da Vida. O primeiro deles contempla transformações nas relações interpessoais, as quais podem se tornar mais próximas, íntimas e significativas. Já o segundo se refere às perspectivas de novos caminhos no curso da vida. O terceiro, por sua vez, alude à percepção de aumento da força interior e da capacidade de superação. O quarto domínio contempla mudanças benéficas nos campos religioso e espiritual, de forma que o indivíduo pode passar a se interessar mais por questões existenciais e sobre o sentido da vida. Por fim, o quinto

² Os aspectos centrais do crescimento pós-traumático foram delineados pelos referidos autores em uma série de publicações na década de 1980. Porém, em tais publicações, outros termos foram empregados para fazer referência ao fenômeno em questão, dentre os quais “benefícios percebidos” e “transformações do trauma”.

domínio diz respeito a uma maior valorização da vida e à consequente relativização de acontecimentos negativos (Calhoun & Tedeschi, 2007).

O processo de crescimento pós-traumático envolve a interação de uma variedade de elementos. Um deles é a ruminação, fenômeno que consiste na emergência de uma cadeia de pensamentos recorrentes sobre o trauma. Inicialmente, tais pensamentos são intrusivos e de caráter essencialmente negativos. Porém, o processamento cognitivo do trauma altera o processo de ruminação, de modo que os pensamentos passam a ser mais deliberados à medida que o sujeito busca a adaptação a uma nova realidade. E tal processo, como se vê na Figura 1, demanda a tomada de consciência sobre as emoções desencadeadas pelo trauma, fenômeno esse chamado de autorrevelação.

O processamento cognitivo do trauma também depende do suporte social recebido pelo indivíduo, posto que outras pessoas, conforme Calhoun e Tedeschi (2007), podem oferecer modelos de enfrentamento e novas perspectivas capazes de serem integradas às circunstâncias implementadas pelo evento traumático. Ou seja, entrando em contato com os sentimentos despertados pelo trauma e encontrando em familiares, amigos ou até mesmo profissionais de saúde o apoio adequado, o sujeito poderá apresentar o desengajamento de certas metas anteriores e o engajamento em novas metas, deixando, assim, de ser temporalmente orientado para o passado e para as perdas vivenciadas.

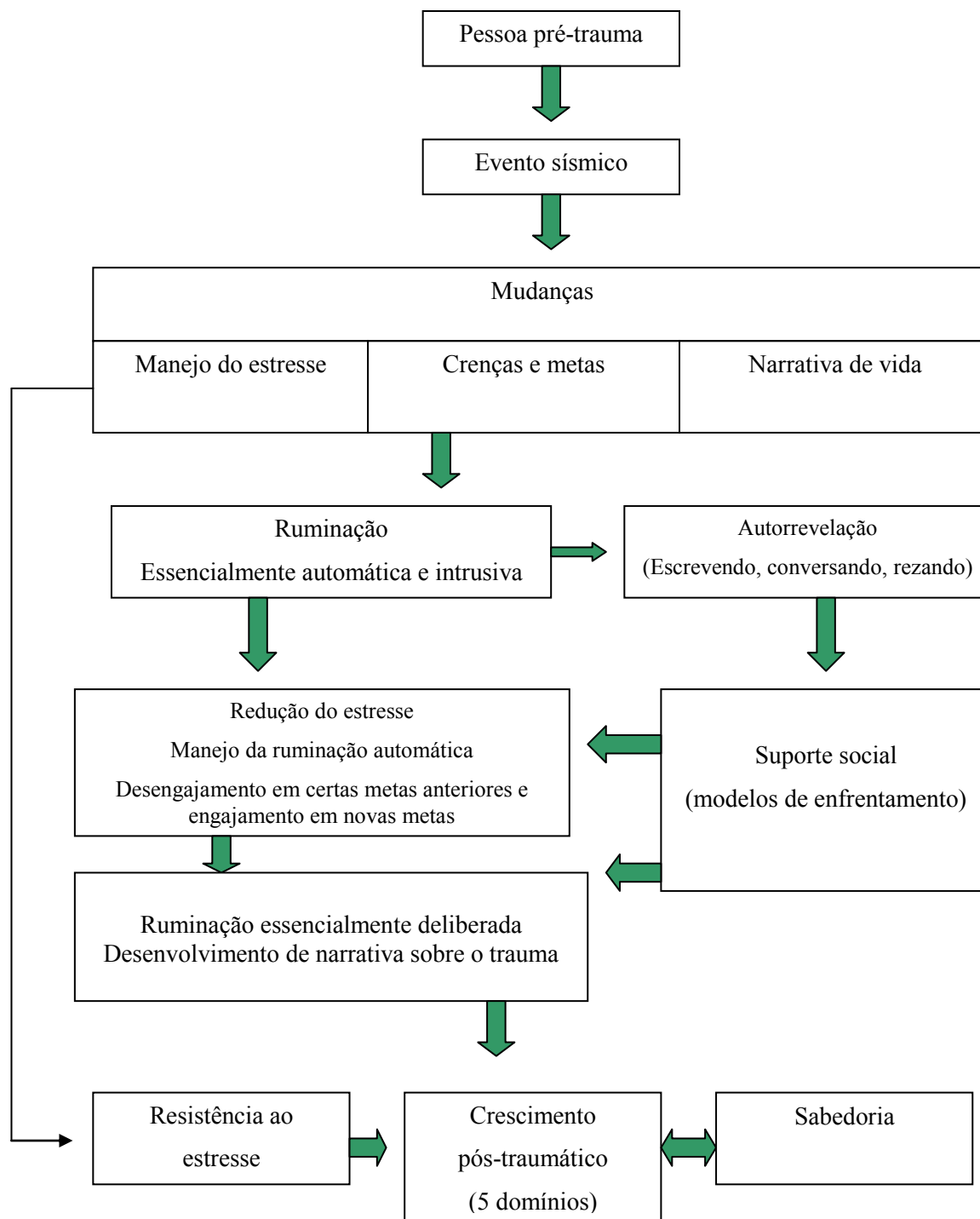


Figura 1 – Modelo simplificado do crescimento pós-traumático
(Adaptado de Calhoun & Tedeschi, 2004)

Ocorrerá, então, o desenvolvimento de uma narrativa sobre o trauma, posicionando-o como uma espécie de *turning point*. Como consequência, será observada uma mudança da narrativa de vida, levando a uma reinterpretação do trauma e à emergência de mudanças positivas, nos cinco domínios do crescimento pós-traumático. E faz-se necessário salientar que, como revela a Figura 1, o crescimento pós-traumático conduz à sabedoria e à maior resistência ao estresse. Portanto, tal processo, que pode demandar um longo período de tempo, não necessariamente extingue a angústia associada ao evento traumático, como alertam tanto Calhoun e Tedeschi (2004) como Nakamoto (2011).

Vale destacar que, segundo Calhoun e Tedeschi (2004), indivíduos nos quais indicadores de crescimento pós-traumático foram observados não se percebiam envolvidos na tentativa de encontrar benefícios em meio ao trauma vivenciado, até mesmo porque tendem a relatar que apenas estavam tentando sobreviver ou fazer a sobrevivência valer a pena, a despeito das perdas experimentadas. Desse modo, é relativamente comum que tais indivíduos acabem se surpreendendo, ao perceberem as transformações positivas pelas quais passaram.

Calhoun e Tedeschi (2002) afirmam que o crescimento pós-traumático pode ser observado majoritariamente em jovens e adultos, visto que, para sua ocorrência, é necessário que haja um mundo interno já estabelecido e que possa ser alterado, o que não existe em crianças. Há também indícios oriundos de estudos empíricos de que pessoas extrovertidas e com maior abertura para novas experiências sejam mais propensas a vivenciar crescimento pós-traumático do que aquelas que não apresentam tais características de personalidade.

É importante esclarecer as diferenças entre o conceito de crescimento pós-traumático e outros com os quais o mesmo pode ser confundido. O otimismo, por exemplo,

está relacionado à boa expectativa quanto àquilo que está por vir e representa um traço de personalidade. Existem evidências de que há uma relação positiva entre o otimismo e o crescimento pós-traumático, mas os conceitos podem ser delimitados. Já a resiliência consiste essencialmente na capacidade de dar continuidade à vida depois de uma situação difícil. O crescimento pós-traumático, em contrapartida, envolve uma série de transformações, de modo que não se restringe à adaptação à situação traumática (Calhoun & Tedeschi, 2004).

Ressalte-se, ainda, que o crescimento pós-traumático não se dá apenas a nível individual, podendo ser verificado também dentro de um grupo ou até mesmo de uma sociedade. Ocorre que existem pensamentos comuns, no contexto das coletividades, que podem ser abalados, tanto positiva quanto negativamente, por eventos como guerras, catástrofes naturais, conflitos, acidentes e, assim, provocar transformações em uma parcela expressiva dos sujeitos que as constituem. Além disso, o meio influencia decisivamente na forma como eventos traumáticos são vivenciados, de modo que pode ser mais ou menos favorável à ocorrência do crescimento pós-traumático (Nakamoto, 2001).

Por fim, é válido mencionar que o surgimento do conceito de crescimento pós-traumático está associado ao advento da Psicologia Positiva. Trata-se de um movimento ateuórico que preconiza o redirecionamento da Psicologia dos aspectos patológicos para os aspectos sadios do desenvolvimento e privilegia o estudo científico das potencialidades humanas, de acordo com Calvetti, Muller e Nunes (2007) e Paludo e Koller (2007). Porém, a origem da Psicologia Positiva pode ser situada entre o final dos anos 1990 e início dos anos 2000 (Yunes, 2003), ou seja, após o surgimento do conceito de crescimento pós-traumático. Ademais, Calhoun e Tedeschi (2006) afirmam que a Psicologia Positiva pode incorrer na desvalorização do sofrimento do indivíduo, o que não é compatível com a

compreensão do crescimento pós-traumático, até mesmo porque, como já mencionado, este ameniza, mas não elimina o estresse associado ao trauma.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral desenvolver uma revisão sistemática de publicações científicas dedicadas à exploração do crescimento pós-traumático, em mulheres acometidas por câncer de mama.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos do presente estudo podem ser sintetizados em duas questões norteadoras, a saber:

- 1) quais são as características dos artigos derivados de estudos empíricos dedicados ao assunto em termos de seus aspectos metodológicos básicos (tema específico, amostra, abordagem metodológica, delineamento de pesquisa, instrumentos utilizados e principais resultados)? e
- 2) quais tendências podem ser observadas em termos da produção e veiculação desses artigos (autoria, filiação institucional e fonte de publicação)?

3. MÉTODO

Uma revisão sistemática possibilita, a partir da análise crítica de um amplo conjunto de estudos científicos, a obtenção de um detalhado mapeamento do conhecimento já produzido acerca de um determinado assunto. Desse modo, subsidia sua aplicação prática e, ao mesmo tempo, seu aprofundamento teórico, na medida em que permite a identificação de lacunas a serem preenchidas com a realização de novos estudos. Portanto, uma revisão sistemática acelera o acesso à informação e proporciona variedade e abrangência ao leitor, apresentando uma síntese dos aspectos mais relevantes no que concerne ao assunto em questão (Galvão, Sawada, & Trevisan, 2004). Seu valor prático, assim, se torna evidente, sobretudo face ao contínuo fluxo de informações que caracteriza a atualidade (Souza & Peres, 2012). Além disso, como salientam Sampaio e Mancini (2007), uma revisão sistemática adequadamente planejada e desenvolvida pode, comparando-se com estudos de outra natureza, ser posicionada no topo de uma hierarquia de evidências científicas, como se vê na Figura 2.

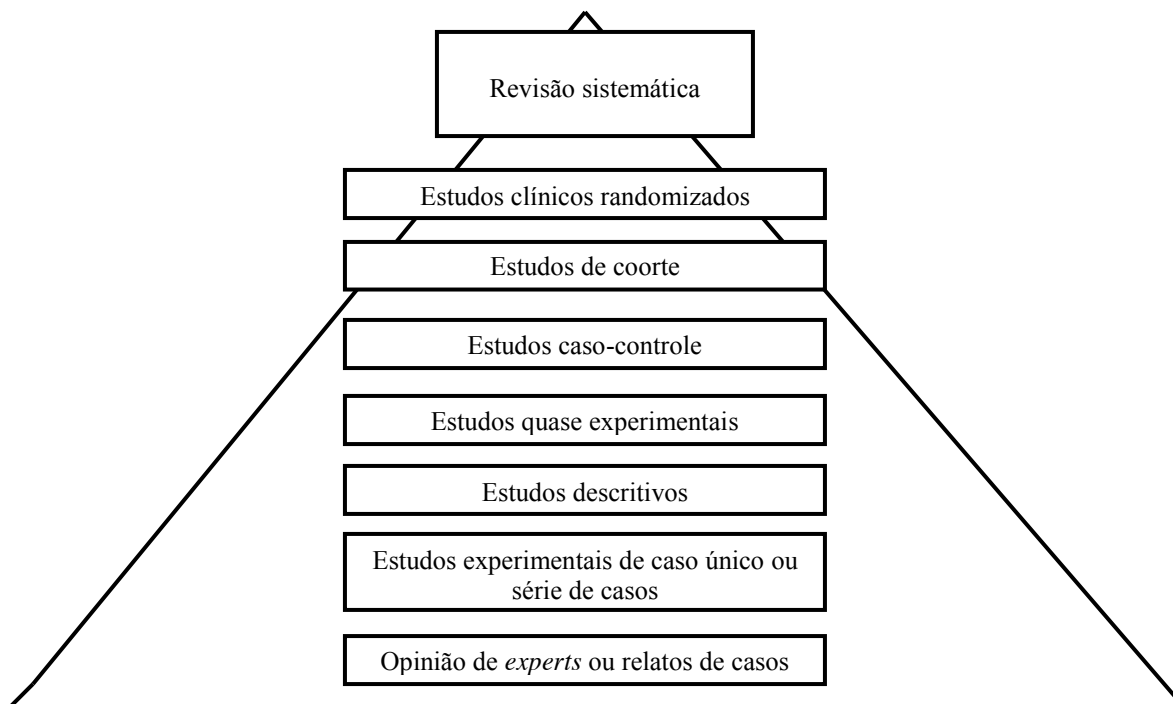


Figura 2 – Hierarquia de evidência científica, em função do tipo de estudo

(Adaptado de Sampaio & Mancini, 2007)

Porém, para que uma revisão sistemática possa atingir satisfatoriamente seu propósito, uma série de procedimentos metodológicos que podem ser organizados como etapas deve ser contemplada. Sampaio e Mancini (2007), conforme a Figura 3, preconizam a existência de cinco etapas básicas para que se possam evitar eventuais vieses e, assim, garantir o rigor necessário a uma revisão sistemática. No presente estudo, cada uma dessas etapas foi contemplada, como será detalhado a seguir. Buscou-se, assim, assegurar a obtenção de resultados que podem ser considerados representativos do conhecimento atualmente disponível sobre o assunto, na medida em que tais conhecimentos decorrem do emprego de procedimentos criteriosos, objetivos e passíveis de reprodução.

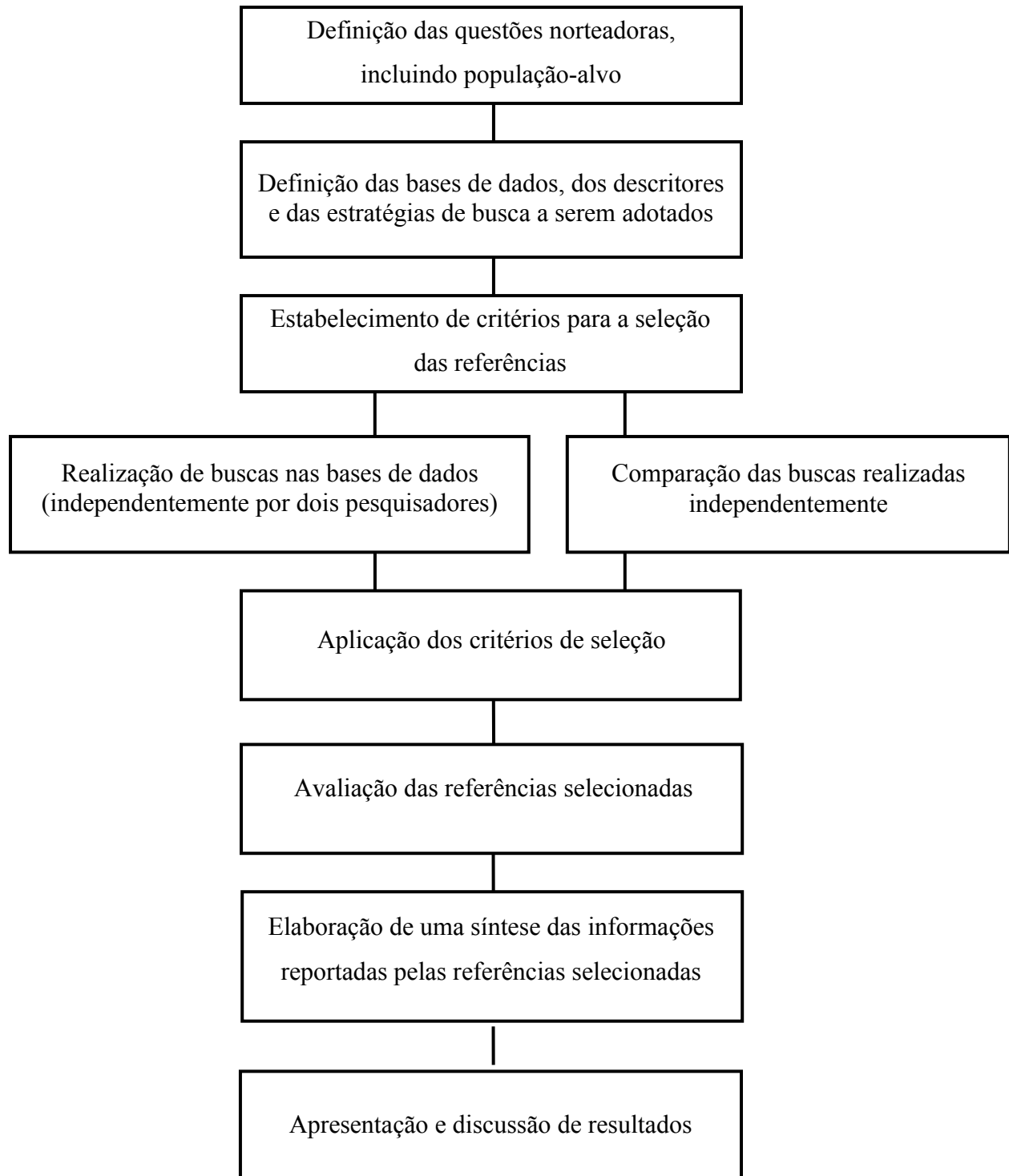


Figura 3 – Etapas do processo de revisão sistemática

(Adaptado de Sampaio & Mancini, 2007)

3.1 Definição das questões norteadoras

As questões norteadoras do presente estudo já foram mencionadas quando da apresentação de seus objetivos específicos. De qualquer forma, vale destacar que as mesmas foram definidas, levando-se em consideração que tal processo estabelece o assunto de interesse de uma revisão sistemática e, assim, determina a natureza do material potencialmente elegível para seu desenvolvimento. Nesse sentido, Galvão, Sawada e Trevisan (2004) afirmam que a definição das questões norteadoras representa a etapa mais importante de uma revisão sistemática. Vale destacar que, quando da definição das questões norteadoras, optou-se por privilegiar artigos derivados de estudos empíricos, tendo-se em vista que, como salientam Sousa, Silva e Carvalho (2004), tipicamente as revisões sistemáticas enfocam a literatura empírica em detrimento da literatura teórica.

3.2 Localização das referências

O material referente ao presente estudo foi localizado por meio de buscas eletrônicas em diversas bases de dados *on-line*. Tal procedimento de busca tem como vantagens principais a agilidade e o baixo custo. Contudo, todas as bases de dados disponíveis na atualidade possuem certas limitações, as quais podem ser contornadas mediante a realização de buscas combinadas. Nesse sentido, foram realizadas buscas em cinco bases de dados distintas: PsycINFO, MedLine, LILACS, SciELO-Brasil e PePsic. É importante salientar que tais bases de dados foram selecionadas porque contam com periódicos que atendem a critérios de admissão e permanência definidos em conformidade com parâmetros internacionais, o que as credencia como ferramentas capazes de fornecer subsídios para um levantamento bibliográfico abrangente e de qualidade.

As buscas foram executadas no dia 23 de maio de 2012, a partir do cruzamento dos termos “crescimento pós-traumático” (*posttraumatic growth*) e “câncer de mama” (*breast cancer*), os quais são de uso corrente na literatura especializada. A interface de cada uma das bases de dados consultadas apresenta particularidades, de modo que os procedimentos de busca sofreram pequenas variações. Com isso, o campo “resumo” (*abstract*) foi definido para a localização dos termos selecionados na PsycINFO, na SciELO-Brasil e na PePsic. Na MedLine, o campo equivalente é “título/resumo” (*title/abstract*), sendo que, por essa razão, o mesmo foi selecionado. Já na LILACS não foi especificado o campo de busca, já que tal base de dados não oferece campos semelhantes àqueles adotados nas demais. Vale destacar também que, para um levantamento bibliográfico completo, as buscas não envolveram a utilização de quaisquer limites oferecidos pelas bases de dados (em relação à data de publicação ou idioma, por exemplo).

3.3 Seleção das referências

O título de todas as referências, obtidas a partir das buscas eletrônicas, foi inicialmente examinado para subsidiar a eliminação de eventuais repetições. A seguir, os resumos das referências selecionadas mediante o emprego desse procedimento inicial foram submetidos a uma leitura preliminar, cujo propósito básico foi determinar o material efetivamente pertinente ao presente estudo. Tal leitura foi norteadada em função de três critérios de inclusão básicos e realizada de modo independente pela autora e pelo orientador do presente estudo, conforme sugerem Sampaio e Mancini (2007).

O primeiro critério de inclusão foi o formato. Definiu-se que apenas as referências publicadas em periódicos científicos, como artigos derivados de estudos empíricos, seriam selecionadas. Consequentemente, seriam descartadas as referências publicadas em

periódicos científicos como artigos de outra natureza (relato de experiência, revisão da literatura ou estudo teórico) ou somente como resumo sem texto completo, resenha, carta ao editor ou afins, assim como referências publicadas no formato de livro, capítulo de livro, dissertação, tese, relatório ou similares. Optou-se, portanto, por privilegiar aquele que representa, conforme Sampaio e Sabadini (2009), o principal veículo de difusão de pesquisas científicas na atualidade: o periódico científico. E a preferência por artigos derivados de estudos empíricos, como já mencionado, se justifica considerando-se que os mesmos tipicamente são privilegiados em revisões sistemáticas.

O segundo critério foi a amostra. Definiu-se que seriam selecionadas somente as referências cuja amostra fosse constituída por mulheres acometidas por câncer de mama, quer seja compondo um único grupo amostral ou um subgrupo para subsidiar comparações com grupos compostos por outras populações, quer sejam elas clínicas ou não clínicas. Desse modo, seriam descartadas as referências cuja amostra fosse constituída exclusivamente por pessoas que não vivenciaram diretamente a experiência do adoecimento, tais como familiares ou profissionais de saúde.

O terceiro critério, por fim, foi o enfoque. Definiu-se que seriam selecionadas somente as referências cujo enfoque estivesse relacionado diretamente à exploração do crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama. Logo, seriam descartadas as referências que abordassem o crescimento pós-traumático apenas de maneira indireta, fazendo uma menção superficial a tal fenômeno ou que enfatizassem o desenvolvimento ou a avaliação de propriedades psicométricas de instrumentos voltados à sua avaliação.

3.4 Avaliação das referências

Todas as referências selecionadas foram recuperadas na íntegra, em suas versões digitais ou impressas, e submetidas à avaliação mediante a execução da leitura exaustiva de cada uma delas. Tal leitura também foi realizada de modo independente pela autora e pelo orientador do presente estudo. Para subsidiar a devida organização, os achados decorrentes dessa leitura exaustiva foram organizados em nove dimensões dispostas em um crivo de avaliação, as quais foram criadas face aos objetivos específicos do presente estudo:

- 1) autoria;
- 2) filiação institucional;
- 3) fonte;
- 4) tema específico;
- 5) amostra;
- 6) abordagem metodológica;
- 7) delineamento de pesquisa;
- 8) instrumentos utilizados e
- 9) principais resultados.

Vale destacar que os achados consensuais obtidos de início com a aplicação independente do crivo de avaliação foram aceitos automaticamente. Já os achados de início discordantes foram discutidos caso a caso pela autora e pelo orientador do presente estudo, até que se chegasse a um comum acordo.

3.5 Apresentação de resultados

Os resultados oriundos da aplicação do crivo de avaliação junto a cada uma das referências selecionadas para os fins do presente estudo se encontram no Apêndice do presente estudo. No corpo do texto, mais adiante, serão veiculados e discutidos os resultados referentes à avaliação do conjunto do material, sendo que tal apresentação se dividirá em duas etapas. A primeira contempla uma avaliação básica mediante o detalhamento:

- a) do número de referências obtidas, em função das bases de dados consultadas;
- b) do número de referências selecionadas e excluídas, em função dos critérios de inclusão estabelecidos e
- c) da distribuição das referências selecionadas, em função do ano de publicação.

Já a segunda etapa da apresentação dos resultados envolve uma avaliação avançada a partir da veiculação dos achados obtidos face às dimensões de análise estabelecidas, buscando-se, dessa forma, o estabelecimento de uma síntese descritiva do conjunto do material. Nesse sentido, uma série de tabelas será adotada para melhor visualização. Além disso, a segunda etapa consiste da discussão dos achados reportados a partir da interlocução com a literatura científica especializada, buscando-se destacar os aspectos positivos e negativos do conjunto das referências selecionadas, a fim de subsidiar o mapeamento de seus alcances e limites em termos gerais.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Avaliação básica das referências

Como se vê na Tabela 1, as buscas eletrônicas possibilitaram a localização de 74 referências, sendo 48 na PsycINFO e 26 na MedLine. Nas demais bases de dados consultadas – LILACS, SciELO-Brasil e PePSIC –, não foi encontrada sequer uma referência, o que evidencia que nenhum estudo dedicado ao assunto em questão foi publicado em periódicos científicos latino-americanos indexados até a data da busca. Assim, percebeu-se, de antemão, uma importante lacuna a ser preenchida por meio de novas pesquisas.

Base de dados	Número de referências obtidas
PsycINFO	48
MedLine	26
LILACS	0
SciELO-Brasil	0
PePsic	0
Total	74

Tabela 1 – Distribuição das referências localizadas, em função das bases de dados consultadas

A checagem do título de todas as 74 referências apontou que 21 delas foram localizadas tanto na PsycINFO quanto na MedLine, sendo que, por essa razão, as mesmas foram descartadas. Restaram, portanto, 53 referências após a realização desse procedimento inicial. A seguir, foi realizada a seleção propriamente dita dos resumos de tais referências, em função dos critérios de inclusão estabelecidos. Essa seleção resultou na exclusão de

mais 22 referências, sendo 15 delas devido à aplicação do primeiro critério de inclusão³ (formato), 6 em virtude do emprego do segundo critério (amostra) e 1 mediante a aplicação do terceiro critério (enfoque). Sendo assim, apenas 31 das 74 referências localizadas foram consideradas pertinentes ao presente estudo. O título de cada uma das referências selecionadas se encontra na Tabela 2.

Vale destacar, ainda, a propósito da avaliação básica das referências, que, como se pode observar na Tabela 3, a maioria delas foi publicada no último triênio, ou seja, em 2010, 2011 e 2012, em que pese o fato de, como já mencionado, não terem sido adotados limites em relação à data de publicação quando da realização das buscas nas bases de dados. É relevante reforçar, também, que as buscas foram executadas no dia 23 de maio de 2012, de modo que todas as referências localizadas com data de publicação relativa a esse ano foram veiculadas em seus cinco primeiros meses. Somando-se a isso o fato de nenhuma das referências ter sido publicada antes de 2001, torna-se evidente que a exploração do crescimento pós-traumático, em mulheres acometidas por câncer de mama, apenas mais recentemente tem despertado o interesse dos pesquisadores.

³ Das 15 referências excluídas em função da aplicação do primeiro critério de exclusão, 14 foram publicadas em periódicos científicos somente como resumo sem texto completo (em todos os casos, em um periódico científico voltado especificamente à publicação de resumos de teses e dissertações) e uma foi publicada como capítulo de livro.

Referência	Título
1	Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy
2	Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth
3	The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer
4	Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study
5	Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors
6	The development of social relationships, social support, and posttraumatic growth in a dragon boating team for breast cancer survivors
7	The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer
8	Cancer diagnostic group differences in posttraumatic growth: accounting for age, gender, trauma severity, and distress
9	Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer
10	Posttraumatic growth in breast cancer survivors: A comparison of volunteers and non-volunteers
11	Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors
12	Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health
13	The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism–posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients
14	Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth
15	Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients
16	Women breast cancer survivors: Stories of change and meaning
17	Transforming from cocoon to butterfly: The potential role of the body in the process of posttraumatic growth
18	Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors

19	Motorcycles and breast cancer: The influence of peer support and challenge on distress and posttraumatic growth
20	Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: Relation to coping, social support and cognitive processing
21	Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors
22	Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives
23	Passion in breast cancer survivors: Examining links to emotional well-being
24	Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer
25	Psychosocial experiences of breast cancer survivors involved in a dragon boat program: Exploring links to positive psychological growth
26	Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women
27	Posttraumatic growth and marital satisfaction after breast cancer: Patient and spouse perspective
28	Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study
29	A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors
30	The effects of mortality reminders on posttraumatic growth and finding benefits among patients with life-threatening illness and their caregivers
31	Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth

Tabela 2 – Título das referências selecionadas

Ano de publicação	Referências	Total
2001	4	1
2002	28	1
2003	3	1
2004	21 e 22	2
2005	-	-
2006	5	1
2007	14 e 26	2
2008	1 e 24	2
2009	13 e 18	2
2010	11, 12, 16, 17, 27 e 31	6
2011	6, 7, 8, 9, 10, 15, 19, 23 e 25	9
2012	2, 20, 30 e 31	4

Tabela 3 – Distribuição das referências selecionadas, em função do ano de publicação

4.2 Avaliação avançada das referências

A avaliação da primeira dimensão de análise (autoria) revela que, no total, 97 pesquisadores estiveram envolvidos na publicação das 31 referências selecionadas para os fins do presente estudo. Dentre esses pesquisadores, se sobressaíram, como se vê na Tabela 4, Maria Cristina Canavarro (referências 2, 26 e 31), Sónia I. Martins Silva (referências 2, 26 e 31) e Catherine M. Sabiston (referências 6, 23 e 25), por assinarem três referências cada. Destacaram-se, ainda, Helena Cruz Moreira (referências 2 e 26), Matthew J. Cordova (referências 4 e 14), Keith M. Bellizzi (referências 5 e 11), Meghan H. McDonough (referências 6 e 25), Samuel M. Y. Ho (referências 7 e 15), Michelle W. Chan (referências 7 e 15) Bronwyn A. Morris (referências 8 e 19), Sophie Lelorain (referências 12 e 20), Agnès Florin (referências 12 e 20) e Tzipi Weiss (referências 21 e 28) que assinam duas

referências cada. Vale destacar que nenhum dos pesquisadores apresenta vinculação com instituições brasileiras.

Ainda em relação à primeira dimensão de análise, é válido mencionar que, de acordo com a Tabela 5, observou-se a hegemonia de referências de autoria múltipla, sendo que predominaram as referências publicadas por três autores (referências 1, 2, 3, 6, 12, 13, 17, 23, 25, 26 e 29). Em contrapartida, apenas duas referências são de autoria única, sendo ambas do mesmo pesquisador (referências 21 e 28). Tal achado pode ser considerado positivo em termos do aprofundamento do conhecimento científico atualmente disponível sobre crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama, uma vez que, segundo Witter (2008), a autoria múltipla é um importante indicador de desenvolvimento científico de um tema ou área de pesquisa⁴.

⁴ Embora a referida autora não esclareça o argumento que sustenta tal afirmação, parece razoável cogitar que a autoria múltipla indica que o tema não é explorado isoladamente por poucos pesquisadores.

Autores	Referências	Total
Sónia I. Martins Silva	2, 26 e 31	3
Maria Cristina Canavarro	2, 26 e 31	3
Catherine M. Sabiston	6, 23 e 25	3
Helena Cruz Moreira	2 e 26	2
Matthew J. Cordova	4 e 14	2
Keith M. Bellizzi	5 e 11	2
Meghan H. McDonough	6 e 25	2
Michelle W. Chan	7 e 15	2
Samuel M. Y. Ho	7 e 15	2
Bronwyn A. Morris	8 e 19	2
Sophie Lelorain	12 e 20	2
Agnès Florin	12 e 20	2
Tzipi Weiss	21 e 28	2
Sean Ransom	1	1
Kennon M. Sheldon	1	1
Paul B. Jacobsen	1	1
Sharon R. Sears	3	1
Annette L. Stanton	3	1
Sharon Danoff-Burg	3	1
Lauren L. C. Cunningham	4	1
Charles R. Carlson	4	1
Michael A. Andrykowski	4	1
Thomas O. Blank	5	1
Sarah Ullrich-French	6	1
Richard G. Tedeschi	7	1
Carmen W. L. Leung	7	1
Jane Shakespeare-Finch	8	1
Max Garlick	9	1
Kathleen Wall	9	1
Diana Corwin	9	1
Cheryl Koopman	9	1
Miri Cohen	10	1

Maya Numa	10	1
Ashley Wilder Smith	11	1
Bryce B. Reeve	11	1
Catherine M. Alfano	11	1
Leslie Bernstein	11	1
Kathy Meeske	11	1
Kathy B. Baumgartner	11	1
Rachel R. Ballard-Barbash	11	1
A. Bonnaud-Antignac	12	1
Özlem Bozo	13	1
Elçin Gündogdu	13	1
Canan Büyükasik-Çolak	13	1
Mitch Golant	14	1
Carol Kronenwetter	14	1
Vickie Chang	14	1
Janine Giese-Davis	14	1
David Spiegel	14	1
T.K. Yau	15	1
Rebecca M.W. Yeung	15	1
Claudia J. Sadler-Gerhardt	16	1
Cynthia A. Reynolds	16	1
Sharon D. Kruse	16	1
Paula J. Britton	16	1
Kate Hefferon	17	1
Madeleine Greal	17	1
Nanette Mutrie	17	1
Floortje Mols	18	1
Ad J.J.M. Vingerhoetsb	18	1
Jan Willem W. Coeberghac	18	1
Lonneke V. van de Poll-Franse	18	1
S. K. Chambers	19	1
M. Campbell	19	1
M. Dwyer	19	1
J. Dunn	19	1

Philippe Tessier	20	1
Angélique Bonnaud-Antignac	20	1
Sharon Manne	22	1
Jamie Ostroff	22	1
Gary Winkel	22	1
Lori Goldstein	22	1
Kevin Fox	22	1
Generosa Grana	22	1
Shaunna M. Burke	23	1
Robert J. Vallerand	23	1
Kyriaki Mystakidou	24	1
Eleni Tsilika	24	1
Efi Parpa	24	1
Dimitrios Kyriakopoulos	24	1
Nikos Malamos	24	1
Dimitrios Damigos	24	1
Peter R.E. Crocker	25	1
Rukhsana Kausar	27	1
Saima Saghir	27	1
Carla Crespo	31	1
Aleksandra Luszczynska	30	1
Alicja B. Durawa	30	1
Marta Dudzinska	30	1
Marta Kwiatkowska	30	1
Brygida Knysz	30	1
Nina Knoll	30	1
Valerie A. Bussell	29	1
Mary J. Naus	29	1

Tabela 4 – Distribuição das referências selecionadas, em função da autoria

Número de autores	Referências	Total
1	22 e 28	2
2	5, 8, 10, 27 e 29	5
3	1, 2, 3, 6, 12, 13, 17, 23, 25, 26 e 31	11
4	4, 7, 9, 15, 16, 18 e 20	7
5	19	1
6 ou mais	11, 14, 22, 24 e 30	5

Tabela 5 – Distribuição do número de autores das referências selecionadas

Já a avaliação da segunda dimensão de análise (filiação institucional) aponta, conforme a Tabela 6, que os autores de seis referências eram vinculados a duas universidades em específico, a saber: Universidade de Coimbra, em Portugal (referências 2, 26 e 31) e *McGill University*, no Canadá (referências 6, 23 e 25). Tais universidades, assim, podem ser consideradas, na atualidade, como os mais expressivos polos de estudos voltados à investigação do crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama. Faz-se necessário mencionar, também, que a avaliação da dimensão de análise em questão evidencia que pesquisadores de instituições sediadas em países de variadas regiões vêm se dedicando ao referido assunto, o que representa um achado potencialmente favorável ao aprofundamento do conhecimento disponível acerca do mesmo, na medida em que é capaz de estimular a diversificação de linhas de pesquisa⁵.

⁵ Essa afirmação adquire maior consistência tendo-se em vista que, como já mencionado, o meio pode ser mais ou menos favorável à ocorrência do crescimento pós-traumático, o que evidencia a relevância de estudos sobre o assunto desenvolvidos em diferentes culturas.

Filiação institucional	Referências	Total
Universidade de Coimbra	2, 26 e 31	3
McGill University	6, 23 e 25	3
University of Connecticut	5 e 11	2
Purdue University	6 e 25	2
University of Hong Kong	7 e 15	2
National Institutes of Health	8 e 19	2
Stanford University	9 e 14	2
University of Nantes	12 e 20	2
University of Hawaii at Manoa and Brigham Young	1	1
University of Missouri	1	1
University of South Florida	1	1
H. Lee Moffitt Cancer Center	1	1
University of Kansas	3	1
University of California	3	1
University at Albany	3	1
State University of New York	3	1
University of Kentucky	4	1
Washington State University	6	1
Queen Elizabeth Hospital	7	1
University of North Carolina Charlotte	7	1
Queensland University of Technology	8	1
Institute of Transpersonal Psychology	9	1
Stanford Psy.D. Consortium	9	1
University of Haifa	10	1
National Cancer Institute	11	1
Beckman Research Institute	11	1
University of Southern California	11	1
University of Louisville	11	1
Middle East Technical University	13	1
Pacific Graduate School of Psychology	14	1
The Wellness Community-National	14	1
Sutter Health California Pacific Medical Center	14	1

Hospital Pamela Youde Nethersole Eastern	15	1
Ashland University	16	1
University of Akron	16	1
John Carrol University	16	1
University of East London	17	1
University of Strathclyde	17	1
Eindhoven Cancer Registry	18	1
Tilburg University	18	1
Erasmus MC – University Medical Center	18	1
Cancer Council Queensland	19	1
Griffith University	19	1
Amazon Heart	19	1
University of Queensland	19	1
Université Paris Descartes	20	1
Long Island University	21	1
Fox Chase Cancer Center	22	1
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	22	1
City University of New York	22	1
Cooper Hospital-Camden	22	1
University of Leeds	23	1
University of Quebec	23	1
University of Athens	24	1
University of Ioannina	24	1
Hospital Elena Venizelos	24	1
University of British Columbia	25	1
University of the Punjab	28	1
Fatima Jinnah Women University	27	1
Adelphi University School of Social Work	28	1
Houston Baptist University	29	1
University of Houston	29	1
University of Colorado	30	1
Warsaw School of Social Sciences and Humanities	30	1
Wroclaw Medical University	30	1
Charité Universitätsmedizin	30	1

Freie Universität	30	1
-------------------	----	---

Tabela 6 – Distribuição das referências, em função da filiação institucional

A partir da avaliação da terceira dimensão de análise (fonte), observou-se, como se vê na Tabela 7, que as revistas *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* (referências 9, 10, 12 e 14), *Journal of Health Psychology* (referências 11, 13, 20 e 23) e *Psychology and Health* (referências 15, 18, 30 e 31) se destacaram como aquelas nas quais foi publicada uma maior quantidade de referências sobre crescimento pós-traumático, em mulheres acometidas por câncer de mama. Ambas são dedicadas à veiculação de artigos que se situam na interface da Psicologia com a Saúde. Trata-se de um achado esperado, em função da especificidade do assunto em questão. É importante mencionar, por outro lado, que algumas das referências restantes foram publicadas em revistas – a exemplo do *Journal of Sport & Exercise Psychology*, do *Journal of Social and Clinical Psychology* e do *Journal of Loss and Trauma* – que possuem um enfoque mais variado, o que pode contribuir para a difusão do assunto em função da ampliação do leque de leitores que entrarão em contato com o mesmo.

Fonte	Referências	Total
Journal of Clinical Psychology in Medical Settings	9, 10, 12 e 14	4
Journal of Health Psychology	11, 13, 20 e 23	4
Psychology and Health	15, 18, 30 e 31	4
Health Psychology	3, 4 e 5	3
Psycho-Oncology	2 e 7	2
Journal of Sport & Exercise Psychology	6 e 25	2
Journal of Loss and Trauma	8 e 26	2
Journal of Psychosocial Oncology	28 e 29	2
Journal of Consulting and Clinical Psychology	1	1
Journal of Mental Health Counseling	16	1
Journal of Humanistic Psychology	17	1
Supportive Care in Cancer	19	1
Journal of Social and Clinical Psychology	21	1
Psychosomatic Medicine	22	1
The Breast	24	1
Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology	27	1

Tabela 7 – Distribuição das referências selecionadas, em função da fonte

A partir da avaliação da quarta dimensão de análise (tema específico), pode-se observar, de acordo com a Tabela 8, que, na maior parte das referências selecionadas, basicamente buscou-se identificar a ocorrência do crescimento pós-traumático nas participantes em um certo ponto no tempo face à influência de determinados fatores, de modo que as mesmas podem ser categorizadas, nos termos de Fletcher, Fletcher e Wagner (1996), como estudos de prevalência. O câncer de mama representou a variável independente, influenciando, assim, outras variáveis. Já as variáveis intervenientes, isto é, aquelas que se encontram entre as variáveis independentes e dependentes e ajudam a compreender as relações existentes entre elas, corresponderam a fatores biológicos,

psicológicos e sociais diversos, como o tempo desde o diagnóstico (referência 3), a renda (referência 4), a escolaridade (referência 5), o suporte social (10) e o otimismo das participantes (13), por exemplo.

Tais achados, no que tange às variáveis independentes e intervenientes, já eram esperados, na medida em que vão ao encontro do modelo de pesquisa em Psico-Oncologia estabelecido por Holland (2002). Porém, o crescimento pós-traumático representou a variável dependente, ou seja, aquela que sofre a influência de outras variáveis, o que representa um avanço em relação ao referido modelo de pesquisa. Afinal, a autora em questão, embora não se limite ao câncer de mama, destaca a qualidade de vida como a principal variável dependente nas pesquisas voltadas aos aspectos psicológicos de pacientes oncológicos realizadas até o início dos anos 2000. E o crescimento pós-traumático, como já mencionado, se destaca como um conceito específico, distinto em relação à qualidade de vida, proposto formalmente na década de 1990.

É válido salientar, também, que algumas referências foram dedicadas a temas bastante particulares, como, por exemplo, a investigação do crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama que participavam de um moto-clubes (referência 19) e de uma equipe de atividade esportiva náutica (referências 6 e 25). Outro tema particular é a avaliação dos resultados decorrentes da aplicação da Terapia Psicoespiritual Integrativa em termos da promoção do crescimento pós-traumático (referência 9). A opção por temas como esses, no contexto das referências selecionadas, pode ser considerada positiva, pois é capaz de diversificar e enriquecer o conhecimento atualmente disponível sobre crescimento pós-traumático, em situações ou populações bastante particulares. Além disso, inaugura novas linhas de pesquisa a serem exploradas por estudos posteriores.

Referência	Tema específico
1	Teste de hipóteses sobre o assunto encontradas na literatura, as quais sustentam que o crescimento pós-traumático traz mudanças a) nos atributos pessoais; b) na orientação de metas e c) que essas mudanças são percebidas pelos pacientes ao longo do tempo
2	Avaliação do papel do crescimento pós-traumático nas realções entre o impacto percebido da doença, o <i>distress</i> e a qualidade de vida
3	Avaliação de preditores e desdobramentos de benefícios encontrados, reavaliação positiva e crescimento pós-traumático
4	Identificação de crescimento pós-traumático e seus preditores em mulheres que sobreviveram ao câncer de mama em comparação com mulheres saudáveis
5	Avaliação de preditores do crescimento pós-traumático no que se refere a variáveis relacionadas ao contexto, à doença e a características intraindividuais
6	Exploração do desenvolvimento de relações sociais, suporte social e crescimento pós-traumático
7	Investigação acerca do viés atencional autorrelatado na ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático e crescimento pós-traumático
8	Investigação da ocorrência do crescimento pós-traumático, em função de diferentes tipos de câncer
9	Avaliação dos desdobramentos da Terapia Psicoespiritual Integrativa, focando a promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual e do crescimento pós-traumático
10	Investigação da ocorrência do crescimento pós-traumático, em função da realização ou não de trabalho voluntário com pacientes oncológicos e do estado de saúde autorreferido
11	Investigação de relações entre etnia, religião e crescimento pós-traumático e entre crescimento pós-traumático e qualidade de vida relacionada à saúde física e mental
12	Avaliação da ocorrência e dos preditores do crescimento pós-traumático e da relação de indicadores de saúde mental com o crescimento pós-traumático a longo prazo
13	Investigação da relação entre otimismo e crescimento pós-traumático e da influência do suporte social percebido nesta relação

14	Investigação da ocorrência, dos preditores e da relação entre transtorno de estresse pós-traumático e crescimento pós-traumático
15	Investigação da relação entre o estilo explicativo de processamento cognitivo e o crescimento pós-traumático e o transtorno de estresse pós-traumático
16	Compreensão das experiências de mudança e dos processos de produção de sentidos desencadeados pelo adoecimento
17	Compreensão da influência da representação do corpo no crescimento pós-traumático
18	Investigação do crescimento pós-traumático, dos benefícios encontrados e do bem-estar, assim como de suas relações
19	Avaliar o papel da comparação social e da identidade social no crescimento pós-traumático e <i>distress</i> em mulheres que participavam de um moto-club
20	Exploração de indicadores de crescimento pós-traumático em narrativas sobre mudanças desencadeadas pelo adoecimento e investigação da associação entre o crescimento pós-traumático, o suporte social, o enfrentamento e o processamento cognitivo
21	Investigação de fatores associados ao crescimento pós-traumático das mulheres em termos de variáveis do contexto social
22	Investigação do curso do crescimento pós-traumático e das associações entre o processamento cognitivo, emocional e interpessoal em um grupo de pacientes e seus maridos e avaliação do crescimento pós-traumático na perspectiva do casal
23	Investigação de atividades pelas quais as pacientes dizem-se apaixonadas e avaliação da relação entre tipos de paixão e indicadores de bem-estar psicológico e crescimento pós-traumático
24	Análise do crescimento pós-traumático e seus preditores e suas associações com o sofrimento psíquico
25	Compreensão das experiências psicossociais decorrentes da participação em equipes de Dragon Boating
26	Investigação do crescimento pós-traumático e do ajustamento psicossocial em mulheres acometidas por câncer de mama, em comparação com mulheres saudáveis
27	Investigação do crescimento pós-traumático e da satisfação conjugal em mulheres acometidas por câncer de mama e seus parceiros
28	Investigação do crescimento pós-traumático e sua validade intersubjetiva em mulheres acometidas por câncer de mama e seus parceiros

29	Avaliação das relações entre a) o enfrentamento e o <i>distress</i> durante a quimioterapia e b) o enfrentamento durante a quimioterapia e 2 anos após o tratamento e o <i>distress</i> e o crescimento pós-traumático
30	Investigação dos efeitos da advertência de mortalidade no crescimento pós-traumático em pacientes acometidos por doenças graves ou seus cuidadores
31	Investigação a) do curso do crescimento pós-traumático e do ajustamento psicológico, considerando o tipo de cirurgia e tratamento adjuvante e b) das associações entre o enfrentamento, o crescimento pós-traumático e o ajustamento psicológico

Tabela 8 – Distribuição das referências selecionadas, em função do tema específico

A partir da avaliação da quinta dimensão de análise (amostra), observou-se, conforme a Tabela 9, que, em 11 referências, o número de participantes ultrapassou 100 (referências 5, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 22, 23, 24 e 30). Esse achado é compatível com aquele resultante da avaliação da sexta dimensão de análise e que será detalhado adiante, na medida em que revela a preocupação dos autores em obter um número de participantes capaz de produzir resultados passíveis de generalização por inferências estatísticas. De qualquer forma, ressalte-se que, em 19 referências (1, 2, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 23, 25, 26, 27, 29, 30 e 31), foram adotadas amostras de conveniência, posto que constituídas por mulheres acometidas por câncer de mama que foram consecutivamente admitidas em serviços de saúde especializados para tratamento ou reabilitação e concordaram em participar da coleta de dados.

Referências	Amostra
1	83 pacientes (56 mulheres e 27 homens) acometidos por câncer de mama e de próstata (estágios de 0 a III), respectivamente, submetidos à radioterapia
2	78 mulheres acometidas por câncer de mama (57 em quimioterapia e 21 em radioterapia)
3	Amostra inicial de 92 e amostra final de 60 mulheres acometidas por câncer de mama avaliadas aos 3 e 12 meses, após o tratamento, respectivamente
4	70 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e 70 mulheres saudáveis, com idade e escolaridade compatíveis
5	224 mulheres acometidas por câncer de mama avaliadas entre 1 e 4 anos, após o término do tratamento
6	17 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e participavam de equipes de Dragon Boating
7	170 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico entre 4 e 34 meses
8	335 pacientes com variados tipos de câncer, sendo 117 mulheres acometidas por câncer de mama
9	24 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de 0 a III) com confirmação do diagnóstico entre 2 semanas e 10 anos
10	84 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e trabalharam voluntariamente com pacientes recém-diagnosticadas e 40 mulheres que também sobreviveram à doença, mas não participaram de trabalho voluntário, sendo que ambos os grupos foram avaliados há pelo menos 3 anos, após o término do tratamento
11	802 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a III)
12	307 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama avaliadas entre 5 e 15 anos, após a confirmação do diagnóstico
13	104 pacientes acometidas por câncer de mama (estágios de I a IV) com confirmação do diagnóstico entre 2 e 276 meses

14	65 pacientes acometidas por câncer de mama (estágios de I a III) avaliadas há no máximo 18 meses, após o término do tratamento
15	90 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de O a IV) com confirmação do diagnóstico entre 7 meses e 9 anos
16	8 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico entre 10 meses e 5 anos, sendo uma delas portadora de metástase
17	10 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama
18	183 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama, avaliadas há aproximadamente 10 anos, após o término do tratamento
19	51 mulheres acometidas por câncer de mama que participam de um moto-club, sendo que 24 delas se encontravam em tratamento e 14 apresentavam recidiva
20	28 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama (estágios de I a III) com confirmação do diagnóstico entre 5 e 15 anos
21	72 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de O a II) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 5 anos
22	162 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a III) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 10 meses (quando da primeira avaliação) e seus parceiros
23	177 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a III) avaliadas há no máximo 20 semanas, após o término do tratamento
24	100 mulheres acometidas por câncer de mama (estágio IV) em cuidados paliativos
25	20 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e participavam de equipes de Dragon Boating
26	71 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico há, no máximo, 24 meses, e 89 mulheres saudáveis que não referiram vivência de experiências traumáticas
27	30 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a IV) com confirmação do diagnóstico entre 7 e 8 meses e seus parceiros

28	41 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de 0 a II) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 6 anos e seus parceiros
29	Amostra inicial de 59 e amostra final de 24 mulheres acometidas por câncer de mama, avaliadas durante 2 anos após o tratamento, respectivamente
30	164 pacientes acometidas por câncer de mama (estágios de I a IV) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 249 meses, das quais 84 foram expostas à advertência de mortalidade para os fins do estudo
31	50 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico entre 1 (primeira avaliação) e 12 meses (última avaliação)

Tabela 9 – Distribuição das referências selecionadas, em função da amostra

Portanto, conforme Meltzoff (2001), amostras de conveniência são limitadas pela proximidade do pesquisador com os indivíduos elegíveis para a participação na pesquisa, de modo que, a despeito de numerosas, eventualmente apresentam vieses que devem ser considerados para que se possa definir com clareza a quais populações se aplicam as generalizações propostas. Ressalte-se, também, que apenas nas referências 16, 19 e 24 as participantes apresentavam metástases ou recidivas. Parece válido afirmar, portanto, que o conhecimento a respeito do crescimento pós-traumático em pacientes que apresentam esse tipo de evolução clínica ainda é incipiente, o que demanda, consequentemente, a realização de novos estudos, até mesmo porque, para Peres (2008), o surgimento de metástases ou recidivas comumente representa um momento crítico na vida das pacientes, representando simbolicamente o fracasso dos esforços envidados até então no tratamento.

A maioria das referências selecionadas (referências 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30 e 31) é derivada de estudos quantitativos, conforme a avaliação da sexta dimensão de análise (abordagem metodológica) sintetizada na Tabela 10. Os estudos quantitativos, segundo Serapioni (2000) e Günther (2006), privilegiam dados e tendências observáveis e trabalham com amostras numericamente representativas de uma população em específico para, a partir da utilização de instrumentos padronizados, produzir resultados passíveis de generalização por inferências estatísticas. Logo, como observou Turato (2005), buscam o estabelecimento de relações matemáticas de causa-efeito e contemplam habitualmente construtos como “frequência”, “prevalência”, “efeitos”, “marcadores” e “preditores”.

Abordagem metodológica	Referências	Total
Quantitativa	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30 e 31	26
Qualitativa	6, 16, 17 e 25	4
Quantitativa	20	1

Tabela 10 – Distribuição das referências selecionadas, em função da abordagem metodológica

Por outro lado, apenas quatro referências selecionadas (referências 6, 16, 17 e 25) são derivadas de estudos qualitativos. Estudos desse tipo, para Turato (2005), buscam compreender os sentidos de certas coisas para certos grupos de sujeitos sem preocupação com a representatividade numérica, recorrem, sobretudo, a entrevistas e observações para a coleta de dados e se propõem à construção de resultados capazes de subsidiar

generalizações conceituais. Desse modo, ainda segundo o referido autor, os estudos qualitativos pretendem o estabelecimento de relações de sentido e têm como construtos centrais “significação”, “representação” e “vivências”. Vale destacar que, em função de tais características, enfatizam as particularidades de grupos mais específicos de sujeitos (Serapioni, 2000).

É importante esclarecer que, segundo Minayo e Sanches (1993), os estudos quantitativos e qualitativos são de natureza diferenciada, de modo que nenhum deles pode ser considerado mais científico do que o outro *a priori*. Além disso, os referidos autores esclarecem que não há oposição, assim como não há continuidade entre os estudos quantitativos e qualitativos, mas defendem que pode haver complementaridade. De acordo com esse raciocínio, os estudos qualitativos, por serem mais adequados ao aprofundamento da complexidade de fenômenos relacionados a grupos mais específicos de sujeitos, podem ser empregados na tentativa de uma compreensão mais detalhada de uma determinada questão de pesquisa gerada por um estudo quantitativo.

Tal raciocínio se aplica aos resultados da sexta dimensão de análise no presente estudo. Ou seja: sugere-se que os pesquisadores interessados na investigação do crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama privilegiem, em estudos futuros, a abordagem qualitativa, ou ainda a abordagem combinada, utilizada em apenas uma das referências selecionadas (referência 20). Ocorre que, como mencionado, há um marcante predomínio de estudos quantitativos dedicados ao assunto. Porém, é válido reforçar que tal sugestão não pressupõe a crença em qualquer hierarquia entre as diferentes abordagens, até mesmo porque, segundo Minayo e Sanches (1993), um estudo quantitativo também pode complementar um estudo qualitativo.

A avaliação da sétima dimensão de análise (delineamento de pesquisa) revela, conforme a Tabela 11, uma expressiva ocorrência de referências derivadas de pesquisas transversais simples, o que vai ao encontro da já mencionada ênfase em estudos de prevalência entre as referências selecionadas. Pesquisas com delineamento transversal simples permitem comparações entre indivíduos diferentes em um mesmo momento e têm como principal vantagem a destinação de um prazo mais circunscrito para a coleta de dados. Outra vantagem é que os dados estão disponíveis para análise, logo após a coleta. Porém, as pesquisas transversais simples impossibilitam o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo, o que pode representar uma desvantagem, dependendo do objetivo da pesquisa (Richardson, 2010).

Delineamento de Pesquisa	Referências	Total
Longitudinal	1, 3, 6, 9, 19, 22, 29 e 31	8
Transversal simples	2, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 28 e 30	9
Transversal <i>cross-sectional</i>	4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 23 e 27	14

Tabela 11 – Distribuição das referências selecionadas, em função do delineamento de pesquisa

Para o estudo do crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama, tal acompanhamento – predominantemente viabilizado por pesquisas longitudinais – é importante, por exemplo, para a identificação de eventuais variações em termos de cada um de seus domínios, no decorrer das etapas que se sucedem do diagnóstico à reabilitação. Contudo, pesquisas longitudinais demandam um prazo mais amplo para a realização de, ao

menos, duas coletas de dados em diferentes momentos e oferecem dificuldades no que se refere à manutenção da amostra, já que, no espaço de tempo entre as coletas, os participantes podem desistir da participação, mudar de cidade ou até mesmo falecer. De qualquer forma, o delineamento longitudinal foi adotado em oito referências (referências 1, 3, 6, 9, 19, 22, 29 e 31).

As pesquisas com delineamento transversal do tipo *cross-sectional*, por sua vez, são mais exequíveis do que as pesquisas com delineamento longitudinal, posto que subsidiam a avaliação de mudanças, a partir da comparação de dois ou mais grupos de indivíduos que se encontram em estágios diferentes de um mesmo processo desenvolvimental. Justamente por essa razão, contornam uma das limitações inerentes às pesquisas com delineamento transversal simples (Bordens & Abbott, 1999; Breakwell, Hammond, Fife-Schaw & Smith, 2010; Richardson, 2010). Como se vê na Tabela 11, as referências derivadas de pesquisas com delineamento transversal do tipo *cross-sectional* foram as mais frequentes (referências 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 23 e 27), o que, considerando as informações precedentes, pode ser considerado um achado positivo.

Já a avaliação da oitava dimensão de análise (instrumentos) evidencia, como se vê na Tabela 12, que o *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) foi o instrumento padronizado mais utilizado nas referências selecionadas (referências 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30 e 31). Desenvolvido em língua inglesa por Tedeschi e Calhoun (1996), a partir de uma extensa revisão da literatura científica sobre o assunto, tal instrumento apresenta originalmente cinco fatores/subescalas – Relacionamento com Outros, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual e Apreciação da Vida – em conformidade com o modelo teórico de crescimento pós-traumático proposto pelos mesmos e é composto, no total, por 21 itens.

Instrumentos	Referências	Total
Questionários não padronizados	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9,	27
	10, 11, 12, 13, 14,	
	15, 16, 18, 19, 21,	
	22, 23, 24, 26, 27,	
	28, 29, 30 e 31	
Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9,	26
	10, 11, 12, 13, 14,	
	15, 18, 19, 21, 22,	
	23, 24, 26, 27, 28,	
	29, 30 e 31	
Brief COPE Scale	5, 12, 20, 29 e 31	5
Entrevista semiestruturada	6, 16, 17, 20 e 25	5
Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	7, 8, 15 e 19	4
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	2, 24, 26 e 31	4
World Health Organization for QoL-Bref (WHOQoL-Bref)	2, 26 e 31	3
Profile of Mood States (POMS)	3, 9 e 29	3
Life Orientation Test-Revised (LOT-R)	5, 11 e 13	3
Medical Outcomes Study Health Survey (SF-36)	4, 11 e 12	3
Impact of Event Scale (IES)	3, 4 e 22	3
COPE Inventory	3 e 22	2
Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	12 e 23	2
Hope Scale	3 e 5	2
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	10 e 13	2
Dyadic Adjustment Scale (DAS)	22 e 27	2
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	4 e 30	2
Aspirations Index (AI)	1	1

Personal Attribute Rating Scales (PARS)	1	1
Brief Illness Perception Questionnaire	2	1
Life Orientation Test	3	1
Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)	3	1
Entrevistas estruturadas não padronizadas	3	1
Ryffs Well-Being Scales	4	1
Cancer Patient Behavior Scale	4	1
DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire (DUKE-SSQ)	4	1
Attention to Positive and Negative Information Scale (APNIS)	7	1
Cancer-Related Rumination Scale (CRRS)	7	1
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp-Ex)	9	1
Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast (FACT-B)	9	1
Emotional Expression and Processing Scale	10	1
Cognitive Processing Scale	10	1
Duke Religion Index	11	1
Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)	14	1
Social Constraints Scale (SCS)	14	1
Attributional Style Questionnaire (ASQ)	15	1
Perceived Disease Impact Scale (PDIS)	18	1
CentERdata Health monitor	18	1
Identification-Contrast Scale	19	1
Lumpkin's Questionnaire	20	1
Bruchon-Schweitzer Social Support Questionnaire	20	1
Brief Social Support Questionnaire (SSQ)	21	1
Quality of Relationship Inventory (QRI)	21	1
Emotional Processing Scale	22	1

Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)	22	1
Passion Scale	23	1
Assessment of Cancer Concerns Scale (ACS)	23	1
Beck Depression Inventory (BDI)	29	1
Beck Anxiety Inventory (BAI)	29	1
Brief Fatigue Inventory	29	1
Perceived Stress Scale	29	1

Tabela 12 – Distribuição das referências selecionadas, em função dos instrumentos

As alternativas de respostas são veiculadas em uma escala *Likert* de seis pontos, variando de 0 a 5. Na versão brasileira do PTGI, traduzida, adaptada e validada por Nakamoto (2011), a partir de sua aplicação em sobreviventes adultos de câncer infantil, tais alternativas apresentam, respectivamente a seguinte redação: “*eu não senti esta mudança como consequência dessa situação*”, “*eu senti esta mudança em um grau muito pequeno, como consequência dessa situação*”, “*eu senti esta mudança em um grau pequeno, como consequência dessa situação*”, “*eu senti esta mudança em grau moderado, como consequência dessa situação*”, “*eu senti esta mudança em grau intenso, como consequência dessa situação*” e “*eu senti esta mudança em grau muito intenso como consequência dessa situação*”.

Vale destacar que o número de itens por fator/subescala varia de dois (Mudança Espiritual) a sete (Relacionamento com Outros) e que a instrução inicial do instrumento, também na versão brasileira, é a seguinte: “*Para cada uma das perguntas abaixo, indique até que ponto a mudança descrita aconteceu na sua vida em consequência da situação pela qual você passou, usando a seguinte escala*”. Conclui-se, portanto, que o PTGI avalia o grau de mudanças apresentadas por um indivíduo, após uma determinada situação – o

diagnóstico ou o tratamento do câncer de mama, no caso das referências selecionadas – e se afigura como um instrumento autoaplicado.

A versão em língua inglesa do PTGI apresentou propriedades psicométricas adequadas em termos de consistência interna, a despeito de variações entre fatores/subescalas (de $\alpha = 0,67$ a $\alpha = 0,85$) e fidedignidade teste-reteste ($r = 0,71$), quando aplicada originalmente em pessoas que sobreviveram a eventos traumáticos diversos, como acidentes, crimes e divórcios (Tedeschi & Calhoun, 1996). No estudo de Brunet, McDonough, Hadd, Crocker e Sabiston (2010), a mesma versão em língua inglesa foi aplicada em mulheres que sobreviveram especificamente ao câncer de mama, tendo sido constatados indicadores de consistência interna ainda mais elevados por fatores/subescalas (de $\alpha = 0,83$ a $\alpha = 0,91$).

Tal estudo ainda confirmou a estrutura fatorial original do PTGI, ou seja, reforçou que o instrumento, em sua versão em língua inglesa, contempla todos os cinco domínios do crescimento pós-traumático, de acordo com o modelo teórico de Tedeschi e Calhoun (2004). Porém, a análise fatorial da versão brasileira revelou, conforme Nakamoto (2011), uma estrutura constituída por quatro fatores. A autora em questão defende que isso se deve basicamente a diferenças culturais e, portanto, afirma que alguns itens da versão em língua inglesa podem não ser totalmente relevantes à população brasileira. O mesmo raciocínio possivelmente se aplica às versões portuguesa (Resende, Sendas & Maia, 2008) e espanhola (Weiss & Berger, 2006) que também apresentaram estrutura fatorial distinta em relação à versão em língua inglesa, quando aplicadas, respectivamente, em pessoas que sobreviveram a eventos traumáticos diversos e em imigrantes latinos.

De qualquer forma, cada uma das versões citadas do instrumento – assim como as versões já disponíveis em outras línguas e empregadas em algumas das referências selecionadas para os fins do presente estudo, como a chinesa (referências 7 e 15) e holandesa (referência 18) – atestam a multidimensionalidade do crescimento pós-traumático. Ademais, apontam que o PTGI é capaz de avaliar tal fenômeno a) em seu aspecto total mediante a soma do escore obtido no conjunto de itens e b) em diferentes domínios, a partir do cálculo da pontuação obtida em itens específicos que, quando agrupados, constituem fatores. Possivelmente por esses motivos o PTGI tem sido, conforme Brunet et al. (2010), o instrumento mais utilizado em estudos sobre crescimento pós-traumático em populações variadas. Logo, sua predominância entre as referências selecionadas para os fins do presente estudo já era esperada.

Todavia, uma revisão sistemática desenvolvida por Linley e Joseph (2004) aponta que existiam, já no início da década passada, ao menos outros seis instrumentos padronizados voltados à avaliação quantitativa do crescimento pós-traumático ou fenômenos equivalentes, dentre os quais se pode citar, por exemplo, a *Stress-Related Growth Scale* (SRGS). Devido à complexidade do assunto, seria interessante se, em novos estudos sobre crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama, tais instrumentos fossem mais aproveitados, sobretudo buscando-se contemplar aspectos que não são avaliados pelo PTGI. Além disso, instrumentos voltados à exploração qualitativa do crescimento pós-traumático – os quais, a exemplo da entrevista semiestruturada, foram adotados em uma parcela restrita das referências selecionadas (referências 3, 6, 16, 17, 20 e 25) – também poderiam ser empregados com maior frequência em conformidade com a linha de raciocínio já apresentada, quando da discussão da sexta dimensão de análise.

Encerrando a avaliação da oitava dimensão de análise, faz-se necessário esclarecer que, em diversas referências (referências 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30 e 31), foram utilizados questionários não padronizados, os quais foram formulados pelos próprios autores basicamente para a coleta de dados sociodemográficos (estado civil, idade, renda, escolaridade e ocupação, dentre outros) ou clínicos (como estadiamento e tipo de tratamento, por exemplo) das participantes. Esses dados foram empregados para a caracterização das mesmas (referências 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 16, 18, 19, 21, 23, 26, 27, 29, 29 e 31) ou explorados como possíveis preditores (referências 5, 14, 22, 24 e 30) do crescimento pós-traumático.

A avaliação da nona e última dimensão de análise (resultados) revela, como se vê na Tabela 13, que, de modo geral, apresentaram associação positiva com o crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama os seguintes fatores: maior tempo desde o diagnóstico (referências 3 e 4), maior percepção de estresse (referência 3), maior ameaça percebida à vida, maior renda, maior abertura para falar sobre a doença (referência 4), menor idade (referências 5, 14, 22 e 24), processamento cognitivo e emocional do trauma, maior suporte social (referência 10), enfrentamento ativo, maiores sequelas percebidas (referência 12), maior escolaridade, maior percepção da doença como estressor traumático (referência 14), estilo explicativo otimista para eventos positivos (referência 15) e paixão do tipo obsessiva (referência 23).

Referências	Principais resultados
1	Observou-se que o crescimento pós-traumático tende a trazer aumento dos atributos positivos dos pacientes durante a radioterapia (percebido pelos mesmos ao longo do tempo) e aumento de orientação de metas intrínsecas (não percebido pelos mesmos ao longo do tempo)
2	Maior impacto negativo da doença percebido se mostrou associado com níveis mais elevados de <i>distress</i> e menor qualidade de vida. O crescimento pós-traumático tende a exercer papel moderador dessas relações. Porém, o crescimento pós-traumático pode coexistir com o <i>distress</i> e com dificuldades de ajustamento
3	O otimismo foi preditor de benefícios encontrados e reavaliação positiva, ao passo que um maior tempo desde o diagnóstico e um maior estresse percebido foram preditores de crescimento pós-traumático. Reavaliação positiva aos 3 meses teve como desdobramento crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades, Mudança Espiritual e Força Pessoal, humor positivo e melhor saúde física percebida aos 12 meses
4	As participantes com câncer de mama apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com outros, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual, sendo que um maior tempo desde o diagnóstico, uma maior ameaça percebida à vida, uma renda mais elevada e uma maior abertura para falar sobre a doença foram os principais preditores
5	Mulheres mais jovens, com menor escolaridade, que possuíam relacionamento estável e emprego, que apresentavam maior intensidade percebida da doença, com estilo de enfrentamento ativo e cuja doença apresentava indicadores menos favoráveis apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático, nos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades e Apreciação da Vida
6	O estabelecimento de relações sociais mais significativas foi associado pelas mulheres à participação nas equipes de Dragon Boating, assim como o desenvolvimento de uma rede de suporte social e a vivência de situações apontadas como favorecedoras do crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades, Apreciação da Vida e Força Pessoal

-
- 7 Viés atencional negativo e ruminação negativa relacionada ao câncer se revelaram associados ao transtorno de estresse pós-traumático, ao passo que viés atencional positivo e ruminação positiva relacionada ao câncer se revelaram associados ao crescimento pós-traumático nos domínios Mudanças Espirituais e Novas Possibilidades
- 8 Mulheres acometidas por câncer de mama apresentaram os maiores níveis de crescimento pós-traumático. Maior severidade percebida do trauma decorrente do diagnóstico e níveis mais elevados de *distress* se revelaram associados ao crescimento pós-traumático
- 9 Verificou-se que a Terapia Psicoespiritual Integrativa tende a promover crescimento pós-traumático nos domínios Novas Possibilidades e Força Pessoal e melhora nos indicadores de bem-estar físico, psicológico e espiritual
- 10 Mulheres de ambos os grupos apresentaram níveis elevados e equivalentes de crescimento pós-traumático, sendo que o processamento cognitivo e emocional do trauma e o suporte social foram preditores. No grupo de mulheres que não participaram de trabalho voluntário, um melhor estado de saúde autorreferido se revelou associado a níveis mais elevados de crescimento pós-traumático
- 11 Mulheres afro-americanas apresentaram os maiores níveis de crescimento pós-traumático. Porém, a relação entre crescimento pós-traumático e etnia foi mediada pela religiosidade. Observou-se, também, que quanto maior o nível de crescimento pós-traumático, menor a qualidade de vida relacionada à saúde mental
- 12 Os maiores níveis de crescimento pós-traumático ocorreram no domínio Apreciação da Vida. Afeto positivo, enfrentamento ativo e maiores sequelas percebidas foram preditores do crescimento pós-traumático. Melhores indicadores de saúde mental se revelaram associados ao crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamentos com Outros e Força Pessoal
- 13 Maiores níveis de crescimento pós-traumático tendem a ocorrer em pacientes mais otimistas e com maiores níveis de suporte social percebido, independentemente do tipo de suporte social. Porém, apenas um tipo de suporte social percebido, o suporte social oferecido por uma pessoa em particular, tende a exercer papel moderador na relação entre otimismo e crescimento pós-traumático
-

-
- 14 Maior constrangimento social, ao falar sobre a doença, e maior percepção da doença como estressor traumático foram preditores de transtorno de estresse pós-traumático. Mulheres mais jovens, com maior escolaridade e maior percepção da doença como estressor traumático apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático. Não foi encontrada relação significativa entre crescimento pós-traumático e transtorno de estresse pós-traumático
- 15 O estilo explicativo otimista para eventos positivos foi preditor de crescimento pós-traumático, ao passo que o estilo explicativo pessimista para eventos negativos foi preditor de transtorno de estresse pós-traumático. Observou-se, ainda, que o estilo explicativo otimista para eventos positivos é mais comum em mulheres mais religiosas, com maior escolaridade e renda mais elevada
- 16 Todas as pacientes relataram mudanças desencadeadas pelo adoecimento, sendo que algumas relataram mudanças negativas (dificuldades nas relações sexuais, por exemplo) e outras relataram mudanças positivas que correspondem aos domínios do crescimento pós-traumático. Os processos de produção de sentidos envolveram o contato com a própria finitude
- 17 A representação do corpo foi um componente essencial do crescimento pós-traumático. A partir do diagnóstico, foi estabelecida uma espécie de linha do tempo com a variação de uma relação negativa para uma relação positiva com o próprio corpo ao final do tratamento. O estabelecimento de uma relação positiva com o próprio corpo exerceu influência na reconstrução da identidade das participantes e no crescimento pós-traumático
- 18 Os níveis de bem-estar foram similares àqueles apresentados pela população normativa no que se refere ao bem-estar físico e psicológico, porém significativamente mais elevados no que se refere à satisfação com a vida. Observou-se crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com Outros, Força Pessoal e Apreciação da Vida. A maioria das participantes reportou benefícios encontrados, especialmente em termos dos relacionamentos interpessoais. Constatou-se associação entre benefícios encontrados, satisfação com a vida e crescimento pós-traumático
-

-
- 19 O *distress* relacionado à doença diminuiu significativamente após a viagem promovida pelo moto-club, mas o crescimento pós-traumático não sofreu alterações. De qualquer forma, indicadores de comparação social (identificação crescente) e identidade social (tempo crescente dedicado à participação no grupo) promovidos pela inserção no moto-club se revelaram associados ao crescimento pós-traumático
- 20 Indicadores de crescimento pós-traumático ocorreram em narrativas sobre mudanças tanto positivas quanto negativas desencadeadas pelo adoecimento. Observou-se, também, associação entre maiores níveis de crescimento pós-traumático e maiores níveis de suporte social percebido, processamento cognitivo ativo e enfrentamento adaptativo
- 21 Apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático as mulheres com maiores níveis de suporte social percebido (principalmente por parte de seus maridos) e que mantiveram contato com outras mulheres que a) sobreviveram à doença e b) relataram benefícios encontrados. Observou-se, ainda, que mulheres com maior escolaridade e maior tempo de confirmação do diagnóstico tendem a menores níveis de crescimento pós-traumático
- 22 Os níveis de crescimento pós-traumático tenderam à elevação em um período de 1 ano e 6 meses, tanto para as mulheres quanto para seus parceiros. Pacientes mais jovens e que apresentaram processamento cognitivo e interpessoal e parceiros mais jovens e que apresentaram processamento emocional e cognitivo, quando da primeira avaliação, apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático quando da última avaliação
- 23 A paixão por atividades físicas foi a mais frequente. A paixão do tipo harmoniosa se revelou associada a maiores níveis de afeto positivo e a menor preocupação com a doença. Já a paixão do tipo obsessiva se revelou associada a maiores níveis de afeto negativo e a maior preocupação com a doença, mas também a maiores níveis de crescimento pós-traumático
- 24 Pacientes mais jovens apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático no domínio Novas Possibilidades. Pacientes que possuíam relacionamento estável apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático na dimensão Apreciação da Vida. Sintomas mais acentuados de depressão se revelaram associados a menores níveis de crescimento pós-traumático
-

-
- 25 A participação em equipes de Dragon Boating promoveu o suporte social e auxiliou as participantes a resgatar o senso de controle em relação às próprias vidas, a desenvolver uma nova identidade e a superar desafios físicos. Dessa forma, criou condições para o crescimento psicológico e para o crescimento pós-traumático. Além disso, o senso de controle em relação à própria vida se revelou um componente importante do crescimento pós-traumático
- 26 Mulheres acometidas por câncer de mama apresentaram os maiores níveis de crescimento pós-traumático, porém os menores níveis de qualidade de vida (domínio Saúde Física). Os sintomas de ansiedade e depressão foram semelhantes nos dois grupos. Observou-se também que, para a ocorrência do crescimento pós-traumático, é mais importante a eclosão objetiva de um evento negativo do que a percepção subjetiva da ameaça que o mesmo representa
- 27 Tanto as mulheres quanto seus parceiros apresentaram satisfação conjugal e crescimento pós-traumático. Porém, entre as mulheres observaram-se maiores níveis de satisfação conjugal nos domínios Expressão do Afeto e Consenso e crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com Outros e Apreciação da Vida
- 28 Tanto as mulheres quanto seus parceiros apresentaram crescimento pós-traumático. Porém, entre as mulheres observaram-se maiores níveis de crescimento pós-traumático nos domínios Novas Possibilidades, Força Pessoal, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual. Observou-se correlação positiva moderada entre o crescimento pós-traumático das mulheres e a percepção de seus parceiros e vice-versa, atestando a validade intersubjetiva do crescimento pós-traumático em ambos os grupos
- 29 O enfrentamento focado no problema, durante a quimioterapia, foi preditor de *distress* durante a quimioterapia. Porém, o enfrentamento focado no problema durante a quimioterapia foi preditor de crescimento pós-traumático 2 anos após o tratamento
- 30 As mulheres expostas à advertência de mortalidade, sobretudo aquelas mais jovens, apresentaram menores níveis de crescimento pós-traumático
-

31	O tipo de cirurgia e o tratamento adjuvante não influenciaram significativamente o curso do crescimento pós-traumático e do ajustamento psicológico. O ajustamento psicológico se revelou mais comprometido quando da primeira avaliação em função da presença de sintomas mais acentuados de ansiedade. O crescimento pós-traumático ocorreu já quando da segunda avaliação (seis meses após a confirmação do diagnóstico) e se manteve estável até a última avaliação. O enfrentamento cognitivo quando da primeira avaliação se revelou associado a maiores níveis de crescimento pós-traumático e ajustamento psicológico quando da última avaliação
----	--

Tabela 13 – Distribuição das referências selecionadas, em função dos principais resultados

Porém, parte desses resultados não deve ser considerada conclusiva, uma vez que não se observou consenso entre as referências. Por exemplo: as referências 5 e 21 reportam, respectivamente, que mulheres com menor escolaridade tendem a experimentar maiores níveis de crescimento pós-traumático, ao menos nos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades e Apreciação da Vida, e que maior tempo desde o diagnóstico está associado a menores níveis de crescimento pós-traumático. Tais resultados contrastam com aqueles veiculados pelas referências 3, 4 e 14. Não obstante, é válido esclarecer que as amostras das referências 14 e 21 foram constituídas por mulheres que haviam concluído o tratamento há menos tempo do que aquelas que compuseram a amostra das referências 3, 4 e 5. Essas diferenças possivelmente motivaram as discrepâncias apontadas, mas novos estudos são necessários para confirmar essa hipótese.

Nas amostras das referências 22, 27 e 28, foram incluídos parceiros de mulheres acometidas por câncer de mama, além das próprias mulheres. A referência 22 reporta que tanto as mulheres quanto seus parceiros apresentaram elevação dos níveis de crescimento

pós-traumático em três coletas de dados distintas, realizadas ao longo de um período de um ano e seis meses iniciado, no máximo, dez meses após a confirmação do diagnóstico de câncer de mama. Os resultados das demais referências citadas também revelam que tanto as mulheres quanto seus parceiros podem apresentar crescimento pós-traumático, a partir da identificação da doença, mas, entre as mulheres, isso se aplicou principalmente aos domínios Relacionamento com Outros e Apreciação da Vida (referência 27) ou Novas Possibilidades, Força Pessoal, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual (referência 28), revelando uma variação que demanda novos estudos para que venha a ser mais bem compreendida.

Já as referências 1, 4, 8 e 26 possibilitam a comparação de resultados obtidos junto a mulheres acometidas por câncer de mama e a outras populações clínicas ou não clínicas. Nesse sentido, a referência 1 revela que o crescimento pós-traumático tende a promover aumento dos atributos positivos durante a radioterapia (percebido pelos mesmos ao longo do tempo) e aumento de orientação de metas intrínsecas (não percebido pelos mesmos ao longo do tempo) tanto para mulheres acometidas por câncer de mama quanto para homens acometidos por câncer de próstata. A referência 8 aponta que, quando equiparadas com pacientes acometidos por tipos de câncer diversificados, mulheres acometidas por câncer de mama apresentaram os maiores níveis de crescimento pós-traumático. E as referências 4 e 26 revelam que mulheres saudáveis com características sociodemográficas compatíveis e que não vivenciaram eventos traumáticos apresentaram menores níveis de crescimento pós-traumático do que mulheres acometidas por câncer de mama, o que seria esperado considerando-se que, para Calhoun e Tedeschi (2004), tal fenômeno decorre essencialmente da tentativa de o indivíduo se ajustar à realidade implementada por um acontecimento potencialmente desestruturante.

As referências 2 e 13 diferenciam das demais selecionadas para os fins do presente estudo, na medida em que apresentam resultados que fazem menção direta à noção de moderação, ou seja, revelam se um determinado fator é necessário para a verificação de influências entre variáveis. A primeira delas (referência 2) aponta que o crescimento pós-traumático tende a moderar as relações entre o impacto percebido da doença, o *distress* e a qualidade de vida. A segunda (referência 13), por sua vez, reporta que o suporte social oferecido por uma pessoa em particular frequentemente exerce papel moderador na relação entre otimismo e crescimento pós-traumático. Em contrapartida, a referência 11 evidencia que a relação entre crescimento pós-traumático e etnia foi mediada pela religiosidade em mulheres afro-americanas, o que implica na suposição de um relacionamento causal entre as variáveis.

A referência 18 se sobressaiu por reportar, a partir da utilização do delineamento transversal do tipo *cross-sectional*, a ocorrência de mudanças positivas que se enquadram nos domínios Relacionamento com Outros, Força Pessoal e Apreciação da Vida, em mulheres que sobreviveram ao câncer de mama avaliadas há aproximadamente 10 anos, após o término do tratamento. Isso aponta que o crescimento pós-traumático, ao menos nos domínios mencionados, pode se manter a longo prazo. Porém, os próprios autores da referência 18 propõem que estudos longitudinais são necessários para que se possa compreender com maior precisão quais fatores contribuem para o curso do crescimento pós-traumático, no decorrer do seguimento tardio oferecido a essa população.

Tal indicação para estudos futuros se torna particularmente oportuna, considerando-se a inexistência de consenso a respeito do curso do crescimento pós-traumático entre as demais referências selecionadas para os fins do presente estudo. Afinal, de acordo com os resultados da referência 31, indicadores de crescimento pós-traumático podem ocorrer em

mulheres acometidas por câncer de mama – sobretudo naquelas que apresentam enfrentamento cognitivo do adoecimento – seis meses após a confirmação do diagnóstico, assim como podem se manter estáveis por, no mínimo, mais seis meses. E a referência 29 reporta a observação de indicadores de crescimento pós-traumático até dois anos após a conclusão do tratamento, porém, desde que o enfrentamento focado no problema tenha predominado durante a quimioterapia. Em contrapartida, a referência 21 sustenta que o crescimento pós-traumático atinge seu pico aproximadamente um ano após o diagnóstico e então tende a decrescer.

Além das referências derivadas de pesquisas qualitativas cujos resultados já foram contemplados (referências 6 e 25), é válido discutir conjuntamente aqueles oriundos das referências 16, 17 e 20. Ocorre que a referência 16 reporta, também com base em análises qualitativas, que mulheres acometidas por câncer de mama tendem, após o diagnóstico, a experimentar tanto mudanças negativas (dificuldades nas relações sexuais, por exemplo) quanto positivas, sendo que estas correspondem, em linhas gerais, aos domínios do crescimento pós-traumático e envolvem o contato com a própria finitude. A referência 20 veicula resultados semelhantes, porém apoiando-se em análises quantiquantitativas, pois aponta que indicadores de crescimento pós-traumático ocorreram em narrativas sobre mudanças tanto positivas quanto negativas desencadeadas pelo adoecimento. Já a referência 17 revela que a representação do corpo auxiliou na reconstrução da identidade e, assim, exerceu influência no crescimento pós-traumático.

Ressalte-se que a representação do corpo não se enquadra diretamente em nenhum dos domínios do crescimento pós-traumático, conforme o modelo teórico de Tedeschi e Calhoun (2004). Portanto, estudos futuros são necessários para que se possa confirmar se tal modelo deve ser repensado como um todo ou adaptado para os casos em que o evento

traumático, assim como ocorre com pacientes oncológicos, exerce impacto, sobretudo no corpo do indivíduo. E, tendo em vista que a referência 17 privilegiou análises qualitativas, sugere-se que os estudos futuros desenvolvidos com a finalidade de subsidiar eventuais ajustes no modelo teórico dos autores em questão apresentem abordagem qualitativa para que possam produzir resultados passíveis de generalização por inferências estatísticas.

A propósito dos resultados das referências que se dedicaram a temas mais particulares, é relevante mencionar que a elevação dos níveis de crescimento pós-traumático nas mulheres que constituíram a amostra da referência 19 não atingiu significância estatística, mas indicadores de comparação e identidade social, potencializados pela participação das mesmas em um moto-club, se revelaram associados ao crescimento pós-traumático. Já as mulheres que fizeram parte da amostra das referências 6 e 25, principalmente em função do suporte social promovido pela inserção em uma equipe de atividade esportiva náutica, experimentaram benefícios que correspondem, ao menos, àqueles referentes aos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades, Apreciação da Vida e Força Pessoal descritos pelo modelo teórico de crescimento pós-traumático de Tedeschi e Calhoun (2004).

Ainda a propósito das referências que se dedicaram a temas mais particulares, ressalte-se que a referência 9 reporta que a Terapia Psicoespiritual Integrativa tende a promover crescimento pós-traumático nos domínios Novas Possibilidades e Força Pessoal. Os resultados da referência 7, por sua vez, demonstraram que viés atencional negativo e ruminação negativa relacionada ao câncer se revelaram associados ao transtorno de estresse pós-traumático, sendo que viés atencional positivo e ruminação positiva relacionada ao câncer se revelaram associados ao crescimento pós-traumático nos domínios Mudanças Espirituais e Novas Possibilidades. E a referência 30 aponta que mulheres acometidas por

câncer de mama expostas à advertência de mortalidade, sobretudo aquelas mais jovens, apresentaram menores níveis de crescimento pós-traumático. Para que possam ser refutados ou confirmados com maior segurança, os resultados de cada uma dessas referências (referências 6, 7, 9, 19, 25 e 30) demandam o cotejamento com estudos futuros, uma vez que as mesmas inauguraram novas linhas de pesquisa a respeito da temática em questão.

Em suma: os resultados reportados pelas referências selecionadas para os fins do presente estudo subsidiam a compreensão de importantes aspectos do crescimento pós-traumático – tais como a associação de tal fenômeno com certas variáveis já mencionadas – em mulheres acometidas por câncer de mama, os quais podem ser colocados em segundo plano em estudos futuros, para que repetições desnecessárias possam ser evitadas. Em que pese esse fato, algumas questões permanecem em aberto e demandam estudos futuros, os quais, por exemplo, podem privilegiar uma melhor compreensão do curso do crescimento pós-traumático a longo prazo ou uma eventual adaptação do modelo teórico de Tedeschi e Calhoun (2004) face às especificidades do trauma vivenciado por pacientes oncológicos, seja em função do diagnóstico ou do tratamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já mencionado, os objetivos específicos do presente estudo foram sintetizados em duas questões norteadoras. Os resultados obtidos fornecem respostas às mesmas na medida em que esclarecem, no que diz respeito aos aspectos metodológicos das referências selecionadas, que houve predomínio do delineamento transversal e da abordagem quantitativa. Além disso, revelam que o PTGI foi o instrumento mais utilizado para a coleta de dados e que as mulheres acometidas por câncer de mama avaliadas constituíram, principalmente, amostras de conveniência de tamanho expressivo, sendo que algumas referências contaram com subgrupos para possibilitar comparações com outras populações.

Considerando-se os temas específicos e os resultados das referências selecionadas, pode-se afirmar que importantes aspectos do crescimento pós-traumático se encontram satisfatoriamente compreendidos, ao passo que outros devem ser explorados de modo mais aprofundado em novos estudos. O fato de pacientes mais jovens serem mais propensas ao crescimento pós-traumático, por exemplo, se encontra bem documentado. Por outro lado, não se sabe ao certo como o crescimento pós-traumático evolui, ao longo do tempo, em mulheres acometidas por câncer de mama, sobretudo se e até quando as mudanças positivas contempladas por cada um dos domínios desse conceito se mantêm, após a conclusão do tratamento.

Por fim, acerca das tendências observadas em termos da produção e veiculação das referências selecionadas, observou-se a hegemonia de referências de autoria múltipla publicadas em periódicos que, como o *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* e o *Journal of Health Psychology*, se dedicam à veiculação de artigos que se situam na interface da Psicologia com a Saúde. Ademais, a Universidade de Coimbra e a *McGill*

University se destacaram como os mais significativos polos de estudos voltados à investigação do crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama.

Os aspectos positivos e negativos do conjunto das referências selecionadas, em termos das dimensões de análise preconizadas, foram apontados a partir da interlocução com a literatura científica especializada, assim como foram delineadas suas principais implicações para novas pesquisas. Diante do exposto, conclui-se que o presente estudo possibilita um mapeamento do conhecimento já produzido sobre o assunto em questão e subsidia tanto sua aplicação prática quanto seu aprofundamento teórico. E, como já mencionado, procedimentos criteriosos, objetivos e passíveis de reprodução foram empregados para tanto, de modo que é possível sustentar que o presente estudo preenche os requisitos técnicos mais relevantes de uma revisão sistemática.

A despeito disso, o presente estudo possui limitações, determinadas principalmente pelos critérios de inclusão estabelecidos. Ocorre que foram contemplados especificamente artigos derivados de estudos empíricos, excluindo-se, como consequência, outras modalidades de produção científica e artigos derivados de estudos teóricos ou revisões sistemáticas. Tais critérios de inclusão foram devidamente justificados e são compatíveis com aqueles adotados em revisões sistemáticas recentes. De qualquer forma, outras revisões sobre o assunto em pauta podem ser desenvolvidas mediante o emprego de critérios de inclusão menos específicos, sobretudo revisões integrativas, uma vez que, conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008), as revisões desse tipo admitem maior variedade no processo de seleção das referências. Com isso, eventualmente resultados distintos, ao menos em alguns aspectos, em relação àqueles reportados no presente estudo podem ser obtidos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S., & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: A experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69.
- Amendola, L. C. B., & Vieira, R. (2005). A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(4), 325-330.
- Araújo, I. M. A., & Fernandes, A. F. C., (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 664-671.
- Aureliano, W. A. (2009). "... e Deus criou a mulher": Reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Estudos Feministas*, 17(1), 49-70.
- Avelar, A. M. A., Derchain, S. F. M., Camargo, C. P. P., Lourenço, L. S., Sarian, L. O. Z., & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama após a cirurgia. *Revista de Ciências Médicas*, 15(1), 11-20.
- Barros, A. C. S. (2008). Câncer de mama. In: Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., & Barros, L. H. C. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus. p. 40-45.
- Biffi, R. G., & Mamede, M. V. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: O papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 262-269.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology* 25(1), 47-56.
- Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meeske, K., Baumgartner, K. B., & Ballard-Barbash, R. R. (2009). Posttraumatic growth and

- health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 615-626.
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (1999). *Research design and methods: A process approach*. Chicago: Mayfield.
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de pesquisa em Psicologia* (F. R. Elizalde, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Bozo, Ö., Gündogdu, E., & Büyükasik-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism-posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1009-1020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2011) *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2004) *TNM: Classificação de tumores malignos*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Crocker, P. R. E., Sabiston, C. M. (2009). The Posttraumatic Growth Inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(8), 830-838.
- Burke, S. M., Sabiston, C. M., & Vallerand, R. J. (2011). Passion in breast cancer survivors: Examining links to emotional well-being. *Journal of Health Psychology*, 17(8), 1161-1175.
- Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010) A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61-78.

- Cabral Filho, S. (2000). Tratamento sistêmico do câncer de mama. In Oliveira, H. C., Lemgruber, I., & Costa, O. T. (Orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. p. 1009-1017.
- Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. S. (2009). Câncer de mama: Reações de enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(2), 257-261.
- Caleffi, M., & Dias, E. S. (2000). Aspectos genéticos do câncer de mama. In Oliveira, H. C., Lemgruber, I., & Costa, O. T. (Orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. p. 913-916.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2002). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In Neimeyer, R.A. (Org.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association: Washington. p. 157-172.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. In Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Orgs.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Lawrence Erlbaum: Mahwah. p. 291-310.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2007). Crescimento pós-traumático em intervenções clínicas cognitivo-comportamentais. In Caballo, V. E. (Org.). *Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade*. Santos: São Paulo. p. 29-47.
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e Psicologia positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.

- Cardoso, C. R. D., & Peres, R. S. (2011). Estilos de enfrentamento religioso em mulheres acometidas por câncer de mama. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 1058-1061.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-Oncologia: História, características e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 151-166.
- Chagas, C. R. (2000). Câncer de Mama: Etiologia, fatores de risco e estadiamento. In Oliveira, H. C., Lemgruber, I., & Costa, O. T. (Orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. p. 946-968.
- Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544-552.
- Chaves, I. G., & Silva Jr., G. A. (2001). Câncer de mama. In Carmargos, A. F., & Melo, V. H. (Orgs.). *Ginecologia ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed. p. 593-604.
- Cohen, M., & Numa, M. (2011). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: A comparison of volunteers and non-volunteers. *Psycho-Oncology*, 20(1), 69-76.
- Coelho Jr., J. L., Avelar, J. T. C., & Reis, J. H. P. (2000). Métodos diagnósticos complementares. In Oliveira, H. C., Lemgruber, I., & Costa, O. T. (Orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. p. 935-945.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.

- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308-319.
- Duarte, R. C., & Costa, R. N. (2001). Conceitos básicos em quimioterapia anti-neoplásica. In Carmargos, A. F., & Melo, V. H. (Orgs.). *Ginecologia ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed. p. 547-556.
- Duarte, T. P., & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.
- Fernandes, A. F. C., Rodrigues, M. S. P., & Cavalcanti, P. P. (2004). Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(1), 31-34.
- Fernandes, A. F. C., & Mamede, M. V. (2004). O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(1), 35-40.
- Ferreira, D. B., Farago, P. M., Reis, P. E. D., & Funghetto, S. S. (2011). Nossa vida após o câncer de mama: Percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 536-544.
- Ferreira, C. B., Almeida, A. M., & Rasera, E. F. (2008). Sentidos do diagnóstico do câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 863-871.
- Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W. & Wagner, E. H. (1996). Epidemiologia clínica: Elementos essenciais (B. B. Duncan & M. I. Schmidt, trads). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

- Funghetto, S. S., Terra, M. G., & Wolff, L. R. (2003). Mulher portadora de câncer de mama: Percepção sobre a doença, família e sociedade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(5), 528-532.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevisan, M. A. (2004). Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549-556.
- Gandini, R. C. (2010). Câncer de mama: Consequências da mastectomia na produtividade. *Temas em Psicologia*, 18(2), 449-456.
- Garlick, M., Wall, K., Corwin, D., & Koopman, C. (2011). Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(1), 78-90.
- Gonçalves, M., Gíglío, J. S., & Ferraz, M. P. T. (2005). A religiosidade como fator de proteção contra depressão em pacientes com neoplasia mamária. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 99(4), 16-20.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: Esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210.
- Ho, S. M. Y., Chan, M. W. Y., Yau, T. K., & Yeung, R. M. W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology and Health*, 26(3), 269-285.
- Holland, J. C. (2002). History of psychooncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.

- Hefferon, K., Greal, M., & Mutrie, N. (2010). Transforming from cocoon to butterfly: The potential role of the body in the process of posttraumatic growth. *Journal of Humanistic Psychology, 50*(2) 224-247.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(2), 239-254.
- Kausar, R. & Saghir, S. (2010). Posttraumatic growth and marital satisfaction after breast cancer: Patient and spouse perspective. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology, 8*(1), 3-17.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(1), 14-22.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: Relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology, 17*(5), 627-639.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21.
- Luszczynska, A., Durawa, A. B., Dudzinska, M., Kwiatkowska, M., Knysz, B., & Knoll, N. (2012). The effects of mortality reminders on posttraumatic growth and finding benefits among patients with life-threatening illness and their caregivers. *Psychology & Health, 27*(10), 1227-1243.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 442-454.

- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Ullrich-French, S. (2011). The development of social relationships, social support, and posttraumatic growth in a dragon boating team for breast cancer survivors. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33(5), 627-648.
- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington: American Psychological Association.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 58-64.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & Van de Poll-Franse L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24(5), 583-595.
- Morris, B. A., Chambers, S. K., Campbell, M., Dwyer, M., & Dunn, J. (2012). Motorcycles and breast cancer: The influence of peer support and challenge on distress and posttraumatic growth. *Supportive Care in Cancer*, 20(8), 1849-1858.
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Cancer diagnostic group differences in posttraumatic growth: Accounting for age, gender, trauma severity, and distress. *Journal of Loss and Trauma*, 16(3), 229-242.
- Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C., & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(3), 477-484.

- Moura, J. E. F. M., & Ficho, E. D. V. (2001). Radioterapia nas neoplasias malignas. In Carmargos, A. F., & Melo, V. H. (Orgs.). *Ginecologia ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed. p. 557-562.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*, 17(4), 382-386.
- Nakamoto, L. H. (2011). *Tradução e validação do Inventário de Crescimento Pós-Traumático em população de sobreviventes de câncer infantil*. Dissertação de Mestrado, Fundação Antônio Prudente, São Paulo.
- Netto, M. M., & Oliveira, A. G. C. (2002). Câncer de mama feminino. In Kowalski, L. P., Anelli, A., Salvajoli, J. V., & Lopes, L. F. (Orgs.). *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia*. São Paulo: Âmbito. p. 643-644.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9-20.
- Panobianco, M. S., Mamede, M. V., Almeida, A. M. de, Clapis, M. J., & Ferreira, C. B. (2008). Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: Significado do sofrimento vivido. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 807-816.
- Park, C. L. (2009) Overview of theoretical perspectives. In Park, C. L., Lechner, S. C., Antoni, M. H., & Stanton, A. L. (Orgs.). *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* American Psychological Association: Washington. p. 11-30.
- Peres, R. S. (2008). *Na trama do trauma: Relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da*

- psicossomática psicanalítica*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2007). Câncer de mama, pobreza e saúde mental: Resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (número especial), 786-791.
- Pinotti, J. A., & Barros, A. C. S. D. (2000). Tratamento cirúrgico do câncer de mama. In Oliveira, H. C., Lemgruber, I., & Costa, O. T. (Orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. p. 1002-1008.
- Ransom, S., Sheldon, K. M., & Paul B. Jacobsen, P. B. (2008). Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 811-819.
- Reis, J. H. P., Avelar, J. T. C., & Silva, H. M. S. (2000). Terapia endócrina do câncer de mama. In Oliveira, H. C., Lemgruber, I., & Costa, O. T. (Orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. p. 1018-1022.
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das características psicométricas do *Posttraumatic Growth Inventory* (Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a população portuguesa. In Noronha, A., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S., & Ramalho, V. (Orgs.). *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios. p. 1-16.
- Ribeiro Filho, J. A., Silva, H. M. S., Almeida Jr., W. J. A., Ferrari, B. L., & Ribeiro Jr., C. (2000). Diagnóstico clínico das lesões mamárias. In Oliveira, H. C., Lemgruber, I., & Costa, O. T. (Orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: Revinter. p. 927-934.
- Richardson, R. J. (2010). *Pesquisa social: Métodos e técnicas*. (3a ed.). São Paulo: Atlas.

- Sabiston, C. M., McDonough, M. H., & Crocker, P. R. E. (2007). Psychosocial experiences of breast cancer survivors involved in a dragon boat program: Exploring links to positive psychological growth. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 29(4), 419-438.
- Sadler-Gerhardt, C. J., Reynolds, C. A., Kruse, S. D., & Britton, P. J. (2010). Women breast cancer survivors: Stories of change and meaning. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 265-282.
- Sales, C. A. C. C., & Assunção, E. L. (2001). Qualidade e fonte das informações de paciente com câncer de mama. *Temas em Psicologia*, 9(2), 113-124.
- Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89.
- Sampaio, M. I. C., & Sabadini, A. A. Z. P. (2009). Indexação e fator de impacto. In: A. Z. P. Sabadini, M. I. C. Sampaio & S. H. Koller, (Orgs.), *Publicar em Psicologia: Um enfoque para a revista científica*. São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia. p. 103-115.
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A., & Souza, L. V. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: Negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 41-50.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.
- Serapioni, M. (2000) Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192.

- Silva, S. M., Moreira, H. C., & Canavarro, M. C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, 21(4), 409-418.
- Silva, S. I. M., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma*, 16(4), 323-340.
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012) Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323-1341.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2008). “Será que não vai acabar nunca?”: Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 561-568.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2010). Estressores pós-tratamento do câncer de mama: Um enfoque qualitativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 688-695.
- Silva, S. E. D., Vasconcelos, E. V., Santana, M. E., Rodrigues, I. L. A., Leite, T. V., Santos, L. M. S., Sousa, R. F., Conceição, V. M., Oliveira, J. L., & Meireles, W. N. (2010). Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 727-734.
- Souza, K. G. & Peres, R. S. (2012) Cuidados paliativos e luto em oncologia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 10(31), 51-59.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106.

- Tavares, J. S. C.; & Trad, L. A. B. (2009). Famílias de mulheres com câncer de mama: Desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(29), 395-408.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 227-238.
- Thuler, L. C. S., & Mendonça, G. A. (2005). Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(11), 656-660.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Veit, M. T., Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: Definições e área de atuação. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., & Barros, L. H. C. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus. p. 15-20.
- Vianna, A. M. S. A. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: Um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 203-210.
- Weinberg, R. A. (2008). *A biologia do câncer*. Porto Alegre: Artmed.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 65-80.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746.

- Weiss, T., & Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice, 16*(2), 191-199.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, 8* (número especial), 75-84.

APÊNDICES

Crivo de avaliação – Referência 1

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Sean Ransom, Kennon M. Sheldon e Paul B. Jacobsen</i>
Filiação institucional	<i>University of Hawaii at Manoa and Brigham Young (EUA), Universidade do Missouri (EUA) e University of South Florida (EUA) / H. Lee Moffitt Cancer Center (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>
Tema específico	<i>Teste de hipóteses sobre o assunto encontradas na literatura, as quais sustentam que o crescimento pós-traumático traz mudanças a) nos atributos pessoais; b) na orientação de metas e c) que essas mudanças são percebidas pelos pacientes ao longo do tempo</i>
Amostra	<i>83 pacientes (56 mulheres e 27 homens) acometidos por câncer de mama e de próstata (estágios de O a III), respectivamente, submetidos à radioterapia</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Personal Attribute Rating Scales (PARS), Aspirations Index (AI), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Observou-se que o crescimento pós-traumático tende a trazer aumento dos atributos positivos dos pacientes durante a radioterapia (percebido pelos mesmos ao longo do tempo) e aumento de orientação de metas intrínsecas (não percebido pelos mesmos ao longo do tempo)</i>

Crivo de avaliação – Referência 2

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Sónia Martins Silva, Helena Cruz Moreira e Maria Cristina Canavarro</i>
Filiação institucional	<i>Universidade de Coimbra (Portugal)</i>
Fonte	<i>Psycho-Oncology</i>
Tema específico	<i>Avaliação do papel do crescimento pós-traumático nas realções entre o impacto percebido da doença, o distress e a qualidade de vida</i>
Amostra	<i>78 mulheres acometidas por câncer de mama (57 em quimioterapia e 21 em radioterapia)</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQoL-Bref), Brief Illness Perception Questionnaire (Consequences sub-scale) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Maior impacto negativo da doença percebido se mostrou associado com níveis mais elevados de distress e menor qualidade de vida. O crescimento pós-traumático tende a exercer papel moderador dessas relações. Porém, o crescimento pós-traumático pode coexistir com o distress e com dificuldades de ajustamento</i>

Crivo de avaliação – Referência 3

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Sharon R. Sears, Annette L. Stanton e Sharon Danoff-Burg</i>
Filiação institucional	<i>University of Kansas (EUA), University of California (EUA) e University at Albany (EUA) / State University of New York (EUA)</i>
Fonte	<i>Health Psychology</i>
Tema específico	<i>Avaliação de preditores e desdobramentos de benefícios encontrados, reavaliação positiva e crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>Amostra inicial de 92 e amostra final de 60 mulheres acometidas por câncer de mama avaliadas aos 3 e 12 meses após o tratamento, respectivamente</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Life Orientation Test (LOT), Hope Scale, Impact of Events Scale (IES), Profile of Mood States (POMS), Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), COPE Inventory (Positive Reappraisal subscale) e questionários e entrevistas estruturadas não padronizados</i>
Principais resultados	<i>O otimismo foi preditor de benefícios encontrados e reavaliação positiva, ao passo que um maior tempo desde o diagnóstico e um maior estresse percebido foram preditores de crescimento pós-traumático. Reavaliação positiva aos 3 meses teve como desdobramento crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades, Mudança Espiritual e Força Pessoal, humor positivo e melhor saúde física percebida aos 12 meses</i>

Crivo de avaliação – Referência 4

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Matthew J. Cordova, Lauren L. C. Cunningham, Charles R. Carlson e Michael A. Andrykowski</i>
Filiação institucional	<i>University of Kentucky (EUA)</i>
Fonte	<i>Health Psychology</i>
Tema específico	<i>Identificação de crescimento pós-traumático e seus preditores em mulheres que sobreviveram ao câncer de mama em comparação com mulheres saudáveis</i>
Amostra	<i>70 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e 70 mulheres saudáveis, com idade e escolaridade compatíveis</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Medical Outcomes Study Health Survey (SF-36 – Physical Functioning subscale), DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire (DUKE-SSQ), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Ryffs Well-Being Scales, Cancer Patient Behavior Scale (CPUS), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Impact of Event Scale (IES) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>As participantes com câncer de mama apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com outros, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual, sendo que um maior tempo desde o diagnóstico, uma maior ameaça percebida à vida, uma renda mais elevada e uma maior abertura para falar sobre a doença foram os principais preditores</i>

Crivo de avaliação – Referência 5

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Keith M. Bellizzi e Thomas O. Blank</i>
Filiação institucional	<i>University of Connecticut (EUA)</i>
Fonte	<i>Health Psychology</i>
Tema específico	<i>Avaliação de preditores do crescimento pós-traumático no que se refere a variáveis relacionadas ao contexto, à doença e a características intraindividuais</i>
Amostra	<i>224 mulheres acometidas por câncer de mama avaliadas entre 1 e 4 anos, após o término do tratamento</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Life Orientation Test-Revised (LOT-R), HOPE scale, Brief COPE Scale, Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Mulheres mais jovens, com menor escolaridade, que possuíam relacionamento estável e emprego, que apresentavam maior intensidade percebida da doença, com estilo de enfrentamento ativo e cuja doença apresentava indicadores menos favoráveis apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades e Apreciação da Vida</i>

Crivo de avaliação – Referência 6

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Meghan H. McDonough, Catherine M. Sabiston e Sarah Ullrich-French</i>
Filiação institucional	<i>Purdue University (EUA), McGill University (Canadá) e Washington State University (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Sport & Exercise Psychology</i>
Tema específico	<i>Exploração do desenvolvimento de relações sociais, suporte social e crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>17 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e participavam de equipes de Dragon Boating</i>
Abordagem metodológica	<i>Qualitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Entrevista semiestruturada</i>
Principais resultados	<i>O estabelecimento de relações sociais mais significativas foi associado pelas mulheres à participação nas equipes de Dragon Boating, assim como o desenvolvimento de uma rede de suporte social e a vivência de situações apontadas como favorecedoras do crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com outros, Novas Possibilidades, Apreciação da Vida e Força Pessoal</i>

Crivo de avaliação – Referência 7

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Michelle W. C. Chan, Samuel M. Y. Ho, Richard G. Tedeschi e Carmen W. L. Leung</i>
Filiação institucional	<i>University of Hong Kong (Hong Kong), Queen Elizabeth Hospital (Hong Kong), University of North Carolina Charlotte (EUA) e Queen Elizabeth Hospital (Hong Kong)</i>
Fonte	<i>Psycho-Oncology</i>
Tema específico	<i>Investigação acerca do viés atencional autorrelatado na ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático e crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>170 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico entre 4 e 34 meses</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Attention to Positive and Negative Information Scale (APNIS), Cancer-Related Rumination Scale (CRRS), Impact of Event Scale-Revised (IES-R), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Viés atencional negativo e ruminação negativa relacionada ao câncer se revelaram associados ao transtorno de estresse pós-traumático, ao passo que viés atencional positivo e ruminação positiva relacionados ao câncer se revelaram associados ao crescimento pós-traumático nos domínios Mudanças Espirituais e Novas Possibilidades</i>

Crivo de avaliação – Referência 8

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Bronwyn A. Morris e Jane Shakespeare-Finch</i>
Filiação institucional	<i>National Institutes of Health (EUA) e Queensland University of Technology (Austrália)</i>
Fonte	<i>Journal of Loss and Trauma</i>
Tema específico	<i>Investigação da ocorrência do crescimento pós-traumático em função de diferentes tipos de câncer</i>
Amostra	<i>335 pacientes com variados tipos de câncer, sendo 117 mulheres acometidas por câncer de mama</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Impact of Event Scale-Revised (IES-R) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Mulheres acometidas por câncer de mama apresentaram os maiores níveis de crescimento pós-traumático. Maior severidade percebida do trauma decorrente do diagnóstico e níveis mais elevados de distress se revelaram associados ao crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 9

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Max Garlick, Kathleen Wall, Diana Corwin e Cheryl Koopman</i>
Filiação institucional	<i>Institute of Transpersonal Psychology (EUA), Institute of Transpersonal Psychology (EUA), PGSP-Stanford Psy.D. Consortium (EUA) e Stanford University (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Clinical Psychology in Medical Settings</i>
Tema específico	<i>Avaliação dos desdobramentos da Terapia Psicoespiritual Integrativa, focando a promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual e do crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>24 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de 0 a III) com confirmação do diagnóstico entre 2 semanas e 10 anos</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast (FACT-B), Profile of Mood States (POMS), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual (FACIT-Sp-Ex) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Verificou-se que a Terapia Psicoespiritual Integrativa tende a promover crescimento pós-traumático nos domínios Novas Possibilidades e Força Pessoal e melhora nos indicadores de bem-estar físico, psicológico e espiritual</i>

Crivo de avaliação – Referência 10

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Miri Cohen e Maya Numa</i>
Filiação institucional	<i>University of Haifa (Israel)</i>
Fonte	<i>Psycho-Oncology</i>
Tema específico	<i>Investigação da ocorrência do crescimento pós-traumático em função da realização ou não de trabalho voluntário com pacientes oncológicos e do estado de saúde autorreferido</i>
Amostra	<i>84 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e trabalharam voluntariamente com pacientes recém-diagnosticadas e 40 mulheres que também sobreviveram à doença, mas não participaram de trabalho voluntário, sendo que ambos os grupos foram avaliados há pelo menos 3 anos, após o término do tratamento</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Emotional Expression and Processing Scale, Cognitive Processing Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Mulheres de ambos os grupos apresentaram níveis elevados e equivalentes de crescimento pós-traumático, sendo que o processamento cognitivo e emocional do trauma e o suporte social foram preditores. No grupo de mulheres que não participaram de trabalho voluntário um melhor estado de saúde autorreferido se revelou associado a níveis mais elevados de crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 11

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Keith M. Bellizzi, Ashley Wilder Smith, Bryce B. Reeve, Catherine M. Alfano, Leslie Bernstein, Kathy Meeske, Kathy B. Baumgartner e Rachel R. Ballard-Barbash.</i>
Filiação institucional	<i>University of Connecticut (EUA), National Cancer Institute (EUA), National Cancer Institute (EUA), National Cancer Institute (EUA), Beckman Research Institute (EUA), University of Southern California (EUA), University of Louisville (EUA), e National Cancer Institute (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Health Psychology</i>
Tema específico	<i>Investigação de relações entre etnia, religião e crescimento pós-traumático e entre crescimento pós-traumático e qualidade de vida relacionada à saúde física e mental</i>
Amostra	<i>802 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a III)</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Medical Outcomes Study Health Survey (SF-36 - Physical and Mental components), Life Orientation Test-Revised (LOT-R), Duke Religion Index e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Mulheres afro-americanas apresentaram os maiores níveis de crescimento pós-traumático. Porém, a relação entre crescimento pós-traumático e etnia foi mediada pela religiosidade. Observou-se também que quanto maior o nível de crescimento pós-traumático, menor a qualidade de vida relacionada à saúde mental</i>

Crivo de avaliação – Referência 12

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>S. Lelorain, A. Bonnaud-Antignac e A. Florin</i>
Filiação institucional	<i>University of Nantes (França)</i>
Fonte	<i>Journal of Clinical Psychology in Medical Settings</i>
Tema específico	<i>Avaliação da ocorrência e dos preditores do crescimento pós-traumático e da relação de indicadores de saúde mental com o crescimento pós-traumático a longo prazo</i>
Amostra	<i>307 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama avaliadas entre 5 e 15 anos, após a confirmação do diagnóstico</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Medical Outcomes Study Health Survey (SF-36), Brief COPE Scale, Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Os maiores níveis de crescimento pós-traumático ocorreram no domínio Apreciação da Vida. Afeto positivo, enfrentamento ativo e maiores sequelas percebidas foram preditores do crescimento pós-traumático. Melhores indicadores de saúde mental se revelaram associados ao crescimento pós-traumático, nos domínios Relacionamentos com Outros e Força Pessoal</i>

Crivo de avaliação – Referência 13

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Özlem Bozo, Elçin Gündogdu e Canan Büyükasik-Çolak</i>
Filiação institucional	<i>Middle East Technical University (Turquia)</i>
Fonte	<i>Journal of Health Psychology</i>
Tema específico	<i>Investigação da relação entre otimismo e crescimento pós-traumático e da influência do suporte social percebido nesta relação</i>
Amostra	<i>104 pacientes acometidas por câncer de mama (estágios de I a IV) com confirmação do diagnóstico entre 2 e 276 meses</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Life Orientation Test-Revised (LOT-R), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Maiores níveis de crescimento pós-traumático tendem a ocorrer em pacientes mais otimistas e com maiores níveis de suporte social percebido, independentemente do tipo de suporte social. Porém, apenas um tipo de suporte social percebido, o suporte social oferecido por uma pessoa em particular, tende a exercer papel moderador na relação entre otimismo e crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 14

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Matthew J. Cordova, Janine Giese-Davis, Mitch Golant, Carol Kronenwetter, Vickie Chang e David Spiegel</i>
Filiação institucional	<i>Pacific Graduate School of Psychology (EUA), Stanford University (EUA), The Wellness Community-National (EUA), Sutter Health California Pacific Medical Center (EUA), Stanford University (EUA) e Stanford University (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Clinical Psychology in Medical Settings</i>
Tema específico	<i>Investigação da ocorrência, dos preditores e da relação entre transtorno de estresse pós-traumático e crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>65 pacientes acometidas por câncer de mama (estágios de I a III) avaliadas há no máximo 18 meses, após o término do tratamento</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Social Constraints Scale (SCS), Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Maior constrangimento social ao falar sobre a doença e maior percepção da doença como estressor traumático foram preditores de transtorno de estresse pós-traumático. Mulheres mais jovens, com maior escolaridade e maior percepção da doença como estressor traumático, apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático. Não foi encontrada relação significativa entre crescimento pós-traumático e transtorno de estresse pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 15

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Samuel M. Y. Ho, Michelle W. Y. Chan, T. K. Yau e Rebecca M. W. Yeung</i>
Filiação institucional	<i>University of Hong Kong (Hong Kong), Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital (Hong Kong) e Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital (Hong Kong)</i>
Fonte	<i>Psychology and Health</i>
Tema específico	<i>Investigação da relação entre o estilo explicativo de processamento cognitivo e o crescimento pós-traumático e o transtorno de estresse pós-traumático</i>
Amostra	<i>90 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de O a IV) com confirmação do diagnóstico entre 7 meses e 9 anos</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Impact of Event Scale-Revised (IES-R), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Attributional Style Questionnaire (ASQ) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>O estilo explicativo otimista para eventos positivos foi preditor de crescimento pós-traumático, ao passo que o estilo explicativo pessimista para eventos negativos foi preditor de transtorno de estresse pós-traumático. Observou-se, ainda, que o estilo explicativo otimista para eventos positivos é mais comum em mulheres mais religiosas, com maior escolaridade e renda mais elevada</i>

Crivo de avaliação – Referência 16

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Claudia J. Sadler-Gerhardt, Cynthia A. Reynolds, Sharon D. Kruse e Paula J. Britton</i>
Filiação institucional	<i>Ashland University (EUA). Akron University (EUA) e John Carroll University (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Mental Health Counseling</i>
Tema específico	<i>Compreensão das experiências de mudança e dos processos de produção de sentidos desencadeados pelo adoecimento</i>
Amostra	<i>8 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico entre 10 meses e 5 anos, sendo uma delas portadora de metástase</i>
Abordagem metodológica	<i>Qualitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Entrevista semiestruturada e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Todas as pacientes relataram mudanças desencadeadas pelo adoecimento, sendo que algumas relataram mudanças negativas (dificuldades nas relações sexuais, por exemplo) e outras relataram mudanças positivas que correspondem aos domínios do crescimento pós-traumático. Os processos de produção de sentidos envolveram o contato com a própria finitude</i>

Crivo de avaliação – Referência 17

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Kate Hefferon, Madeleine Grealy e Nanette Mutrie</i>
Filiação institucional	<i>University of East London (Inglaterra), University of Strathclyde (Escócia) e University of Strathclyde (Escócia)</i>
Fonte	<i>Journal of Humanistic Psychology</i>
Tema específico	<i>Compreensão da influência da representação do corpo no crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>10 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama</i>
Abordagem metodológica	<i>Qualitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Entrevista semiestruturada</i>
Principais resultados	<i>A representação do corpo foi um componente essencial do crescimento pós-traumático. A partir do diagnóstico, foi estabelecida uma espécie de linha do tempo com a variação de uma relação negativa para uma relação positiva com o próprio corpo ao final do tratamento. O estabelecimento de uma relação positiva com o próprio corpo exerceu influência na reconstrução da identidade das participantes e no crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 18

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Floortje Mols, Ad J.J.M. Vingerhoetsb, Jan Willem W. Coeberghac e Lonneke V. van de Poll-Franse</i>
Filiação institucional	<i>Eindhoven Cancer Registry (Holanda) / Tilburg University (Holanda), Tilburg University (Holanda), Eindhoven Cancer Registry (Holanda) / Erasmus MC – University Medical Center (Holanda) e Tilburg University (Holanda)</i>
Fonte	<i>Psychology and Health</i>
Tema específico	<i>Investigação do crescimento pós-traumático, dos benefícios encontrados e do bem-estar, assim como de suas relações</i>
Amostra	<i>183 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama avaliadas há aproximadamente 10 anos, após o término do tratamento</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>CentERdata Health monitor, Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Perceived Disease Impact Scale (PDIS) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Os níveis de bem-estar foram similares àqueles apresentados pela população normativa no que se refere ao bem-estar físico e psicológico, porém significativamente mais elevados no que se refere à satisfação com a vida. Observou-se crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com Outros, Força Pessoal e Apreciação da Vida. A maioria das participantes reportou benefícios encontrados, especialmente em termos dos relacionamentos interpessoais. Constatou-se associação entre benefícios encontrados, satisfação com a vida e crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 19

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>B. A. Morris, S. K. Chambers, M. Campbell, M. Dwyer e J. Dunn</i>
Filiação institucional	<i>National Institutes of Health (EUA), Cancer Council Queensland (Austrália) / Griffith University (Austrália), Amazon Heart (Austrália), Amazon Heart (Austrália) e Cancer Council Queensland (Austrália)/ Griffith University (Austrália) / University of Queensland (Austrália)</i>
Fonte	<i>Supportive Care in Cancer</i>
Tema específico	<i>Avaliar o papel da comparação social e da identidade social no crescimento pós-traumático e distress em mulheres que participavam de um moto-club</i>
Amostra	<i>51 mulheres acometidas por câncer de mama que participam de um moto-club, sendo que 24 delas se encontravam em tratamento e 14 apresentavam recidiva</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Identification-Contrast Scale, Impact of Events Scale-Revised (IES-R), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>O distress relacionado à doença diminuiu significativamente após a viagem promovida pelo moto-club, mas o crescimento pós-traumático não sofreu alterações. De qualquer forma, indicadores de comparação social (identificação crescente) e identidade social (tempo crescente dedicado à participação no grupo) promovidos pela inserção no moto-club se revelaram associados ao crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 20

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Sophie Lelorain, Philippe Tessier, Agnès Florin e Angélique Bonnaud-Antignac</i>
Filiação institucional	<i>Université Paris Descartes (França), Université de Nantes (França), Université de Nantes (França) e Université de Nantes (França)</i>
Fonte	<i>Journal of Health Psychology</i>
Tema específico	<i>Exploração de indicadores de crescimento pós-traumático em narrativas sobre mudanças desencadeadas pelo adoecimento e investigação da associação entre o crescimento pós-traumático, o suporte social, o enfrentamento e o processamento cognitivo</i>
Amostra	<i>28 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama (estágios de I a III) com confirmação do diagnóstico entre 5 e 15 anos</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Lumpkin's Questionnaire, Brief COPE Scale, Bruchon-Schweitzer Social Support Questionnaire e entrevista semiestruturada</i>
Principais resultados	<i>Indicadores de crescimento pós-traumático ocorreram em narrativas sobre mudanças tanto positivas quanto negativas desencadeadas pelo adoecimento. Observou-se, também, associação entre maiores níveis de crescimento pós-traumático e maiores níveis de suporte social percebido, processamento cognitivo ativo e enfrentamento adaptativo</i>

Crivo de avaliação – Referência 21

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Tzipi Weiss</i>
Filiação institucional	<i>Long Island University (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Social and Clinical Psychology</i>
Tema específico	<i>Investigação de fatores associados ao crescimento pós-traumático das mulheres em termos de variáveis do contexto social</i>
Amostra	<i>72 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de O a II) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 5 anos</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Brief Social Support Questionnaire (SSQ), Quality of Relationship Inventory (QRI) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático as mulheres com maiores níveis de suporte social percebido (principalmente por parte de seus maridos) e que mantiveram contato com outras mulheres que a) sobreviveram à doença e b) relataram benefícios encontrados. Observou-se, ainda, que mulheres com maior escolaridade e maior tempo de confirmação do diagnóstico tendem a menores níveis de crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 22

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Sharon Manne, Jamie Ostroff, Gary Winkel, Lori Goldstein, Kevin Fox e Generosa Grana</i>
Filiação institucional	<i>Fox Chase Cancer Center (EUA), Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (EUA), City University of New York (EUA), Fox Chase Cancer Center (EUA), University of Pennsylvania (EUA) e Cooper Hospital-Camden (EUA)</i>
Fonte	<i>Psychosomatic Medicine</i>
Tema específico	<i>Investigação do curso do crescimento pós-traumático e das associações entre o processamento cognitivo, emocional e interpessoal em um grupo de pacientes e seus maridos e avaliação do crescimento pós-traumático na perspectiva do casal</i>
Amostra	<i>162 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a III) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 10 meses (quando da primeira avaliação) e seus parceiros</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Impact of Events Scale (IES – Intrusion subscale), COPE Inventory (Positive Reappraisal subscale), Emotional Processing Scale, Dyadic Adjustment Scale (DAS), Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES – Functional Status subscale) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Os níveis de crescimento pós-traumático tenderam à elevação em um período de 1 ano e 6 meses tanto para as mulheres quanto para seus parceiros. Pacientes mais jovens e que apresentaram processamento cognitivo e interpessoal e parceiros mais jovens e que apresentaram processamento emocional e cognitivo quando da primeira avaliação apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático quando da última avaliação</i>

Crivo de avaliação – Referência 23

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Shaunna M. Burke, Catherine M. Sabiston e Robert J. Vallerand</i>
Filiação institucional	<i>University of Leeds (Inglaterra), McGill University (Canadá) e University of Quebec (Canadá)</i>
Fonte	<i>Journal of Health Psychology</i>
Tema específico	<i>Investigação de atividades pelas quais as pacientes dizem-se apaixonadas e avaliação da relação entre tipos de paixão e indicadores de bem-estar psicológico e crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>177 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a III) avaliadas há no máximo 20 semanas, após o término do tratamento</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Passion Scale, Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Assessment of Cancer Concerns Scale (ACS) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>A paixão por atividades físicas foi a mais frequente. A paixão do tipo harmoniosa se revelou associada a maiores níveis de afeto positivo e a menor preocupação com a doença. Já a paixão do tipo obsessiva se revelou associada a maiores níveis de afeto negativo e a maior preocupação com a doença, mas também a maiores níveis de crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 24

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Kyriaki Mystakidou, Eleni Tsilika, Efi Parpa, Dimitrios Kyriakopoulos, Nikos Malamos e Dimitrios Damigos</i>
Filiação institucional	<i>University of Athens (Grécia), University of Athens (Grécia), University of Athens (Grécia), University of Ioannina (Grécia), Elena Venizelos Hospital (Grécia) e University of Ioannina (Grécia)</i>
Fonte	<i>The Breast</i>
Tema específico	<i>Análise do crescimento pós-traumático e seus preditores e suas associações com o sofrimento psíquico</i>
Amostra	<i>100 mulheres acometidas por câncer de mama (estágio IV) em cuidados paliativos</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Hospital Depression and Anxiety Scale (HADS) e questionário não padronizado</i>
Principais resultados	<i>Pacientes mais jovens apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático no domínio Novas Possibilidades. Pacientes que possuíam relacionamento estável apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático no domínio Apreciação da Vida. Sintomas mais acentuados de depressão se revelaram associados a menores níveis de crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 25

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Catherine M. Sabiston, Meghan H. McDonough e Peter R.E. Crocker</i>
Filiação institucional	<i>McGill University (Canadá), Purdue University (EUA) e University of British Columbia (Canadá)</i>
Fonte	<i>Journal of Sport & Exercise Psychology</i>
Tema específico	<i>Compreensão das experiências psicossociais decorrentes da participação em equipes de Dragon Boating</i>
Amostra	<i>20 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama e participavam de equipes de Dragon Boating</i>
Abordagem metodológica	<i>Qualitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Entrevista semiestruturada</i>
Principais resultados	<i>A participação em equipes de Dragon Boating promoveu o suporte social e auxiliou as participantes a resgatar o senso de controle em relação às próprias vidas, a desenvolver uma nova identidade e a superar desafios físicos. Dessa forma, criou condições para o crescimento psicológico e para o crescimento pós-traumático. Além disso, o senso de controle em relação à própria vida se revelou um componente importante do crescimento pós-traumático</i>

Crivo de avaliação – Referência 26

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Sónia Isabel Martins Silva, Helena Moreira e Maria Cristina Canavarro</i>
Filiação institucional	<i>Universidade de Coimbra (Portugal), Universidade de Coimbra (Portugal) e Universidade de Coimbra (Portugal)</i>
Fonte	<i>Journal of Loss and Trauma</i>
Tema específico	<i>Investigação do crescimento pós-traumático e do ajustamento psicossocial em mulheres acometidas por câncer de mama em comparação com mulheres saudáveis</i>
Amostra	<i>71 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico há no máximo 24 meses e 89 mulheres saudáveis que não referiram vivência de experiências traumáticas</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQoL-Bref) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Mulheres acometidas por câncer de mama apresentaram os maiores níveis de crescimento pós-traumático, porém os menores níveis de qualidade de vida (domínio Saúde Física). Os sintomas de ansiedade e depressão foram semelhantes nos dois grupos. Observou-se também que, para a ocorrência do crescimento pós-traumático, é mais importante a eclosão objetiva de um evento negativo do que a percepção subjetiva da ameaça que o mesmo representa</i>

Crivo de avaliação – Referência 27

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Rukhsana Kausar e Saima Saghir</i>
Filiação institucional	<i>University of the Punjab (Paquistão) e Fatima Jinnah Women University (Paquistão)</i>
Fonte	<i>Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology</i>
Tema específico	<i>Investigação do crescimento pós-traumático e da satisfação conjugal em mulheres acometidas por câncer de mama e seus parceiros</i>
Amostra	<i>30 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de I a IV) com confirmação do diagnóstico entre 7 e 8 meses e seus parceiros</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal (Cross-sectional)</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Dyadic Adjustment Scale (DAS) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Tanto as mulheres quanto seus parceiros apresentaram satisfação conjugal e crescimento pós-traumático. Porém, entre as mulheres observaram-se maiores níveis de satisfação conjugal nas dimensões Expressão do Afeto e Consenso e crescimento pós-traumático nos domínios Relacionamento com Outros e Apreciação da Vida</i>

Crivo de avaliação – Referência 28

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Tzipi Weiss</i>
Filiação institucional	<i>Adelphi University (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Psychosocial Oncology</i>
Tema específico	<i>Investigação do crescimento pós-traumático e sua validade intersubjetiva em mulheres acometidas por câncer de mama e seus parceiros</i>
Amostra	<i>41 mulheres acometidas por câncer de mama (estágios de 0 a II) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 6 anos e seus parceiros</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Transversal</i>
Instrumentos	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>Tanto as mulheres quanto seus parceiros apresentaram crescimento pós-traumático. Porém, entre as mulheres observaram-se maiores níveis de crescimento pós-traumático nos domínios Novas Possibilidades, Força Pessoal, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual. Observou-se correlação positiva moderada entre o crescimento pós-traumático das mulheres e a percepção de seus parceiros e vice-versa, atestando a validade intersubjetiva do crescimento pós-traumático em ambos os grupos</i>

Crivo de avaliação – Referência 29

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Valerie A. Bussell e Mary J. Naus</i>
Filiação institucional	<i>Houston Baptist University (EUA) e University of Houston (EUA)</i>
Fonte	<i>Journal of Psychosocial Oncology</i>
Tema específico	<i>Avaliação das relações entre a) o enfrentamento e o distress durante a quimioterapia e b) o enfrentamento durante a quimioterapia e 2 anos após o tratamento e o distress e o crescimento pós-traumático</i>
Amostra	<i>Amostra inicial de 59 e amostra final de 24 mulheres acometidas por câncer de mama avaliadas durante e 2 anos após o tratamento, respectivamente</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Brief COPE Scale, Profile of Mood States (POMS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Brief Fatigue Inventory (BFI), Perceived Stress Scale (PSS), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>O enfrentamento focado no problema, durante a quimioterapia, foi preditor de distress durante a quimioterapia. Porém, o enfrentamento focado no problema, durante a quimioterapia, foi preditor de crescimento pós-traumático 2 anos após o tratamento</i>

Crivo de avaliação – Referência 30

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Aleksandra Luszczynska, Alicja B. Durawa, Marta Dudzinska, Marta Kwiatkowska, Brygida Knysz e Nina Knoll</i>
Filiação institucional	<i>University of Colorado (EUA) / Warsaw School of Social Sciences and Humanities (Polônia), Warsaw School of Social Sciences and Humanities (Polônia), Warsaw School of Social Sciences and Humanities (Polônia), Warsaw School of Social Sciences and Humanities (Polônia), Wroclaw Medical University (Polônia), Charité – Universitätsmedizin (Alemanha) / Freie Universität (Alemanha)</i>
Fonte	<i>Psychology & Health</i>
Tema específico	<i>Investigação dos efeitos da advertência de mortalidade no crescimento pós-traumático em pacientes acometidos por doenças graves ou seus cuidadores</i>
Amostra*	<i>164 pacientes acometidas por câncer de mama (estágios de I a IV) com confirmação do diagnóstico entre 1 e 249 meses, das quais 84 foram expostas à advertência de mortalidade para os fins do estudo</i>
Abordagem metodológica*	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa*	<i>Transversal</i>
Instrumentos*	<i>Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI – Personal Strength e Spiritual Change subscales) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados*	<i>As mulheres expostas à advertência de mortalidade, sobretudo aquelas mais jovens, apresentaram menores níveis de crescimento pós-traumático</i>

* A referência em questão reporta três estudos distintos. Nas dimensões de análise assinaladas, foram consideradas apenas as informações acerca do estudo envolvendo mulheres acometidas por câncer de mama.

Crivo de avaliação – Referência 31

Dimensões de análise	Resultados
Autoria	<i>Sónia Martins Silva, Carla Crespo e Maria Cristina Canavarro</i>
Filiação institucional	<i>Universidade de Coimbra (Portugal)</i>
Fonte	<i>Psychology & Health</i>
Tema específico	<i>Investigação a) do curso do crescimento pós-traumático e do ajustamento psicológico considerando o tipo de cirurgia e tratamento adjuvante e b) das associações entre o enfrentamento, o crescimento pós-traumático e o ajustamento psicológico</i>
Amostra	<i>50 mulheres acometidas por câncer de mama com confirmação do diagnóstico entre 1 (primeira avaliação) e 12 meses (última avaliação)</i>
Abordagem metodológica	<i>Quantitativa</i>
Delineamento de pesquisa	<i>Longitudinal</i>
Instrumentos	<i>Brief COPE Scale, Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQoL-Bref), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e questionários não padronizados</i>
Principais resultados	<i>O tipo de cirurgia e tratamento adjuvante não influenciou significativamente o curso do crescimento pós-traumático e do ajustamento psicológico. O ajustamento psicológico se revelou mais comprometido quando da primeira avaliação em função da presença de sintomas mais acentuados de ansiedade. O crescimento pós-traumático ocorreu já quando da segunda avaliação (seis meses após a confirmação do diagnóstico) e se manteve estável até a última avaliação. O enfrentamento cognitivo quando da primeira avaliação se revelou associado a maiores níveis de crescimento pós-traumático e ajustamento psicológico quando da última avaliação</i>