

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



O Impacto do Cancro na Autoimagem, Conjugalidade e  
Sexualidade de Sobreviventes

Sandra Isabel Ribeiro Macedo

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**Orientação:** Professora Doutora Joana Carreiro

Julho de 2022 



**O IMPACTO DO CANCRO NA AUTOIMAGEM, CONJUGALIDADE E  
SEXUALIDADE DE SOBREVIVENTES**

Sandra Isabel Ribeiro Macedo, número 33442

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação da  
Professora Doutora Joana Carreiro na Universidade da Maia.

Julho de 2022

## **Agradecimentos**

Antes de mais, pretendo, de maneira geral, agradecer a todos os professores e colegas de turma que de uma forma ou de outra tocaram o meu coração ao longo destes 5 anos.

Obrigada à Professora Doutora Joana Carreiro pela oportunidade de poder integrar a sua equipa de orientação, pela disponibilidade demonstrada, pelos ensinamentos, pelos conselhos e por me guiar, sempre, pelo melhor caminho. Obrigada pelo incentivo constante e por me despertar, ainda mais, o interesse por esta área tão cativante, como é a Psico-oncologia. Obrigada às minhas colegas do grupo, especialmente a ti Fátima, por todas as conversas, pelo carinho, suporte, motivação e ajuda.

Às utentes, participantes da presente dissertação, agradeço pela vossa disponibilidade. Sem vocês este caminho não seria tão gratificante. Obrigada pela confiança depositada em mim e pela partilha tão aberta de sentimentos e emoções tão difíceis, sensíveis e do foro pessoal e privado. Aprendi muito com cada uma de vocês. Obrigada, igualmente, à Associação que permitiu a recolha de dados, por todo o carinho, atenção e ajuda.

Aos meus pais, agradeço pelo apoio demonstrado ao longo destes 5 anos, pela segurança que senti e pelo esforço financeiro que foi realizado, só para me verem a concretizar o meu sonho. Obrigada pela confiança transmitida e por nunca me abandonarem. Obrigada por me deixarem voar para ir à procura da minha felicidade seja ela onde for. Aos meus avôs, padrinhos e primo, obrigada pelo carinho, amor e interesse. Vocês são uma família maravilhosa.

A ti, Luís, obrigada por me dares a motivação que eu precisei ao longo desta etapa. Obrigada pelo apoio e carinho incondicional, por nunca me deixares desistir, por seres o meu porto seguro e por estares sempre disponível para me ouvir. Obrigada pela tua presença e, acima de tudo, por seres a pessoa que acreditou nas minhas capacidades, mesmo nos momentos em que eu própria duvidei.

Às minhas amigas, obrigada por caminharem comigo e estarem presentes em todas as fases. Já não sei o que seria a minha vida sem vocês. Obrigada pelas conversas, por todos os momentos e por nunca me deixarem sentir sozinha.

Sinto-me sortuda por vos ter. A todos vocês o meu mais sincero OBRIGADA! Termino este processo com a certeza de que sem vocês nada disto seria possível!

### **Resumo**

O tumor maligno ou cancro, como é vulgarmente conhecido, é atualmente considerado uma das doenças mais temidas a nível mundial, por ser caracterizado como uma das principais causas de morte. Em contraste, o aumento do número de sobreviventes também é uma realidade que precisa de atenção. Assim, o objetivo da presente investigação compreende a exploração das mudanças na autoimagem, conjugalidade e sexualidade de sobreviventes de cancro. Para isso, a metodologia utilizada baseia-se numa abordagem qualitativa e exploratória, executada através da realização de uma entrevista semiestruturada a 12 mulheres sobreviventes de cancro, pertencentes a uma associação de apoio a doentes oncológicos, sediada no norte do país. Para a análise de dados foi utilizada a análise temática indutiva. Os resultados indicam que as participantes manifestam anteriormente ao diagnóstico uma autoimagem positiva e atualmente, de forma geral, continuam a gostar da sua imagem corporal. Na conjugalidade não foram evidenciadas mudanças significativas entre a fase de pré diagnóstico e a fase da sobrevivência da doença, apesar da vida sexual ser caracterizada como inexistente, quer nas mulheres casadas quer nas que se encontram solteiras.

*Palavras-chave:* Cancro, sobreviventes, autoimagem, conjugalidade, sexualidade.

## The Impact of Cancer on Survivors' Self-Image, Conjugalitv, and Sexuality

### **Abstract**

The malignant tumor or cancer, as it is commonly known, is currently considered one of the most feared diseases worldwide, as it is characterized as one of the main causes of death. In contrast, the increase in the number of survivors is also a reality that needs attention. The aim of the present investigation comprises the exploration of changes in cancer survivors' self-image, conjugalitv, and sexuality. For this, the methodology used is based on a qualitative and exploratory approach, carried out through a semi-structured interview with 12 women cancer survivors, belonging to a support association for cancer patients, based in the north of the country. Inductive thematic analysis was used for data analysis. The results indicate that the participants manifested positive self-image prior to diagnosis and currently, in general, continue to like their body image. There were no significant changes in marital status between the pre-diagnosis stage and the stage of disease survival, although sexual life was characterized as non-existent in both married and single women.

*Keywords:* Cancer, survivors, self-image, conjugalitv, sexuality.

## **Índice**

Introdução..... 1

### **Parte I: Enquadramento Teórico**

Capítulo 1: Caraterização da Doença Oncológica.....2

1.1. Definição e génese da doença oncológica .....2

1.2. Epidemiologia e magnitude do cancro .....3

Capítulo 2: Psico-oncologia e o Sobrevivente de Cancro .....5

2.1. Psico-oncologia .....5

2.2. Ciclo Psico-oncológico e suas Fases .....6

2.3. O sobrevivente de cancro: Fases e impacto da sobrevivência.....8

Capítulo 3: Variáveis Psicossociais associadas à Doença Oncológica ..... 10

3.1. Imagem Corporal e Autoestima..... 11

3.2. Conjugalidade e Sexualidade..... 13

### **Parte II: Estudo Empírico**

1. Método ..... 19

1.1. Problema de Investigação ..... 19

1.2. Objetivos..... 20

1.3. Participantes..... 20

1.4. Procedimentos ..... 22

1.4.1. Recolha de dados ..... 23

1.4.2. Análise de dados ..... 24

1.5. Aspetos éticos na investigação ..... 26

2. Resultados ..... 27

3. Discussão..... 38

Conclusão ..... 45

Referências Bibliográficas ..... 50

## **Lista de abreviaturas**

IARC- Agência Internacional de Pesquisa no Cancro

SNS – Sistema Nacional de Saúde

WHO - Organização Mundial da Saúde

IC – Imagem Corporal

AE – Autoestima

AI – Autoimagem

## **Introdução**

A doença oncológica insere-se, atualmente, na categoria das doenças crónicas, evidenciando-se como a segunda principal causa de morte em todo o mundo. Assim, ressalta-se que no ano de 2020 ocorreram 10 milhões de óbitos resultantes desta patologia. Decorrente disto, o cancro surge como a doença mais temida pela população em geral, devido à mortalidade e morbilidade associadas e, igualmente, por se relacionar e conceber vulnerabilidades ao nível físico, psicológico, social e espiritual do ser humano (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Não obstante, a evolução da Medicina permitiu o aumento do número de sobreviventes, devido sobretudo ao surgimento de meios mais eficazes de deteção precoce e, conseqüente aumento da eficiência dos tratamentos para o cancro. No entanto, estes procedimentos terapêuticos são frequentemente considerados intrusivos e invasivos (Patrão, 2005), por envolverem sofrimento psicológico e sintomas físicos como “fadiga, insónias, perda de apetite ou perturbações da esfera sexual” (Cardoso et al., 2009, p. 9). Além disto, identifica-se, igualmente, alterações na imagem corporal, que afetam, frequentemente, a autoestima dos doentes oncológicos. Por consequência, suscita, ainda, alterações na vivência da intimidade, sexualidade e na relação conjugal, devido sobretudo às exigentes modificações na dinâmica familiar e vulnerabilidade pessoal associada à vivência de um cancro.

Posto isto, é objetivo da presente investigação a exploração das mudanças na autoimagem, conjugalidade e sexualidade de sobreviventes de cancro. Para isso, esta encontra-se dividida em duas partes. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico, onde se pretende caracterizar a doença oncológica do ponto de vista físico e psicossocial e, conseqüentemente, o impacto psicológico do cancro na fase de sobrevivência da doença. Posteriormente, decorre a apresentação da parte empírica, com a identificação do problema de investigação, descrição da metodologia adotada, apresentação e discussão dos resultados e, por último, as conclusões e reflexão crítica acerca de todo o processo de pesquisa.

## Parte I: Enquadramento Teórico

### Capítulo 1: Caracterização da Doença Oncológica

#### 1.1. Definição e génese da doença oncológica

O cancro, também conhecido como neoplasia ou tumor maligno, é definido pelo crescimento anormal e descontrolado das células, que prejudicam órgãos ou tecidos do corpo (World Health Organization, WHO, 2022). Estas células que, ao princípio, seriam normais são transformadas progressivamente em células malignas, através de um processo complexo, denominado de carcinogénese (Instituto Nacional do Cancro, 2021). Inicialmente, as células tumorais apresentam-se divididas em diferentes tipos, conforme a sua localização. O primeiro é denominado de carcinomas e encontra-se localizado nas células dos tecidos, sendo apontado como o mais frequente ao totalizar cerca de 90% dos tumores existentes (Odgen, 1999). Com o passar do tempo, pode ocorrer, o processo de metástase, onde o tumor se irá espalhar para fora do órgão primário afetado, invadindo outras áreas/órgãos do corpo (WHO, 2022).

Neste sentido, existem diversos fatores de risco conhecidos que aumentam a probabilidade do aparecimento de um cancro, agrupados essencialmente em duas categorias: i) *fatores de risco modificáveis*; e ii) *fatores de risco não modificáveis*. Os *fatores de risco modificáveis* abrangem as condições ambientais e os estilos de vida. Assim, o primeiro engloba uma exposição ambiental, caracterizada de forma constante a agentes nocivos e tóxicos, conhecidos como substâncias carcinogénicas. Enquanto nos estilos de vida, encontram-se aspetos relacionados a uma alimentação pobre em vitaminas e nutrientes, com elevados teores de açúcares e gorduras, assim como, a carência de atividade física, que se manifesta em elevados níveis de sedentarismo. Ademais, abrange-se comportamentos nocivos como o fumar, que aumenta o risco de desenvolvimento de cancro na cavidade oral, bem como, o excesso de bebidas alcoólicas, que intensifica o risco de cancro na cabeça, no pescoço e no fígado. A adicionar, nesta categoria inclui-se, igualmente, as infeções por determinados vírus (hepatite B

e C, VIH e HPV) ou parasitas. Por fim, referente aos *fatores de risco não modificáveis*, compreendem-se variáveis como idade avançada (65-74 anos), genética (responsável por 5 a 10% de todos os cancros), e a etnia (SNS, 2021).

Atualmente, a doença oncológica cumpre todos os pré-requisitos para se incluir na categoria das doenças crónicas, caracterizadas pela sua duração prolongada no tempo e pelo facto de serem incuráveis. Posto isto, é necessário aprender a viver com a doença, devido às recorrentes sequelas e/ou limitações físicas e psicológicas surgidas em consequência desta doença (Pais-Ribeiro et al., 2017).

## **1.2. Epidemiologia e magnitude do cancro**

No tocante à incidência do cancro em termos mundiais, no ano de 2020 verifica-se a existência de 19.292.789 novas pessoas afetadas por esta doença, sendo os principais cancros diagnosticados, o cancro da mama (11.7%), pulmão (11.4%), colorretal (10%), próstata (7.3%) e o estômago (5.6%) (Globocan, 2020). Em Portugal, a realidade segue a mesma tendência. No mesmo ano, denota-se a existência de 60.467 novos casos, especialmente do cancro colorretal, mama, próstata, pulmão e estômago com uma incidência de 17.4%, 11.6%, 11.2%, 9.0% e 4.9% respetivamente (Globocan, 2020). Baseado nestes dados, estima-se que até ao ano de 2025 em todo o mundo ocorram cerca de 19.3 milhões de novos casos desta doença (Chaar et al., 2018).

No que está relacionado à morbidade e mortalidade, constata-se que o cancro é considerado uma das principais causas de morte no mundo, comprovando isto pela existência de 9.958.133 óbitos no ano de 2020 (WHO, 2022; Globocan, 2020). No que concerne ao número de óbitos em Portugal, salienta-se a ocorrência de cerca de 30.168, onde particularmente 11.994 mortes pertencem ao sexo feminino e 18.174 ao sexo masculino. Estes números surgem sobretudo o cancro no pulmão (15.9%), cólon (9.9%), estômago (7.7%), próstata (6.4%) e mama (6.2%) (Globocan, 2020).

Segundo a Internacional Agency for Research on Cancer (IARC, 2019), a justificativa para estes números ocorrerem em tais proporções passa pelo aumento da esperança média de vida, resultando num envelhecimento da população e, que consequentemente, aumenta a probabilidade de desenvolvimento desta patologia. Além disso, associa-se também ao estilo de vida dos países industrializados, como o uso do tabaco, carência de atividade física e alimentação em baixos nutrientes.

Apesar dos números acima supracitados e através da constante evolução da ciência e da tecnologia, verifica-se atualmente um melhor controlo da mortalidade por doença oncológica (Peixoto & Peixoto, 2017), visto que é possível o seu diagnóstico precoce e devido igualmente à eficácia dos tratamentos, foi possível assistir a um aumento do número de sobreviventes (Pinto & Pais-Ribeiro, 2006).

Sendo assim, o Relatório de Doenças Oncológicas do ano de 2015, revela que, no nosso país, a taxa de mortalidade derivada desta doença é baixa se comparada aos padrões europeus. Os dados mais recentes remetem ao ano de 2018 e em conformidade com o Serviço Nacional de Saúde (2018), pode-se afirmar que Portugal encontra-se nos 10 países da Europa com os melhores índices de sobrevivência, derivados essencialmente do cancro da Próstata (90.9%), Leucemia (89.9%) e Mama (87.6%). No que respeita à sobrevivência ao nível mundial, os dados existentes, entre 2000 e 2014, revelam que os países que demonstram melhores índices de sucesso são, principalmente, Estados Unidos, Canada, Austrália e Nova Zelândia. Sendo assim e tendo como referência de base o IARC, estima-se que no ano de 2050, cerca de 70 milhões de pessoas consigam sobreviver a este diagnóstico.

Com base na análise destes dados, reitera-se a importância do acompanhamento psicológico ao longo do curso da doença. Este acompanhamento e/ou em caso de necessidade, o apoio especializado, deve ser sempre realizado por uma equipa multidisciplinar, constituída

por profissionais especializados, com formação avançada em Psico-oncologia, de modo a valorizar a experiência emocional do doente, de forma eficaz e adequada as necessidades específicas de cada fase, por forma a promover a saúde psicológica, o bem-estar, a qualidade de vida e a sua adaptação à doença.

## **Capítulo 2: Psico-oncologia e o Sobrevivente de Cancro**

### **2.1. Psico-oncologia**

A Psico-oncologia surge na segunda metade do Século XX, devido à constatação da necessidade do apoio e de atendimento psicológico especializado com doentes oncológicos passar a ser preconizada como uma parte integrante do tratamento oncológico (Grassi & Watson, 2012). A sua atuação foca-se na compreensão da adaptação à doença oncológica por parte do doente, seus cuidadores e/ou família, com o objetivo de auxiliar a descoberta de um novo sentido para as suas vidas após o diagnóstico da doença (Campos, 2010). Engloba, igualmente, a implementação de intervenções que diminuem o impacto a nível psicológico, físico e social que o diagnóstico de cancro acarreta (Alves et al., 2018).

Perspetivada como uma área de interseção entre a Psicologia e a Oncologia (Campos, 2010), tem como referência de base o Modelo Biopsicossocial de Saúde e de Doença de Engel e Lipowski. Este modelo preconiza que o entendimento acerca da vivência de uma doença oncológica necessita de uma abordagem multidisciplinar e holística, focada nas preocupações dos doentes, quer na fase de diagnóstico, quer ao longo da fase ativa dos tratamentos como do pós-tratamento e sobrevivência (Grassi & Watson, 2012). Em termos mais específicos, as intervenções psicossociais pretendem fornecer auxílio no controlo dos sintomas da doença, visando sempre aspetos como *distress* psicológico, medo com a possível morte, preocupações com os tratamentos, sentimentos relacionados à culpa ou gestão da dor e fadiga e de outros efeitos secundários da doença (Diez, et al., 2005). Incorporam, igualmente, no seu objetivo a avaliação, diagnóstico e tratamento de possíveis problemas psicopatológicos, como o *distress*,

a ansiedade e/ou a depressão, provocados pelo impacto da doença e/ou terapêutica, procurando promover a saúde psicológica, o bem-estar, a qualidade de vida e a reabilitação psicossocial dos doentes (Diez, et al., 2005; Pio & Andrade, 2020).

Para isto, assenta no paradigma da humanização do processo de cuidar, de forma a procurar tratamentos de manutenção da dignidade e integridade das pessoas, valorizando a experiência subjetiva e emocional de cada doente, bem como as suas necessidades psicossociais (Pio & Andrade, 2020; Cruzado, 2003). Ao particularizar para os sobreviventes desta doença ressalta-se que o acompanhamento durante esta fase é fulcral, dado que, estes atravessam dificuldades específicas, sobretudo ao nível da reabilitação psicossocial, autoimagem, conjugalidade e sexualidade. Assim, a intervenção deve-se focar na reconstrução da imagem de si e das suas relações interpessoais, designadamente as conjugais, de modo a melhorar a qualidade de vida e o ajustamento à doença (Ramos, 2016).

No entanto, ressalva-se que o acompanhamento psicológico deve ser realizado ao longo do processo da vivência da doença, enquanto o doente vivencia as diferentes fases do ciclo psico-oncológico. Isto é importante, dado que cada uma delas é caracterizada por reações emocionais, necessidades psicossociais, exigências e desafios muito particulares. De seguida, pretende-se explicar cada uma delas.

## **2.2. Ciclo Psico-oncológico e suas Fases**

O primeiro estágio do ciclo psico-oncológico engloba o período de tempo que medeia a *suspeita da doença até ao diagnóstico*, sendo subdividido em três fases: i) pré-diagnóstico; ii) diagnóstico inicial e iii) impacto do diagnóstico (Ramos, 2016; Pereira & Lopes, 2005). A *fase de pré-diagnóstico* é caracterizada por uma incerteza ansiosa, já que os utentes ao longo deste período são observados por vários médicos e realizam diversos exames e análises até conseguirem um diagnóstico definitivo. Assim, experienciam habitualmente elevados níveis de

ansiedade e preocupação, evidenciados em momentos de insónias e num sono perturbado (Pereira & Lopes, 2005). É frequente o questionamento do doente sobre a própria vida através do surgimento de perguntas, dúvidas e expetativas que devem ser esclarecidas pela equipa médica, de forma a assegurar a segurança na normalidade destas vivências, articulando-as com as experiências passadas (Ramos, 2016). Posto isto, muitos utentes classificam esta fase como a mais complexa e difícil de todo o processo. Posteriormente, na fase do *diagnóstico inicial* o doente experimenta reações emocionais que englobam o choque e a negação desta nova realidade – estar doente. Nesta fase é importante ter em atenção a maneira como é transmitida a informação, o local e o apoio recebido, já que isto influenciará a forma como o utente reage à notícia e lidará com o diagnóstico. Desta maneira, as formas de reação emocional mais comuns e experienciadas consistem em: choque, incredulidade, choro, negação e tendência ao isolamento social para evitar abordar assuntos como a doença ou o tratamento (Pereira & Lopes, 2005). Na terceira e última fase deste estágio denominada de *impacto do diagnóstico*, é evidenciado por parte do paciente um *distress* agudo, depressão e ansiedade (Lang-Rollin & Berberich, 2018). Assim, passada a negação do diagnóstico, o doente vivencia sensações de ansiedade, raiva e protesto. Sente-se culpado, depressivo, extenuado e desconfortável ao nível físico. Normalmente, esta etapa é caracterizada como uma fase de curta duração. Habitualmente, a pessoa não tem uma perspetiva de futuro, pensa constantemente na sua morte, isola-se e sentem pena de si e da sua família (Pereira & Lopes, 2005).

O segundo estágio diz respeito à *aceitação do diagnóstico até ao tratamento*. Apesar de a pessoa, progressivamente, conseguir aceitar o seu diagnóstico, são na mesma conservados os sentimentos depressivos, ansiosos e o desespero, acompanhados da sensação de vulnerabilidade, solidão e perda (Seligman, 1996 citado em Ramos 2016). Nesta fase os amigos e a família assumem um papel preponderante no apoio ao doente.

Por fim, o último estágio classificado *a partir dos tratamentos em diante* preconiza a necessidade dos doentes em relação à manutenção da qualidade de vida e das rotinas saudáveis, tendo em conta as indicações dos profissionais de saúde (Ramos, 2016). Na sua maioria, os doentes sentem-se aliviados apesar de sentirem receio de voltar à sua rotina e de diminuírem a vigilância médica. Observa-se nesta fase dois tipos de posturas e reações distintas por parte dos doentes, designadamente: i) o doente sente que venceu a luta contra o cancro e sente-se mais capaz de enfrentar novas situações na sua vida, ou ii) o doente percebe as perdas e as alterações emocionais ocorridas como impactantes à sua vida e recusa realizar planos a longo prazo por sentir o futuro ameaçado (Pereira & Lopes, 2005).

Ademais, constata-se que o alcance dos doentes oncológicos ao estágio da sobrevivência é cada vez mais uma realidade a assinalar. Isto é possível através do aumento da adesão a protocolos de rastreio precoce do cancro, assim como o aumento da eficácia dos tratamentos que permitiram uma redução do prognóstico da mortalidade associada à patologia oncológica (Marzoratiet al., 2017).

### **2.3. O sobrevivente de cancro: Fases e impacto da sobrevivência**

No ano de 1986, juntamente com mais de 20 organizações, Mullan criou a *Nation Coalition for Cancer Survivorship*, com o objetivo de ajudar esta população-alvo a lidar com os efeitos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e espirituais, que são manifestados após o término dos tratamentos oncológicos (Berry et al., 2019). Neste sentido, definiram como sobrevivente de cancro qualquer pessoa desde o momento em que é diagnosticada até ao momento da sua morte (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Pouco tempo depois, o *National Cancer Institute*, alargou esta definição que passou a englobar não só o doente oncológico, como também os seus cuidadores e/ou familiares. De outro modo, existem outros autores que definem o ser sobrevivente como a pessoa que vive para além do diagnóstico, concluindo com sucesso todos os tratamentos (Little et al., 2002). Todavia, há autores que advogam também que

sobrevivente é aquele que após o tratamento consegue viver para além da barreira dos cinco anos (Leigh & Stovall, 2003; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007)

No que concerne à perspetiva biomédica, observa-se a inclusão de um espaço temporal ou de um estágio da doença para classificar a pessoa como sobrevivente (Leigh, 2002, citado em Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), contrariamente ao modelo qualitativo que encara a pessoa como ator principal, sendo ela própria a definir-se como sobrevivente quando estiver preparada, dando palco à sua experiência individual (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). No entanto, existe também um conceito que opta por observar o doente como “lutador, afortunado, campeão, ou simplesmente como pessoa que teve uma doença ameaçadora” (Reuben, 2004, p.5). Com isto, pode-se concluir que o termo sobrevivente e, conseqüente definição não reúne consenso em toda a comunidade científica, evidenciando-se diversas definições para a mesma ideia (Marzorati et al., 2017).

Neste seguimento, emerge a necessidade de esclarecimento em relação à definição de sobrevivente que o presente estudo pretende adotar. Posto isto, considerou-se mais oportuno a escolha de uma definição mais concreta, com o intuito de evitar equívocos, ao tornar as participantes do presente estudo numa amostra mais homogénea quanto ao seu estatuto de sobrevivente de cancro. Assim, a definição de sobrevivente adotada refere-se à pessoa que conseguiu concluir todos os tratamentos com sucesso, há cinco ou mais anos, ficando livre da doença, sem recidiva até ao momento atual.

Ademais, e através da continuação do seu trabalho com sobreviventes de cancro, Mullan, denominou a cura ou remissão controlada de *fase permanente*, marcada pela esperança, apesar da permanência de alguns efeitos colaterais (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Não obstante, constata-se que pode sempre surgir um novo cancro ou a falência de um órgão (Deimling et al.,

2006). No entanto, a pessoa acredita num novo sentido para a sua vida, adquirindo uma nova esperança (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Ainda assim, deve-se ter especial atenção ao afirmar que estas pessoas estão verdadeiramente curadas, pois persistem sequelas “biológicas, psicológicas e sociais” a ter em conta, dado que influenciam o funcionamento normativo do indivíduo (Schwartz, 2003, p.1641).

De forma a concluir este tópico, examina-se a importância de perceber o processo global de pós tratamento, com o objetivo de se desenvolverem e implementarem respostas adequadas às necessidades evidenciadas dos doentes na fase de sobrevivência, assim como, para a reestruturação da sua qualidade de vida e o bem-estar, auxiliando o processo de reabilitação psicossocial do doente (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

### **Capítulo 3: Variáveis Psicossociais associadas à Doença Oncológica**

Após o diagnóstico de um cancro o doente oncológico necessita de realizar tratamentos para aumentar as suas hipóteses de sobrevivência. No entanto, apesar dos seus benefícios, a longo prazo, estas terapêuticas conduzem a alterações em várias dimensões da vida do doente, designadamente, na imagem corporal (como queda de cabelo e/ou outros pêlos, assim como, mudanças no peso), que impactam determinantemente e de forma negativa a autoestima. Em consequência, ocorre uma tendência de afastamento do doente em relação ao seu cônjuge/companheiro/a, devido a sentimentos como vergonha, medo da rejeição, angústia ou constrangimento. Através disto, são promovidos comportamentos de esquiva em relação ao contacto íntimo, que se traduz numa inibição das relações sexuais e, conseqüentemente na alteração na dinâmica conjugal (Almeida, et al., 2012; Araújo et al., 2020), variáveis que serão explicitadas de seguida.

### **3.1. Imagem Corporal e Autoestima**

A experiência de vivência de um cancro e, conseqüentes realizações da terapêutica para o cancro conduzem ao aparecimento de efeitos secundários, que conduzem a alterações na representação que o doente tem sobre si mesmo, quer ao nível físico, psicológico, emocional e social (Sá & Carozzo, 2018). No que respeita ao nível físico, sucedem-se evidentes alterações na imagem corporal dos doentes (Coelho et al., 2018).

Segundo Secchi e colaboradores (2009, p.229) a imagem corporal define-se como: “a percepção individual que se tem do próprio corpo, levando em consideração aspetos físicos, sociais e psicológicos”. Engloba, igualmente, o processo de simbolização e compreensão do corpo na mente (Akkaya et al., 2011), enquadrando os sentimentos e atitudes da pessoa doente (DeFrank et al., 2007). Assim, a imagem corporal refere-se a uma interligação entre a visão da pessoa sobre si mesma e as interações existentes entre o meio envolvente e as suas vivências diárias (Sá & Carozzo, 2018). No entanto, constata-se que imagem corporal não diz respeito apenas à aparência física, mas inclui também a integridade corporal, isto é, a sensação do corpo como: “íntacto, completo e a funcionar de forma integral” (Costa, 2017, p.1). Deste modo, entende-se que as alterações corporais podem ser agrupadas em duas categorias: i) alterações de cariz temporário, onde se inserem questões como a perda de cabelo e alterações no peso; e ii) alterações de cariz definitivo, como é o caso da ausência de um órgão (amputações) e as cicatrizes (DeFrank et al., 2007). Independentemente do tipo de alteração na aparência física é sempre necessário um período de adaptação e ajuste à nova imagem e realidade, por parte dos doentes (Brandão & Matos, 2015).

Devido às modificações na imagem corporal, a autoestima dos doentes é, normalmente, comprometida de forma negativa. Posto isto, e com base da análise destes dois construtos, determina-se que a imagem corporal se integra como parte fundamental da autoestima (Brandão & Matos, 2015). Denota-se que, esta é caracterizada pela percepção do sujeito em relação a si

próprio e no que concerne ao seu valor e competência, sendo afetada pelo contexto social e cultural onde a pessoa doente se insere, sendo assim, um construto interno e pessoal (Rosenberg, 1965). Deste modo, o diagnóstico de cancro e, consequentes tratamentos parecem ser prejudiciais para perceção da pessoa sobre o seu corpo, por provocarem repercussões físicas, psicológicas e sociais (Sá & Carozzo, 2018), que em conjunto desencadeiam um extremo sofrimento psicológico e impactam a autoimagem e a autoestima do doente (Oliveira, et al., 2010).

Os estudos revelam que variáveis como género, idade e estado civil interferem no processo de aceitação da nova imagem corporal e, consequente a relação com o corpo. Um estudo levado a cabo por Carelle e colaboradores (2002), concluiu que pacientes do sexo feminino atribuem a este aspeto um dos efeitos mais graves e intensos relacionados com a doença oncológica e concedem mais importância a esta variável do que pacientes do sexo masculino. Em relação à idade, verificou-se que as mulheres mais jovens expressam um maior receio das modificações do que as mulheres com idade mais avançada (Male et al., 2016). De igual modo, mulheres casadas ou com companheiros examinam a imagem corporal de forma mais negativa do que as mulheres solteiras, sendo isto justificado e atribuído ao medo de serem rejeitadas (Male et al., 2016).

Türk e Yilmaz (2018), destacam que o sexo feminino identifica como obstáculo o ato de olhar ao espelho, pelo facto de terem de contemplar o seu corpo desnudo, demonstrando-se insatisfeitas com o seu novo eu, por acreditarem ser menos atraentes atualmente. Em conformidade, no estudo de Male e colaboradores (2016), ocorre uma identificação na dificuldade de exposição do corpo, devido à diminuição da confiança. Pelo facto de não se sentirem confortáveis alteram o seu estilo de roupa, recorrendo a peças mais largas para não evidenciarem o atual formato do corpo (Barthakur et al., 2017). Por estas razões, verificam-se comportamentos de afastamento em relação ao companheiro, ao evitar o contacto íntimo,

derivado da sensação de perda de feminilidade, que como consequência afeta o relacionamento conjugal e sua dinâmica (Prates et al., 2012).

### **3.2. Conjugalidade e Sexualidade**

Os estudos indicam que um diagnóstico de cancro é considerado traumático para a experiência da conjugalidade, podendo despoletar o aparecimento de novos problemas e uma nova tensão na relação conjugal por afetar as vivências até então conhecidas. Por isso, o casal necessita de se reinventar, criar uma nova rotina e, isto requer uma nova adaptação familiar (Coelho et al., 2018). Como resultado, a comunicação torna-se fundamental para a diminuição dos medos e/ou preocupações que irão surgir e, igualmente para a redução do stress emocional (Manne et al., 2006).

No entanto, muitos casais evidenciam dificuldades em comunicar e em abordar questões e/ou assuntos relativos ao prognóstico de cancro e, conseqüentes alterações que irão surgir ao nível conjugal, especialmente relacionados à intimidade e sexualidade. Consideram assim, a não comunicação como um mecanismo de proteção para ambos (Bard et al., 2008), justificando isto pelo receio de perder a sua cara metade ou medo de a incomodar. Por sua vez, a falta de comunicação origina stress conjugal. Todavia, pacientes que revelam a manutenção da comunicação a um nível mais profundo, apresentam menor sofrimento psicológico e maior ajustamento conjugal (Bard et al., 2008).

Na maioria dos casos, é necessário que o cônjuge adquira um novo papel na relação, ao deixar de ser apenas marido/esposa, para adotar o papel de cuidador/a, deixando de encarar a pessoa doente como ser sexual (Hawkins et al., 2009). Isto pode originar a diminuição do contacto físico entre o casal, por receio destes comportamentos desencadearem uma relação sexual, apontada como difícil e desconfortável fisicamente (Fleury et al., 2011). Por isto, alguns casais preferem evitar comportamentos íntimos (como o beijar, tocar, abraçar) para se

distanciarem de sentimentos como tristeza, solidão e depressão, dificultando a própria relação e a vivência da intimidade (Fleury et al., 2011).

A intimidade é um fator importante na vida do ser humano, sendo considerada fulcral para o seu desenvolvimento, pois através destas relações a pessoa sentir-se amada e vive em toda a sua extensão (Sousa, 2014). Portanto, segundo Reis e Shaver (1988), intimidade refere-se à manifestação de sentimentos, onde se espera aceitação, compreensão e validação (como citado em Lopes, 2018). Neste sentido, uma relação de intimidade só pode existir se antecipadamente ocorrer uma interação social, com momentos de abertura e aceitação perante o outro (Sousa, 2014). A vivência da intimidade inicia-se na infância através das relações de vinculação com os pais e continua pela vida adulta através do estabelecimento de uma relação amorosa (Sousa, 2014). Uma vez estabelecida a relação de intimidade, esta pode evoluir para uma relação conjugal, definida como a união entre duas pessoas, com o propósito de vida a dois, ao mesmo tempo, que constroem uma identidade conjunta (Scorsalini-Comin & Santos, 2011).

À vista disto, ressalta-se que a intimidade influencia a vivência da sexualidade, ao afetar o prazer advindo da relação sexual (Patrão, 2005). De acordo com a WHO (2006), a sexualidade e intimidade são essenciais à vida do ser humano, e relaciona-se com o bem-estar físico e psicológico do ser humano.

No que se refere à sexualidade, e segundo a WHO esta define-se como a:

“energia que nos leva a procurar amor, contato, ternura e intimidade, que se integra na forma como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual. Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia a nossa saúde física e mental”.

No tocante aos modelos tradicionais referentes à sexualidade, Masters e Johnson (1966) advogam que o estímulo sexual se constitui um incentivo à excitação, e que por sua vez, impulsiva a ereção no homem e a vasocongestão vulvovaginal na mulher (como citado em, Fleury et al., 2011). Neste seguimento, ocorre a fase de platô, caracterizada pela fase de excitação contínua, sucedendo-se o orgasmo (Fleury et al., 2011). Após isto, desenrola-se a fase da resolução, na qual o corpo regressa ao seu estado original (Fleury et al., 2011). Mais tarde, Kaplan (1977), através do modelo trifásico da sexualidade, advoga que antes da excitação, advém o desejo como próprio *input* para a resposta sexual. Em consequência destes dois modelos, a Associação Americana de Psiquiatria une as duas definições ao formar um esquema composto por: i) desejo; ii) excitação; iii) orgasmo e iv) resolução (Fleury et al., 2011). Esta Associação caracteriza o desejo como dependente do estado emocional, que quando positivo produz o aumento da libido e a estimulação sexual (Mulhall et al., 2011). A excitação pode ser assim influenciada através dos aspetos “fisiológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais” (Patrão, 2005, p. 292; Mulhall et al., 2011). O orgasmo dependerá do prazer sentido, sendo considerado como o pico da excitação, enquanto a resolução se relaciona como estado de relaxamento (Patrão, 2005). No caso de disfunção sexual, caso ocorra uma disfunção no primeiro estágio, todos os outros podem ser implicados (Patrão, 2005). Posteriormente, Bason (2000) entende que o desejo sexual não é a única variável que resulta na disposição das pessoas para se envolverem em atividades sexuais, tal como preconizam os anteriores modelos tradicionais (como citado em Neto et al., 2012). Assim, incluiu os fatores não-biológicos como a proximidade emocional e satisfação com a relação (Neto et al., 2012). Para este autor, o desejo sexual espontâneo apenas ocorre no início de um relacionamento ou quando duas pessoas estão afastadas uma da outra por longos períodos, deixando de ocorrer tão frequentemente em relacionamentos que perduram no tempo (Neto et al., 2012). Nesta relação os fatores a ter em conta na sexualidade referem-se à intimidade e a emocionalidade do casal (Neto et al., 2012).

Ao atingirem estes pontos desenvolve-se a excitação sexual, que antecede o desejo, tornando a atividade mais prazerosa (Neto et al., 2012). Identicamente, a cultura é outro fator a ter em consideração, dado que, atividade sexual normalizada depende de particularidades como história de vida anterior, relacionamentos passados e até da própria biologia da pessoa (Neto et al., 2012).

Neste sentido, uma alteração a considerar que afeta a vivência da sexualidade normativa, transformando-a em grande escala durante um determinado período de tempo, é a existência de um diagnóstico de cancro (Santos et al., 2014). Segundo Patrão (2005), o cancro envolve dificuldades no funcionamento sexual, associadas às alterações físicas, fisiológicas e psicológicas, colocando em causa a identidade de cada um. No entanto, dependendo da etapa de vida, esta doença afeta a sexualidade de forma distinta. Ao particularizar à população adulta, comprova-se que interfere no funcionamento psicosexual, variando esta influência em função do estágio do cancro, tipo, frequência e quantidade dos tratamentos (Patrão, 2005). Neste sentido, parece ser necessário avaliar e classificar a sexualidade antes do diagnóstico da doença para compreender a satisfação anterior com a relação sexual e a ocorrência de problemas relacionais (Patrão, 2005). Isto é justificado pelo facto de, caso a relação for considerada positiva, maior é a probabilidade de ocorrência de alguns medos como: perder o desejo, perder sensibilidade e extremo receio de não conseguir satisfazer o parceiro (Patrão, 2005).

Para além disto, os tratamentos oncológicos aumentam a prevalência de disfunções sexuais, definidas como: “a incapacidade de realizar o ato sexual de forma satisfatória, para si, sua (seu) parceira(o) ou para ambos” (Fleury et al., 2011, p.87). Existem disfunções sexuais de curta duração (que desencadeiam frustração e angústia) ou disfunções sexuais crónicas (provam ansiedade e depressão) (Patrão, 2005; Hughes, 2008). Constata-se que são relatadas por doentes submetidos a quimioterapia, de ambos os sexos, numa percentagem de 40% a 100%, sendo a perturbação mais comum a ausência ou diminuição do desejo sexual, expressa na diminuição

da frequência sexual, manifestada numa percentagem de 59% a 79%. Contudo, especificamente no sexo feminino ocorre a dispareunia, enquanto no sexo masculino manifesta-se a disfunção erétil (Fleury et al., 2011). A literatura indica que estas perturbações são mais comuns em sujeitos numa faixa etária menor, solteiros ou a construir ainda uma relação ou com diversos/as companheiros/as sexuais (Fleury et al., 2011).

Neste sentido, Hawkins e seus colaboradores (2009), realizaram um estudo que tinha como objetivo compreender as mudanças na sexualidade e intimidade após o cancro. O estudo permitiu concluir que a maioria dos participantes relata uma diminuição ou término completo das experiências sexuais. A interrupção completa foi assumida na sua maioria pelo sexo feminino, ao mesmo tempo que descrevem a inexistência de práticas sexuais alternativas. Já os/as companheiros/as afirmam que observam a atividade sexual como inadequada, ao sentirem culpa por pensarem sequer na possibilidade da prática, por isso, dificultam qualquer tipo de negociação. Isto deve-se ao facto de as necessidades do/a parceiro/a que se encontra doente estarem em primeiro lugar. Em outros estudos, como o estudo levado a cabo por Lemieux e colaboradores (2004), identifica-se o reconhecimento da procura de alternativas ao contacto sexual como é o caso do toque e da massagem.

Ademais, a experiência do cancro sugere nesta população o medo ou menos desejo de serem pais/mães. Justifica-se isto pelas seguintes razões: pensarem na probabilidade de ocorrer uma recidiva do cancro, e conseqüente morte, complicações na gravidez, transmissão hereditária da doença aos filhos, surgimento de problemas económicos ou receio de não serem aptos para a parentalidade (Patrão, 2005). A adicionar, ocorre o receio da dificuldade em engravidar e apresentarem a necessidade de recorrer aos tratamentos de infertilidade. Esta situação ocasiona menos vontade de voltarem a frequentar assiduamente estabelecimentos de saúde, com medo de terem de se sujeitar novamente a tratamentos e exames invasivos (Patrão, 2005).

Em jeito de conclusão, refere-se que os profissionais de saúde sentem dificuldades em abordar e lidar com aspetos relativos à intimidade e sexualidade dos doentes, devido à falta de formação académica, que foque na sensibilidade do problema o que leva a que as necessidades dos doentes neste âmbito sejam subdiagnosticadas e subintervencionadas. Este ponto é abordado e referenciado em diversos estudos e intervenções da área, nomeadamente no de Lindau e colaboradores (2011).

Após concluída a explanação individual das diferentes variáveis envolvidas no estudo, revela-se de extrema importância compreender a forma como estas se influenciam mutuamente e, deste ponto de vista, afetam o processo da doença. Neste sentido, constata-se que os tratamentos oncológicos alteram a imagem corporal do doente, afetando, por sua vez, a autoestima. Isto sucede-se pelo facto de a pessoa deixar de se sentir confiante com a sua imagem, ao emergir sentimentos negativos em relação a si própria (Ramos & Patrão, 2005). Por sua vez, uma imagem corporal diferente modifica a vivência de uma vida sexual normativa pela vergonha de exposição do corpo e/ou medo da rejeição, pela diminuição da libido, da satisfação sexual e/ou pela presença de disfunção sexual. Além disso, a pessoa deixa de se sentir atraente, interessante e desejada fisicamente. De forma idêntica, é afetada a relação conjugal pelos novos constrangimentos impostos.

Posto isto, torna-se fundamental caracterizar esta realidade para se puderem desenhar planos de ação, preventivos e/ou de intervenção capazes de diminuir o impacto do cancro na imagem corporal, conjugalidade e sexualidade.

O estudo empírico que a seguir se apresenta visa ir ao encontro desta necessidade identificada.

## **Parte II – Estudo empírico**

### **1. Método**

Este tópico pretende apresentar a metodologia do presente estudo, ao caracterizar o problema de investigação, assim como, os objetivos gerais e específicos que se pretendem atingir, as características da amostra em estudo, a especificação dos procedimentos de recolha e análise de dados e, por fim, os aspetos éticos imprescindíveis à execução desta investigação.

#### **1.1. Problema de Investigação**

Após a análise da literatura efetuada para a elaboração do estado de arte, verifica-se uma escassez de estudos que relacionem as variáveis autoimagem, conjugalidade e sexualidade dos sobreviventes dos diversos tipos de cancro. A maioria da literatura existente na área foca-se quase exclusivamente em pacientes de cancro da mama, sobretudo mulheres mastectomizadas, excluindo toda a restante da população visada por esta doença. A necessidade de se abordar os vários tipos de cancro e relacioná-los com as variáveis supracitadas é suportada através da existência de várias investigações reconhecerem como uma limitação a inclusão de somente doentes diagnosticadas com cancro da mama. A título exemplificativo, isto é comprovado através do estudo de Hawkins e seus colaboradores (2009), onde se apela à importância da realização de estudos que associem estas variáveis a outros cancros. Deste ponto de vista, é importante compreender as necessidades, preocupações, sentimentos e desafios desta população. Esta lacuna no conhecimento é identificada por Fleury e colaboradores (2011, p.86), ao considerarem que “problemas sexuais não se limitam aos portadores de cancro de mama”, uma vez que os tratamentos provocam alterações na imagem corporal, suscitando diminuição na autoestima e, conseqüente evitamento da atividade sexual em qualquer espécie de cancro. Posto isto, este estudo demonstra a sua pertinência por pretender ampliar o conhecimento acerca da relação entre as variáveis mencionadas com a doença oncológica no geral, ao não se focar exclusivamente em pacientes portadores de cancro da mama. O presente estudo incluiu os

diferentes tipos de cancro em pacientes oncológicos, sendo portanto uma amostra diversificada e heterogénea. Por consequência, considerou-se importante desenvolver este estudo, com base na resolução do seguinte problema de investigação: *Como é que os sobreviventes de cancro experienciam as mudanças na sua autoimagem, conjugalidade e sexualidade e de que forma estas impactam o processo de reabilitação psicossocial, qualidade de vida e bem-estar?*

## **1.2. Objetivos**

Tendo em consideração a questão orientadora do presente estudo define-se como sendo o objetivo geral da presente investigação a exploração das mudanças na autoimagem, conjugalidade e sexualidade dos sobreviventes de cancro e o seu impacto no processo de reabilitação psicossocial, qualidade de vida e bem-estar. E no seguimento desta problemática os objetivos específicos consistem em: i) descrever o impacto da doença oncológica na autoimagem dos sobreviventes de cancro; ii) perceber o impacto destas mudanças na sua vida conjugal; iii) descrever as alterações que ocorreram na sexualidade após a vivência da doença oncológica; iv) caracterizar o impacto das alterações experienciadas no processo de reabilitação psicossocial, qualidade de vida e bem-estar.

## **1.3. Participantes**

Participaram no presente estudo 12 participantes, onde se consideraram os seguintes critérios de inclusão: i) serem sobreviventes de cancro; ii) terem idades iguais ou superiores a 18 anos; iii) participação voluntária. Já no que diz respeito aos critérios de exclusão, estes resumem-se apenas a: i) apresentarem algum déficit e/ou serem portadores de alguma patologia que invalide, por qualquer razão, a participação no estudo; ii) não se encontrarem na fase de sobrevivência da doença oncológica. Os participantes foram selecionadas segundo os critérios acima referenciados, e a recolha dos dados ocorreu numa Associação de Apoio a Doentes Oncológicos sediada na região do grande Porto. Considera-se pertinente ressaltar ainda que a inclusão dos 12 participantes neste estudo é baseada num estudo científico desenvolvido por

Rego e colaboradores (2018), que reitera que para uma investigação qualitativa apresentar critérios de fiabilidade e validade um N de 12 (ou múltiplos de 12) é o ideal.

A partir de uma entrevista semiestruturada, realizada especificamente para a presente investigação foi possível traçar um perfil sociodemográfico e clínico geral dos participantes, sendo que desta forma foi possível a sua caracterização. Neste seguimento e no respeitante aos dados sociodemográficos, compreende-se que todas as participantes pertencem ao *sexo* feminino e encontram-se, atualmente, na fase de sobrevivência da doença oncológica. Apresentam idades compreendidas entre os 53 e os 70 anos, com uma média de 61 anos de idade. Das 12 participantes, 6 participantes encontram-se na *faixa etária* entre os 50 e 60 anos, enquanto as restantes 6 incluem-se na faixa etária de 60 a 70 anos. No que concerne ao *estado civil* e, especificamente, no momento do diagnóstico três das participantes eram divorciadas, sete eram casadas e, ainda, existiam duas solteiras. Atualmente, quatro são divorciadas, cinco casadas, uma solteira e duas viúvas. Assim sendo, apenas três participantes modificaram o seu estado civil: uma delas de solteira para viúva, outra de casada para divorciada e, por fim, uma de casada para viúva.

Referente aos *dados clínicos* e, particularmente em relação à *localização da doença*, denota-se a existência de uma variedade de tipos de cancro, sendo que cinco apresentam cancro de mama, duas cancro no colo do útero, uma cancro no intestino, uma leucemia, dois mielomas múltiplos e um caso de cancro no pâncreas e pulmão. Em relação ao *ano de diagnóstico*, estes variam entre o ano de 2002 e 2015, no entanto, uma das participantes refere que o seu cancro foi diagnosticado há mais de 20 anos, não conseguindo especificar um ano exato. Por último, praticamente todas as participantes referem ter realizado como *tratamento* a quimioterapia, seja oral, intravenosa ou ambas, radioterapia e cirurgia (conservadora ou mastectomia). Sendo assim, importa referir que três participantes realizaram a cirurgia conservadora da mama enquanto duas participantes realizaram a mastectomia. No entanto, atualmente têm prótese em

substituição. Além disso, algumas referem ainda, a par disto, o uso da hormoterapia e braquiterapia. Em conclusão, as participantes que apresentam tipos de cancro no sangue afirmam o recurso, ainda, aos transplantes de medula óssea.

#### **1.4. Procedimentos**

Postulada a questão orientadora do presente estudo e os seus objetivos, contactou-se a associação de apoio a doentes oncológicos, com o objetivo de obter a autorização para a recolha de dados e, posteriormente, procedeu-se ao contacto com as utentes potencialmente interessadas em colaborar na investigação. Após resposta positiva, foi agendada uma entrevista individual com cada participante, que decorreu na associação num local confortável, seguro e com privacidade.

No entanto, antes da aplicação dos instrumentos tornou-se imprescindível a assinatura de uma declaração de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1), após uma breve explicação dos objetivos do estudo e a conducente autorização para a gravação da entrevista. Neste consentimento estava explicitado que todas as gravações e transcrições seriam guardadas num local seguro até ao final da investigação, sem incluir qualquer informação identificativa. Após a finalização do estudo, estas seriam eliminadas. Aspeto presente e mencionado no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, para o cumprimento dos princípios éticos, especificamente no ponto 2.3. - Utilização posterior dos registos. Assim, pretendeu-se assegurar a privacidade, anonimato e confidencialidade das participantes. Adicionalmente, foram informadas de que a sua desistência poderia acontecer a qualquer momento, sem qualquer consequência. Seguidamente, recorreu-se ao esclarecimento de eventuais dúvidas. Por último, referiu-se o direito de as participantes obterem acesso aos resultados e conclusões do estudo, através do agendamento de uma sessão de devolução de resultados, a combinar de acordo com a disponibilidade das participantes e da investigadora principal, após a conclusão da investigação. De assinalar que juntamente com esta declaração foi entregue uma folha de

informação ao participante (Anexo 2), com todas os esclarecimentos necessários para a tomada de decisão consciente, incluindo o email da investigadora para qualquer contacto adicional referente ao estudo.

De seguida, realizou-se a aplicação de um breve questionário sociodemográfico e clínico (Anexo 3), com o intuito de recolher, por um lado, informação pessoal do participante como: idade, estado civil (aquando do diagnóstico e atualmente) e agregado familiar. Por outro lado, informações clínicas relativas à vivência do cancro como: localização, data de diagnóstico e tipo de tratamento utilizado. Posteriormente, sucedeu-se então à aplicação da entrevista semiestruturada (Anexo 4).

#### **1.4.1. Recolha de dados**

Ao serem considerados os objetivos propostos, a investigação que integra o presente trabalho é de natureza qualitativa e exploratória. Desta forma, pretende-se a utilização de uma entrevista semiestruturada que oportunize uma esquematização e a existência de uma expressão livre de ideias, pensamentos e vivências, relativas às mudanças na autoimagem, conjugalidade e sexualidade das participantes sobreviventes de cancro. Esta metodologia de recolha de dados para além de permitir o acesso à experiência emocional, possibilita a descrição e compreensão da realidade a estudar (Duarte, 2004). Para isto, procedeu-se à elaboração de um guião de semiestruturado, que permite a junção de questões abertas e fechadas, elaboradas somente após a presença de um conhecimento aprofundado sobre o fenómeno a estudar e com base na literatura existente, assentando em princípios de qualidade fidedignos e reconhecidos pela comunidade científica (Belei et al., 2008; Minayo, 2010, citado em Batista et al., 2017). Assim, estabeleceu-se um planeamento prévio, por forma à entrevistadora obter segurança e confiança na sua aplicação. Deu-se preferência a entrevistas individuais, já que os temas imagem corporal, vida conjugal e sexual são sensíveis e, em algumas ocasiões pode limitar a pessoa no seu discurso, por vergonha ou medo de julgamento.

No que concerne à sua aplicação é importante mencionar que foi manifestada empatia pelos sentimentos e necessidades reportadas pelas entrevistadas, com o intuito de mostrar interesse pelas suas vivências, de modo a aprofundar o seu relato e perceber detalhes importantes. Não se demonstrou nem foi realizado qualquer juízo de valor ou comentário desfavorável. Optou-se pelo uso do gravador, mas procedeu-se, previamente, à verificação do seu funcionamento correto, de modo a prevenir imprevistos que impeçam a condução da entrevista. Constatou-se a importância da sua utilização, pois permitiu a captura de momentos de reflexão, de dúvida, de entoação, que facilitou, posteriormente, a compreensão dos sentimentos e do relato do entrevistado (Schraiber, 1995). De referir, que o tempo médio de cada entrevista foi de 50/60 minutos. No entanto, ocorreram entrevistas mais longas, devido ao aprofundamento dos assuntos ou sua divagação, por necessidade da participante e, contrariamente, pessoas que optaram por ser mais sucintas na informação divulgada.

#### **1.4.2. Análise de dados**

Para a análise de dados do presente estudo foi realizada a Análise Temática, frequentemente utilizada na investigação nas Ciências Sociais, particularmente na Psicologia (Silva & Borges, 2017). Através desta análise foi possível conhecer, examinar e explicar temas no discurso dos participantes ao procurar informações e padrões de interesse pelo meio das experiências emocionais relatadas (Souza, 2019). Esta análise, composta por seis etapas flexíveis e caracterizadas pelo seu dinamismo, permitiu a movimentação constante entre as diferentes fases de análise para uma melhor compreensão da informação e problemática em estudo. Menciona-se que o presente estudo seguiu as instruções fornecidas pela literatura, particularmente baseado no estudo de Souza (2019) e de forma pormenorizada, seguiu os passos apresentados, de seguida.

Inicialmente, procedeu-se à *familiarização dos dados*, onde se realizou a transcrição integral de todas as entrevistas. Efetuou-se constantes leituras e releituras ativas à procura de

significados no discurso das participantes e produziu-se as primeiras anotações das ideias principais para posterior análise.

Posteriormente, a partir da codificação dos aspetos interessantes e relevantes, criou-se *códigos iniciais*, onde os temas dependeram, exclusivamente, dos próprios dados. Esta fase assentou nos seguintes princípios fundamentais: i) compilar o máximo de padrões existentes; ii) de forma inclusiva, sem nunca perder o contexto e iii) nunca esquecer que os dados podem pertencer a vários temas, se assim fizer sentido. Assim, esta etapa foi terminada quando todos os dados aparecerem codificados.

De seguida, pretendeu-se *encontrar temas* através do estabelecimento de uma relação entre os códigos extraídos anteriormente. Formou-se temas abrangentes e adquiriu-se uma noção da importância de cada um. Após isto, realizou-se a *revisão dos temas*, de modo a torná-los distintos e identificáveis e ocorreu, igualmente a *criação de subtemas*.

Por fim, elaborou-se *um relatório de resultados*, que contou com a descrição dos resultados obtidos, com recurso a citações direitas retiradas da narrativa das participantes. Além disso, procurou-se demonstrar, igualmente, a validade e fidedignidade dos resultados obtidos, demonstrando uma “descrição concisa, coerente, lógica e não repetitiva (...), fornecendo uma evidência suficiente dos temas no dados” (Souza, 2019, p. 62), e que comprova a relação entre os resultados obtidos e os objetivos propostos.

Considerou-se vantajoso a utilização deste método de análise de dados, devido ao seu carácter flexível, por permitir a extração de resultados acessíveis, e pelos resultados serem de fácil compreensão para a população em geral (Souza, 2019).

Após a explanação das diferentes fases realizadas, é indispensável ressaltar que pretende-se utilizar a análise temática indutiva, dado que, a sexualidade associada à

autoimagem e à conjugalidade, é pouco estudada, sendo então mais realista que a codificação surja dos dados obtidos e não de uma grelha pré-feita.

Para terminar, destaca-se que classificar variáveis psicológicas torna-se, por vezes, um processo complexo e subjetivo. Neste sentido, é necessário assegurar a objetividade do procedimento, assim como garantir a consistência interna dos resultados obtidos, com o objetivo de minimizar enviesamentos. Para isso, a categorização realizada assentou na prática de interjuízes da qual fizeram parte integrante elementos do grupo de investigação (Fonseca et al., 2007).

### **1.5. Aspetos éticos na investigação**

Antes, durante e após a realização deste projeto considerou-se fundamental o cumprimento dos aspetos éticos essenciais e presentes em códigos nacionais e internacionais, como é o caso *American Psychological Association* (2002) e o da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011).

Ao particularizar para o presente estudo e baseado no Código Deontológico da OPP, que transmite a obrigatoriedade da aplicação do consentimento informado, foram tomadas medidas para garantir o acesso, por parte do participante, a todo o conhecimento necessário para uma possível decisão consciente, voluntária e informada, assegurando-se o cumprimento dos aspetos éticos, baseados conforme a integridade científica.

Assim, foram selecionadas as participantes consoante os critérios de inclusão e exclusão acima mencionados e, posteriormente, apresentou-se o consentimento informado após uma sessão de esclarecimento inicial sobre os objetivos do estudo, explicitou-se a metodologia utilizada, riscos e potenciais benefícios de uma possível participação, assim como, o direito a anulação da recolha de informação em qualquer momento, sem quaisquer danos ou consequências. No referente à confidencialidade dos dados recolhidos solicitou-se a autorização

para a gravação das entrevistas, ao mesmo tempo que se prometeu garantir a privacidade dos registos e das informações recolhidas. Neste sentido e em concordância com o código deontológico nacional, foram tomadas todas as devidas providências para a proteção da informação recolhida, quer ao nível das variáveis envolvidas, quer ao nível dos registos pessoais. Foi esclarecido sobre que condições os registos de áudio iam ser guardados e assegurado que após a conclusão do estudo seriam devidamente eliminado.

Ressalva-se que o modelo de consentimento livre e esclarecido utilizado nesta investigação tem por base a declaração de Helsínquia que atua em conformidade com o código deontológico dos psicólogos portugueses, ao definir a forma como os profissionais devem agir durante estes procedimentos.

Considerou-se fulcral assegurar o cumprimento do ponto 7.1 do código deontológico da OPP, com a finalidade de nunca causar dano físico e/ou psicológico nas participantes. Este aspeto fundamental sucede-se pela população-alvo do presente estudo poder estar ou estar vulnerável e/ou frágil. Deu-se espaço à verbalização das participantes, e verificou-se a necessidade de ventilação emocional das mesmas sobre o tema em questão. Demonstrou-se empatia, interesse e escutou-se ativamente todas as respostas dadas (Rosenstein & Miller, 2010).

## **2. Resultados**

Para a extração de resultados da presente dissertação realizou-se uma tabela de codificação (Anexo 5) baseada nas entrevistas semiestruturadas, com as diferentes categorias e subcategorias. O seu intuito foi criar um fio condutor para a análise temática. Posto isto, procede-se em seguida à apresentação e explicação detalhada das variáveis envolvidas.

## 1) Imagem Corporal

Através da análise desta variável surgiram 4 categorias emergentes no discurso das participantes: 1) *Perspetiva da mulher em relação ao corpo antes do diagnóstico de cancro*; 2) *Modificações corporais derivadas dos tratamentos oncológicos ao nível físico*; 3) *Modificações corporais derivadas dos tratamentos oncológicos ao nível emocional*; e, finalmente 4) *Relação da mulher com o seu corpo na sobrevivência*.

### **Perspetiva da mulher em relação ao corpo antes do diagnóstico de cancro**

No tocante à perspetiva da mulher em relação ao corpo anteriormente ao diagnóstico destaca-se que a maioria das participantes apresentava uma relação positiva com a sua aparência, afirmando que se sentiam bem, gostavam da sua imagem projetada ao espelho e, que acima de tudo eram vaidosas e tinham prazer em se arranjar e cuidar de si. Isto é verificado através dos seguintes excertos:

*AP: “Achava-me muito melhor (...) sempre fui muito vaidosa”.*

*MG: “Eu sentia-me bem, nunca tive aquilo de olhar para o espelho e não me sinto bem, sentia-me e era vaidosa (...) se saísse eu não saía sem me pintar ou sem arranjar o cabelo”.*

*PC: “Sentia-me bem porque eu fazia desporto (...) gostava muito do meu corpo (...) eu era muito jeitosa”.*

*MCF: “Gostava, claro. Tinha tudo no sítio. Gostava de mim”.*

Ademais, nesta categoria encontra-se participantes que apresentam uma ligeira incoerência no discurso já que inicialmente afirmam que se sentem bem com o corpo, mas há medida que o sua comunicação progride demonstram dificuldades de aceitação, destaca-se o exemplo de uma participante: *CB: “ Sentia-me bem, normal (...) depende em algumas situações sim outras não”.* A segunda participante que apesar de revelar incongruência demonstra também uma dificuldade de se reconhecer ao espelho: *EO: “Sentia-me bem (...) não gostava de me ver ao espelho”.*

Por fim, é evidenciada, por parte de uma participante, uma relação negativa com o corpo, onde afirma que anteriormente ao diagnóstico não queria mesmo viver: *MCS: “Não gostava de mim (...) eu era uma pessoa muito deprimida (...) eu só queria morrer, era um vazio tão grande que não tinha explicação”*.

### **Modificações corporais derivadas dos tratamentos oncológicos, ao nível físico**

Na análise desta categoria são revelados dois principais pontos de vista. Algumas participantes referem que, principalmente, a queda de cabelo e a perda de peso, afetaram a sua autoimagem e autoestima, emergindo como impacto negativo na sua vida. Temos o exemplo dos seguintes discursos, onde referem o cansaço, os enjoos e até o facto de se sentirem deprimidas.

*CB: “Perdi o cabelo (...) tirei tudo, o útero, os ovários, as trompas (...) fiquei cansada, seca, magra (...), não comia, ficava enjoada”*.

*PC: “Cair-me o cabelo foi das piores coisas (...) inchei muito na cara (...) ganhei muito pêlo (...) fiquei muito magra”*.

*MC: “Muito inchada, engordei bastante (...) passei a ficar muito deprimida”*.

No entanto, e em contraste para algumas participantes a queda do cabelo não evidenciou consequências ao nível da autoimagem e autoestima. Seguem-se exemplos, onde é referido o facto de gostarem de se ver ao espelho sem cabelo, sendo que a sua alopecia nunca impactou negativamente na sua imagem corporal e autoestima.

*MCS: “Perdi cabelo duas vezes (...) aceitei logo”*.

*FP: “Perdi o cabelo, também foi uma das coisas que não me afetou. Acho que reagi muito bem. Sabia que ia perder logo na altura (...) optei logo por rapar o cabelo. Gostei de me ver ao espelho (...) andava com a cabeça à mostra e nunca me fez confusão”*.

### **Modificações corporais derivadas dos tratamentos oncológicos, ao nível emocional**

Os tratamentos oncológicos também têm consequências ao nível emocional. Todas as participantes revelaram alterações ao nível do funcionamento do seu sistema nervoso e nas suas emoções. Identificaram, igualmente, o incómodo dos comentários de outras pessoas e,

consequentemente, referiram a dificuldade de olhar ao espelho, que se traduziu numa tristeza profunda.

**CB:** *“Impacto muito grande (...) sistema nervoso (...) piorou tudo e de que maneira, horrível”.*

**EO:** *“Eu passei por não ser uma pessoa, mas um peluche ali no meio (...) sofri um bocadinho, a minha autoestima estava muito em baixo. Via-me diferente (...) sentia-me feia (...) falei com uma pessoa que me perguntou se eu estava a tomar alguma medicação para emagrecer (...) senti-me horrível (...) eu tive uma que me disse assim: “Você ainda anda cá mulher? Pensei que você já tinha ido”. Ai eu fiquei. Nem dei resposta, virei as costas à pessoa e andei sempre”.*

**PC:** *“Sentia-me mal de olhar ao espelho. Sentia-me como um bicho. Eu dizia que parecia um bicho. (...) Fiquei muito dececionada. Foi uma tristeza mesmo profunda. Eu tinha vergonha de ir à rua. Eu tinha amigas que não me conheciam de lado nenhum”.*

### **Relação da mulher com o seu corpo na sobrevivência**

Aquando da sobrevivência e após o término dos tratamentos muitas mulheres referem a restauração da autoimagem positiva, sentida anteriormente ao diagnóstico. Duas participantes, ambas sobreviventes de cancro da mama referem que não tem complexos nenhuns com a perda da mesma, já que fazem a sua vida normal e conseguiram, de igual forma, voltar a sentir-se bem. Segue-se um dos exemplos:

**MJL:** *“E ainda agora não fiz a reconstrução (...) Não tenho problema nenhum. Vou para a praia, vou de fato de banho, vou de bikini (...) Eu também gosto de mim, embora não pareça eu gosto muito de mim”.*

No entanto, a maioria das participantes revela uma perceção positiva de si, apesar de alguns aspetos revelarem-se incomodativos.

**RB:** *“Gostava de não ter estômago. É a única coisa que me incomoda (...) Sou sincera, se eu pudesse tirar isto, eu tirava. Este bocadinho que eu tenho aqui. Olho para mim, não gosto de me ver por causa disto (...) Gostava de tirar isto. Sinto-me mal. Porque eu visto uma roupa e fica aqui, em vez de ir para baixo. Não gosto. Às vezes fico... Pronto, até tenho roupa jeitosa. Mas não gosto (...) Gostava de não ter isto, é só a única coisa que não gosto em mim”.*

Ocorrem, também, mudanças de uma autoimagem negativa para positiva. Duas participantes referem que após esta vivência passaram a sentir-se bem consigo e a gostarem de si apesar de todas as diferenças que encontram no corpo.

**MCS:** *“Olho para mim, pareço um batoque, mas não me interessa”.*

**CB:** *“Agora estou bem (...) relativamente bem, embora as mazelas ficaram cá (...) agora sim, gosto de me ver ao espelho”.*

De forma contrária, há quem anteriormente ao diagnóstico evidencie uma autoimagem positiva e com todos os procedimentos médicos desenvolveram uma percepção negativa de si mesmas, passando a não gostar daquilo que vêem atualmente.

*PC: “Eu sei que a idade também está a passar (...) mas eu queria ter aquele corpo de quando tinha 45 anos (...) perna mais grossinha, não tinha barriga, tinha músculo”.*

*MCF: “Vou gostando. Não é como eu quero, não é como eu gostava, como eu queria”.*

No entanto, e da análise do discurso de uma das participantes denota-se uma incoerência, devido ao facto de inicialmente a mesma afirmar que se sente bem. Contudo, há medida que a conversa avança é revelado o desconforto sentido em frente ao espelho: *EO: “Agora sinto-me muito bem, não tenho os problemas na autoestima e agora gosto de mim (...) estou cheia de cicatrizes, tenho um buraquinho aqui, (...) e ainda hoje não gosto (de me ver ao espelho). Não me ponho nua em frente a qualquer pessoa”.*

Por fim, uma das participantes declara que ocorreu uma mudança de valores na sua vida, onde o aspeto físico passou para segundo plano, já que emergiram outros princípios e prioridades diferentes, considerados mais importantes do que a sua imagem física/ corporal.

Temos o exemplo:

*MC: “Apesar de ter assumido os cabelos grisalhos e tudo, que sempre envelhecem mais, sempre acho que se eu parasse no salão e pintasse, eu sempre falo assim, com certeza eu iria ficar mais jovem. Eu tenho essa vontade, mas não tenho condições financeiras (...) Não tenho saco mais, queria mas não tenho essa vontade. Acho que não estou a priorizar mais isso (...) saiu todo o excesso de vaidade (...) não tem a ver com o facto de eu estar desleixada, os meus valores é que mudaram muito e, portanto as minhas prioridades também mudaram”.*

### **1) Conjugalidade**

Através da análise da vida conjugal das participantes foram manifestadas as seguintes categorias: 1) *Relações instáveis*; 2) *Caraterização do apoio do cônjuge na vivência da doença*; 3) *Modificações na relação conjugal derivadas da vivência da doença*; 4) *Caraterização da participante em relação à forma como se relaciona com o companheiro*; 5) *Contacto físico*; 6) *Mudança de estado civil de casada para divorciada durante o processo da doença*.

## Relações instáveis

Esta categoria surge do facto de uma participante revelar ter relações de curta duração, habitualmente por escolha própria, por sentir que depois de tudo o que viveu necessita de perceber mais apoio e suporte conjugal do que o recebido: **RB**: *“Tive um outro companheiro, mas não foi nada duradouro (...) não me dão sossego e o meu espaço (...) não tenho cabeça para aturar nenhum homem (...) não há homens para mim”*.

Ocorreu, de igual modo, o facto de uma participante nunca ter estado num relacionamento durante todo o processo, afirmando que se não sente falta de um companheiro: **MJL**: *“Não tive parceiro nem companheiro (desde o diagnóstico até agora), pronto não quis, não sinto... pode ser que quando eu for mais velhinha venha a sentir falta. Mas, não penso nisso”*.

Por fim, nesta categoria emergiu a situação de mudança de parceiro durante o processo da doença: **CB**: *“Namoro, tenho o meu namorado, uma pessoa que eu gosto muito (...) e eu andei com ele, muitos anos, depois que me divorciei (antes do diagnóstico) foi sempre praticamente, mas acabou. Depois (do diagnóstico) tive outros namoricos (...) mas já não estava a funcionar (...) e agora sim, parece-me que quer voltar a assumir”*.

## Caraterização do apoio do cônjuge na vivência da doença

Dentro desta categoria iremos proceder a análise do apoio recebido/percebido e à sua satisfação durante a doença em dois níveis diferentes: emocional e instrumental. Emocionalmente, as participantes envolvidas descrevem o suporte social recebido pelo cônjuge, de forma geral, como satisfatório e, que apesar da doença, se manteve igual:

**MG**: *“O meu homem é o meu pilar, nós vivemos um para o outro”*;

**PC**: *“Demo-nos sempre bem. Na doença acho que ele foi um homem 5 estrelas (...) ficou ali a tomar conta de mim (...)”*;

**MCF**: *“Recebi. Claro que com os anos eles modificam. Mas com a doença é e foi a mesma coisa”*;

**FL**: *“Muito bom, foi um santo para mim. Ia-me buscar, ia-me trazer (...) foi um bom apoio para mim (...) era muito meu amigo”*.

Enquanto uma das participantes encontrou um companheiro durante o processo de doença e afirma que se sentiu muito apoiada, que o marido lhe fez tudo o que pode e a acompanhava para todo o lado: **FL**: “Muito bom, foi um santo para mim. Ia-me buscar, ia-me trazer (...) foi um bom apoio para mim (...) era muito meu amigo”.

Ao nível instrumental, na execução das tarefas quotidianas, sentiram-se apoiadas pelo facto de o companheiro fazer todo o trabalho doméstico necessário.

**MCS**: “Ajuda-me muito em casa, ali nós dividimos as tarefas. Quando eu estou doente é ele que faz tudo (...) e aceitou muito bem (o cancro) perdia horas infinitas comigo no IPO. Acompanha-me sempre”;

**PC**: “Fazia-me tudo, Foi muito complicada a minha doença, durante um ano eu não podia ter visitas (...) ele todos os dias tinha de desinfetar a minha casa, o chão tinha de ser lavado com água e lixívia, a minha casa de banho tinha de ser desinfetada todos os dias, a minha comida (...) só podia tirar uma vez (...) as bolachas tinha de ser um pacote, que fosse pequenino, porque já não podia guardar”.

### **Comunicação entre o casal**

Neste tópico foram evidenciados diversos tipos de comunicação: i) comunicação aberta em todos os aspetos da vida e em todas as necessidades: **EO**: “Sempre falamos”; **FL**: “Nunca senti dificuldades”; ii) comunicação restrita ao assunto doença, ou seja, onde a comunicação era frequente, mas pontual e não constante no que se referia ao cancro: **AP**: “Não senti dificuldades, não tive medo (...) fechei-me sempre muito (...) e ele não pergunta. Só passado dois ou três dias (da consulta no médico) (...) e eu também gosto de guardar. Não gosto de preocupar”; **MCF**: “Conversava pouco (...) No dia a dia via a maneira de eu expressar e de fazer as coisas nem me perguntava nem nada. Agora quando eu ia ao médico, às consultas, isso perguntava sempre (...) Conversar normal, falávamos”; iii) conflito comunicacional: **MCS**: “Tem um feitio um bocadinho difícil, às vezes temos discussões porque eu já estou tão cansada, saturada e às vezes por uma mínima coisa o copo enche. Mas, não me posso queixar muito”; iv) comunicação afetada por medo de que o companheiro procurasse outra mulher, isto é, a participante afastou-se do marido e deixou de comunicar, devido às limitações ao nível sexual.

**PC**: “Eu tive muito tempo sem puder ter relações sexuais e isso mexeu um bocadinho. Na minha ideia pensei que ele não fosse aguentar tanto tempo, que procurasse alguém, fiquei um bocado assustada. Pronto e fiquei com medo, sou franca. E isso fez com que me afastasse um bocadinho e deixasse de conversar. Na altura, tinha de dormir sozinha, não podia dormir com ele e senti-me assim um bocadinho separada dele, sim”.

## Modificações na relação conjugal derivadas da vivência da doença oncológica

Algumas participantes revelam que não ocorreram mudanças significativas na relação conjugal após a doença, sendo que tudo se manteve igual ao que era anteriormente ao diagnóstico: **MCS**: “Não senti”; **MG**: “É exatamente a mesma pessoa comigo. A gente é um para o outro igual”.

Emerge igualmente a subcategoria vergonha corporal em duas das participantes, seguindo-se o exemplo:

**EO**: “Tinha vergonha que ele olhasse para mim, olhasse para o meu corpo (...) o meu corpo já não era o que era e eu tinha vergonha dele. Não me punha à vontade. Eu tomava banhinho e levava as roupas para lá e vestia-me na casa de banho (...) embora ele não se interessasse por essas coisas, era eu própria. Foi mais isso que mudou de resto não vejo assim nada”;

**AP**: “Eu tinha vergonha, eu escondia-me. Ainda hoje eu tenho complexos de me vestir à frente dele. De me pôr nua à frente dele (...) eu escondia-me (...) não queria que ele me visse a tomar banho. Eu pegava numa roupa e ia-me vestir para outro quarto (...) eu não consigo estar a vestir-me ou a sair da banheira se ele estiver ali. Não consigo. Mas, pronto, não notei diferença nenhuma. Porque há maridos que começaram a separar-se ou a fugir. Mas ele não”.

Aqui destaca-se o facto de ambas sentirem a necessidade de se esconderem do marido e até necessitarem de mudar de cómodo para se vestir e, conseqüentemente se sentirem mais confortáveis.

Por fim, é mencionada a mudança de hábitos sucedida e derivada da doença que acabou por modificar e alterar certos aspetos da vida conjugal:

**PC**: “Mudou certas coisas, em relação a eu ter limites porque eu ia com ele para casa dos meus amigos, bebíamos (...) e agora eu estou um bocado limitada disso. E quando eu o vejo a fazer, não quero que ele faça (...) Sou mais preocupada agora, não sei explicar. Tenho mais medo.

## Caraterização da participante em relação à forma como se relaciona com o companheiro

Uma participante manifesta o facto de estar mais fria em relação ao companheiro e que lhe surgiram diversos medos: **MCS**: “Eu já era fria e fiquei muito pior e com receio”. Enquanto a maioria revela que a relação se mantém igual e não sofreu qualquer tipo de alteração derivada da doença: **MCF**: “Boa, na mesma”; **MG**: “Não mudou nadinha”. Por fim, evidencia-se, também, uma relação cúmplice e de apoio surgida durante o processo dos tratamentos: **FL**: “Levava-me a comer aos

*domingos, levava-me aos fados, eu ia para a associação para os passeios, ele levava-me à porta e depois ia-me buscar”.*

### **Contacto físico**

Deste tópico emergem apenas duas subcategorias do ponto de vista das participantes: i) *insatisfatório*, porque é bastante reduzido ou quase inexistente:

*MCS: “Já é um bocadinho difícil (...) abraços, toques, beijinhos nunca foi. Mas eu também não sou”;*

*AP: “Sim, mas não é a mesma coisa (...) a gente vai-se habituando”;*

ii) *bastante satisfatório*, existindo diversos momentos de toque, abraços ou beijos:

*EO: “Aí, dávamos muito (...) (depois que cheguei do hospital) beijou-me tanto, tanto”;*

*PC: “Sim, sim damos (...) não sai de casa para o trabalho sem me dar um beijinho, por exemplo, ele chega à meia noite (...) vem falar comigo. Vem sempre primeiro ao quarto, tem essa preocupação”;*

*MCF: “Sim, igual”.*

### **Mudança de estado civil de casada para divorciada durante o processo de vivência da doença**

Uma das participantes mudou o seu estado civil e acredita que o diagnóstico de cancro piorou a sua situação conjugal. Inicialmente, acreditou que o conflito no relacionamento ia melhorar, mas devido à falta de trabalho, dinheiro e, consequentes problemas em casa tudo acabou por piorar:

*FP: “Olhando aquilo que eu já estava a passar no relacionamento, quando me foi diagnosticada o cancro eu pensei que essa situação ia melhorar a minha situação e foi o oposto, foi o contrário, eu vivi momentos muito difíceis (...) quando eu pensei que as coisas iam melhorar, foi quando tudo piorou e aí foi o descalabre total (...) piorou dada a situação, porque não havia dinheiro, porque eu não estava a trabalhar, um acumular de situações, que nesta situação despoletou ainda para pior (...) quando eu vinha aqui não era pela doença, mas pelos problemas em casa”.*

Posto isto, encarou o seu diagnóstico como uma libertação de uma relação problemática/conflituosa em que vivia, sentindo-se mais feliz:

*FP: “Eu tinha o direito de ser feliz e tinha de parar. Tinha de viver para mim e parar e escolher-me a mim (...) o cancro a mim me trouxe felicidade (...) eu vi essa situação como libertação portanto, e eu neste momento me encontro bem. Descobri que afinal vivo bem sem a outra parte, era um medo, tive casada 33 anos, é obvio que estamos muito dependentes (...) um medo e pavor muito grande de ficar só e eu não vou dizer que não (...) descobrir que afinal, consegui”.*

e, consequentemente passou a dar mais valor ao facto de estar sozinha, sentindo-se realizada:

**FP:** “Neste momento, não tenho estado separada. Nunca mais tive ninguém, nem procuro nem estou preocupada. Nada, nada, nada. Não sinto falta mas eu agora tinha de ser muito exigente e é muito difícil. Tinha de ser alguém com os mesmos ideais que eu. E é difícil. Que caminhasse na mesma direção que eu e é difícil (...) Estou bem. (...) Não vejo que seja um objetivo na minha vida. Não tenho. Estou bem comigo. Se estiver que acontecer, acontece. Sem andar atrás”.

## **2) Sexualidade**

Referente à variável sexualidade foram encontradas as seguintes categorias no discurso das participantes: i) *Problemas sexuais por parte do cônjuge*; ii) *Caraterização da vida sexual antes da doença*; iii) *Alterações na vida sexual depois da vivência do cancro*; iv) *Atividade sexual atual*.

### **Problemas sexuais evidenciados por parte do cônjuge**

Antes de mais, nesta última variável, considera-se fulcral mencionar que três das participantes revelam que a sua sexualidade foi modificada mesmo antes do diagnóstico de cancro, já que o marido evidenciava problemas sexuais, mais especificamente devido à dificuldade de ereção/ disfunção erétil.

**MCS:** “Já temos problemas eu ainda não estava doente (...) foi ele que começou com os problemas, como ele é doente do coração e hipertenso (...) a sexualidade dele ia baixar muito (...) ele não consegue ter uma ereção”

**AP:** “O meu marido sexualmente também nunca foi um homem ativo (...) nós andamos anos sem ter nada um com o outro. Ele tinha vontade só que começava e estava ali assim e ficava nervoso e não conseguia”.

**PC:** “O meu marido já não era aquele homem como era quando era mais novo. Ele também teve um problema aqui há uns anos, um problema na próstata e eu acho que isso mexeu com a nossa coisa”.

### **Caraterização da vida sexual antes da doença**

Para as restantes participantes, a sua vida sexual anteriormente ao diagnóstico era caraterizada pelas seguintes dimensões: 1) *Frustração*; 2) *Dispareunia*; 3) *Normativa* e 4) *Líbido sexual*.

Assim, para uma participante são evidenciados alguns problemas, principalmente referentes à frustração. Refere que as suas necessidades sexuais não eram satisfeitas, devido ao facto de não sentir prazer durante o ato sexual:

**MCS:** “Eu não queria porque já sabia à partida que não ia ter prazer. Ele nem esperava por mim. Eu ainda nem tinha começado, ele já tinha acabado. Era muito frustrante para mim e isso vai afastando as pessoas (...) disse-lhe a partir de agora não sou mais o teu balde de lixo. Porque era assim que eu sentia as coisas. Ele não me dava prazer. Eu só fazia aquilo para lhe satisfazer. Ele só se preocupava com ele”.

Uma participante refere que a sua experiência sexual sempre foi muito dolorosa: **CB:** “Eu tinha dores a ter relações e assim....”. De outro modo, é exposta a existência de um desejo sexual diminuído, ao expressar que já mesmo antes da doença eram raras as vezes que sentia vontade de ter relações sexuais: **MCF:** “Mais tempo, mais vezes (...) não era assim muito (vontade), mas pronto tinha de satisfazer o marido”. Por fim, as restantes participantes falam da sua experiência positiva e normativa: **EO:** “Antes do cancro, eramos eu e ele, eramos. Estávamos muito bem um com o outro. Nunca o neguei nem ele a mim, se tivéssemos de fazer fazíamos”; **PC:** “Antigamente fazíamos muito mais vezes (...) muito mais coisas”.

### **Alterações na vida sexual depois da vivência do cancro**

Constata-se que participantes referem alterações vaginais, ao nível da secreção vaginal: **MG:** “Não mudou nada (...) A minha vagina agora não é assim aquela vagina húmida como antes de eu ter o cancro, mas há aqueles produtos que a gente põe”; **CB:** “A parte sexual não se fica bem, porque fica-se muito seca, fica-se muito coisa, fica-se muito constrangida”.

Igualmente, são referidas alterações ao nível da falta e/ou diminuição do desejo sexual:

**MCS:** “Agora muito longe a longe, mas muito longe a longe penso no sexo. Mas não consigo fazer. Masturbar-me. Fico tão cansada, que não consigo fazer. Mas ainda sinto aquela falta e necessidade. Mas sozinha não consigo e não tenho um parceiro que me compreenda”;

**EO:** “Mudou um bocadinho. Mudou. Depois de eu ter o cancro mudou bastante (...) sentia-me na obrigação de fazer aquilo que ele queria (...) Mas, às vezes, não queria estar com ele. Às vezes estava na cama ele e só com o medo de algo... eu ia de propósito fazer um chá, só para não estar à beira dele, com medo de algo.

Emerge, também, a sensação de cansaço como sintoma físico:

**PC:** “Sinto-me cansada, sinto que, prontos...tinha muito mais pica do que eu tenho agora” e a diferença no que concerne ao prazer: **MCF:** “Vou porque sou obrigada, tem de ser. Tenho de satisfazer o marido (...) mas que tenha prazer não. Não é a mesma coisa. Perdi muito”.

Assim, destaca-se que, essencialmente, estes três motivos são responsáveis pelas alterações na vivência da sexualidade após o cancro e dificultam a existência de uma vida sexual normativa.

## Atividade sexual atual

Muitas participantes atualmente referem não terem qualquer tipo de atividade sexual, não se demonstram incomodadas e não sentem falta das relações íntimas com o cônjuge. Ilustrase o exemplo:

*AP: “Sei lá, eu passo anos sem nada (...) sinto-me bem em relação a isto, uma pessoa não tendo (...) nem me lembro disso (...) também depois de eu ser operada, pronto. E então saber o problema que ele tinha também não ia estar ali a massacrá-lo. Pois, portanto, sexo nada (...) Já não me faz muita diferença, já estou desabituada”.*

*MC: “Não tenho”.*

*FP: “Estou bem (...) não me aflige nem é uma coisa que me preocupe. Descobri que vivemos bem e felizes”.*

Sendo que, por um lado, existem participantes que mencionam a sensação completa das relações sexuais, por outro, há participantes que mencionam uma menor frequência, devido às limitações de ordem física como o cansaço ou à falta de vontade/ diminuição do desejo sexual:

*PC: “(...) agora fazemos menos (...) ainda fazemos e vemos que gostamos muito um do outro e que gostamos de fazer aquilo (...) eu também fiquei mais debilitada”;*

*MCF: “Agora não. Depois do cancro, poucas vezes. Mas era eu (...) eu é que já não tinha aquela vontade (...) depois do cancro perdi mesmo a vontade. Pode passar meses e meses e não tenho vontade. Não sinto falta”.*

De forma idêntica, à experiência anteriormente ao diagnóstico, existem participantes que revelam desconforto e dor física durante as suas atividades sexuais:

*MCS: “Isto agora é uma vez por ano e se for, porque eu também não quero que ele me ponha a mão, também fui uma pessoa que teve muitas dores em ter sexo”;*

*CB: “Depois (...) tem-se na mesma (dores)”.*

Por fim, há uma participante que revela não sentir alterações e que continua a fazer a sua vida sexual de forma normativa: *MG: “Mas a gente faz a vida normal”.*

### 3. Discussão

A presente investigação surge da necessidade de colmatar a escassez de estudos que abordem as variáveis IC e AE, conjugalidade e sexualidade aos diferentes tipos de cancro e, de

que forma, estas variáveis afetam a qualidade de vida, bem-estar e o processo de reabilitação da doença oncológica.

Tendo em conta os resultados obtidos e conforme a análise da primeira variável apresentada – **Imagem Corporal** constata-se que, atualmente as participantes, sobreviventes de cancro da mama, evidenciam uma perceção positiva de si mesmas e da sua imagem física. Através disto, pode-se constatar que, apesar das mudanças encontradas no corpo, a perceção de si e, conseqüente valor não sofreram alterações. O estudo conduzido por Markopoulos e colaboradores (2009), cujo intuito passou por compreender o impacto que a realização das diferentes cirurgias da mama desencadeiam, essencialmente, ao nível da autoestima corroboram os resultados descritos. Assim e com base no presente estudo e no estudo referenciado é possível descrever que foram encontradas evidências relacionadas a pacientes com cirurgia conservadora ou com mastectomia e reconstrução posterior se demonstrarem mais satisfeitas com o seu eu físico atual e, conseqüentemente revelam um menor impacto ao nível da autoimagem e autoestima do que pacientes apenas mastectomizadas.

Neste estudo é, igualmente, encontrado participantes com uma autoimagem, perceção e valorização positiva de si, devido a continuarem a gostar do seu eu físico atual, apesar de demonstrarem alguns constrangimentos em uma parte específica do corpo. Como exemplo, ilustra-se o facto de uma participante, referenciar apenas o atual formato da sua barriga como a única coisa incomodativa na sua imagem corporal. Neste efeito, recorre à substituição de vestiário mais justo, por peças de roupa mais largas, por forma a esconder e a não evidenciar a parte do corpo que emerge como negativa. O estudo desenvolvido por Barthakur e colaboradores (2017), que reporta a questões relacionadas com a imagem corporal e sexualidade no seguimento do diagnóstico e do tratamento de cancro no contexto indiano sustenta estes resultados, dado que concluíram que é usual a utilização de roupas mais largas para tentar esconder a parte do corpo com a qual a participante não se sente confortável.

Baseado nestes dois casos apresentados, parece que não são encontradas evidências de impactos negativos e significativos à vida das participantes, pelo meio da manutenção da qualidade de vida e de um bem-estar adaptativos, sendo por isso, não encontradas dificuldades no processo de reabilitação da doença oncológica. Isto sucede-se pelo facto de anteriormente ao diagnóstico apresentarem uma autoimagem positiva e nos dias atuais, aquando da fase de sobrevivência conseguiram alcançar, igualmente, uma autoimagem e, conseqüente autoestima positiva.

De forma totalmente oposta, há participantes que conseguem referenciar a apresentação de uma autoimagem negativa anteriormente ao cancro. No entanto, afirmam que a passagem por esta etapa nas suas vidas despoletou modificações de dentro para fora. Por isso, denota-se que alcançaram um crescimento pessoal e emocional (Oliveira, 2021). Atualmente, conseguem perspetivar a sua vida por outro prisma, assim como o seu corpo. Neste sentido, passaram a gostar da forma física que encontram quando olham o seu reflexo ao espelho. Similarmente, há quem refira a ocorrência de uma alteração de valores na vida, onde a imagem corporal deixou de ser uma preocupação, já que surgiram novas prioridades.

É evidenciado, igualmente, no momento anterior à doença uma apresentação de uma autoimagem positiva, mas no momento presente não conseguem apreciar a imagem corporal que evidenciam. Afirmam que não tem o corpo que gostariam de ter e que isso as deixa desanimadas e/ou deprimidas. Neste prisma, e com base no relato das participantes é evidenciada a apresentação de uma percepção negativa de si, dado que não gostam do que veem ao espelho. Estes resultados vão ao encontro dos resultados encontrados na investigação apresentada por Türk e Yilmaz (2018), que pretendeu determinar o efeito sobre a qualidade de vida e o nível de imagem corporal. Sendo assim, considerou-se um obstáculo indicado pelas doentes oncológicas o facto de terem de olhar ao espelho e enfrentar o seu corpo desnudo, dado que, se apresentam

insatisfeitas com o eu atual. Identicamente, Sá e Carozzo (2018), concluíram que as alterações corporais são prejudiciais para a percepção da pessoa em relação ao seu físico.

Baseado nisto, infere-se que estas participantes apresentam uma diminuição significativa na qualidade de vida e no bem-estar geral, especialmente, relacionados aos aspetos corporais. Neste seguimento, o processo de reabilitação é dificultado pelos constrangimentos impostos ao nível da imagem corporal. As participantes revelam que, ainda, não conseguiram se adaptar ao seu novo eu, encarando-o de forma desfavorável e, conseqüentemente, encaram a passagem pela doença pelo lado negativo.

Com base nisto e de um prisma completamente oposto aos resultados evidenciados na investigação de Male e colaboradores (2016), na presente investigação compreende-se que globalmente as mulheres mais jovens apresentam uma autoimagem positiva e mulheres numa faixa etária mais avançada demonstram com uma autoimagem negativa. Esta situação pode dever-se a uma capacidade de resiliência superior evidenciada pelas mulheres de idades inferiores, dado que aprenderam a dar um novo significado à experiência do cancro. Demonstram felicidade e uma nova esperança, onde pretendem aproveitar a vida e com isso, foram capazes de reconstruir mentalmente a sua nova imagem corporal. No estudo de Seiler e Jenewein (2019), cujo objetivo passou por investigar quais os fatores que podem reforçar ou enfraquecer a resiliência, constatou-se que esta capacidade permite uma qualidade de vida e, conseqüente bem-estar adaptativos e normativos, tal como foi evidenciado neste estudo.

Por último, ao examinar esta variável relacionada ao estado civil denota-se que não é evidenciada uma diferença significativa entre o estado civil e autoimagem, estes resultados não vão ao encontro dos resultados apresentados no estudo de Male e colaboradores (2016).

Por isso, pretende-se iniciar a análise da **conjugalidade** pela participante que alterou o seu estado civil de casada para divorciada. Sendo assim, constata-se que não foi o cancro o

motivo dos desentendimentos conjugais, mas a doença aflorou outros problemas e, de forma igual, agravou os já existentes (Molina & Marconi, 2006). No entanto, a participante acreditou que o diagnóstico de cancro poderia ajudar a melhorar a relação em si, mas com o passar do tempo a realidade piorou ainda mais. Surgiram diversos problemas associados à doença, como o deixar de trabalhar e a conseqüente falta de dinheiro. Tudo junto despoletou o processo de divórcio. Ainda assim, sente que o diagnóstico de cancro a libertou do mundo vazio em que vivia. Sente-se mais feliz, realizada e focada em si e nos seus objetivos. Este caso particular evidencia e retrata a maioria do panorama existente na literatura, dado que o diagnóstico de cancro acarretou novos problemas e novas tensões à relação. De facto, destaca, ainda, que não sente a falta de nenhum companheiro nem pretende procurar. Este ponto é consonante com o panorama evidenciado dentro das participantes solteiras, onde é referida a não existência de companheiros ou se, existiram foram relacionamentos caracterizados pela sua curta duração. Sentem-se felizes sozinhas, não pretendem procurar companheiro por gostarem do seu espaço, sentem a calma e tranquilidade que necessitam atualmente.

Ao proceder à análise das relações conjugais e, de modo específico, em relação ao apoio sentido pelo parceiro durante esta fase denota-se que, quer ao nível físico como emocional, nenhuma participante sentiu alterações significativas a assinalar. Pelo contrário, é referido que sentiram, muitas vezes, que o parceiro se tornou o seu principal pilar. Identicamente, constatou-se que o cônjuge acabou por assumir um novo papel na relação, deixando apenas de ser parceiro amoroso, para passar a ter o estatuto de cuidador. O estudo de Hawkins e colaboradores (2009), que pretendeu analisar as mudanças na sexualidade e intimidade após a vivência de um cancro sustenta os resultados apresentados.

Do ponto de vista comunicacional, comprovou-se a emergência de dois principais pontos de vista e resultados que vão ao encontro da investigação de Manne e colaboradores (2006), assim como de Dias e colaboradores (2001): i) comunicação caracterizada pela abertura

em todos as circunstâncias e ii) casais que optaram por não conversar sobre assuntos derivados à doença, particularmente nos aspetos íntimos. Ou seja, é revelada uma comunicação conjugal boa nos aspetos diários da vida, mas em aspetos relacionados à doença, a comunicação é caracterizada como bastante restrita. Pode-se encarar a não comunicação como um mecanismo de proteção (Bard et al., 2008). Ao observar a investigação de Manne e colaboradores (2006), que teve como objetivo examinar a associação entre três tipos de estratégias de comunicação que os casais adotam para lidar com o *stress* durante e após o tratamento do cancro da mama, compreende-se que, estes casos são denominados de *evitação mútua*, onde a relação é associada a uma maior angústia, mas não associada à satisfação do relacionamento. Comprova-se isto pelo facto de, uma participante mencionar a necessidade de, por vezes chorar e, proceder a uma descarga emocional, contudo precisava de se retirar para um sítio isolado. Não estava confortável para chorar em frente ao parceiro, por isso, só longe dele é que se sentia à vontade e libertava toda a tensão acumulada. Referente à comunicação aberta nos assuntos derivados à doença oncológica, frequentemente, denominada de *comunicação construtiva* (Manne et al., 2006) é revelado uma menor presença de angústia e uma melhor satisfação no relacionamento, sendo assim sentem o marido como seu principal apoio nos momentos mais complicados.

Por isto, a maioria das participantes revela a não ocorrência de alterações no relacionamento, onde a relação se manteve exatamente igual. No entanto, por vezes é mencionado o sentimento de vergonha quando o marido olha para o seu corpo desnudo. Inclusivamente referem a necessidade de mudar de divisão para se sentirem mais confortáveis durante a troca de vestuário. De facto, as participantes evidenciam uma dificuldade na exposição do corpo, derivada da falta de confiança (Male et al., 2016). São mencionadas, ainda, alterações ao nível da preocupação, dado que ocorreu o surgimento de medo e receios em certas situações quotidianas, consideradas como normativas. Por isto, as participantes não evidenciam modificações conjugais significativas a assinalar. De um prisma idêntico, a investigação de

Anllo (2000), conclui que é comum a existência de um bom ajustamento conjugal posterior à doença.

Sendo assim e identicamente, as participantes demonstram que o contacto físico (como o ato de tocar, beijar e abraçar) não sofreu alterações derivadas da passagem pela doença oncológica. Neste prisma, quem o classifica como insatisfatório é devido à falta de manifestação de carinho através de comportamentos físicos, mas esta realidade já era existente anteriormente ao diagnóstico e, por isso, não surgiu como consequência do cancro.

Finalmente pretende-se discutir os resultados relativos à **sexualidade**. Posteriormente à vivência da doença todas as participantes revelam a existência de alterações na vida sexual, aspeto revelado como consonante com a investigação de Estapé (2002). São evidenciadas alterações ao nível vaginal, devido, essencialmente, à falta de lubrificação natural como ao nível da libido sexual. Apesar de afirmarem, por vezes, a existência da sensação de necessidade ou vontade, este não é um sentimento duradouro no tempo. Inclusivamente, há quem refira que se sente na obrigação de ter relações sexuais, pela pressão e, por acreditar que necessita de satisfazer o marido. Em contraste, há que mencione a necessidade de afastamento do companheiro em momentos mais íntimos. Tendo como o exemplo, os momentos em que se encontra deitada, revela ser frequente o ato de se levantar simplesmente para fazer um chá. Com isto, pretende apenas sair da beira do companheiro com o medo do desencadeamento da relação sexual. O estudo de Prates e colaboradores (2012), que pretendeu avaliar a autoimagem e sexualidade em pacientes portadoras de cancro da mama corrobora estes resultados apresentados. Nas participantes do presente estudo é referido o cansaço (Hawkins et al, 2009), a cessação do prazer sentido durante o ato (Fleury et al., 2011) e a dispareunia (Fleury et al., 2011), como impeditivos ao desenvolvimento da relação sexual. Neste sentido, constata-se a inexistência de comportamentos sexuais alternativos (Hawkins et al., 2009).

Com base nisto, a atividade sexual das participantes é completamente inexistente ou pouco frequente, onde passam anos consecutivos sem a sucessão do ato sexual. Este aspeto emerge como convergente com o estudo de Fleury e colaboradores (2011) e com o de Hawkins e colaboradores (2009), que referem a existência de uma perturbação comum a quase todas as participantes: diminuição ou término completo da frequência sexual.

Apesar disto, verifica-se a não ocorrência de mudanças significativas a mencionar na sexualidade. Isto é justificado pelo facto de anteriormente ao diagnóstico o próprio ato sexual não ser caracterizado como normativo, inclusivamente derivado da presença de disfunções sexuais por um dos elementos do casal, quer ao nível da dificuldade ereção (no homem) ou pelos constrangimentos sexuais ao nível das dores, da vontade ou da frustração (na mulher). Aqui, destaca-se que a frustração sucede-se pelo marido nunca a ter satisfeito sexualmente, dado que apenas se limitava a pensar nas suas necessidades sexuais, esquecendo-se assim da parceira.

## **Conclusão**

A literatura existente, apesar de se focar exclusivamente em pacientes portadoras de cancro da mama, revela que os tratamentos oncológicos afetam a autoimagem e, conseqüentemente a autoestima, dado que a pessoa deixa de se sentir confiante com o corpo físico que apresenta. Por sua vez, a vida sexual é afetada pela falta de confiança, pela vergonha de exposição do corpo, o que acaba por dificultar a vivência de uma relação conjugal normativa.

Apesar de no presente estudo não se verificarem mudanças lineares na variável autoimagem, uma vez que foram encontrados diversos cenários existentes, é possível concluir que, de forma global, é percecionada a ocorrência de uma AI e AE caracterizada como positiva pelas participantes. Mencionam que apesar das mudanças físicas derivadas dos tratamentos oncológicos, sentem-se bem com o corpo evidenciado, são felizes e, acima de tudo demonstram

uma qualidade de vida e bem-estar adaptativos. Assim, estes sentimentos positivos parecem contribuir significativamente para o processo de reabilitação psicossocial e adaptação à doença.

Independentemente de as participantes valorizarem ou não a imagem corporal que evidenciam, todas apresentam a cessação completa ou uma diminuição da vida sexual. É mencionado que sentem, essencialmente, ausência de vontade, de prazer e dores durante o ato sexual. Por isso, pretendem evitar a ocorrência de comportamentos sexuais, de modo a esquivar-se da sensação de desconforto sentida durante a relação. Apesar de já serem evidenciados problemas ao nível da sexualidade na fase de pré-diagnóstico destaca-se que a experiência do cancro acabou por despoletar o agravamento destes problemas já existentes.

Contudo, não são evidenciadas modificações importantes a assinalar e a destacar na vida conjugal, ou seja, entre a relação marido-mulher. Sendo assim, a maioria das participantes refere que a relação se mantém igual e, por isso, o cancro não acarretou novas tensões ou problemas ao relacionamento. De facto, após a análise do relato das mesmas, constata-se que as relações conjugais mantiveram o seu curso normativo, quer ao nível da comunicação quer ao nível do apoio e do contacto físico. Portanto, pode-se concluir que, a este nível, é apresentada uma boa qualidade de vida e um bem-estar geral.

Neste seguimento, pode-se inferir que a vida sexual sofre complicações e é afetada pela experiência da vivência de um cancro, no entanto, isto não acarreta implicações e dificuldades ao nível do ajustamento da relação conjugal. E, de forma global, denota-se que as participantes conseguiram superar a doença, evidenciando um favorável processo de reabilitação psicossocial.

De destacar que o panorama até então mais conhecido na literatura era associado ao cancro da mama impactar a valorização positiva da pessoa ao nível físico e que no presente estudo, evidenciou-se uma realidade completamente oposta. Pacientes com cancro da mama

evidenciavam uma autoimagem positiva, contrariamente a pacientes com cancro no intestino, leucemia, pâncreas e pulmão. Deste ponto de vista, entende-se que o estudo possibilitou um novo conhecimento desta realidade, contribuindo para o entendimento dos sentimentos, necessidades e dificuldades evidenciadas por esta população. Por isso, revelou a importância da continuação de estudos que abordem estas variáveis nos diferentes tipos de cancro, para a compreensão alargada da AI, conjugalidade e sexualidade nos diferentes tipos de cancros. Por isso, o objetivo será incrementar o conhecimento sobre estas variáveis psicossociais, permitindo assim o delineamento de intervenções psicossociais mais eficazes.

Com destino à finalização deste estudo, encontram-se limitações que se pretendem assinalar. Não se tratando de um estudo longitudinal, não foi possível averiguar a variância das variáveis investigadas. O facto de a amostra ser apenas constituída por participantes do sexo feminino é outra limitação do presente estudo. Sendo assim, fornece-se como sugestão para estudos futuros, uma investigação de metodologia mista que vise a compreensão global desta realidade em Portugal e, uma possível generalização, já que este estudo contribuiu para uma compreensão e descrição mais alargada destas variáveis e seu impacto na sobrevivência e processo de reabilitação psicossocial do doente oncológico.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, T. R. D., Guerra, M. R., & Filgueiras, M. S. T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis: revista de saúde coletiva*, 22(3), 1003-1029. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>
- Alves, G., Viana, J. A., & de Souza, M. F. S. (2018). PSICO-ONCOLOGIA: UMA ALIADA NO TRATAMENTO DE CÂNCER. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3 (5), 520-537. <https://doi.org/10.25248/reas.e3618.2020>
- American Psychological Association (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.
- Anllo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 241-248. <https://doi.org/10.1080/00926230050084632>
- Araújo, V. D. S. C., de Oliveira Pereira, R. M., de Souza, L. O., Almeida, M. G., de Almeida, L. D. S., da Silva Reis, M. H., ... & Gomes, A. P. (2020). A perspectiva da autoimagem e sexualidade de mulheres mastectomizadas: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 52.
- Badr, H., Acitelli, L. K., & Carmack Taylor, C. L. (2008). Does talking about their relationship affect couples' marital and psychological adjustment to lung cancer?. *Journal of cancer survivorship*, 2(1), 53-64.
- Barthakur, M. S., Sharma, M. P., Chaturvedi, S. K., & Manjunath, S. K. (2017). Body image and sexuality in women survivors of breast cancer in India: Qualitative findings. *Indian journal of palliative care*, 2(1), 13. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197954>

- Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38.
- Belei, R. A., Gimenez-Paschoal, S. R., Nascimento, E. N., & Matsumono, P. H. V. R. (2008). O uso de entrevista, observação e vídeogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de educação* (30).
- Berry, L. L., Davis, S. W., Godfrey Flynn, A., Landercasper, J., & Deming, K. A. (2019). Is it time to reconsider the term “cancer survivor”? *Journal of psychosocial oncology*, 37(4), 413-426. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1522411>
- Brandão, T., & Matos, P. M. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>
- Campos, E. M. P. (2010). A Psico-Oncologia. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30(79), 440-449.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE*, 8-18.
- Carelle, N., Piotto, E., Bellanger, A., Germanaud, J., Thuillier, A., & Khayat, D. (2002). Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer*, 95(1), 155-163. <https://doi.org/10.1002/cncr.10630>
- Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression

- among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2581-2590. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Coelho, P., Simões, C., Mello, R., & Capelas, M. (2018). Papel da terapia sistémica familiar no paciente oncológico terminal: Revisão integrativa. *Patient Care*, 90, 238-90.
- Cole, B., & Pargament, K. (1999). Re-creating your life: a spiritual/psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 395-407. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199909/10\)8:5<395::AID-PON408>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<395::AID-PON408>3.0.CO;2-B)
- Costa, Â. T. D. F. (2017). *Sexualidade nas mulheres com cancro da mama* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior.
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 1, 9-19.
- DeFrank, J. T., Mehta, C. C. B., Stein, K. D., & Baker, F. (2007). Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncology nursing forum*, 34(3), 625-E41.
- Deimling, G. T., Wagner, L. J., Bowman, K. F., Sterns, S., Kercher, K., & Kahana, B. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(2), 143-159. <https://doi.org/10.1002/pon.931>
- DGS (2015). *Portugal: Doenças oncológicas em números – 2015*. [Anexo f Portugal Doenças Oncologicas em Numeros 2015.pdf](https://p-bio.org/Anexo_f_Portugal_Doencas_Oncologicas_em_Numeros_2015.pdf) (p-bio.org)
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2001). O cancro da mama no «seio» da família. In M. R. Dias, & E. Durá (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.

- Diez, S. B., Forjaz, M. J., & Landivar, E. G. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Españolas Psiquiatria*, 33(6), 390-397.
- Dow, K. H., & Kuhn, D. (2004). Fertility options in young breast cancer survivors: a review of the literature. *Oncology nursing fórum*, 31(3), 46-53.  
<https://doi.org/10.1188/04.onf.e46-e53>
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em revista*, 213-225.  
<https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>
- Estapé, T. (2001). Disfunciones sexuales en pacientes de cáncer. In M. R. Dias, & E. Dura (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 235-263). Lisboa: Climepsi.
- Ferrell, B. R., Smith, S. L., Juarez, G., & Melancon, C. (2003). Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. *Oncology nursing fórum*, 30(2), 249-257.  
<https://doi.org/10.1188/03.onf.249-257>
- Fleury, H. J., Pantaroto, H. S. D. C., & Abdo, C. H. N. (2011). Sexualidade em oncologia. *Diagn tratamento*, 16(2), 86-90.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.14417/lp.759>
- Grassi, L., & Watson, M. (2012). Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries with in the International Federation of Psycho-Oncology Societies. *Psycho-Oncology*, 21, 1027–1033.  
<https://doi.org/10.1002/pon.3154>
- Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K. (2009). Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of

- partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer nursing*, 32(4), 271-280. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819b5a93>
- Hughes, M. K. (2000). Sexuality and the cancer survivor: a silent coexistence. *Cancer Nursing*, 23(6), 477-482.
- Hughes, M. K. (2008). Alterations of sexual function in women with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 91-101.
- Instituto Nacional do Cancro. (2021) *Como surge o Câncer*. Ministério da Saúde. <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>
- International Agency for Research on Cancer (2020). *Portugal. Globocan*. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-factsheets.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (2020). *World. Globocan*. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-factsheets.pdf>
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of sex & marital therapy*, 3(1), 3-9. <https://doi.org/10.1080/00926237708405343>
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 13. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>
- Leigh, S. A., & Stovall, E. L. (2003). Cancer survivorship. Quality for life. *Quality of life: from nursing and patient perspectives*, 381-395.

- Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J., & Meadows, L. M. (2004). Sexuality in palliative care: patient perspectives. *Palliative medicine*, 18(7), 630-637. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm941oa>
- Lindau, S. T., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho-oncology*, 20(2), 179-185. <https://doi.org/10.1002/pon.1787>
- Little, M., Paul, K., Jordens, C. F., & Sayers, E. J. (2002). Survivorship and discourses of identity. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 170-178. <https://doi.org/10.1002/pon.549>
- Lopes, C. R. (2018). *Intimidade e satisfação sexual: o papel mediador da autorrevelação sexual numa amostra heterossexual* (Master's thesis). Universidade Lusófona.
- Male, D. A., Fergus, K. D., & Cullen, K. (2016). Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Current opinion in supportive and palliative care*, 10(1), 66-74. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000184>
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(3), 234-247. <https://doi.org/10.1002/pon.941>
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *Journal of International Medical Research*, 37(1), 182-188. <https://doi.org/10.1177/147323000903700122>

- Marzorati, C., Riva, S., & Pravettoni, G. (2017). Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 228-237.
- Molina, M. A. S., & Marconi, S. S. (2006). Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 514-520. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400008>
- Mulhall, J. P., Incrocci, L., Goldstein, I., & Rosen, R. (Eds.). (2011). *Cancer and sexual health*. Springer Science & Business Media.
- Neto, A. M. P., Valadares, A. L. R., & Costa-Paiva, L. (2013). Climatério e sexualidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(3), 93-96. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000300001>
- Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde* (1º Ed). Climepsi editores.
- Oliveira, A. C. F. (2021). *Memória autobiográfica e resiliência em mulheres com história de cancro da mama: um estudo exploratório* (Master's thesis).
- Oliveira, C. L. D., Sousa, F. P. A. D., Garcia, C. D. L., Mendonça, M. R. K., Menezes, I. R. A. D., & Brito Júnior, F. E. D. (2010). Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Revista Rene*, 11, 53-60.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Pais-Ribeiro, J. L., Costa, N., Vazão, M. J., Abreu, M., Pedro, L., & Silva, I. (2017). O estigma e as doenças crónicas: como o avaliar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 625-639.

- Patrão, I. (2005). Bem me quer, mal me quer... Bem nos quer, mal nos quer: A sexualidade, (in) fertilidade e o cancro. *Análise psicológica*, 23(3), 289-294. <https://doi.org/10.14417/ap.92>
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2017). Suporte social na adaptação à condição de sobrevivente de cancro. *Revista de Enfermagem*, 35, 8-17.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinto, C. A. S., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade!. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16, 142-148. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100018>
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. P. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro.
- Pio, E. S., & Andrade, M. C. (2020). Psico-oncologia: A atuação do Psicólogo junto aos familiares e ao paciente oncológico. *Revista Mosaico*, 11(1), 93-99. <https://doi.org/10.21727/rm.v11i1.2259>
- Prates, A. C. L., Zanini, D. S., & Veloso, M. D. F. (2012). Investimento corporal e o funcionamento sexual em mulheres no pós-cirúrgico de câncer de mama. *Revista da SBPH*, 15(1), 264-278.
- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise psicológica*, 23(3), 295-304. <https://doi.org/10.14417/ap.93>
- Ramos, V. A. B. (2016). O Papel Do Psicólogo Na Doença Oncológica E As Suas Fases. *Psicologia. Pt*, 1-10.

- Rego, A., Pina, M., & Meyer Jr, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43-57.
- Reuben, S. H. (2004). Living beyond cancer: finding a new balance. *Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.*
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press.
- Rosenstein, D.L. & Miller, F.G. (2010). Research ethics in Psycho-Oncology. In J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.J. Loscalzo & R. S. Mccorkle (2 Eds), *Psycho-Oncology* (pp. 630-634). Oxford University Press.
- Sá, G. S., & Carozzo, N. P. P. (2018). Imagem corporal e habilidades sociais em pacientes com câncer de mama. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(1), 37-55.
- Santos, D. B., Santos, M. A. D., & Vieira, E. M. (2014). Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1342-1355. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400018>
- Schraiber, L. B. (1995). Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29(1), 63-74.
- Schwartz, C. L. (2003). Health status of childhood cancer survivors: cure is more than the eradication of cancer. *Jama*, 290(12), 1641-1643. <https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1641>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. D. (2011). Ajustamento diádico e satisfação conjugal: correlações entre os domínios de duas escalas de avaliação da

- conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 467-475.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300007>
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25, 229-236. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200011>
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
- Serviço Nacional de Saúde (2018). *Cancro. Portugal no Top 10 europeu*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/01/31/cancro-taxa-de-sobrevivencia-no-mundo/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Fatores de risco para o cancro*. Serviço Nacional de Saúde.  
<https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/fatores-de-risco-para-o-cancro/>
- Silva, C. C., & Borges, F. T. (2017). Análise Temática Dialógica como método de análise de dados verbais em pesquisas qualitativas. *Linhas críticas*, 23(51), 245-267.
- Sousa, A. I. P. D. (2014). *Intimidade e Sexualidade: Um estudo qualitativo com mulheres idosas* (Master's thesis).
- Souza, L. K. D. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67.  
<http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>
- Türk, K. E., & Yılmaz, M. (2018). The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors. *European journal of breast health*, 14(4), 205.  
<https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>

World Health Organization (2022). *Cancer*. World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

World Health Organization. (2006). *Defining sexual Health*. World Health Organization.

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

## Anexos

### Anexo 1 – Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

## Consentimento Informado

### O impacto do cancro na autoimagem, conjugalidade e sexualidade de sobreviventes

Eu, abaixo assinado (nome completo do doente adulto), \_\_\_\_\_, declaro que fui informado de que o estudo da investigação acima mencionado se destina à exploração das mudanças na autoimagem, conjugalidade e sexualidade de sobreviventes de cancro. Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo investigador que assina este documento e que recebi o texto de *informação ao participante*, relativo ao procedimento a usar nesta investigação. Foi-me, ainda, dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato, assim como me foram explicados os limites da confidencialidade. Após isto, aceito a utilização de um gravador de voz durante a aplicação de uma entrevista para a recolha de informação da presente investigação. Fui ainda informado do prazo de conservação dos dados pessoais.

Além disto, é importante ainda mencionar que fui informado sobre o direito a consultar uma síntese dos resultados globais, através de um documento realizado especificamente para esse fim, no final do projeto.

Posto isto, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado sabendo que não existem incentivos ou contrapartidas financeiras.

Assinatura do doente:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/2022

Nome do Investigador responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/2022

**Se pretender a: Anulação do Consentimento Informado**

Declaro que recebi a *Informação ao Participante* relativa ao projeto de investigação em questão e que me foi proposto pelo investigador que assina este documento e pretendo anular o consentimento dado na data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022.

Assinatura do doente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/2022

Assinatura do Investigador responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/2022

## **Anexo 2 – Folha de informação entregue ao participante**

O impacto do cancro na autoimagem, conjugalidade e sexualidade de sobreviventes

### **Folha de Informação ao Participante**

A presente investigação insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Maia, sendo a investigadora a aluna Sandra Macedo, destacando-se que a supervisão é assegurada pela Professora Doutora Joana Carreiro. Neste seguimento, torna-se claro que o objetivo geral do estudo consiste na exploração das mudanças na autoimagem, conjugalidade e sexualidade de sobreviventes de cancro.

Por isto, pretende-se deixar claro que a escolha de participar nesta investigação é totalmente voluntária, existindo a hipótese de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou contrapartida na assistência que lhe é prestada. Caso decida aceitar, serão recolhidas várias informações pessoais, ao nível da imagem corporal e autoestima, assim como, da sua relação conjugal e vida sexual.

Solicita-se que leia a presente folha com toda a atenção e, na possibilidade do surgimento de qualquer dúvida deve colocar as questões que considerar pertinentes. O documento será assinado pela investigadora e pela participante em questão, propondo-se que fique na sua posse. Posteriormente, será apresentado o Consentimento Informado, documento onde é especificado todos os processos a usar, com o objetivo de manutenção da confidencialidade e o anonimato das pessoas envolvidas. Destaca-se que este documento é assinado por ambas as partes, contudo ficará na posse da investigadora.

No que diz respeito à aplicação dos instrumentos, que visa a recolha dos dados, será preenchido, primeiramente, um breve Questionário Sociodemográfico e Clínico, que compreende informações como a idade, estado civil, localização do cancro, ano de diagnóstico e tipo de tratamento utilizado. De seguida, pretende-se a aplicação de uma entrevista individual, realizada especificamente para este fim, com cerca de 15 perguntas, prevendo-se uma duração de 1h00m. Reforça-se novamente que todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais.

Se demonstrado interesse em aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar a investigadora através do endereço de correio eletrónico: [A033442@ismai.pt](mailto:A033442@ismai.pt).

Nome da Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Participante: \_\_\_\_\_

Nome da Investigadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da Investigadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico e Clínico

#### Questionário Sociodemográfico e Clínico

##### Informação pessoal:

- Idade (em anos): \_\_\_\_\_
- Por quantos elementos é composto o seu agregado familiar? \_\_\_\_\_ Quem são as pessoas que fazem parte? \_\_\_\_\_
- Qual era o seu estado civil no momento do diagnóstico de cancro?
  - Solteira;
  - Casada;
  - União de facto;
  - Divorciada / Separada;
  - Viúva.
- Qual é atualmente o seu estado civil?
  - Solteira;
  - Casada;
  - União de facto;
  - Divorciada / Separada;
  - Viúva.

##### Informação relativa à vivência da doença:

- Qual foi o seu tipo de cancro?
  - Cancro na mama;

- Cancro no pâncreas;
- Cancro no útero;
- Cancro no estômago;
- Cancro no fígado;
- Cancro na próstata;
- Cancro no testículo;
- Outro: \_\_\_\_\_

• Qual foi o tipo de tratamento realizado?

- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Cirurgia;
- Outro: \_\_\_\_\_

Qual foi o ano em que o seu cancro foi diagnosticado? \_\_\_\_\_

## **Anexo 4 – Guião da Entrevista Semiestruturada**

### *Imagem corporal e autoestima*

1. Antes do diagnóstico de cancro, como descreveria a sua relação com o seu corpo?
2. Que tipo de alterações/ modificações físicas sofreu?
3. Que impacto tiveram na sua vida?
4. No momento atual, como se sente em relação a si e ao seu corpo?
5. De que modo o diagnóstico de cancro impactou na forma como:
  - Se vê enquanto pessoa;
  - Se relaciona com o seu corpo;

### *Conjugalidade*

6. Como caracteriza o apoio do seu parceiro antes doença? E depois?
7. Depois do cancro sentiu alterações no seu relacionamento conjugal? Se sim, quais?
8. Sentiu dificuldades em conversar com o seu parceiro? Se sim, porquê?
9. Atualmente, como descreve a vossa relação?
10. E em termos do contacto físico (ex: abraço, toque), como o descreve antes e depois do cancro?
11. De que modo o diagnóstico de cancro impactou na forma como se relaciona com o seu parceiro/ cônjuge?

### *Sexualidade*

12. Em termos da sua sexualidade, como a caracterizava antes do cancro?
13. Quais foram as alterações que ocorreram na sua vida sexual depois do cancro?
14. E no seu corpo sentiu diferenças no que concerne, por exemplo, à vontade ou prazer?  
Sentiu outras, quais?
15. Como percebe e descreve atualmente a sua vida sexual/sexualidade?
16. Como vive a sua sexualidade?

## Anexo 5 – Tabela de Codificação

Variável	Categoria	Subcategoria	Citação
<b>Imagem Corporal e Autoestima</b>	Perspetiva da mulher em relação ao seu corpo antes do diagnóstico de cancro	Relação positiva	RB: “Sentia-me bem comigo (...) Não era magra nem gorda (...) Antes só tinha um problema tinha os peitos maiores e descaídos”. AP: “Achava-me muito melhor (...) sempre fui muito vaidosa”. MG: “Eu sentia-me bem, nunca tive aquilo de olhar para o espelho e não me sinto bem, sentia-me e era vaidosa (...) se saísse eu não saía sem me pintar ou sem arranjar o cabelo”. PC: “Sentia-me bem porque eu fazia desporto (...) gostava muito do meu corpo (...) eu era muito jeitosa”. MC: “Sentia-me bem em relação ao meu corpo. A gente nunca está 100% satisfeita, porque o meu biótipo é perna fina, quando eu engordo é a barriga, então isso aí é uma coisa que eu não curtia muito. Mas no geral, em 2012, eu estava numa fase que fisicamente me sentia muito bem”. MCF: “Gostava, claro. Tinha tudo no sítio. Gostava de mim”. FP: “Bem, nunca tive assim grandes dramas, não nunca tive, nunca foi uma coisa que me preocupasse muito”. MJL: “Até aos meus 50 anos sentia-me bem”. FL: “Sim, gostava.”
		Incoerência no discurso	CB: “ Sentia-me bem, normal (...) depende em algumas situações sim outras não”. EO: “Sentia-me bem (...) não gostava de me ver ao espelho”.
		Relação negativa	MCS: “Não gostava de mim (...) eu era uma pessoa muito deprimida (...) eu só queria morrer, era um vazio tão grande que não tinha explicação”.
	Modificações corporais derivadas dos tratamentos oncológicos ao nível físico	Impacto negativo	MG: “Afetou-me os intestinos e a bexiga (...) não seguro bem a urina (...) não perdi cabelo, ficou mais fraco, mas não fiquei careca”. CB: “Perdi o cabelo (...) tirei tudo, o útero, os ovários, as trompas (...) fiquei cansada, seca, magra (...), não comia, ficava enjoada”. EO: “ Estava muito amarela, comia mal, ia à casa de banho vomitava, o amarelo já vinha até ao pescoço (...) só tinha 30 kilos”. PC: “Cair-me o cabelo foi das piores coisas (...) inchei muito na cara (...) ganhei muito pelo (...) fiquei muito magra”. MC: “Muito inchada, engordei bastante (...) passei a ficar muito deprimida”.
		Sem impacto	MCS: “Perdi cabelo duas vezes (...) aceitei logo. Já tinha o reforço da espiritualidade e tudo depende muito da nossa mente, parece que já estava à espera”. MJL: “Fiquei mais fraquinha, caiu o cabelo, mas também não tive problemas (...) hoje não comprava (a peruca)”. FP: “Perdi o cabelo, também foi uma das coisas que não me afetou. Acho que reagi muito bem. Sabia que ia perder logo na altura (...) optei logo por rapar o cabelo. Gostei de me ver ao espelho (...) andava com a cabeça à mostra e nunca me fez confusão”. MCF: “Fiquei com o cabelo muito fraquinho, engordei um pouco, de resto não tive mais nada”.
	Modificações corporais derivadas dos tratamentos	Impacto negativo	CB: “Impacto muito grande (...) sistema nervoso (...) piorou tudo e de que maneira, horrível”. EO: “Eu passei por não ser uma pessoa, mas um peluche ali no meio (...) sofri um bocadinho, a minha autoestima estava muito em baixo. Via-me diferente (...) sentia-me feia (...) falei com uma pessoa que me perguntou se eu estava a tomar alguma medicação

	oncológicos ao nível emocional		<p>para emagrecer (...) senti-me horrível (...) eu tive uma que me disse assim: “Você ainda anda cá mulher? Pensei que você já tinha ido”. Aí eu fiquei. Nem dei resposta, virei as costas à pessoa e andei sempre”.</p> <p>PC: “Sentia-me mal de olhar ao espelho. Sentia-me como um bicho. Eu dizia que parecia um bicho. (...) Fiquei muito dececionada. Foi uma tristeza mesmo profunda. Eu tinha vergonha de ir à rua. Eu tinha amigas que não me conheciam de lado nenhum”.</p> <p>MC: “Passei a ficar muito deprimida (...) Antes eu falava do assunto se eu quisesse, por mais abatida que eu estivesse eu não estava careca e depois quando carequinha, era meio que assim... estou doente e aí passei a não me reconhecer ao espelho.</p>
Relação da mulher com o corpo na sobrevivência	Restauração da autoestima positiva sentida anteriormente ao diagnóstico		<p>FP: “Lido bem com o meu corpo. Tenho mama na mesma, tenho a cicatriz. Não tenho complexo nenhum. Mas nunca tive também. Não é coisa que me preocupa”.</p> <p>MJL: “E ainda agora não fiz a reconstrução (...) Não tenho problema nenhum. Vou para a praia, vou de fato de banho, vou de bikini (...) Eu também gosto de mim, embora não pareça eu gosto muito de mim”.</p>
	Perceção positiva da autoestima, apesar de alguns aspetos revelarem-se incómodos		<p>RB: “Gostava de não ter estômago. É a única coisa que me incomoda (...) Sou sincera, se eu pudesse tirar isto, eu tirava. Este bocadinho que eu tenho aqui. Olho para mim, não gosto de me ver por causa disto (...) Gostava de tirar isto. Sinto-me mal. Porque eu visto uma roupa e fica aqui, em vez de ir para baixo. Não gosto. Às vezes fico... Pronto, até tenho roupa jeitosa. Mas não gosto (...) Gostava de não ter isto, é só a única coisa que não gosto em mim”.</p> <p>AP: “Sinto-me bem em relação ao meu corpo. Mas, nessa parte claro que não, mas vou esquecer essa parte, o importante para mim é estar bem. Claro que a 100% nunca ninguém se sente bem, mas olhando à idade e ao que passei e aquilo que já me aconteceu, sinto-me muito feliz. E gosto muito do meu corpo (...) Mas também é assim não engordei. Já é de mim. Eu vi colegas minhas que ficaram gordas, inchadas, e eu não. Fiquei sempre assim. Portanto, tenho de estar feliz. Gostava de ser magra e sou magra. Não faço por ser. Sinto-me bem”.</p> <p>MG: “Não tenho tanta vaidade, não tenho aquela vontade de ir para aqui ou para acolá (...) Assim, complexos no meu corpo não tenho. Gostava de não ter isto na cabeça, mas de resto.”</p>
	Mudança de uma autoestima negativa para uma autoestima positiva		<p>MCS: “Olho para mim, pareço um <i>batoque</i>, mas não me interessa”.</p> <p>CB: “Agora estou bem (...) relativamente bem, embora as mazelas ficaram cá (...) agora sim, gosto de me ver ao espelho”.</p>
	Mudança de uma autoestima positiva para uma autoestima negativa		<p>PC: “Eu sei que a idade também está a passar (...) mas eu queria ter aquele corpo de quando tinha 45 anos (...) perna mais grossinha, não tinha barriga, tinha músculo”.</p> <p>MCF: “Vou gostando. Não é como eu quero, não é como eu gostava, como eu queria”.</p> <p>FL: “Agora é o que eu tenho, se for tomar banho e olhar-me ao espelho só vejo buracos (...) tão depressa estou limpinha como tão depressa estou toda suja. É uma vida triste”.</p>
	Incoerência no discurso, mas uma perceção geral negativa do corpo		<p>EO: “Agora sinto-me muito bem, não tenho os problemas na autoestima e agora gosto de mim (...) estou cheia de cicatrizes, tenho um buraquinho aqui, (...) e ainda hoje não gosto (de me ver ao espelho). Não me ponho nua em frente a qualquer pessoa”.</p>
	Mudança de valores, onde a IC passou para segundo plano		<p>MC: “Apesar de ter assumido os cabelos grisalhos e tudo, que sempre envelhecem mais, sempre acho que se eu parasse no salão e pintasse, eu sempre falo assim, com certeza eu iria ficar mais jovem. Eu tenho essa vontade, mas não tenho condições financeiras (...) Não tenho saco mais, queria mas não tenho essa vontade. Acho que não estou a priorizar mais isso (...) saiu todo o excesso de</p>

			vaidade (...) não tem a ver com o facto de eu estar desleixada, os meus valores é que mudaram muito e, portanto as minhas prioridades também mudaram”.
--	--	--	--

Variável	Categoria	Subcategoria	Citação
Conjugalidade	Relações instáveis	De curta duração	RB: “Tive um outro companheiro, mas não foi nada duradouro (...) não me dão sossego e o meu espaço (...) não tenho cabeça para aturar nenhum homem (...) não há homens para mim”. MC: “Atualmente não tenho, mas tive (...) terminei antes do meu diagnóstico (...) depois fiz um retiro e conheci uma portuguesa (...) foi uma relação abusiva (...) casei em 2015 e me separei em 2017”.
		Mudança de parceiro durante o processo	CB: “Namoro, tenho o meu namorado, uma pessoa que eu gosto muito (...) e eu andei com ele, muitos anos, depois que me divorciei (antes do diagnóstico) foi sempre praticamente, mas acabou. Depois (do diagnóstico) tive outros namoricos (...) mas já não estava a funcionar (...) e agora sim, parece-me que quer voltar a assumir”.
		Sem relação	MJL: “Não tive parceiro nem companheiro (desde o diagnóstico até agora), pronto não quis, não sinto... pode ser que quando eu for mais velhinha venha a sentir falta. Mas, não penso nisso”.
	Caraterização do apoio do cônjuge durante a doença	Apoio emocional	MCS: “Não me posso queixar, não tenho violência doméstica, também porque eu me impus”. AP: Bom”. MG: “O meu homem é o meu pilar, nós vivemos um para o outro”. EO: “Dava-mos apoio um ao outro. Eramos logo os dois (com cancro), sempre nos apoiamos muito (...) Nunca nos largamos um ao outro, íamos para todo o lado juntos”. PC: “Demo-nos sempre bem. Na doença acho que ele foi um homem 5 estrelas (...) ficou ali a tomar conta de mim (...)”. MCF: “Recebi. Claro que com os anos eles modificam. Mas com a doença é e foi a mesma coisa”. FL: “Muito bom, foi um santo para mim. Ia-me buscar, ia-me trazer (...) foi um bom apoio para mim (...) era muito meu amigo”.
		Apoio instrumental	MCS: “Ajuda-me muito em casa, ali nós dividimos as tarefas. Quando eu estou doente é ele que faz tudo (...) e aceitou muito bem (o cancro) perdia horas infinitas comigo no IPO. Acompanha-me sempre”. MG: “Ajudava-me a dar banho, nunca foi aquele marido que sentisse nojo (...) a gente vai para a cozinha cozinhar, ele ajuda ou vice versa”. PC: “Fazia-me tudo, Foi muito complicada a minha doença, durante um ano eu não podia ter visitas (...) ele todos os dias tinha de desinfetar a minha casa, o chão tinha de ser lavado com água e lixívia, a minha casa de banho tinha de ser desinfetada todos os dias, a minha comida (...) só podia tirar uma vez (...) as bolachas tinha de ser um pacote, que fosse pequenino, porque já não podia guardar”.

Comunicação entre o casal	Conflito comunicacional	MCS: “Tem um feitiço um bocadinho difícil, às vezes temos discussões porque eu já estou tão cansada, saturada e às vezes por uma mínima coisa o copo enche. Mas, não me posso queixar muito”.
	Comunicação adequada, mas restrita ao assunto “doença”	AP: “Não senti dificuldades, não tive medo (...) fechei-me sempre muito (...) e ele não pergunta. Só passado dois ou três dias (da consulta no médico) (...) e eu também gosto de guardar. Não gosto de preocupar”. MCF: “Conversava pouco (...) No dia a dia via a maneira de eu expressar e de fazer as coisas nem me perguntava nem nada. Agora quando eu ia ao médico, às consultas, isso perguntava sempre (...) Conversar normal, falávamos”.
	Comunicação aberta	MG: “Falamos abertamente de tudo (...) não temos complexos de falar um com o outro (...) fez as perguntas todas quis saber tudo (...) senti-me muito apoiada e ainda hoje me sinto com ele”. EO: “Sempre falamos”. FL: “Nunca senti dificuldades”.
	Comunicação afetada por medo de que o companheiro procurasse outra mulher	PC: “Eu tive muito tempo sem puder ter relações sexuais e isso mexeu um bocadinho. Na minha ideia pensei que ele não fosse aguentar tanto tempo, que procurasse alguém, fiquei um bocado assustada. Pronto e fiquei com medo, sou franca. E isso fez com que me afastasse um bocadinho e deixasse de conversar. Na altura, tinha de dormir sozinha, não podia dormir com ele e senti-me assim um bocadinho separada dele, sim”.
Modificações na relação conjugal derivadas da vivência da doença oncológica	Sem modificações	MCS: “Não senti”. MG: “É exatamente a mesma pessoa comigo. A gente é um para o outro igual”. PC: “Não, acho que não”. MCF: “Não, continua igual”. FL: “Fui muito feliz, graças a deus”.
	Vergonha corporal	EO: “Tinha vergonha que ele olhasse para mim, olhasse para o meu corpo (...) o meu corpo já não era o que era e eu tinha vergonha dele. Não me punha à vontade. Eu tomava banhinho e levava as roupas para lá e vestia-me na casa de banho (...) embora ele não se interessasse por essas coisas, era eu própria. Foi mais isso que mudou de resto não vejo assim nada”. AP: “Eu tinha vergonha, eu escondia-me. Ainda hoje eu tenho complexos de me vestir à frente dele. De me pôr nua à frente dele (...) eu escondia-me (...) não queria que ele me visse a tomar banho. Eu pegava numa roupa e ia-me vestir para outro quarto (...) eu não consigo estar a vestir-me ou a sair da banheira se ele estiver ali. Não consigo. Mas, pronto, não notei diferença nenhuma. Porque há maridos que começaram a separar-se ou a fugir. Mas ele não”.
	Mudança de hábitos	PC: “Mudou certas coisas, em relação a eu ter limites porque eu ia com ele para casa dos meus amigos, bebíamos (...) e agora eu estou um bocado limitada disso. E quando eu o vejo a fazer, não quero que ele faça (...) Sou mais preocupada agora, não sei explicar. Tenho mais medo.
Caraterização da participante em relação à forma como se relaciona com o companheiro	Relação marcada pela frieza	MCS: “Eu já era fria e fiquei muito pior e com receio”.
	Relação sem alterações	AP: “Normal, a mesma coisa, o respeito, o cuidado, a preocupação com ele, a mesma coisa”. MG: “Não mudou nadinha”. PC: “A gente dá-se muito bem, não sei explicar (...) acho que somos muito amigos um do outro (...) a gente fala muito um com o outro de amizade mesmo (...)”. Somos cúmplices”. MCF: “Boa, na mesma”.

		Relação cúmplice e de apoio	FL: “Levava-me a comer aos domingos, levava-me aos fados, eu ia para a associação para os passeios, ele levava-me à porta e depois ia-me buscar”.
Contacto físico (abraços, beijos, toques....)		Insatisfatório	MCS: “Já é um bocadinho difícil (...) abraços, toques, beijinhos nunca foi. Mas eu também não sou”. AP: “Sim, mas não é a mesma coisa (...) a gente vai-se habituando”.
		Bastante satisfatório	MG: “ Ele chega a casa 17h30m/18h00 ele entra bem me beijar (...) a gente brinca um com o outro”. EO: “Aí, dávamos muito (...) (depois que ela chegou do hospital) beijou-me tanto, tanto”. PC: “Sim, sim damos (...) não saí de casa para o trabalho sem me dar um beijinho, por exemplo, ele chega à meia noite (...) vem falar comigo. Vem sempre primeiro ao quarto, tem essa preocupação”. MCF: “Sim, igual”. FL: “Sim, ele era muito beijoqueiro. Chegava de levar o cãozinho, chegava à cozinha e era logo. Era muito meiguinho. É a vida e Deus levou-o primeiro. Sinto a falta dele porque me fazia muita companhia”.
Mudança de estado civil de <u>casada para divorciada</u> durante o processo da vivência da doença		Diagnóstico de cancro piorou a situação conjugal	FP: “Olhando aquilo que eu já estava a passar no relacionamento, quando me foi diagnosticada o cancro eu pensei que essa situação ia melhorar a minha situação e foi o oposto, foi o contrário, eu vivi momentos muito difíceis (...) quando eu pensei que as coisas iam melhorar, foi quando tudo piorou e aí foi o descalabre total (...) piorou dada a situação, porque não havia dinheiro, porque eu não estava a trabalhar, um acumular de situações, que nesta situação despoletou ainda para pior (...) quando eu vinha aqui não era pela doença, mas pelos problemas em casa”.
		Libertação e felicidade	FP: “Eu tinha o direito de ser feliz e tinha de parar. Tinha de viver para mim e parar e escolher-me a mim (...) o cancro a mim me trouxe felicidade (...) eu vi essa situação como libertação portanto, e eu neste momento me encontro bem. Descobri que afinal vivo bem sem a outra parte, era um medo, tive casada 33 anos, é obvio que estamos muito dependentes (...) um medo e pavor muito grande de ficar só e eu não vou dizer que não (...) descobrir que afinal, consegui.
		Sensação de realização	FP: “Neste momento, não tenho estou separada. Nunca mais tive ninguém, nem procuro nem estou preocupada. Nada, nada, nada. Não sinto falta mas eu agora tinha de ser muito exigente e é muito difícil. Tinha de ser alguém com os mesmo ideais que eu. E é difícil. Que caminhasse na mesma direção que eu e é difícil (...) Estou bem. (...) Não vejo que seja um objetivo na minha vida. Não tenho. Estou bem comigo. Se estiver que acontecer, acontece. Sem andar atrás”.

Variável	Categoria	Subcategoria	Citação
Sexualidade	Problemas sexuais por parte do cônjuge	Ereção	MCS: “Já temos problemas eu ainda não estava doente (...) foi ele que começou com os problemas, como ele é doente do coração e hipertenso (...) a sexualidade dele ia baixar muito (...) ele não consegue ter uma ereção” AP: “O meu marido sexualmente também nunca foi um homem ativo (...) nós andamos anos sem ter nada um com o outro. Ele tinha vontade só que começava e estava ali assim e ficava nervoso e não conseguia”. PC: “O meu marido já não era aquele homem como era quando era mais novo. Ele também teve um problema aqui há uns anos, um problema na próstata e eu acho que isso mexeu com a nossa coisa”.
	Alterações na vida sexual depois da vivência do cancro	Mudanças na vagina	MG: “Não mudou nada (...) A minha vagina agora não é assim aquela vagina húmida como antes de eu ter o cancro, mas há aqueles produtos que a gente põe”. CB: “A parte sexual não se fica bem, porque fica-se muito seca, fica-se muito coisa, fica-se muito constrangida”.
		Desejo sexual	MCS: “Agora muito longe a longe, mas muito longe a longe penso no sexo. Mas não consigo fazer. Masturbar-me. Fico tão cansada, que não consigo fazer. Mas ainda sinto aquela falta e necessidade. Mas sozinha não consigo e não tenho um parceiro que me compreenda”. MG: “Não é aquela coisa como antigamente, da minha parte”. EO: “E eu não era a mesma mulher, às vezes tinha vontade, mas depois ela fugia”. MCF: “Não é a mesma”. EO: “Mudou um bocadinho. Mudou. Depois de eu ter o cancro mudou bastante (...) sentia-me na obrigação de fazer aquilo que ele queria (...) Mas, às vezes, não queria estar com ele. Às vezes estava na cama ele e só com o medo de algo... eu ia de propósito fazer um chá, só para não estar à beira dele, com medo de algo...
		Cansaço	PC: “Sinto-me cansada, sinto que, prontos tinha muito mais pica do que eu tenho agora”.
		Prazer	MCF: “Vou porque sou obrigada, tem de ser. Tenho de satisfazer o marido (...) mas que tenha prazer não. Não é a mesma coisa. Perdi muito”.
	Caraterização da vida sexual antes da doença	Frustração	MCS: “Eu não queria porque já sabia à partida que não ia ter prazer. Ele nem esperava por mim. Eu ainda nem tinha começado, ele já tinha acabado. Era muito frustrante para mim e isso vai afastando as pessoas (...) a partir de agora não sou mais o teu balde de lixo. Porque era assim que eu sentia as coisas. Ele não me dava prazer. Eu só fazia aquilo para lhe satisfazer. Ele só se preocupava com ele”.
		Dispareunia	CB: “Eu tinha dores a ter relações e assim...”
		Normativa	EO: “Antes do cancro, éramos eu e ele, éramos. Estávamos muito bem um com o outro. Nunca o neguei nem ele a mim, se tivéssemos de fazer fazíamos”. PC: “Antigamente fazíamos muito mais vezes (...) muito mais coise”.
		Líbido sexual	MCF: “Mais tempo, mais vezes (...) já não era assim muito (vontade), mas pronto tinha de satisfazer o marido”.
	Atividade sexual atual	Inexistente	RB: “Não mantive atividade sexual nem sinto falta, sinceramente nem sinto falta disso, mesmo de coração não sinto falta”. AP: “Sei lá, eu passo anos sem nada (...) sinto-me bem em relação a isto, uma pessoa não tendo (...) nem me lembro disso (...) também depois de eu ser operada, pronto. E então saber o problema que ele tinha também não ia estar ali a massacrá-lo. Pois, portanto, sexo nada (...) Já não me faz muita diferença, já estou desabituada”.

			<p>MC: “Não tenho”.</p> <p>FP: “Estou bem (...) não me aflige nem é uma coisa que me preocupe. Descobri que vivemos bem e felizes”.</p> <p>MJL: “Não tenho. Durante os meus 50 e tal anos, sentia falta. Cheguei a masturbar-me, umas duas ou três vezes (...) depois não (...) não me afetou, não me afeta, não tenho necessidade. Nem sei se agora conseguia”.</p> <p>FL: “Não era para a vida sexual, porque ele já tinha uma idade (...) com ele nada. Depois que eu fui operada à bexiga também (...) Eu não tinha vontade”.</p>
		Dolorosa	<p>MCS: “Também fui uma pessoa que teve muitas dores em ter sexo”.</p> <p>CB: “Depois (...) tem-se na mesma (dores)”.</p>
		Normativa	<p>MG: “Mas a gente faz a vida normal”.</p>
		Menos frequente	<p>MCS: “Isto agora é uma vez por ano e se for, porque eu também não quero que ele me ponha a mão”</p> <p>PC: “(...) agora fazemos menos (...) ainda fazemos e vemos que gostamos muito um do outro e que gostamos de fazer aquilo (...) eu também fiquei mais debilitada”.</p> <p>MCF: “Depois do cancro, poucas vezes. Mas era eu (...) eu é que já não tinha aquela vontade (...) depois do cancro perdi mesmo a vontade. Pode passar meses e meses e meses e não tenho vontade. Não sinto falta”.</p> <p>EO: “Na vida sexual já não era a mesma coisa (...) já não me sentia bem”.</p>