

Universidade da Maia
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



O processo de assimilação da experiência problemática de
cancro da mama: análise de casos com diferentes condições
de acompanhamento psicológico

Tese de Mestrado

Mónica Leitão

Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Professora Doutora Isabel Basto
Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Setembro, 2022





O processo de assimilação da experiência problemática de cancro da mama: análise de casos com
diferentes condições de acompanhamento psicológico

Dissertação de Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Orientanda: Mónica Da Silva Leitão, nº33718

Orientação: Professora Doutora Isabel Maria Morais Basto

Professora Doutora Patrícia de Jesus Lopes Pinheiro

Castêlo da Maia

Setembro, 2022

Agradecimentos

Ainda não acredito que esta fase chegou ao fim! Foi um ano de muito trabalho e dedicação, um ano cheio de emoções fortes, positivas e algumas menos positivas. Foi um enorme desafio! Mas é com um enorme gosto que finalmente escrevo esta página de agradecimentos.

Em primeiro lugar quero agradecer às minhas orientadoras, à Professora Isabel Basto e à professora Patrícia Pinheiro. Foram sem dúvida um apoio para mim, que me incentivaram sempre a ser melhor e a dar o melhor de mim, mesmo quando tudo parecia estar a descambar. Agradeço por todo o apoio e carinho ao longo deste ano. Muito obrigada!

Agora agradeço aos meus pais, as pessoas que estão sempre lá a apoiar, aquelas que me incentivaram a nunca desistir. Sem vocês nada disto seria possível. Obrigada por tudo, e por tanto!

Agora quero deixar o meu agradecimento ao meu colega Ricardo, que estava sempre pronto a atender o telemóvel quando me surgia uma dúvida ou uma inquietação! Aprendi muito contigo e agradeço-te por todo o apoio ao longo deste processo.

Obrigada às minhas colegas, por tantas horas passadas em reuniões, por tantas conversas em que desabafávamos sobre as nossas dúvidas e inquietações! Foram umas boas parceiras!

Por fim agradeço aos meus amigos e familiares, por aturarem às vezes o meu mau feitio! Sem vocês nada disto teria o mesmo sabor, não conseguiria ter ultrapassado todas as dificuldades sem vocês. Obrigada!

Resumo

O cancro da mama feminino apresenta taxas de incidência significativas e consequências adversas que influenciam o bem-estar psicossocial e qualidade de vida das doentes (Remondes-Costa et al., 2012; Tojal & Costa, 2014), podendo ser encarado como uma experiência problemática (Remondes-Costa et al., 2012; Stiles, 2001).

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas estuda como as experiências problemáticas (experiências traumáticas/dolorosas previamente ignoradas pelo *self*) podem impactar o bem-estar psicológico (Stiles et al., 2006). Segundo este modelo, a mudança de um estado de sofrimento psicológico para bem-estar psicológico pode ocorrer em terapia através da assimilação gradual destas experiências (Stiles et al., 1990). Estudos em contexto psicoterapêutico mostram que níveis mais elevados de assimilação estão associados com melhorias na qualidade de vida e bem-estar psicológico (Basto et al., 2016; Gabalda, 2006; Honos-Webb et al., 1999; Stiles et al., 1990). Contudo, esta relação ainda não foi estudada em populações oncológicas.

Neste sentido, o presente estudo pretendeu explorar a relação entre a assimilação da experiência de cancro da mama e o acompanhamento psicológico e consequentemente explorar o seu impacto na qualidade de vida. Especificamente, pretendeu comparar os níveis de assimilação em 3 mulheres com cancro da mama em diferentes condições de acompanhamento psicológico: uma sem acompanhamento psicológico; uma com acompanhamento psicológico mais regular (2 ou 3 vezes por mês) e uma com acompanhamento psicológico menos regular (de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses). Para isso foram analisadas três entrevistas a mulheres com cancro da mama do IPO do Porto. Posteriormente, estas entrevistas foram analisadas à luz da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; Gabalda & Stiles, 2009) para avaliar a os níveis de assimilação da experiência de cancro da mama de cada participante. Adicionalmente,

através da aplicação do FACT-G (Pereira et al., 2011), analisou-se também a relação entre o nível de assimilação da experiência problemática e a qualidade de vida.

Os resultados sugeriram que maiores níveis de assimilação (APES 5 e 6) parecem ser acompanhados por uma melhor qualidade de vida nas pacientes com cancro da mama, e que a frequência de acompanhamento psicológico não é clara ter ou não impacto na atual assimilação. Outros fatores como o apoio social e familiar, que não o acompanhamento psicológico, podem também ser suficientes para a promoção da assimilação da experiência problemática.

Palavras-chave: *Cancro da mama; Assimilação de experiências problemáticas; Acompanhamento psicológico; Qualidade de vida*

Abstract

Female breast cancer has significant incidence rates and adverse consequences that influence the psychosocial well-being and quality of life of patients (Remondes-Costa et al., 2012; Tojal & Costa, 2014), and can be seen as a problematic experience. (Remondes-Costa et al., 2012; Stiles, 2001).

The Problematic Experiences Assimilation Model studies how problematic experiences (traumatic/painful experiences previously ignored by the self) can impact psychological well-being (Stiles et al., 2006). According to this model, the shift from a state of psychological distress to psychological well-being can occur in therapy through the gradual assimilation of these experiences (Stiles et al., 1990). Studies in a psychotherapeutic context show that higher levels of assimilation are associated with improvements in quality of life and psychological well-being (Basto et al., 2016; Gabalda, 2006; Honos-Webb et al., 1999; Stiles et al., nineteen ninety). However, this relationship has not yet been studied in cancer populations.

In this sense, the present study aimed to explore the relationship between the assimilation of the breast cancer experience and psychological counseling and, consequently, to explore its impact on quality of life. Specifically, it aimed to compare the assimilation levels in 3 women with breast cancer in different conditions of psychological support: one without psychological support; one with more regular psychological follow-up (2 or 3 times a month) and one with less regular psychological follow-up (every 2 or 3 months). For this, three interviews with women with breast cancer from the IPO in Porto were analyzed. Subsequently, these interviews were analyzed in the light of the Problematic Experiences Assimilation Scale (APES; CaroGabalda & Stiles, 2009) to assess each participant's levels of assimilation of the breast cancer

experience. Additionally, through the application of the FACT-G (Pereira et al., 2011), the relationship between the level of assimilation and quality of life was also analyzed.

The results suggested that higher levels of assimilation (APES 5 and 6) appear to be accompanied by a better quality of life in breast cancer patients, and that the frequency of psychological follow-up is unclear whether or not it impacts actual assimilation.

Keywords: *Breast cancer; Assimilation of problematic experiences; Psychological support; Quality of life*

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico	
1. Cancro da mama.....	3
1.1 Epidemiologia do cancro da mama	3
1.2 Fases da doença	4
1.3 A experiência e o impacto do cancro da mama.....	8
1.3.1. O impacto biopsicossocial.....	8
1.3.2. O impacto na qualidade de vida	9
2. Fatores que promovem a adaptação à doença.....	11
2.1. Apoio social	11
2.2. Apoio psicológico.....	13
3. Assimilação de Experiências Problemáticas.....	15
4. O presente estudo	21
5. Método.....	24
5.1. Participantes	24
5.2. Medidas	25
5.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	25
5.2.2. Entrevista.....	26
5.2.3. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas.....	26
5.2.4. Functional Assessment of Cancer Therapy	26
5.3. Procedimentos	27
6. Resultados.....	30
6.1. Análise do processo de assimilação	30
6.1.1. Sofia (sem acompanhamento psicológico).....	31
6.1.2. Joana (acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês)	35
6.1.3. Ana (acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses)	38
7. Discussão	43
8. Conclusão, limitações e estudos futuros.....	49
9. Referências	51

Índice de Figuras

Figura 1- Assimilação e qualidade de vida no caso da Sofia (sem acompanhamento psicológico), Joana (acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) e Ana (acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses).....	42
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1- Escala de assimilação de experiências problemáticas (APES)	17
--	----

Introdução

O cancro da mama continua a ser uma das principais doenças entre as mulheres e, consequentemente, umas das principais causas de mortalidade em todo o mundo (WHO, 2015). Receber a notícia de que se tem cancro é um acontecimento de vida que causa sofrimento a nível físico, psicológico, social e espiritual (Remondes-Costa et al., 2012).

Estas consequências adversas associadas a esta patologia estão muitas vezes associadas ao aparecimento de problemas emocionais e psicológicos e à consequente diminuição da qualidade de vida (Rebelo et al., 2007). Todo o período da doença, desde o seu diagnóstico até ao final dos tratamentos, pode ser para a mulher uma experiência traumática, uma vez que se percebe como estando a lutar contra uma doença que ameaça a sua vida (Hoffmann et al., 2006).

Segundo a literatura, o apoio social e familiar, mas também o apoio psicológico parecem importantes para estas mulheres durante todo o processo de tratamento (Hoffmann et al., 2006). Isto é, muitas destas mulheres durante este processo do cancro da mama apresentam níveis elevados de ansiedade e depressão, e o papel do psicólogo será de orientar as mesmas para uma melhor aceitação desta experiência, desde o seu diagnóstico até à recuperação (Brandão & Matos, 2015). Vários estudos têm demonstrado que a terapia cognitivo-comportamental e a psicoeducação são eficazes, principalmente na redução de sintomas depressivos nesta população (Barsevick et al., 2002) e consequente melhoria de qualidade de vida (Trask et al., 2003).

O Modelo de Assimilação das Experiências Problemáticas concetualiza que algumas experiências são problemáticas e evitadas ou dissociadas do *self* por serem incompatíveis com a forma habitual de funcionamento da pessoa, num esforço de manter a estabilidade do *self* (Stiles et al., 2006). Essas experiências problemáticas precisam de ser assimiladas no *self* para promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, tornando o *self* mais rico e capaz de responder às exigências dos novos desafios (Osatuke & Stiles, 2011). A experiência de cancro da mama pode

ser concetualizada como uma experiência problemática difícil de integrar no *self* (Gabalda & Stiles, 2009). A sua integração no *self* poderá ser importante para promover um maior bem-estar psicológico das mulheres com cancro da mama. Nesse sentido, o acompanhamento psicológico poderá ter um papel fulcral nesta integração.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo é explorar o nível de assimilação e qualidade de vida em mulheres em diferentes condições de acompanhamento psicológico: sem acompanhamento, acompanhamento frequente e pouco frequente. Isto é, uma vez que não há estudos que explorem se a assimilação da experiência de cancro pode aumentar a qualidade de vida das mulheres, tentaremos contribuir para esclarecer essa questão e ainda para explorar o potencial do papel do apoio psicológico em mulheres com cancro da mama na assimilação da experiência.

Enquadramento teórico

1. O cancro da mama

1.1. Epidemiologia do cancro da mama

O cancro é um tumor maligno e a proliferação anormal de células que são cancerígenas e imortais, tendo a capacidade de se dissiparem por todo o organismo, levando à possível morte do mesmo (Bocchetta & Carbone, 2004).

De acordo com os dados referidos pela American Cancer Society, o risco de uma mulher ter cancro da mama é de um em cada oito casos e o risco de morrer com este tipo cancro é de cerca de um em 35 (ACS, 2009, citado em Remondes-Costa et al., 2012). Para além disso, é o tipo de cancro mais frequente no sexo feminino e consequentemente com uma maior taxa de letalidade entre mulheres (Hoffmann et al., 2006). Segundo os dados do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP, 2008), este cancro é mais prevalente nas faixas etárias mais jovens dos 45 aos 49 anos (Hoffmann et al., 2006).

Estudos realizados em Portugal demonstraram que, por ano, cerca de 3500 mulheres morrem com este cancro, e que muito poucas têm a possibilidade de sobreviver uma vez que o diagnóstico é realizado numa fase avançada da doença, e na maioria dos casos, a deteção da doença foi um mero acaso (Cardoso da Silva, 1998, cit. in Reis & Teixeira, 2000, citado em Rebelo et al., 2007; Hoffmann et al., 2006). Podendo este cancro existir também no sexo masculino, salienta-se que é o cancro mais comum entre as mulheres, visto que, um em cada quatro casos de cancro nas mulheres corresponde ao cancro da mama (Dias, 2000, 2002; Figueiredo et al., 2001, citado em Rebelo et al., 2007). Neste sentido, existindo uma maior prevalência de casos de cancro da mama no sexo feminino, o presente estudo debruçar-se-á sobre o cancro da mama nas mulheres.

Alguns fatores de risco para o cancro da mama foram identificados, tais como a obesidade, o sedentarismo, o elevado consumo de álcool e o uso de métodos contraceptivos como, por exemplo, a pílula (Ghoncheh et al., 2016). No entanto, e apesar dos avanços na medicina, o cancro da mama continua a estar, na maior parte dos países, entre as maiores causas de morte entre as mulheres, e sabe-se também que esta taxa de mortalidade é mais elevada em países com baixo nível de desenvolvimento (Ghoncheh et al. 2016). Pela sua incidência é importante estudar o impacto que o cancro tem na vida das mulheres ao longo do ciclo psiconcológico (Fitzmaurice et al., 2015; Hoffmann et al., 2006).

1.2. Fases da doença

Diagnóstico

O cancro pode ser descrito como uma ameaça à integridade física e psíquica da mulher, deixando a mesma numa posição de maior vulnerabilidade e fraqueza desde o diagnóstico (Solana, 2005). O momento do diagnóstico é caracterizado por stress, ansiedade, angústia e elevado sofrimento emocional (Correia et al., 2016).

Durante o período em que se suspeita da existência de um possível cancro da mama, estas mulheres passam por diversos estados emocionais maioritariamente negativos até ao ponto de preencherem a sua mente com pensamentos recorrentes de morte (Bergamasco & Angelo, 2001). Este processo de diagnóstico do cancro pode ser para as mulheres um processo traumático, uma vez que passa a existir uma incerteza em relação à sua vida e consequentemente à sua qualidade no futuro (Bergamasco & Angelo, 2001).

Neste seguimento, alguns estudos verificaram que o suicídio pode ser uma reação quando o diagnóstico de cancro é conhecido (Akechi et al., 2001; Hem et al., 2004; Silva et al., 2004). Por ser um momento de muita angústia, muitas mulheres sabem que, à partida, este será um

processo difícil enfrentar e possivelmente mortal, e o suicídio poderá ser uma forma de reação a este diagnóstico (Silva et al., 2004).

Resultados de vários estudos indicam que a depressão e a ansiedade são os problemas psicológicos mais frequentes nesta população (Hoffmann et al., 2006). Após o diagnóstico do cancro, muitas das doentes deparam-se com outras situações difíceis de encarar e descobrir um significado para este cancro nas suas vidas é uma dessas situações (Oliveira & Monteiro, 2004). A perda da mama, símbolo de feminilidade da mulher, chega mesmo a ser comparada ao luto pela morte de uma pessoa querida (Parkes, 1998).

Tratamento

Todos os tratamentos realizados estão centrados nas doentes, isto é, o objetivo principal é o de tentar erradicar o tumor tendo sempre em atenção cada característica única de cada uma das doentes (Monsanto et al., 2013). Neste sentido, os tratamentos podem ser a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonoterapia e a imunoterapia (Monsanto et al., 2013).

Cirurgicamente pode ser efetuada a mastectomia e a tumorectomia, também conhecida como cirurgia conservadora (Rebelo et al., 2007). A mastectomia consiste na remoção parcial ou total da mama, caracterizando-se por um momento doloroso, e a tumorectomia consiste apenas numa remoção da parte da mama de acordo com o tamanho e localização do tumor (Manuila et al., 2001 citado em Rebelo et al., 2007). Deste modo ressalta-se que, entre os tratamentos de cirurgia, estes provocam emoções diferentes nas mulheres, e consequentemente, diferente qualidade de vida (Rebelo et al., 2007). Assim, num estudo de Kiebert et al. (1991), verificou-se que o procedimento de tumorectomia permitia à mulher uma melhor qualidade de vida a médio e a longo prazo, em comparação à mastectomia (Kiebert et al., citado em Rebelo et al., 2007). Para além disso, num estudo de Rebelo et al. (2008) que avaliava a qualidade de vida de 60 mulheres com cancro da mama, verificou-se que não existiam diferenças significativas no

que toca ao prazer e vida sexual entre as mulheres que foram sujeitas a tumorectomia e mastectomia (Remondes-Costa et al., 2012).

A quimioterapia é realizada de acordo com o estadió da doença, com os resultados de diversos exames médicos e também com a idade de cada doente (Rebelo et al., 2007). Este tratamento atua em todo o organismo e por isso apresenta como efeitos secundários a existência de possíveis náuseas e indisposições frequentes, a perda do cabelo e cansaço (Fingeret et al., 2014; Hoffmann et al., 2006).

A radioterapia, por sua vez, é um tratamento que consiste na utilização da radiação para se destruírem as células cancerígenas (SNS, 2021). Tal como a quimioterapia, a radioterapia também acarreta consigo efeitos secundários, tais como: cansaço, inchaço, a perda de cabelo e também, muito frequente, a irritação da pele (SNS, 2021). Uma vez que durante este tratamento os sintomas físicos e o desconforto aumentam, ansiedade, depressão e incerteza também são fatores que surgem após este tratamento (Park & Kim, 2020).

A hormonoterapia é um tratamento que consiste na alteração da quantidade de hormonas que são produzidas pelo aparelho reprodutor (em específico, como o cancro da mama e da próstata), de forma a que se diminuía a probabilidade de o cancro crescer ou mesmo expandir (SNS, 2019). A imunoterapia consiste num tratamento considerado relativamente recente com o objetivo final de combater o tumor através do sistema imunitário de cada doente (SNS, 2019). Este tratamento pode ter como efeitos secundários comichão ou erupções cutâneas, inflamação do intestino, inflamação do pulmão, entre outros (SNS, 2019).

Pós tratamento

Após todos os tratamentos realizados a mulher com cancro da mama passa pela fase de pós tratamento ou fase de remissão. A fase de remissão, segundo o SNS (2019) diz respeito à ausência temporária ou permanente da doença. Depois de realizados os tratamentos, as doentes

necessitam de realizar exames médicos de forma regular para que seja possível avaliar a sua condição clínica (Silva & Santos, 2008). Constata-se ainda que nos primeiros cinco anos este controle médico é mais frequente, uma vez que durante este período pode surgir a possibilidade da existência de metástase e a mulher esta numa fase recidiva (Silva & Santos, 2008). Segundo o SNS (2021), o cancro pode voltar a aparecer devido à existência no organismo de células cancerígenas que estão “adormecidas” no corpo e que não foram eliminadas pelos tratamentos. Assim, estas células “adormecidas” podem multiplicar-se e voltar a desenvolver o cancro na mesma parte ou noutra parte do corpo (SNS, 2021).

Neste sentido, após este período de remissão da doença, as doentes entram no período livre da doença, isto é, os exames médicos já são realizados de forma mais espaçada, normalmente realizados de forma anual (Silva & Santos, 2008). No entanto, após este período de cinco anos, as repercussões físicas e psicossociais ainda podem estar presentes na vida destas mulheres, sendo que se considera que a sobrevivência ao cancro da mama é um processo que se inicia no momento do diagnóstico e se perpetua para toda a vida das doentes (Silva & Santos, 2008).

Fase Terminal

Segundo Piva e Carvalho (1993), esta fase da doença ocorre devido à doença chegar a um ponto em que, mesmo depois de todos os tratamentos, não se consegue dar resposta possível e a probabilidade da morte é grande (Salazar et al., 2016). Assim, quando as doentes se deparam nesta situação, a morte próxima, é importante trabalhar esta aceitação com as doentes, uma vez que se torna num momento de grande angústia para estas (Almeida, 2012 citado em Salazar et al., 2016). Muitas vezes as doentes perdem o significado da sua vida, uma vez que perderam o controle da sua doença e que, no caso de esta estar numa fase terminal, nada mais na vida destas mulheres faz sentido (Vickio, 2000 citado em Salazar et al., 2016).

1.3.A experiência e o impacto do cancro da mama

1.3.1. O impacto biopsicossocial

A passagem por esta doença acarreta inevitavelmente consequências na vida das mulheres com cancro da mama (Remondes-Costa et al., 2012). Uma mudança significativa que pode ocorrer na vida das mulheres é o facto de passarem do papel de cuidadoras da família para o papel de dependentes dos cuidados dos familiares (Ogden, 2004, citado em Remondes-Costa et al., 2012). Segundo Aureliano (2007), o cancro da mama não afeta apenas a parte mais física da mulher, mas também, como referido anteriormente, pode ter um grande impacto nos papéis femininos que estão instituídos cultural e socialmente (Aureliano, 2007).

Sabe-se também que ao longo do tratamento as doentes enfrentam várias perdas e uma delas é a imagem do seu corpo saudável, pois estas mulheres vão passar por múltiplas mudanças que as vão deixar com uma sensação de bem-estar muito reduzida (Barracough, 1994). Para além do referido, muitas pacientes podem achar que se vão tornar um fardo para a sua família e em consequência disso sentem-se culpadas e ao mesmo tempo as suas relações interpessoais podem-se tornar mais reduzidas ou restritas, pelo mesmo motivo (Barracough, 1994).

No entanto, em casos mais graves, existe a possibilidade da remoção da mama, e neste sentido, a mulher tende a sentir-se com baixa-autoestima, problemas ao nível da sexualidade e mesmo o medo de morrer (Hoffmann et al., 2006).

Por se tratar de uma doença grave, o cancro da mama é considerado um acontecimento disruptivo na vida destas mulheres (Pais-Ribeiro, 2006). Isto é, por ser um acontecimento que marca a vida das pessoas que passam por esta experiência, o cancro da mama pode constituir uma situação traumática (Remondes-Costa et al., 2012). Estas situações ou acontecimentos traumáticos, por serem inesperados, indesejáveis e irreversíveis, impedem que a pessoa se possa

preparar psicologicamente para lidar com isso, e desta forma constitui-se como uma experiência de choque emocional (Silva et al., 2009).

Diversos estudos evidenciam que muitas mulheres que são diagnosticadas com cancro da mama podem estar a passar por uma fase mais depressiva (Venâncio & Leal, 2004). No entanto, em diversos casos, a depressão não é detetada uma vez que a falta de apetite e a pouca energia são sintomas que podem estar relacionados com a depressão, mas também podem ser efeitos secundários associados ao tratamento do cancro (Venâncio & Leal, 2004). Para além deste problema psicológico causado pela experiência traumática do cancro da mama, estudos de Simpson et al. (2002) mostram que a perturbação de ajustamento é também outro problema psicológico muito comum entre as mulheres (25%-30%; Venâncio & Leal, 2004).

Neste seguimento, após se estudarem algumas consequências psicológicas do cancro da mama, ressalta-se que quanto maior for a mutilação no corpo da mulher, mais traumático será o seu efeito (Venâncio & Leal, 2004). Isto é, uma mulher que seja sujeita à mastectomia sofre maiores sequelas, visto que vai passar por grandes alterações significativas na sua imagem corporal (Venâncio & Leal, 2004).

Para além destas consequências, a literatura evidencia que existem diferentes reações emocionais durante as várias etapas do tratamento, desde o diagnóstico à fase de pós tratamento (Venâncio & Leal, 2004). No entanto, apesar de muitas vezes os resultados dos tratamentos serem positivos, a vivência do cancro da mama deixa marcas irreparáveis na vida das mulheres (Venâncio & Leal, 2004). Muitas delas vivem aterrorizadas com medo que a doença volte a aparecer e todos estes fatores emocionais envolvidos na vida da mulher vão influenciar a sua reabilitação, bem como, a sua qualidade de vida (Venâncio & Leal, 2004).

1.3.2. O impacto na qualidade de vida

Como já referido anteriormente, o cancro da mama é uma doença que afeta uma grande parte da população feminina, e neste sentido alguns estudos (Dias, 2002; Terol et al., 2000) têm sido realizados com o intuito de se avaliar a qualidade de vida destas mulheres (Rebelo et al., 2007). Estes estudos são úteis no sentido de se perceber qual é o impacto psicológico que todos os efeitos do tratamento e do próprio cancro podem ter na vida das mulheres (Rebelo et al., 2007).

Assim sendo, a qualidade de vida pode ser definida como a percepção que cada pessoa tem da sua vida, isto é, a percepção nas dimensões psicológicas, físicas, sexuais e sociais (Antunes & Ribeiro, 2000, citado em Rebelo et al., 2007). No entanto, na perspetiva da Psico-Oncologia, a qualidade de vida tem a ver com a forma como cada doente avalia, subjetivamente, os diversos aspetos da sua vida que estão relacionados e são afetados pelo cancro (Rodriguez & Sanchez, 1995).

Como já referido anteriormente, o momento do diagnóstico do cancro da mama tem um impacto significativo na vida da mulher, bem como, no seu funcionamento psicossocial que afeta, consequentemente, a sua qualidade de vida (Hewitt et al., 2004, citado em Moreira et al., 2008). É uma notícia difícil de assimilar podendo ser potencialmente uma experiência traumática, que poderá afetar a mulher em diversos aspetos da sua vida psicossocial (Thornton & Perez, 2007). Esta fase inicial é marcada por sentimentos de tristeza, ansiedade, raiva e até perda, que podem ser comparados aos sentimentos que caracterizam outro tipo de perdas, no entanto, são emoções que são esperadas devido ao carácter negativo que tem o cancro (Moreira et al., 2008).

Para além dos estudos acerca do momento do diagnóstico, é importante também se perceber que os tratamentos realizados durante o cancro da mama (mastectomia e tumorectomia)

provocam emoções diferentes nas mulheres, e consequentemente, interferem na qualidade de vida (Rebelo et al., 2007).

Verificou-se ainda que as mulheres que foram submetidas a tumorectomia, como conseguiam conservar os seus seios mamários, tinham uma maior preocupação em relação à queda de cabelo devido aos tratamentos de quimioterapia a que estavam sujeitas (Rebelo et al., 2007). No entanto, em alguns estudos (Bloom et al., 2004; Silva et al., 2002), verificou-se que a qualidade de vida de mulheres submetidas a altas doses de quimioterapia diminuía ligeiramente durante e após os tratamentos (Rebelo et al., 2007).

Numa fase já de sobrevivência ao cancro da mama, a qualidade de vida destas mulheres é normalmente satisfatória, podendo mesmo ser igual ou superior à da população geral (Moreira et al., 2008). Apesar de a fase de recuperação ser demorada e desafiante, alguns estudos verificaram que a maioria das mulheres que sobreviveu ao cancro da mama conseguiram adaptar-se relativamente bem ao longo de todo este processo, sendo que reportavam uma boa qualidade de vida (Knobf, 2007; Lemieux et al., 2007, citado em Moreira et al., 2008).

Destaca-se ainda que, num estudo de Fialho & Silva (1993), após a realização da mastectomia, as doentes que não tinham apoio familiar apresentavam mais problemas a nível biopsicossocial (Fialho & Silva, 1993). Para além disso, o apoio social e familiar tem sido classificado como um importante fator de adaptação emocional à doença e bem-estar, contribuindo, consequentemente, para uma melhor qualidade de vida (Silva et al., 2003).

2. Fatores que promovem a adaptação à doença

2.1.O apoio social

Para muitas doentes, a situação débil e sensível de doença, possibilitou o enriquecimento do suporte e da vida social, uma vez que, muitas mulheres relataram terem beneficiado de mais apoio social desde que apareceu o cancro (Moreira et al., 2009, citado em Remondes-Costa et

al., 2012). Assim, é importante perceber que, num momento tão difícil, estas mulheres precisam de ter maior apoio emocional da família, dos amigos e também da equipa médica que as acompanha, para que consigam manter a sua própria identidade e não desistirem durante o tratamento (Hoffmann et al., 2006).

A rede de apoio social faz parte da vida do ser humano desde o seu início de vida e em primeiro lugar esta rede é composta pela família, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, entre outros (Sluzki, 1996 citado em Hoffmann et al., 2006). Sabe-se ainda que este apoio social/familiar traz consigo efeitos diretos e indiretos sobre o sistema imunológico do corpo aumentando, neste sentido, a capacidade de as pessoas lidarem melhor com situações de stress ou mesmo de doença (Hoffmann et al., 2006).

Neste seguimento, o termo “apoio social” torna-se importante uma vez que se define como sendo o apoio que os doentes acreditam estar disponível, quando for necessário (Hermel et al., 2015). Este ajuda as mulheres com cancro da mama a perceber quais são as pessoas com quem podem contar para que estas lhes deem apoio emocional contínuo e atenção principalmente em fases de crise (Atchley, 2000, citado em Usta, 2012).

No caso das mulheres com cancro da mama, Walsh (2005) referiu que o maior apoio para estas seriam os maridos e os membros da sua família, sendo um importante recurso para enfrentar a doença e, consequentemente, melhorar a sua qualidade de vida (Hoffmann et al., 2006). Em alguns estudos realizados verificou-se que a equipa de saúde que está a acompanhar estas mulheres deve ser uma equipa presente, que dê segurança e tranquilidade às doentes, ajudando, desta forma, na recuperação da doença (Oneda et al., 2004, citado em Hoffmann et al., 2006). Para além disso, estas autoras também evidenciam a importância de esta equipa ser alegre, pois vai contagiar as doentes e também os seus familiares e desta forma acaba por fortalecer o vínculo terapêutico (Oneda et al., 2004, citado em Hoffmann et al., 2006).

Num outro estudo realizado também se verificou que o suporte social está relacionado com o nível de ajustamento mental ao cancro (Tojal & Costa, 2014). Isto é, conclui-se que quanto maior for a perceção dos doentes oncológicos sobre o seu apoio social e familiar, menores vão ser os sentimentos de desânimo, fraqueza, preocupação, entre outros (Tojal & Costa, 2014). Resultados de outras investigações (Filazoglu & Griva, 2008) mostraram que o apoio social foi associado positivamente a uma melhor qualidade de vida em doentes com cancro da mama turcas (Usta, 2012). Num outro estudo (Kroenke et al., 2006) também se verificou que existe uma relação positiva entre a perceção de apoio social e uma melhor qualidade de vida em mulheres sobreviventes de cancro da mama (Usta, 2012).

2.2. Apoio Psicológico

Como referido anteriormente, o diagnóstico de cancro da mama traz consigo consequências que poderão ter um impacto profundo na vida das mulheres (Brandão & Matos, 2015). Neste sentido, mesmo após os tratamentos realizados, as doentes são confrontadas com diversos desafios, entre eles desafios ao nível físico, psicológico e emocional (Brandão & Matos, 2015). Assim sendo, o apoio psicológico deve ser realizado desde a fase do diagnóstico até à fase de recuperação (Brandão & Matos, 2015).

Por se tratar de uma doença associada ao medo da morte, da perda da feminilidade e sofrimento, o psicólogo tem um papel importante na vida destas mulheres (Azevedo et al., 2016). Isto é, é um dos profissionais de saúde que pode ajudar estas doentes com esta patologia a enfrentarem a doença e ao mesmo tempo aliviar os sentimentos de tristeza e medo em relação ao futuro (Azevedo et al., 2016).

Após este diagnóstico de cancro, muitas das mulheres apresentam dificuldades nesta aceitação e adaptação à doença, principalmente dificuldades ao nível pessoal e familiar (Mahdavi et al., 2019). É então que o apoio psicológico é importante, pois este promove a aceitação da

doença, bem como, a diminuição da incidência de perturbações psicológicas (e.g.: depressão) (Hopwood & Stephens, 2000). Segundo Mahadavi et al. (2019), esta aceitação da doença poderá ser realizada através de vários recursos, entre eles o apoio social, religioso, espiritual e reestruturação cognitiva.

O papel do Psicólogo Oncológico na vida destas pacientes é o de tentar prevenir e reduzir os sintomas físicos e emocionais advindos da doença e do seu tratamento (Venâncio & Leal, 2004). Para além destes objetivos do trabalho do psicólogo, estar atento a possíveis perturbações psicopatológicas, como depressão ou ansiedade, é também um foco de atuação do profissional (Venâncio & Leal, 2004).

Alguns estudos concluíram que as intervenções psicológicas em doentes oncológicas têm ajudado estas pacientes a ter uma melhor qualidade de vida (Rowland & Massie, 2010, citado em Torres et al., 2012). Outros estudos (Bottomley et al., 1997; Cunningham & Tocco, 1989; Rowland & Massie, 2010) verificaram que intervenções de grupo estruturadas com recurso a estratégias cognitivo-comportamentais, são também intervenções psicológicas eficazes em doentes oncológicos (Torres et al., 2012).

Verificou-se ainda que existe uma grande quantidade de estudos realizados relativamente à intervenção psicológica em grupos com mulheres que tiveram cancro da mama (Brandão & Matos, 2015). A maioria destes estudos converge para resultados positivos, uma vez que se verificaram diversos benefícios, entre eles, melhor qualidade de vida, aumento de estratégias de coping, diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, entre outros (Brandão & Matos, 2015).

Alguns estudos vieram a concluir que os grupos terapêuticos são o tipo de intervenção psicológica mais utilizada na Psico-Oncologia (Venâncio & Leal, 2004). Estes grupos tornam-se bastante vantajosos uma vez que reúnem pessoas com a mesma doença que estão a passar pelas mesmas dificuldades (Mello, 2000, citado em Venâncio & Leal, 2004). Para além disso, as

doentes conseguem partilhar as suas emoções e sentimentos com alguém que realmente as compreende pois acabam por estar todas na mesma situação (Mello, 2000, citado em Venâncio & Leal, 2004).

Assim sendo, após a análise de vários estudos conclui-se que pacientes que têm acompanhamento psicológico têm diversos benefícios (Torres et al., 2012). Estudos defendem ainda a importância e necessidade deste acompanhamento psicológico, uma vez que estes benefícios passam pela melhor saúde mental e consequente qualidade de vida (Mahdavi et al., 2019). Verifica-se que para além dos benefícios nomeados anteriormente, alguns estudos (Spiegel, 1990; Leal, 1993) mostram que estas mulheres com cancro da mama que se submetem a intervenções psicológicas, conseguem ter um melhor ajustamento à doença e consequentemente maior longevidade comparativamente a doentes que não têm acompanhamento psicológico (Venâncio & Leal, 2004).

Neste sentido, é possível perspetivar que a experiência do cancro da mama pode ser vivida como uma experiência potencialmente problemática e com impacto na qualidade de vida. Consequentemente, a sua assimilação e aceitação parece estar associada a níveis mais elevados de bem-estar. Por outro lado, o apoio psicossocial, nomeadamente o apoio psicológico parecem contribuir de forma positiva (Venâncio & Leal, 2004), mas mais estudos são necessários para verificar qual o impacto do apoio psicológico na assimilação desta experiência problemática.

Em suma, ressalta-se a importância do trabalho do psicólogo ao ajudar as doentes a compreenderem e assimilarem o significado da experiência do cancro, para que novos significados sejam construídos (Venâncio & Leal, 2004).

3. Assimilação de Experiências Problemáticas

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Honos-Webb & Stiles, 1998, citado em Honos-Webb et al., 2003) poderá ser útil na compreensão do processo de adaptação à doença nas mulheres com cancro da mama.

Segundo Stiles e colaboradores (1990), existem experiências que não são congruentes, consistentes e assimiladas com os esquemas que já existem no *self* (Stiles et al., 1990). Assim sendo, surgem as experiências problemáticas, que são memórias dolorosas difíceis de acomodar ou assimilar, sentimentos, pensamentos, atitudes, que necessitam de ser aceites de forma gradual, e que quando são trazidos à consciência se tornam desconfortáveis, visto que são incongruentes com os esquemas já definidos (Stiles et al., 1990). Nestas situações, é importante que a pessoa consiga assimilar esta experiência, uma vez que a assimilação da mesma parece estar associada ao bem-estar psicológico (Stiles et al., 1990).

No Modelo de Assimilação, o termo “vozes” é usado, metaforicamente, para se referir vários estados do *self* ou aspetos da pessoa (Honos-Webb et al., 1999). Isto é, estas vozes constituem representações internas das experiências que as pessoas vão vivendo ao longo da sua vida (Honos-Webb et al., 1999). O *self* é, então, constituído por uma comunidade de vozes que emergem em resposta às circunstâncias que por cada pessoa vai passando (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb et al., 1999). Assim, quando o sujeito lida com alguma situação específica, a voz correspondente vai conectar-se com a experiência semelhante prévia, permitindo ao *self* lidar com a situação de um modo adaptativo (Caro Gabalda, 2014). Isto significa que estas vozes se tornam recursos importantes na vida das pessoas, pois fazem uma ligação entre as experiências passadas e as situações atuais, promovendo desta forma a utilização de conhecimento prévio para lidar com a novas experiências (Honos-Webb et al., 1999).

Quando surgem novas vozes e experiências, estas precisam de ser assimiladas e acomodadas pelo *self* (Osatuke & Stiles, 2011). A assimilação destas novas experiências pode

ser difícil quando essas são incongruentes com as vozes já pré-existentes na comunidade de vozes do *self*, sendo então designadas como vozes problemáticas (Osatuke & Stiles, 2011). Esta incongruência entre estas vozes problemáticas e o conjunto de vozes do *self* cria conflito interno e sofrimento psicológico (Osatuke & Stiles, 2011). A assimilação implica a aceitação de uma nova voz no *self*, mas é difícil devido a essa ameaçar a estabilidade da comunidade de vozes existentes (Honos-Webb & Stiles, 1998, citado em Gabalda, 2006).

Deste modo, durante o processo de terapia, a assimilação destas novas experiências implica que haja o desenvolvimento de novos significados e ao mesmo tempo transformar estes novos significados em recursos (Stiles et al., 2006). Assim, à medida que o conjunto de vozes dominantes da comunidade e as vozes problemáticas entram em diálogo, desenvolve pontes de significado (Honos-Webb et al., 1999). As pontes de significado traduzem-se em imagens, gestos e palavras que representam o entendimento entre as vozes, conduzindo desta forma à assimilação da experiência problemática (Stiles, 2011). À medida que estas pontes de significado são construídas, este diálogo entre as vozes torna-se suave e confortável, sendo fundamental para a assimilação das experiências problemáticas no *self* (Honos-Webb et al., 1999).

A assimilação ocorre de forma gradual, isto é, as pessoas passam por uma sequência de estádios para a compreensão, aceitação e assimilação das experiências problemáticas (Stiles et al., 2006). Este processo é avaliado através da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (EAEP; Gabalda & Stiles, 2009). A escala é composta por oito níveis sequenciais, desde o nível 0, onde a experiência problemática está dissociada, até ao nível 7, onde existe uma completa integração da voz problemática na comunidade de vozes (Tabela 1; Gabalda, 2006; Stiles et al., 2006).

Tabela 1- *Escala de assimilação de experiências problemáticas (APES; retirado de Gabalda & Stiles, 2009)*

Nível	Descrição
0. Evitamento	O conteúdo não está formado; O cliente não está consciente do problema. O desconforto pode ser mínimo, refletindo o evitamento bem-sucedido.
1. Pensamentos Indesejáveis	O conteúdo é composto por pensamentos desconfortáveis. O cliente prefere não pensar neles; os tópicos são sugeridos pelo terapeuta ou por circunstâncias externas. A emoção é frequentemente mais saliente do que o conteúdo e envolve fortes pensamentos negativos- ansiedade, medo, raiva, tristeza.
2. Consciência vaga/ emergência	O cliente reconhece a experiência problemática e descreve pensamentos desconfortáveis associados, mas não consegue formular o problema claramente. A emoção inclui dor psicológica aguda ou pânico associado a pensamentos e experiências.
3. Colocação do problema/clarificação	O conteúdo inclui a colocação clara de um problema- algo que pode ser trabalhado. A emoção é negativa, mas pode ser gerida, não há pânico.

4. Compreensão/insight	A experiência problemática é colocada em forma de esquema, formulada, compreendida com estabelecimento de ligações claras. A emoção pode ser mista, com reconhecimentos desagradáveis, mas também com curiosidade e por vezes com agradável surpresa.
5. Aplicação/elaboração	A compreensão é utilizada para se trabalhar um problema; existem esforços específicos para a resolução do problema. O cliente pode descrever a consideração de alternativas ou a seleção sistemática de percursos de ação. O tom emocional é positivo, trabalhar e otimista.
6. Solução do problema	O cliente atinge a solução para um problema específico. A emoção é positiva, o cliente está satisfeito, orgulhoso da sua realização. À medida que o problema diminui a emoção torna-se mais neutral.
7. Domínio	O cliente usa de forma bem-sucedida as soluções em novas situações; esta generalização é

em grande medida automática e não saliente.

A emoção é neutra (ou seja, já não se trata de algo acerca do qual sentir excitação).

Estudos anteriores realizados de forma a perceber como acontece este processo de assimilação de experiências problemáticas, concluíram que níveis médios de assimilação (níveis 3 e 4 da APES) são mais elevados em casos de sucesso onde surgem mudanças significativas (Gabalda, 2006; Honos-Webb et al., 1999; Stiles, 2001). Isto significa que, independentemente do modelo terapêutico utilizado na terapia e do problema/diagnóstico, casos que obtêm níveis de assimilação mais elevados, parecem estar associados a uma diminuição dos sintomas e consequentemente a um aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Gabalda, 2006; Honos-Webb et al., 1999; Stiles, 2001).

Num estudo realizado, foi analisado o processo de assimilação de experiências problemáticas em perturbações de stress pós-traumático com refugiados (Varvin & Stiles, 1999). É importante perceber o resultado deste estudo uma vez que em ambas as condições (perturbação de stress pós-traumático e cancro da mama) parece existir uma ameaça à vida e que a sua experiência pode trazer consequências psicológicas, mas também físicas. Assim, o objetivo principal do estudo foi perceber quais foram as mudanças existentes antes e depois do processo de acompanhamento psicológico na assimilação dessas experiências (Varvin & Stiles, 1999). A importância deste estudo deve-se ao facto de este tipo de perturbações estarem associadas ao mal-estar físico e psicológico (Varvin & Stiles, 1999). Neste sentido, os principais resultados do estudo mostram que a utilização, durante o processo psicoterapêutico, do modelo de assimilação de experiências problemáticas é benéfica (Varvin & Stiles, 1999). Isto é, permite compreender o processo de assimilação nos diferentes refugiados e, consequentemente, permite um maior

acompanhamento em relação aos temas desenvolvidos antes e após o processo (Varvin & Stiles, 1999).

Assim, apesar de o cancro da mama poder ser considerado uma experiência problemática à luz do modelo de assimilação de experiências problemáticas, tal como a vivência de uma situação traumática, pouco se conhece sobre o processo de assimilação desta experiência nesta população, qual a sua relação com a qualidade de vida e como o apoio psicoterapêutico pode contribuir para este processo de assimilação. Segundo Pais-Ribeiro (2006), a passagem e a experiência de uma doença grave, pode constituir para estas mulheres uma situação ou experiência traumática.

4. O presente estudo

Segundo os dados existentes e de acordo com o Registo Oncológico Nacional, no ano de 2007, verificou-se que o cancro da mama continua a ser o mais prevalente de todos os cancros (Instituto de Oncologia do Porto [IPOP], 2008). Para além destes dados referidos, constata-se ainda que é o cancro que mais afeta a população do sexo feminino, e neste sentido, é o mais temível entre esta população (Schottenfeld & Fraumeni-Jr, 2006).

A investigação realizada tem demonstrado que a experiência de passar por uma doença como o cancro da mama acarreta consigo consequências e sofrimento a nível físico, psicológico, social e espiritual (Costa et al., 2012). Deste modo, o diagnóstico do cancro pode ser, sem dúvida, uma experiência potencialmente traumática que poderá influenciar diversos aspetos do ajustamento psicológico e psicossocial da mulher (Thornton & Perez, 2007). Por ser uma doença que põe em causa a integridade, principalmente, física da mulher, os estudos demonstram que o cancro da mama pode testar a autoestima da mulher, no sentido em que a possível perda da sua mama pode colocar em causa a sua feminilidade (Sendersky et al., 2002).

Neste seguimento, alguns estudos realizados demonstraram que, mulheres que foram sujeitas a mastectomia (remoção da mama) e que não tinham o apoio da família, consequentemente apresentavam mais problemas ao nível bio-psico-social (Fialho & Silva, 1993). Para além do apoio da família, o apoio a nível social também se confirmou como um forte fator de uma melhor adaptação à doença e bem-estar, o que vai ajudar numa melhor aceitação da doença e consequentemente a uma melhor qualidade de vida (Silva et al., 2003).

Para além da rede de suporte social e familiar, o psicólogo também tem uma enorme importância durante todo o processo da doença, visto que vai ser um dos principais auxílios no alívio da dor, no melhor controlo dos medos e sentimentos, bem como, numa melhor aceitação do diagnóstico (Azevedo et al., 2016). É neste processo de uma melhor aceitação desta experiência, possivelmente, problemática, que o psicólogo é importante, intervindo com a paciente de forma a desconstruir crenças que impeçam a mulher de recorrer aos seus recursos pessoais para enfrentar esta batalha (Azevedo et al., 2016).

Assim sendo, e como referido anteriormente, os apoios sociais e psicológicos podem ser importantes para uma melhor integração da experiência do cancro da mama.

A importância da assimilação de experiências problemáticas tem sido amplamente estudada em contexto psicoterapêutico e parece ser um processo relevante para a mudança psicológica tal como referido pelos autores do Modelo de Assimilação de Experiências problemáticas (Honos-Webb et al., 2003). Segundo este modelo, uma experiência problemática é caracterizada como sendo uma percepção, impulso, atitude, desejo, fantasia ou ideia que provoca desconforto psicológico quando é trazida à consciência ou colocada em ação (Stiles et al., 1990). De acordo com este modelo, os clientes resolvem os sintomas em psicoterapia assimilando experiências problemáticas anteriormente indesejadas que podem ser memórias de eventos traumáticos ou sentimentos desconfortáveis (Honos-Webb et al., 2003).

Neste enquadramento, o cancro da mama pode ser uma experiência problemática difícil de integrar pelas mulheres (Pais-Ribeiro, 2006). No entanto, a sua assimilação poderá ser um contributo importante para o ajustamento psicológico e psicossocial da mulher. Parece também importante perceber como o apoio psicológico poderá contribuir para o processo de assimilação desta experiência em específico (Torres et al., 2012). Neste sentido, o objetivo do presente estudo é explorar o nível de assimilação e qualidade de vida em mulheres em diferentes condições de acompanhamento psicológico: sem acompanhamento, frequente e pouco frequente. Visto que não há estudos que explorem se a assimilação da experiência de cancro pode aumentar a qualidade de vida das mulheres, propomos-mos contribuir para esclarecer essa questão e ainda para explorar o potencial do papel do apoio psicológico em mulheres com cancro da mama na assimilação da experiência.

5. Método

5.1. Participantes

As mulheres que participaram neste estudo foram selecionadas através da amostra do projeto de doutoramento “A assimilação da experiência de cancro da mama e o seu impacto na sintomatologia clínica psicológica e qualidade de vida: um estudo longitudinal” (projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (2021.05414.BD)). A amostra desse projeto de doutoramento foi constituída por doentes oncológicas com cancro da mama que são seguidas na Clínica da Mama no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. Os critérios de inclusão da amostra foram: mulheres com cancro da mama (desde a fase de diagnóstico até à fase de sobrevivência); idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos e fluência oral e leitura/escrita em português. Relativamente ao critério de exclusão este referiu-se a outro diagnóstico oncológico para além do de cancro da mama.

A amostra do projeto era composta por 13 mulheres com cancro da mama, tendo sido selecionadas apenas três para o presente estudo de mestrado. Considerando os objetivos deste estudo, foi selecionado (com base nos questionários sociodemográficos e clínico) um caso de uma doente com acompanhamento psicológico regular (2 ou 3 vezes por mês); um caso de uma doente com acompanhamento psicológico menos regular (de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses); e um caso de uma doente sem acompanhamento psicológico. Por questões de privacidade e confidencialidade a cada uma destas participantes foi atribuído um nome fictício. Através da aplicação dos questionários sociodemográfico e clínico foi possível a recolha de informação de cariz pessoal e também clínica de cada participante.

A “Sofia é uma mulher portuguesa, tem 40 anos, casada, sem filhos e vive com o marido. Descobriu o diagnóstico de cancro em 2018, sendo que neste momento se encontra na fase de pós tratamento e estadio da doença II. Fez cirurgia, quimioterapia e está a fazer hormonoterapia.

Sofia teve acompanhamento psicológico devido a um episódio depressivo passado por questões de infertilidade. Atualmente Sofia não tem acompanhamento psicológico. É possível ainda dizer que Sofia tinha uma boa base familiar e social que lhe deu apoio durante todo este processo.

A “Joana” é uma mulher portuguesa de 46 anos. Encontra-se numa união de facto, sem filhos e vive com o seu companheiro. Descobriu o diagnóstico de cancro da mama em 2020, está na fase de pós tratamento e estadio da doença II. Fez cirurgia, quimioterapia, radioterapia e está a fazer hormonoterapia. Anteriormente, Joana teve acompanhamento psicológico devido a problemas de ansiedade social e a problemas no trabalho. Em 2020 iniciou o acompanhamento psicológico e está a ter este acompanhamento de 2 a 3 vezes por mês. Relativamente ao suporte familiar e social este existia, sendo que muitas das vezes existia alguma falta de comunicação entre a participante e o marido, e isso parece tê-la deixado numa situação frágil.

A “Ana” é uma mulher portuguesa, tem 45 anos, casada e vive com o marido e os filhos. Descobriu o diagnóstico de cancro em 2020, sendo que se encontra na fase de pós tratamento e estadio da doença III. Fez cirurgia, quimioterapia e radioterapia e atualmente está a fazer hormonoterapia. Ana está a ter acompanhamento psicológico no IPO de 2 em 2 meses ou de 3 em 3 meses, desde o diagnóstico de cancro da mama. A sua base familiar era segura, no entanto, sentiu a falta do apoio dos seus amigos por também se ter fechado mais durante todo o processo da doença.

5.2. Medidas

5.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário sociodemográfico e clínico, previamente construído para o projeto do doutoramento supracitado, serviu para caracterização da amostra do estudo. O mesmo é composto por duas partes, sendo que a primeira parte se refere à informação de cariz pessoal (informação sociodemográfica), isto é, a idade, com quem vive, estado civil, agregado familiar,

habilitações literárias e anos de escolaridade, profissão, atual situação profissional e outros momentos importantes que tenham sido mais recentes. Relativamente à segunda parte, esta refere-se à informação de cariz clínico centrada na (a) doença oncológica, isto é, o diagnóstico, a fase da doença, o estadio e os tratamentos oncológicos atuais ou passados e (b) acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atual ou passado e o motivo associado.

5.2.2. Entrevista

A entrevista semiestruturada, baseada na literatura, foi construída no âmbito do projeto de doutoramento acima referido e aborda os seguintes tópicos: (1) Impacto e consequências do diagnóstico; (2) Expectativas e impacto dos tratamentos; (3) Motivação e adesão aos tratamentos; (4) Estigma e Significados que atribui à doença; (5) Impacto da doença no seio familiar; (6) Alterações laborais e na funcionalidade; (7) Mudanças na vida financeira; (8) Mudança de papéis, rotinas e projetos pessoais; (9) Vivência da conjugalidade, sexualidade e intimidade; (10) Vivência da parentalidade e dinâmicas familiares; (11) Alterações na imagem corporal, autoestima, autoconfiança; (12) Expressão e impacto emocional, sintomatologia clínica psicológica; (13) Atividades prazerosas e fatores de proteção (apoio social/familiar, religiosidade e espiritualidade, etc.); (14) Medos e preocupações e (15) Satisfação com a vida, qualidade de vida e expectativas futuras/projetos de vida.

5.2.3. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

A APES é uma medida observacional que permite avaliar a evolução da assimilação das experiências problemáticas, que, no caso deste estudo, a experiência problemática analisada foi a de cancro da mama. Esta escala é constituída por 8 níveis, desde a dissociação da experiência problemática (nível 0), até à sua completa assimilação (nível 7; Gabalda & Stiles, 2009).

5.2.4. Functional Assessment of Cancer Therapy

A Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G), desenvolvida por Cella e colaboradores (1993), é uma escala funcional de qualidade de vida geral. Esta escala foi adaptada por Pereira e colaboradores (2011) para a população portuguesa e é composta por 27 itens que avaliam quatro domínios da qualidade de vida: bem-estar físico (7 itens), bem-estar emocional (6 itens), bem-estar funcional (7 itens) e o bem-estar social/familiar (7 itens). Trata-se de uma escala de likert de 5 pontos, onde o 0 significa “nem um pouco” e o 4 significa “muitíssimo” (Pereira et al., 2011). Quando somados os vários itens o score global de qualidade de vida pode variar entre 0 e 108, sendo que quanto mais elevado, melhor será a qualidade de vida (Pereira et al., 2011). A FACT-G revelou boas propriedades psicométricas, tendo como consistência interna global de 0,91 e α de Cronbach entre 0,80 e 0,90 confirmando uma muito boa fidelidade (Pereira et al., 2011).

5.3. Procedimentos

Recrutamento da amostra e recolha de dados

O projeto de doutoramento foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do IPO-Porto. Posteriormente, através de um contacto realizado por email, as participantes foram contactadas através de um elemento de ligação no IPO, isto é, através de um profissional do IPO que funciona como elemento de ligação entre a instituição e a equipa de investigação.

Se as participantes aceitassem ser contactadas pela equipa de investigação era então realizado um primeiro contacto com as mesmas para que se conseguisse realizar um rastreio inicial, bem como, dar informação às mesmas sobre o presente estudo. Nesse rastreio era possível compreender se estas cumpriam os critérios de inclusão para o estudo ou não. Se as participantes cumprissem então os critérios de inclusão, era realizado o agendamento de recolha de informação, sendo que, nesse momento todas as participantes têm acesso ao consentimento

informado realizado por áudio. Desta forma, a recolha das entrevistas teve a duração de um mês, no ano de 2021.

Devido à pandemia COVID-19 em Portugal, entendeu-se que seria mais seguro que a recolha de dados fosse efetuada de forma online, através da plataforma Zoom, encriptada ponta a ponta. Desta forma, inicialmente as participantes preencheram os questionários FACT-G (Pereira et al., 2011) e Questionário Sociodemográfico e Clínico e de seguida foram alvo de uma entrevista semiestruturada. Esta entrevista foi gravada em formato áudio de modo que, posteriormente, fosse possível realizar a sua transcrição e codificação com a APES. Após esta recolha foram selecionadas três participantes através do seguinte critério: terem acompanhamento psicológico de forma regular; terem acompanhamento psicológico de forma menos regular e não terem nenhum acompanhamento psicológico. Neste sentido, para o presente estudo, foram selecionadas duas participantes com acompanhamento psicológico, uma delas com acompanhamento mais regular (2 a 3 vezes por mês) e outra com acompanhamento menos regular (2 em 2 meses ou 3 em 3 meses) e uma participante que não tem acompanhamento psicológico.

Procedimentos de análises de dados

Após a realização da recolha dos dados, a próxima etapa consistiu na transcrição das entrevistas na sua íntegra e na sua codificação com a APES (Gabalda 2006; Stiles et al., 2006). A análise do processo de assimilação de experiências problemáticas de cada entrevista transcrita foi realizada de acordo com os procedimentos propostos por Osatuke e Stiles (2011) para a codificação com a APES.

O treino de codificação foi realizado de forma semanal, durante 16 semanas todas as sextas-feiras da parte da manhã. Este treino era orientado por um aluno de doutoramento em Psicologia Clínica, com experiência na APES, e supervisionado por uma investigadora com

doutoramento em Psicologia Clínica, com experiência no Modelo de Assimilação e com 11 anos de experiência clínica. As codificações foram realizadas de forma independente e os desacordos foram resolvidos por consenso. Após se ter atingido o nível de acordo inter-juízes aceitável de .781 ($ICC > .65$; Cicchetti, 1994), entre os codificadores das entrevistas, a aluna iniciou a codificação das entrevistas das três participantes deste estudo.

A codificação das entrevistas obedeceu a quatro etapas, sendo que a primeira etapa é a familiarização (Osatuke & Stiles, 2011). Nesta etapa o codificador estudou cuidadosamente o material, tirando algumas notas que fossem úteis para utilizar mais tarde (Osatuke & Stiles, 2011). Para além disso é a etapa em que o investigador leu várias vezes as transcrições e tirou algumas notas. A segunda etapa consistiu na identificação das vozes problemática e dominante de cada uma das participantes que surgem nas entrevistas (Osatuke & Stiles, 2011). Após a identificação das vozes, o passo seguinte foi a seleção dos temas que foram selecionados de acordo com a sua relevância em cada uma das entrevistas (Osatuke & Stiles, 2011). Isto é, quais foram os temas que foram mais abordados e que ocuparam mais tempo nas entrevistas (Osatuke & Stiles, 2011). Na terceira etapa, selecionaram-se os excertos de acordo com cada um dos temas que tinham sido previamente estabelecidos (Osatuke & Stiles, 2011).

O último passo consistiu na codificação dos excertos selecionados de acordo com os níveis de assimilação correspondentes da APES (Osatuke & Stiles, 2011). Cada excerto foi codificado com diferentes níveis de APES. Codificou-se um novo nível de APES em cada excerto sempre que existia uma mudança de tema, uma mudança de nível de assimilação da APES ou uma mudança de marcador de assimilação (Honos-Webb et al., 2003). Estes marcadores de assimilação são padrões no discurso terapêutico que permitem identificar até que ponto a assimilação de um problema progrediu até ser resolvido (Honos-Webb et al., 2003).

Neste sentido, após a codificação feita de forma individual, os codificadores reuniram-se e discutiram todos os desacordos subjacentes da codificação e resolveram-nos de forma consensual. O número médio de passagens por entrevista nos três casos foi 29. Foi importante realizar o cálculo do acordo de forma a estimar a confiabilidade da avaliação realizada pelos dois codificadores. O nível de acordo entre os codificadores nas entrevistas variou entre ICC=0.724 e ICC=0.871.

Assim, relativamente à entrevista de cada participante, a codificação da entrevista de Sofia foi realizada pelos dois codificadores tendo chegado a um acordo elevado nos níveis da APES identificados (ICC= 0,724). A codificação da entrevista de Joana foi codificada com um acordo elevado de ICC=0.799 e a análise da entrevista de Ana foi codificada com um acordo elevado ICC =0.871.

6. Resultados

6.1. Análise do processo de assimilação

Ao longo da análise das entrevistas, foram identificados quatro temas principais, todos eles presentes nas entrevistas das três participantes. Esses temas identificados foram: (1) “adaptação à doença”, (2) “adaptação às mudanças físicas e na funcionalidade”, (3) “adaptação às mudanças profissionais” e (4) “adaptação às mudanças familiares e sociais”. O tema (1) “adaptação à doença” diz respeito ao ajustamento da mulher relativamente à sua doença oncológica e ao impacto da mesma na sua vida (e.g., reação no momento que soube o diagnóstico). O tema (2) “adaptação às mudanças físicas e na funcionalidade” é relativo ao impacto a nível físico e na funcionalidade que estas mulheres sofreram (e.g., a frequente queixa de falta de memória ou a realização das tarefas com um maior esforço). Relativamente ao tema (3) “adaptação às mudanças profissionais”, este diz respeito às mudanças ao nível profissional ou académico pelas quais as mulheres passaram (e.g., mudar hábitos anteriores, entre eles o de

não voltar a colocar o trabalho em primeiro lugar). Por último, o tema (4) “adaptação às mudanças familiares e sociais” refere-se às mudanças mais familiares (e.g., organização familiar em casa, tempo despendido com os amigos).

Seguidamente serão apresentados os níveis de assimilação das participantes do estudo nos quatro temas em conjunto, uma vez que os níveis APES atingidos foram semelhantes entre eles.

6.1.1. Sofia (sem acompanhamento psicológico)

Sofia é uma mulher trabalhadora e focada nos projetos de vida, apresenta como voz dominante: “Tenho de ser mãe para ser feliz”. Se não realizasse o desejo de ser mãe, acreditava que nunca conseguiria ser feliz. Sujeitou-se, desta forma, a vários tratamentos de fertilidade para conseguir cumprir o seu objetivo. Os seguintes excertos podem ilustrar esta voz: *“Achava que para ser feliz eu tinha que ser mãe”*; *“Eu vivia quase obcecada”*.

Como voz problemática de Sofia, associada ao cancro da mama, foi identificada: “A minha vida pode terminar”. A voz problemática confronta a voz dominante que acredita que necessita de ser mãe para se sentir uma mulher completa. Quando confrontada com a doença oncológica, a participante percebeu que já teria tudo para ser feliz, encarando esta experiência como uma lição de vida. Como comprovam os próximos excertos: *“Foi uma lição de vida”*; *“(...) me fez parar pra ver que realmente é preciso viver um dia de cada vez”*; (...) *“Sinto-me uma pessoa feliz”*.

Na codificação da entrevista de Sofia foram identificados como nível mínimo o nível 3 da APES e o nível 6 da APES como nível máximo. O nível médio de assimilação foi de 5,13, apontando um nível elevado de assimilação da experiência de cancro. Na análise da sua entrevista, os níveis de assimilação mais frequentes foram níveis elevados (APES 5 e 6).

Ao longo da entrevista foi possível perceber que estes níveis elevados de assimilação sugerem uma tentativa de Sofia mudar o seu comportamento (APES 5), bem como, a existência de uma mudança interpessoal (APES 6). Esta mudança, principalmente na forma como percebe a sua vida, sugere que a voz problemática da participante de que a sua vida poderia terminar ou estar em risco foi devidamente integrada e assimilada. Em alguns momentos da sua entrevista foi possível perceber que a participante recuou para perceber qual o problema e desta forma conseguiu integrar a voz problemática, desejo de ser mãe para ser feliz, na sua comunidade de vozes. Este recuo-o a este nível foi importante para que a participante pudesse ter o insight que permitiu depois a sua evolução para níveis mais elevados. No excerto seguinte é possível encontrar um exemplo desta integração da voz problemática, classificado com o nível 4 da APES, em que Sofia comparou o sofrimento da experiência e dos tratamentos do cancro da mama com o sofrimento dos tratamentos de fertilidade. Este nível 4 da APES indica que a participante já está num nível de melhor compreensão acerca da sua experiência problemática, sendo que as vozes problemática e dominante começam a alcançar um entendimento, criando aqui maior clareza sobre a experiência problemática.

“Sofia: Não seria, eu acreditava que não mas, mas eu agarrei-me de tal forma a tudo que eu tinha de bom, era a minha família, eram os meus sobrinhos, tudo o que eu... eu a pensar que sofri tantos anos porque o facto de eu, eu sofri acho que sofri muito mais psicologicamente pelo facto de sofrer de infertilidade e de nunca ter conseguido engravidar do que propriamente encarar um cancro. Ah, parece se calhar pode parecer estranho mas é a realidade. Então eu... eu disse ao meu marido “eu gosto muito de viver, eu gosto é pra mim viver é tudo.” E, eu naquele momento acho que percebi que eu tinha tudo para ser feliz e eu achava que não era feliz porque eu não tinha filhos. E eu sentia aquela ausência, eu sentia que um dia quando fosse mais velha iria sentir falta de ter filhos. Eu achava que para ser feliz que eu tinha que ser mãe, porque o

meu maior sonho era ser mãe. Ah... e naquele momento eu percebi que eu já era tão feliz, eu já tinha tudo para ser feliz.” (APES 4)

Assim, com uma nova perspectiva e um novo pensamento, verificou-se que a participante conseguiu, através do insight, aplicar esta nova perspectiva e adaptar-se de uma melhor forma à doença oncológica por que estava a passar. Este insight ajudou Sofia a encarar todo o processo da doença com mais otimismo e, conseqüentemente, a ter ainda mais força e vontade de continuar a viver. O excerto seguinte ilustra essa força de viver:

Sofia: (...) *E quando eu penso não vou fazer uma pausa porque eu já estava num sofrimento doloroso fisicamente e psicologicamente por causa desses tratamentos aparece-me um cancro e eu aí percebi que realmente eu tinha que aproveitar o que eu tinha já de bom, não podia estar sempre a viver numa coisa do futuro que nunca iria, provavelmente nunca iria acontecer, que foi o que aconteceu.” (APES 5)*

Neste sentido, para uma melhor adaptação e assimilação face à sua doença oncológica, a participante realizou algumas mudanças no seu comportamento em prol do seu bem-estar. Estas mudanças são sinais de que existe um elevado nível de assimilação, sendo que, no excerto seguinte, codificado como APES 5, é possível identificar o desejo de mudar de Sofia, principalmente pelo facto de que a própria reconheceu a existência de uma força interior que não sabia que existia. Para além disso, observou-se que Sofia reconheceu que necessitava destas mudanças na sua vida, como se tivesse sido uma paragem, pois por vezes colocava-se em segundo lugar em prol de outras situações da sua vida, sejam elas familiares ou profissionais. Verificou-se desta forma que a participante se encontrava no nível 5 da APES uma vez que já tinha ganho algum insight sobre o prolema e decidiu, dessa forma, agir de maneira diferente.

Entrevistador: *...que significado é que a doença tem para si atualmente?*

Sofia: *Para mim, foi uma lição de vida.*

Entrevistador: *Uma lição de vida, hm hm.*

Sofia: *Sim, eu conheci uma Sofia que eu não conhecia, que eu achava que não era capaz e senti orgulho de mim mesma. Acho que não me posso esquecer, acho que me portei muito bem era o que eu dizia quando saía de lá. Acho que me portei muito bem. Superei a expectativa, sim. Conheci, pelo menos a sensação que eu tenho é que conheci alguém que eu não conhecia, eu mesma.”*

Ao longo da análise da entrevista foi ainda possível perceber que Sofia já referia algumas mudanças interpessoais realizadas ao longo do processo de cancro da mama. Estas mudanças sugerem que a participante conseguiu assimilar a experiência problemática e que ao mesmo tempo a resolução foi percebida. Estes fatores indicam um nível bastante elevado de assimilação, nível 6 da APES. Ao longo da entrevista foi possível perceber que Sofia já notava em si mudanças interpessoais e, consequentemente, isto é um indicador de uma assimilação da experiência problemática e que essa assimilação e resolução foi percebida. Estas mudanças indiciam principalmente na forma como perceciona a vida, referindo que queria aproveitar mais a vida, viajar mais e também cuidar mais da sua imagem corporal. Referiu que antes deste processo de cancro da mama vivia muito para a construção de uma boa estrutura familiar e financeira caso fosse mãe, e como isso não foi possível decidiu viver a vida numa outra perspetiva.

A participante admitiu que recuando atrás na sua vida, percebeu que a experiência de cancro da mama não constituiu uma ameaça à sua vida, mas sim uma lição para a fazer ver que realmente ela já teria tudo para ser feliz, mesmo não realizando o desejo de ser mãe. Como é possível verificar no excerto seguinte, a participante admitiu estas mudanças pessoais e interpessoais e esta perspetiva que tinha em relação à vida anteriormente:

“Entrevistador: *E de que forma, a doença teve impacto na sua qualidade de vida?*

Sofia: *(silêncio) Ah... na minha qualidade de vida? (silêncio) Sim, ah... Acho que... comecei a viver mais pra mim e pro meu marido. Acho que... deixei de pensar tanto nos outros*

ou tanto no trabalho, tanto nas coisas do exterior e a viver mais o o dia-a-dia, a viver mais o que é nosso viver pra nós, ah sim acabamos por viver, a viver de forma diferente, viajámos muito mais.

Entrevistador: *E como é que se sente agora, atualmente relativamente à sua doença?*

Sofia: *Como é que eu me sinto? Eu sinto-me uma pessoa feliz. Acho que depois de tudo que eu passei, levantar-me todos os dias para poder ir trabalhar, acho que não há melhor.”*
(APES 6)

6.1.2. Joana (acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês)

Joana apresenta como voz dominante “Tenho que ser sempre forte”. Os seguintes excertos podem ilustrar esta voz “*sou uma pessoa que relativamente forte, emocionalmente, (...) e tive que aguentar muito sozinha, tenho assim um perfil de guerreira...*”. Joana pode ser descrita como uma mulher batalhadora, forte, dedicada aos outros e ao trabalho, responsável e preocupada com a saúde.

Como voz problemática Joana apresentou uma voz vulnerável, “A minha doença deixou-me vulnerável”. O seguinte excerto pode clarificar esta voz, quando se referia aos tratamentos associados ao cancro: “*(...) é uma experiência que não desejo a ninguém, custou-me muito. Eu pensava assim “como é que eu vou aguentar?” porque aquilo era mesmo um martírio, eu fiquei KO, eu fiquei sem defesas (...)*”.

Através da análise da APES, Joana apresentou um nível médio de assimilação de 3,04, o que sugere um nível moderado de assimilação da experiência de cancro. Foram identificados como nível mínimo o nível 1 da APES e o nível 4 da APES como nível máximo. Na análise foi possível identificar maioritariamente níveis moderados de assimilação (APES 3 e 4). A Joana demonstrou um nível moderado de assimilação através da demonstração de objetivos incompatíveis que levavam ao conflito no self e de conflitos entre deveres e desejos que indicam conflito interno da participante (APES 3). Estes conflitos incidiam sobretudo no facto de a

participante, como se caracterizava como uma mulher forte, se sentir mais vulnerável, principalmente, na realização dos tratamentos do cancro da mama. Existia aqui um conflito entre as suas vozes porque sendo uma mulher forte, não se queria deixar abalar por esta doença.

O nível 3 (APES 3) foi o que esteve maioritariamente presente ao longo da entrevista. Joana foi conseguindo formular o problema (APES 3), problema relacionado com a experiência de cancro da mama, no entanto, esse problema ainda não estava integrado na sua comunidade de vozes. Surgiu um conflito entre as vozes problemática e dominante, uma vez que apesar de se considerar uma pessoa forte, a participante assumiu sentir-se vulnerável durante algumas fases principalmente dos tratamentos para a sua doença oncológica:

“Joana: Pronto e depois a seguir foi logo marcaram um exame, no próprio exame o médico disse que aquilo não tinha um bom aspeto, fui logo fazer uma ressonância magnética que disse logo que eu tinha mais que um tumor, até tinha três e também tinha as adenopatias da axila. Pronto e foi... aquela coisa. Sei lá, eu não sei se... de certa maneira eu já estava mais ou menos preparada, mas não, mas vou dizer que achava que nunca ia ter problemas. Ah... é estranho não, é eu estava preparada, mas por outro lado achava que não me ia calhar a mim não é, até porque eu tenho um estilo de vida ou tinha até então um estilo de vida muito saudável. Eu nunca fumei, nunca bebi, nunca experimentei drogas, praticava desporto, tomava vitamina D e outras vitaminas, estava tudo mais ou menos controlado. Portanto, à partida eu achei que a única coisa era que não tinha filhos, não é e por acaso tive um problema, tive um aborto em 2018 e... e pronto e fiz um tratamento de fertilidade, entretanto, que se calhar potenciou-me o cancro da mama (riso)”

Além disso foi ainda possível observar a presença da voz problemática de vulnerabilidade associada à doença, onde Joana demonstrou a sua fraqueza e sensibilidade a todo o processo da doença por que foi passando. Esta vulnerabilidade está mais presente quando a participante

recordava todos os tratamentos que tinha passado, referindo várias vezes que tinha sido um processo doloroso e difícil de enfrentar, e que ainda hoje se recordava disso.

Foi possível verificar esta voz no excerto relativo à adaptação à doença codificado como APES 3, em que se observou que Joana já tinha alguma perceção do problema, mas ainda demonstra dificuldades na sua assimilação devido à sua posição de vulnerabilidade face à doença. No excerto seguinte, a participante demonstra insatisfação com a vida e não percebe o porquê de ter tido aquela doença (APES 3):

“Entrevistadora: (...) *Depois desta experiência inicial, depois de ter recebido o seu diagnóstico, ah... qual é o significado que a... pronto que a doença tem para si?*

Joana: *Bem, a doença é pronto, é aquela incógnita e eu pergunto muitas vezes porque é que eu estou a passar ou passei pela situação. A nível de... de perspetiva de vida e... e sobretudo naqueles momentos mais críticos em que eu sofri bastante porque eu tive que ser internada várias vezes depois de fazer as quimioterapias, ah... eu achei que tava a ser castigada. Então, muitas vezes e disse mesmo “eu prefiro morrer porque eu não vou, eu saber que vou ter que continuar o tratamento todo nisto, eu prefiro morrer porque eu não estou para aguentar isto, que não tenho qualidade de vida nenhuma”. E depois aquela coisa de eu não tinha energia, eu, ah... o sabor na boca, eu não me apetecia comer, eu não podia sair de casa por causa do COVID não é porque tinha aquelas restrições todas. Na prática tinha uma vida muito complicada muito... não é, muito pesada e... e muitas horas a pensar “opá porra, ah... porque é que eu estou a passar por isto?”, aquelas dúvidas se calhar que as pessoas têm, que passam pelas mesmas situações, sei lá “Porra, eu sou uma boa pessoa, nunca fiz mal a ninguém, eu estou a passar isto porquê?”, ah... não é? Porque repare, eu, eu, ah... a minha vida, ah... pronto era uma vida, era uma vida normal e... e de repente eu já tinha levado uns abanões antes” (APES 3)*

Relativamente à voz dominante, ao longo da entrevista esta demonstrou-se através da sua necessidade de ser sempre forte e ter a capacidade de enfrentar e lidar com as situações da vida e com os problemas sozinha. A participante refletiu várias vezes sobre o facto de, após esta doença, se ter focado mais em si e que tinha que pensar mais em si para conseguir ultrapassar esta fase menos boa da sua vida. Referia muitas vezes que já estava cansada de ir às consultas, e que agora queria parar um pouco e ter tempo para si, sendo que não queria fazer planos para o futuro uma vez que sentia que tudo poderia mudar e que ela não teria controlo nisso.

Em algumas partes da entrevista foi possível ainda verificar que a participante já conseguia formular o problema e ter uma nova compreensão sobre ele (APES 4), uma vez que Joana, através do insight identificou o problema, avaliou o problema de outra forma e ainda o conseguia ver com outra perspetiva. Isto é, conseguia formular a experiência problemática e refletir sobre as mudanças que esta experiência trouxe na sua vida, principalmente quando se referia ao trabalho, dizendo que depois desta experiência há coisas que ela não quer voltar a fazer nem a repetir. Demonstrou aqui já alguma vontade em mudar em relação a alguns aspetos da sua vida, sendo que as vozes já alcançavam um entendimento entre si, criando pontes de significado (APES 4).

“Entrevistadora: Pronto, apesar de todo o sofrimento houve sempre ganhos e perdas também na sua vida ao longo deste processo não foi? Em termos de coisas positivas, o que é que pode denotar?”

Joana: Ah... positivas foi isso, eu acabar por confirmar quem é que são os meus amigos e que a minha família me apoia pronto e o meu companheiro também” (APES 4)

Em suma, através da análise da entrevista, constatou-se que Joana apresentou um nível moderado de assimilação da experiência problemática de cancro da mama.

6.1.3. Ana (acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou 3 em 3 meses)

A participante Ana pode ser descrita como uma mulher vaidosa, proativa, otimista, dedicada à família e ao trabalho. Apresenta como voz dominante “Não posso estar mal, não posso estar triste, não posso ir a baixo”. O excerto que pode clarificar esta voz pode ser “(...) *Eutive o meu momento (...) precisava de viver isso para mim, porque não existe forma das pessoas nos puderem ajudar naquele momento (...) eu tinha que viver e me consciencializar a mim (...) tinha aquela meia hora minha em que eu assimilava tudo o que me foi dito (...)*”.

Como voz problemática Ana apresentou como voz: “A doença faz-me sentir vulnerável”. O excerto seguinte pode ilustrar esta voz “*Ainda existem muitas incertezas e, portanto, essa falta de certezas é que me deixa desconfortável (...) Pânico... Que possa acontecer de novo e acho que não estou minimamente preparada (...)*”.

Verificou-se que na análise da entrevista de Ana o nível médio de assimilação foi de 3,31, sendo classificado como nível médio de assimilação. Foram identificados como nível mínimo o nível 2 da APES e o nível 5 da APES como nível máximo. Durante a análise da entrevista, os níveis de assimilação maioritariamente identificados foram níveis moderados (APES 3 e 4).

Estes níveis de assimilação sugeriram que Ana conseguiu identificar e compreender o problema, existindo um confronto entre a voz problemática e a voz dominante (APES 3). Isto pode ser demonstrado pelo excerto seguinte, em que a sua voz dominante de não poder mostrar a sua fraqueza entra em conflito com a sua voz problemática de vulnerabilidade e receio de voltar a passar pela mesma doença. Este excerto permitiu perceber que a participante sentia algumas dificuldades em admitir a sua vulnerabilidade e fraqueza face à sua família, principalmente em relação aos seus filhos, sendo que apesar de sentir que precisava desse tempo para si sozinha, acabava por sentir também a obrigação de os compensar pela sua falta.

“Ana: Ainda hoje porque eu sinto que... eu não posso estar mal. Eu não posso estar triste. Eu não posso dizer assim, eu digo-lhes muitas vezes e cada vez isso ah, as consultas que tenho tido têm-me ajudado em admitir isso, portanto eu às vezes digo “olha a mãe tem que descansar, tirou este bocado pra mim e façam o que quiserem e eu tou...”, já consigo fazer isso mas depois há sempre aquela necessidade de compensar. De estar presente de os acompanhar, estar o mais ah... demonstrar-lhes “ok, isto eu tenho este problema mas eu estou bem” Ah... com uma cara que às vezes não demonstra o que está cá dentro

***Entrevistador:** Quase como se houvesse uma pressão até social muitas das vezes para “tem que... não podes ir abaixo, tem de estar tudo bem, não podes mostrar isto aos outros”, não é?*

***Ana:** Não é quase, existe essa pressão. Existe esta pressão. Ah... as pessoas esperam de nós ah... sempre o estarmos bem.” (APES 3)*

Verificou-se que os níveis mais frequentes nas entrevistas da participante foram níveis moderados, o que indicam que as vozes dominante e problemática de Ana ainda entram em conflito o que faz com que a voz problemática da participante não seja assimilada na sua comunidade de vozes. Verificou-se que esta vulnerabilidade que Ana sentia face à experiência de cancro a deixava numa situação frágil e difícil de enfrentar. A participante encontrou-se em algumas partes da sua entrevista num nível 2 da APES, afirmando a sua vulnerabilidade e também emoções negativas. Nessa vulnerabilidade, só a palavra IPO a fazia ficar assustada, sentindo que o mundo poderia acabar ali e que poderia não ter forças para enfrentar esse processo violento.

No entanto, em alguns excertos da sua entrevista, Ana demonstrou uma compreensão do problema sendo que já existiriam intenções e até algumas mudanças e estratégias de resolução do mesmo (APES 4 e 5). Essas mudanças consistiam principalmente no facto de conseguir tirar tempo para si e para pensar mais em si, bem como conseguir estar mais presente na sua vida

familiar. Neste sentido, observou-se um possível início da assimilação da voz problemática na comunidade de vozes, em que Ana afirmou realizar algumas mudanças em relação à sua vida e mudar alguns hábitos que não quer mais repetir. No excerto seguinte, codificado como APES 5, nível esporádico ao longo da entrevista, foi possível verificar esse início da mudança, em que a participante já refletia sobre quais mudanças queria realizar e que forma estas afetavam a sua vida:

“Entrevistador: (...) o que é que mudou em si relativamente à forma como agora percebe a sua vida?

Ana: Olhe percebo que não quero voltar ah... a ter a vida que tinha, por exemplo. Não... não quero viver como muitas vezes sair do trabalho a correr, meter os miúdos no carro e estar a dizer já no carro já o que é que vamos fazer e, portanto, uma azáfama, um stress... isso não quero voltar a ter. Portanto eu eu não me assusta propriamente o medo de morrer, por isso nós sabemos todos todos que o vamos fazer, eu quero é prolongar mais a minha vida com qualidade (riso). Ah... assusta-me e não quero cometer determinados erros que cometi no passado, portanto, quero tentar ser uma pessoa diferente e melhor, não sei se vou conseguir, mas vamos tentar (risos). Portanto, acho que me criou, eu não sei porque eu ainda não voltei às rotinas. Portanto é aquele ciclo e damos por nós a fazer exatamente o mesmo. Mas espero muito honestamente haver coisas que eu ache que já não as vou fazer, mesmo a nível profissional e tudo, há coisas que eu não vou permitir que... fazer e acabou.” (APES 5)

Em suma, conclui-se que, apesar dos efeitos negativos e adversos da experiência problemática, a participante apresenta um nível moderado de assimilação.

6.2. Diferentes condições de acompanhamento psicológico, assimilação da experiência de cancro da mama, qualidade de vida e sintomatologia clínica

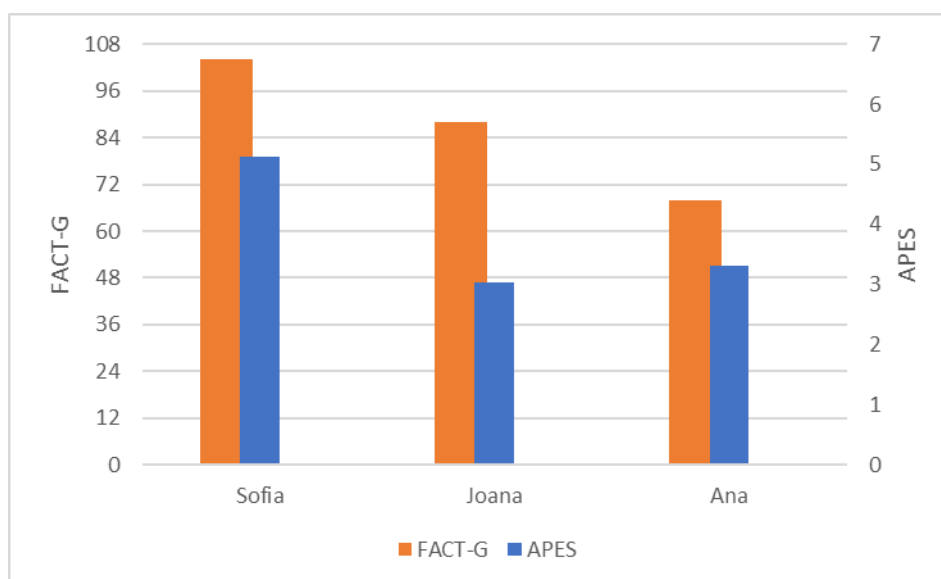


Figura 1- Assimilação e qualidade de vida no caso da Sofia (sem acompanhamento psicológico), Joana (acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) e Ana (acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses)

Através da análise dos resultados apresentados no gráfico (figura 1), verifica-se que as participantes Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) e Ana (com acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses) apresentam um nível moderado de assimilação (3,04 e 3,31, respetivamente) e que a participante Sofia (sem acompanhamento psicológico) apresenta um nível elevado de assimilação (5,13). Assim, a participante Sofia que não usufruiu de acompanhamento psicológico ao longo do processo de cancro da mama, apresentou um maior nível de assimilação da experiência problemática de cancro da mama do que as outras participantes.

Referente ao instrumento FACT-G, os resultados deste instrumento podem variar entre 0 e 108, sendo que quanto maior for o resultado do instrumento, melhor será a qualidade de vida. Neste caso, constatou-se que Sofia (sem acompanhamento psicológico) apresentou melhor qualidade de vida do que a Joana (acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) e a Ana (acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses; FACT-G= 104, FACT-G= 88 e

FACT-G =68, respetivamente). De notar que a qualidade de vida reportada pela Joana foi mais elevada do que a da Ana.

Em suma, a participante que não usufruía de qualquer tipo de acompanhamento psicológico foi aquela que obteve maior nível de assimilação. Observou-se que a participante Joana, que tinha acompanhamento psicológico duas a três vezes por mês, obteve um nível semelhante de assimilação da experiência de cancro ao da Ana, que tinha acompanhamento psicológico de dois em dois meses, ou de três em três meses. A Sofia, participante que revelou maior nível de assimilação da experiência de cancro, apresentou melhor qualidade de vida. Apesar de as outras duas participantes apresentarem níveis médios de assimilação, a qualidade de vida foi distinta, sendo que a Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) apresentou melhor qualidade de vida do que a Ana (com acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses)

7. Discussão

O cancro da mama é, como referido anteriormente, o tipo de tumor maligno mais frequente nas mulheres (Silva et al., 2011). Por ser uma doença associada a diversos desafios e consequências negativas, a experiência de cancro da mama pode ser uma experiência potencialmente traumática e, conseqüentemente, impactar negativamente a qualidade de vida dessas mulheres (Silva et al., 2011). Neste sentido, torna-se importante perceber se existe alguma relação entre o acompanhamento psicológico, a assimilação da experiência problemática e a qualidade de vida. Estudos anteriores realizados com a APES, sugerem que existe uma relação entre o bem-estar psicológico e os níveis elevados de assimilação de experiências problemáticas em condições de psicopatologia durante o acompanhamento psicoterapêutico (Basto et al., 2016; Gabalda, 2006; Honos-Webb et al., 1999; Stiles et al., 1990). Neste sentido, o presente estudo

pretendeu explorar a assimilação da experiência problemática de cancro da mama e qualidade de vida em casos de mulheres em diferentes condições de acompanhamento psicológico.

As participantes com acompanhamento psicológico obtiveram níveis moderados de assimilação. No caso de Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) estes níveis moderados de assimilação podem estar associados ao facto de a doença a ter deixado numa posição de vulnerabilidade e de fraqueza, sentimento comum entre as mulheres com cancro da mama (Remondes-Costa et al., 2012). Os níveis moderados de assimilação da participante Joana (acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) foram identificados através da existência de conflitos internos entre as suas vozes problemática e dominante. A participante tinha acompanhamento psicológico regular, duas ou três vezes por mês, no entanto, a Joana encontra-se num nível moderado de assimilação e esperava-se um maior nível de assimilação. Apesar da literatura existente verificar que o apoio psicológico traz diversos benefícios a estas mulheres, entre eles, melhor qualidade de vida (Brandão & Matos, 2015), verifica-se que não foi o caso da participante Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês), uma vez que esta apresenta um valor médio de qualidade de vida e que apresenta um nível moderado de assimilação, o que significa que a participante ainda não integrou a experiência problemática na sua comunidade de vozes. Este facto demonstra que Joana poderá ter tido mais dificuldade em assimilar esta experiência de cancro uma vez que no passado já teria tido problemas relacionados com ansiedade social e problemas no seu trabalho. Isto é, experiências problemáticas passadas não assimiladas podem dificultar ainda mais uma assimilação de uma nova experiência problemática. Num estudo de Knobloch et al. (2001) verificou-se que, num caso descrito no estudo, a resolução de uma experiência problemática pode interferir na resolução de outra. Isto é, por vezes o progresso da assimilação de uma experiência problemática atual pode não ser conseguido uma vez que outra experiência problemática passada ainda não está devidamente assimilada (Gabalda & Stiles, 2009). Por este fator, pode ser mais difícil e demorada esta

assimilação da experiência de cancro, dificultando este processo de assimilação, apesar do acompanhamento psicológico mais regular. Esta pode ser uma possível hipótese para o caso de Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) que, apesar do acompanhamento mais regular, apresenta um nível médio de assimilação moderado (APES =3,04).

Relativamente à Ana, que recebia acompanhamento psicológico mais esporádico, de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses, verificou-se que esta também apresentava níveis moderados de assimilação da experiência de cancro. Estes níveis foram identificados também através de sentimentos de medo e receio de que a doença possa retornar e esta não consiga voltar a passar por este processo doloroso. Estes sentimentos são muito comuns em mulheres com cancro da mama que já estão numa fase de pós-tratamento (Remondes-Costa et al., 2012). Foi possível compreender que estes níveis moderados de assimilação podiam estar associados à privação da vivência de projetos de vida, que muitas vezes eram alterados em função da sua dinâmica familiar e do cuidado da sua casa. Em alguns momentos da sua entrevista compreendeu-se que Ana já conseguia idealizar algumas mudanças na sua vida para não voltar a repetir de novo aquilo que fazia antes da sua doença, nomeadamente ser uma pessoa melhor e aproveitar mais a vida junto da sua rede familiar. Desta forma, a não assimilação da experiência problemática de Ana poderá ter dificultado o processo de adaptação e aceitação da doença, refletindo-se também na sua qualidade de vida. Isto pode significar que pode ter tido maior dificuldade em assimilar a sua experiência problemática devido a fatores que poderão ser mais internos ou externos. Isto é, fatores como o apoio social e familiar podem ser essenciais durante um processo psicoterapêutico e também durante todo o processo da doença (Sette & Capitão, 2018). Como referido anteriormente, a situação da doença possibilitou a algumas doentes um maior enriquecimento do apoio social e familiar (Remondes-Costa et al., 2012). No entanto, depois da análise da entrevista de Ana, observou-se que não existiu um apoio social e familiar compacto que desse algum conforto e força à participante para enfrentar a doença. Estudos realizados referem que o suporte

social e familiar são recursos que podem influenciar a resposta humana em situações de crise ou de stress face à doença, acabando por poder ter um efeito de proteção na saúde dos doentes (Peixoto & Peixoto, 2017). Para além disso, apesar de Ana estar a ter acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses, esse acompanhamento mais esporádico também pode não estar a ir de encontro às suas necessidades. Esse fator poderá ter sido um fator fundamental para uma maior dificuldade da assimilação da experiência problemática de cancro.

No que se refere à participante Sofia (sem acompanhamento psicológico), foram verificados maioritariamente níveis elevados de assimilação (APES 5 e 6) sugerindo que a participante já conseguiu assimilar a experiência problemática de cancro da mama. Verifica-se ainda que a participante parece evidenciar uma boa qualidade de vida. Estes níveis elevados de assimilação de Sofia (sem acompanhamento psicológico) foram demonstrados através de um maior insight sobre a experiência problemática e ao mesmo tempo foram também demonstrados através da presença de mudanças intrapessoais. Estas mudanças e esta atitude mais positiva e otimista face ao processo da doença oncológica que Sofia demonstrou, proporcionaram à mesma uma melhor adaptação e consequente melhor qualidade de vida. Segundo a literatura existente, verifica-se que o otimismo das doentes pode desempenhar um papel importante na forma como estas se adaptam tanto ao diagnóstico como a todo o processo da doença oncológica (Alves & Pereira, 2013). Para além disso, uma melhor aceitação da doença ajuda a diminuir a incidência de possíveis perturbações psicológicas, melhorando desta forma o prognóstico dos casos e consequente qualidade de vida (Hopwood & Stephens, 2000).

É possível desta forma concluir que Sofia, através destes recursos, poderá ter conseguido adaptar-se melhor à doença o que ajudou na progressão da assimilação da experiência problemática na comunidade de vozes, o que impulsionou a participante a ter melhor qualidade de vida. Apesar de não ter acompanhamento psicológico, conseguiu obter níveis mais elevados de assimilação. Verificou-se, desta forma, que existiu assim uma mudança espontânea, com

recursos mais pessoais e sem o recurso ao acompanhamento psicológico. Contudo, como a participante anteriormente ao cancro da mama já tinha usufruído de acompanhamento psicológico devido a questões de infertilidade, este acompanhamento pode ter tido um impacto bastante significativo na sua vida ajudando Sofia a conseguir lidar de uma melhor forma com as adversidades da vida (Correia et al., 2016).

Aliado a isto, o apoio social e familiar que a participante Sofia teve ao longo do processo da doença, também poderá ter sido facilitador desta integração da experiência problemática. Ao longo da análise da entrevista de Sofia foi possível perceber que existia uma rede vasta e segura de amigos e família próximos da participante. Este apoio social e familiar é uma estratégia importante durante o processo da doença (Silva et al., 2019), e, consequentemente, está relacionado com uma melhor qualidade de vida e também redução de ansiedade e depressão (Bradley et al., 2018). O suporte social e familiar de Sofia foram importantes para a participante se sentir mais segura de que realmente teria tudo para ser feliz, mesmo que não conseguisse ser mãe. Este resultado sugere associação entre melhor qualidade de vida e mais elevada assimilação da experiência. Nesse sentido, esta participante poderá não ter precisado de acompanhamento psicológico para integrar esta experiência. Na análise da relação entre a assimilação da experiência problemática de cancro e o acompanhamento psicológico, os resultados parecem não sugerir que o acompanhamento psicológico mais frequente se associa a níveis mais elevados de assimilação.

No caso de Joana, que tinha acompanhamento psicológico de forma mais regular (2 ou 3 vezes por mês) esta obteve níveis moderados de assimilação e um nível inferior de qualidade de vida, quando comparada com a Sofia. Ana obteve também níveis moderados de assimilação e um nível mais baixo de qualidade de vida. É possível constatar, desta forma, que parece não existir relação entre o nível de assimilação e qualidade de vida e o acompanhamento psicológico mais ou menos regular. Segundo a literatura existente, mulheres que realizam acompanhamento

psicológico durante a doença sofrem menos impacto, o que conduz ao surgimento de uma resposta emocional mais equilibrada e adaptativa (Alves & Pereira, 2013). Ainda assim, poderá ser necessário considerarmos o término do acompanhamento para compreender o impacto desse, até porque os estudos prévios na assimilação em contexto psicoterapêutico consideram o final do acompanhamento, e não apenas o processo, para estudar a relação entre a assimilação das experiências problemáticas e o bem-estar das participantes (Alves & Pereira, 2013).

Através do questionário FACT-G foi possível também analisar a qualidade de vida das três participantes. Observamos que a participante com melhor qualidade de vida foi Sofia (sem acompanhamento psicológico), seguindo-se Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) e por fim Ana (com acompanhamento psicológico de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses). Assim, em relação às participantes que estavam a usufruir de acompanhamento psicológico, parece existir uma relação entre o acompanhamento psicológico e o nível de qualidade de vida.

Segundo a literatura, várias características e vivências pessoais podem influenciar a experiência problemática (Nicolussi & Sawada, 2011). O suporte social, familiar, imagem corporal, satisfação com a vida, entre outros, são fatores que também influenciam a qualidade de vida destas mulheres (Nicolussi & Sawada, 2011). Aliado à rede de suporte social e familiar, verificou-se também que Sofia (sem acompanhamento psicológico) já teria tido apoio psicológico previamente por outras razões, sendo que esse fator poderá ter sido crucial para uma nova perspetiva da vida e consequente melhor assimilação desta experiência de cancro da mama. O mesmo não se verificou para as participantes Ana e Joana. Apesar de a participante Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês) ter tido um acompanhamento mais regular, isso pareceu não ter resultado pelo menos ainda, na integração da experiência problemática de cancro. Aliado a isto, também parecem existir experiências problemáticas prévias de Joana relacionadas com a ansiedade social e problemas no trabalho que poderão ainda não estar também assimiladas.

Em suma, foram analisadas entrevistas de três mulheres na mesma fase da doença, pós-tratamento, de faixa etária semelhante e com características de acompanhamento diferentes, sendo que se verificou que todas elas demonstram formas diferentes de observar a mesma experiência problemática. Conclui-se desta forma que não parece existir uma relação entre maior frequência de acompanhamento psicológico e o nível de assimilação. No entanto, verificou-se que a utilização da APES foi útil para analisar a integração da experiência de cancro destas mulheres e que poderá existir uma relação entre a assimilação e a qualidade de vida destas mulheres.

8. Conclusão, limitações e estudos futuros

O presente estudo pretendeu explorar a relação entre a assimilação, qualidade de vida e o acompanhamento psicológico em mulheres com cancro da mama, de forma a explorar a relação entre este acompanhamento e a assimilação da experiência problemática.

Os principais resultados sugeriram que a participante Sofia (sem acompanhamento psicológico) foi a participante que obteve maiores níveis de assimilação e melhor qualidade de vida. Este fator poderá estar relacionado com uma rede de suporte social e familiar segura e pelo facto de ter tido apoio psicológico anteriormente. No caso de Joana (com acompanhamento psicológico 2 ou 3 vezes por mês), apesar de ser a participante com um acompanhamento mais regular, verificou-se que obteve níveis moderados de assimilação. Este fator poderá estar relacionado com problemas de ansiedade passados e com experiências problemáticas prévias não assimiladas. No caso de Ana (com acompanhamento psicológico de 2 em 2 meses ou de 3 em 3 meses) esta também apresentou um nível de assimilação moderado e o suporte social e familiar poderão ser fatores que dificultaram a assimilação desta experiência, uma vez que a participante não teria uma base familiar e social segura que a ajudasse neste processo.

Como conclusão, pode-se sugerir que maiores níveis de assimilação parecem ser acompanhados por uma melhor qualidade de vida nas pacientes com cancro da mama, e que a frequência de acompanhamento psicológico não é clara ter um impacto atual na assimilação. Assim, outros fatores, como por exemplo, o apoio social e familiar, que não a terapia, podem ser suficientes para promover a assimilação da experiência problemática. Assim, não é estritamente necessário o acompanhamento psicológico, podendo algumas mulheres conseguirem assimilar a experiência de cancro e usufruir de boa qualidade de vida sem esse tipo de apoio.

No que diz respeito às principais limitações do presente estudo foram: (a) ter sido analisado apenas um momento de entrevista, não se conseguindo perceber se o nível de assimilação se mantinha ao longo do tempo ou se havia mudanças ao longo do acompanhamento; (b) não saber qual o modelo de intervenção terapêutico utilizado em cada caso de acompanhamento psicológico; e (c) falta de prática relacionada com a aplicação do modelo de assimilação de experiências problemáticas, dificultando por vezes a codificação e a análise das entrevistas.

Porém, de forma a ser possível compreender esta relação entre a assimilação, a qualidade de vida e o acompanhamento psicológico, torna-se necessária a realização de mais estudos semelhantes com uma amostra maior e mais diversificada. A presente dissertação poderá ser um ponto de partida para estudos futuros para além de que é um contributo para os estudos realizados na área. Seria interessante, em estudos posteriores, analisar casos com acompanhamento psicológico de uma forma longitudinal, isto é, em vários momentos, para tentar perceber se o nível de assimilação ao longo do processo terapêutico evolui. Outro estudo que seria interessante desenvolver seria o de analisar casos com experiências problemáticas prévias à experiência de cancro, e casos sem experiências problemáticas prévias, comparando os níveis de assimilação em ambos os casos. Outro estudo poderia ser também o de analisar casos com e sem suporte social e comparar os níveis de assimilação entre os casos.

9. Referências

- Alves, C., & Pereira, H. (2013). Adaptação ao Cancro da Mama e Cancro Ginecológico no Período Pré-e Pós-Operatório. *Psychology, Community & Health*, 2(3). <https://www.psycharchives.org/en/item/15ea81fa-55b5-4f15-b1d7-7afda130b03a>
- Aureliano, W. A. (2007). Corpo, saúde e trabalho: (re)pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. *Prática & Trabalho*, 26, 105-123.
- Azevedo, D., Moraes, R., & Marafon, A. (2016). Importância do psicólogo na intervenção da psico-oncologia em mulheres acometidas pelo câncer de mama: I Simpósio científico de práticas em psicologia. *Psicologia e Saúde em debate*, 2(Supl. 1), 12-15. <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/55>
- Barracough, J. (1999). *Cancer and emotion: A practical guide to psycho-oncology*. John Wiley & Sons.
- Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Society*, 29(1), 73 – 86. doi: 10.1188/02.ONF.73-87.
- Basto, I., Pinheiro, P., Stiles, W., Rijo, D. & Salgado, J. (2016). Changes in symptom intensity and emotion valence during the process of assimilation of a problematic experience: A quantitative study of a good outcome case of cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 27(4), 437-449. 10.1080/10503307.2015.1119325
- Bergamasco, R. B., & Angelo, M. (2001). Câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista brasileira de cancerologia*, 47(3), 277-82. [O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher \(inca.gov.br\)](http://www.inca.gov.br)

- Bradley, N., Lloyd-Williams, M., & Dowrick, C. (2018). Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness—A systematic review. *European journal of cancer care*, 27(3), e12837. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ecc.12837>
- 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://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000048>
- Bocchetta, M., & Carbone, M. (2004). Epidemiology and molecular pathology at crossroads to establish causation: molecular mechanisms of malignant transformation. *Oncogene*, 23(38), 6484-6491.
- Caro Gabalda, I. (2014). Linguistic Therapy of Evaluation and the Assimilation Model. *Journal of constructivist psychology*, 27(4), 303–316. 10.1080/10720537.2013.846836
- Correia, T., Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Caetano, T., & Silva, R. (2016). Eficácia da intervenção multidisciplinar em sobreviventes de cancro de mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(3), 483-503. [Redalyc. EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM SOBREVIVENTES DE CANCRO DE MAMA](#)
- Fialho, A. V. D. M., & Silva, R. M. D. (1993). Mastectomia e suas repercussões. *Revista brasileira de enfermagem*, 46, 266-270. <https://www.scielo.br/j/reben/a/hdFtgC4vD3pDSCSbZrGcZDc/abstract/?lang=pt>
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633-641. Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research - Fingeret - 2014 - *Cancer* - Wiley Online Library

- Fitzmaurice, C., Dicker, D., Pain, A., Hamavid, H., Moradi-Lakeh, M., MacIntyre, M. F., ... & Global Burden of Disease Cancer Collaboration. (2015). The global burden of cancer 2013. *JAMA oncology*, 1(4), 505-527.
- Gabalda, I. C. (2006). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness?. *Psychotherapy Research*, 16(4), 422-435.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503300600756436>
- Gabalda, I. C., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 27(2).
<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/204>
- Ghoncheh, M., Pournamdar, Z., & Salehiniya, H. (2016). Incidence and mortality and epidemiology of breast cancer in the world. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(sup3), 43-46. <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201608967044280.page>
- Hermel, J., S., Pizzinato, A., & Calderón Uribe, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 439-467.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200008&script=sci_arttext&tlng=en
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 239-254
- Hoffmann, F. S., Müller, M. C., & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 14(2), 143-150. [cap04 \(core.ac.uk\)](#)

- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology*, 50(2), 189. <https://psycnet.apa.org/record/2003-03644-008>
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46(4), 448. <https://psycnet.apa.org/record/1999-11962-003>
- Hopwood, P., & Stephens, R. (2000). Depression in Patients With Lung Cancer: Prevalence and Risk Factors Derived From Quality-of-Life Data. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (4), 893-903
- Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOP) (2008). RORENO Registo Oncológico Regional do Norte 2007. Porto: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia do Porto.
- Mahdavi, A., Mousavimoghadam, S. R., Aghaei, Y. M. M., & Abedin, M.(2019). Effect of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotional Expressiveness and Defense Mechanisms of Women With Breast Cancer. *Archives of breast cancer*, 6 (1), 35-41. 10.32768/abc.2019635-41
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, saúde e doenças*, 9(1), 165-184. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36290114.pdf>
- Monsanto, F., Lança, C., Sá, A. C., Coelho, C. M., & Carolino, E. (2013). Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama. *Saúde & Tecnologia*, (9), 40-44. [Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama | Monsanto | Saúde & Tecnologia \(ipl.pt\)](#)

- Nicolussi, A. C., & Sawada, N. O. (2011). Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Revista gaúcha de enfermagem*, 32, 759-766. [SciELO - Brasil - Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante](#)
- Oliveira, M. M. D., & Monteiro, A. R. M. (2004). Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 13, 401-408. <https://www.scielo.br/j/tce/a/YqPC9df5t7dF9HdNWjqt7bn/abstract/?lang=pt>
- Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2011). Numbers in assimilation research. *Theory & Psychology*, 21(2), 200-219. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0959354310391352>
- Pais-Ribeiro, J.L. (2006). As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress. [In Stress Pós-Traumático – modelos, abordagens & práticas, \(pp.13-19\). Leiria: Editorial Diferença.](#)
- Parkes, C. M. (1998). Luto estudos sobre a perda na vida adulta (Vol. 56). Summus editorial.
- Park, H., & Kim, K. (2020). Impact of Psycho-Social Factors on Fatigue among Breast Cancer Patients Who Are Currently Undergoing Radiotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6092. IJERPH | Free Full-Text | Impact of Psycho-Social Factors on Fatigue among Breast Cancer Patients Who Are Currently Undergoing Radiotherapy (mdpi.com)
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2017). Suporte social na adaptação à condição de sobrevivente de cancro. *Revista de Enfermagem*, 35, 8-17.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. D. (2007). Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15, 786-791.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/D9XwXpw5JGTsyL6JLKyS65x/abstract/?lang=pt&format=html>

- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, saúde e doenças*, 8(1), 13-32. [Redalyc.Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas](#)
- Remondes-Costa, S., Jimenéz, F., & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(2), 327-339
- Remondes-Costa, S., Jimenéz, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: Acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, saúde e doenças*, 13(2), 238-251.
- Rodríguez, J.A., & Sanchez, M.M. (1995). Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia. *Clínica y Salud*, 6, 83-92. [Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia - ProQuest](#)
- Salazar, V., Peruchi, R. C., Garrido, T., Ferreira, V., & Donelli, T. M. S. (2016). Desejos e planos de futuro de pacientes terminais: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(2), 295-310.
- Sette, C. P., & Capitão, C. G. (2018). Efeito moderador do suporte social em pacientes oncológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 265-277.
- Silva, S. L., Poiares, I. R., Machado, C. A. M., Lenhani, B. E., Guimarães, P. R. B., & Kalinke, L. P. (2019). Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 111-120.

- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Silva, S. D. S., Aquino, T. A. A. D., & Santos, R. M. D. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(2), 73-89.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006
- Silva, G. D., & Santos, M. A. D. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17, 561-568.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/yLtwYp9sYpwDkGTJpb84YDH/abstract/?lang=pt>
- Silva, S.I.M., Moreira, H.T.C., Pinto, S.M.A., & Canavarro, M.C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal: estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (*Posttraumatic Growth Inventory*) numa amostra de mulheres da população portuguesa. *RIDEP*, 28, 105-133.
- Solana, A. C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57. [Aspectos psicológicos en el paciente superviviente \(isciii.es\)](#)
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66(S14), 1422-1426.
[https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0142\(19900915\)66:14+%3C1422::AID-CNCR2820661419%3E3.0.CO;2-L](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0142(19900915)66:14+%3C1422::AID-CNCR2820661419%3E3.0.CO;2-L)
- Stiles, W. B. (2011). Coming to Terms. *Psychotherapy Research*, 21, 367-384.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy.

- Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411.
<https://psycnet.apa.org/record/1991-10592-001>
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Barkham, M., Detert, N. B., & Llewelyn, S. P. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16(4), 408-421.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503300500288829>
- Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2007). Interpersonal relationships. In *Handbook of cancer survivorship* (pp. 191-210). Springer, Boston, MA. [Interpersonal Relationships | SpringerLink](#)
- Tojal, C., & Costa, R. (2014). Ajustamento mental ao cancro da mama: papel da depressão e suporte social. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3).
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Griffith, K. A., Riba, M. B., & Schwartz, J. L. (2003). Cognitivebehavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, 98(4), 854-864. [doi: 10.1002/cncr.11579](#).
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2012). Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia. <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/1874>
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572.
<https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201202950482203.page>
- Varvin, S., & Stiles, W. (1999). Emergence of severe traumatic experiences: An assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research*, 9(3), 381-404.

Venâncio, J. L., & Leal, V. M. S. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1), 55-63.

<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/2059>

World Health Organization. (2015). Cancer. Acedido em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>