

Universidade da Maia
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Esperança, Sentido e Propósito de Vida em Doentes Oncológicos

Fátima de Jesus Carreiro Amaral

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientadora Institucional

Professora Doutora Joana Carreiro

Julho, 2022





Universidade da Maia

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Esperança, Sentido e Propósito de Vida em Doentes Oncológicos

Fátima de Jesus Carreiro Amaral

Número de aluno: 38040

Trabalho elaborado sob orientação da Professora Doutora Joana Carreiro, ISMAI

Julho, 2022

DEDICATÓRIA

Ao meu avô paterno que faleceu vítima de cancro no pâncreas.

Agradecimentos

Finalizada esta etapa, permito-me a reflexão de que a trajetória percorrida até ao momento foi pautada por diversos desafios que me colocaram à prova, porém, com a minha resiliência aqui estou eu, a alcançar um propósito que delineeí aquando da partida do meu avô paterno.

A redação do presente documento traduz um percurso que não seria alcançado sem a colaboração e apoio de diversas pessoas a quem pretendo expressar a minha profunda gratidão:

À Professora Doutora Joana Carreiro por ter sido uma orientadora extremamente atenciosa e profissional e me ter permitido contactar com a Psico-Oncologia, área que já admirava e que fiquei a admirar ainda mais e com a qual desejava contactar há alguns anos. Sem dúvida que sem o seu apoio não teria chegado até esta fase e não teria evoluído tanto a nível pessoal como a nível profissional. Tenho-a como uma grande inspiração para a profissional que ambiciono ser no futuro.

Às participantes que aceitaram participar na presente investigação pela prontidão que demonstraram em aceitar participar e partilhar as suas histórias porque sem elas a concretização desta investigação não seria possível.

Aos meus pais que, com todo o esforço, permitiram com que eu percorresse esse percurso sem nunca me faltar nada e confiaram em mim para embarcar neste sonho, sair sozinha da ilha e viver sozinha.

À minha irmã, que sem dúvida alguma, foi um dos meus grandes pilares e sempre fez questão de relembrar as minhas capacidades e nunca permitiu que desistisse.

Ao meu namorado, Tiago, que foi, talvez, a pessoa que acompanhou de perto todo este percurso, que vivenciou muitos dos meus momentos difíceis e que foi alvo do meu

mau-humor nos momentos em que me sentia mais cansada e sobrecarregada. Agradeço-lhe pela prontidão que sempre demonstrou em apoiar-me.

À minha avó materna e duas tias-avós que sempre demonstraram proteção, preocupação e se disponibilizaram para me ajudar no que eu precisasse.

Ao meu cunhado Álvaro que, sendo enfermeiro, se mostrou disponível em ajudar-me a manter-me em contacto com doentes oncológicos que aceitassem participar no estudo.

À família do meu namorado, também uma família para mim, que sempre me apoiou e nunca se esqueceu de mim, mesmo estando longe.

A todos os professores, sem exceção, que fizeram parte de todo este meu percurso e que transmitiram os seus conhecimentos.

À minha amiga Rita e colega de casa que viveu comigo a experiência de estudar longe de casa e foi uma companheira.

Às minhas colegas do grupo de orientação, em especial, à Sandra Macedo, que eu pude conhecer e que se tornou numa amiga e companheira. Por último, e não menos importante, ao meu avô paterno, que partiu vítima de cancro de pâncreas e a quem eu dedico esta investigação, porque foi por ter vivido a sua doença de perto que comecei a interessar-me pela psicologia e mais particularmente pela psico-oncologia.

Resumo

O cancro representa uma das doenças mais temidas do mundo moderno com implicações nas dimensões física, psicológica, social e espiritual do ser humano. O doente experiencia a desesperança, a angústia existencial e questiona o seu sentido e propósito de vida, pelo que emergem questões de reflexão sobre a própria existência. O presente estudo objetivou compreender o papel da esperança, do sentido e propósito de vida na vivência e adaptação à doença oncológica. Participaram 12 doentes oncológicos que se encontram nas fases de tratamento e sobrevivência da trajetória da doença. Utilizando uma abordagem qualitativa, utilizou-se um questionário sociodemográfico, clínico e uma entrevista semiestruturada e recorreu-se à análise indutiva. Os resultados sugerem que a esperança, sentido e propósito de vida parecem facilitar o processo de adaptação à enfermidade, pelo que funcionam forças motivacionais ao longo de toda a trajetória da doença.

Palavras-chave: doença oncológica; esperança; sentido de vida; propósito de vida; adaptação psicológica.

Abstract

Cancer represents one of the most feared diseases in the modern world, with physical, psychological, social and spiritual implications for the human being. The patient experiences hopelessness, existential anguish and reflects about his own meaning and purpose of life, given that questions arise about his own existence. The present study aimed to understand the role of hope, meaning and purpose of life in living and adapting to the oncological disease. 12 oncological patients that are in the treatment and/or surviving phases participated. A qualitative approach, a sociodemographic and clinical questionnaire and a semi-structured interview were used, and inductive analyses was also used. The results suggest that hope, meaning and purpose of life made the adaptation to the disease easier, given that they worked as a motivational force through the whole trajectory of the disease.

Key-Words: oncological disease; hope; meaning of life; purpose of life; psychological adaptation

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico	3
1.1. A Doença Oncológica: Fatores Biológicos e Psicossociais	3
1.1.1. Epidemiologia: Incidência, prevalência, mortalidade e sobrevivência	3
1.1.2. Caracterização da doença oncológica	5
1.1.3. Psico-Oncologia	6
1.1.4. Fases do ciclo psico-oncológico.....	7
1.1.5. Adaptação à doença oncológica	10
1.2. O Impacto Psicossocial associado à Doença Oncológica	14
1.2.1. A esperança e o doente oncológico	14
1.2.2. O sentido de vida e o doente oncológico.....	18
1.2.3. O propósito de vida e o doente oncológico	21
Capítulo 2. Estudo Empírico	24
2.1. Metodologia	24
2.1.1. Problema de investigação.....	24
2.1.2. Objetivos do estudo.....	26
2.1.3. Participantes	26
2.1.4. Procedimentos	27
2.1.4.1. Procedimentos éticos adotados na investigação	27
2.1.4.2. Procedimentos de recolha de dados	28
2.1.4.3. Procedimentos de análise dos dados	29
2.1.5. Instrumentos	31
Capítulo 4. Discussão	42
Capítulo 5. Conclusão	48
Referências bibliográficas.....	50

Lista de abreviaturas

DGS – Direção-Geral da Saúde

IARC – International Agency for Research on Cancer

IPOS – International Psycho-Oncology Society

ISMAI – Universidade da Maia

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO- World Health Organization

Introdução

A doença oncológica é concebida como uma das doenças mais temidas do mundo moderno. Ainda que se assista, nos dias de hoje, ao desenvolvimento promissor de novas modalidades de tratamento para o cancro associadas aos avanços tecnológicos na área da saúde oncológica e, concomitantemente, a uma melhoria significativa no número de sobreviventes de cancro, o medo da morte prevalece nas crenças dos indivíduos diagnosticados com uma doença do foro oncológico. Adicionalmente, as alterações que a doença oncológica provoca nas várias dimensões de vida do ser humano – dimensão física, psicológica, emocional, social e espiritual é também um fator relevante.

O diagnóstico da doença oncológica e o seu tratamento afeta diversos aspetos da vida do doente, despoletando diversas mudanças, quer ao nível da sua identidade e autoconceito, dos seus papéis sociais e dinâmicas familiares, das suas responsabilidades, da sua (auto) percepção de controlo, quer no que concerne às suas expetativas em relação ao futuro, levando a que vivencie a angústia existencial (Park et al., 2019) e se confronte com a necessidade de refletir sobre o seu sentido e propósito da vida, dado que emergem questões sobre a própria existência (Oliveira, 2006).

A doença oncológica impacta a vida do doente e pode desafiar a forma como se vê a si próprio, ao mundo e ao futuro. O doente pode experienciar uma panóplia de emoções, tais como incerteza, vulnerabilidade, desesperança, isolamento, medo, choque, depressão, preocupação, raiva e pode envolver-se na procura de sentido e esperança. Para ultrapassar esses desafios é fulcral que o doente recorra a recursos e estratégias de confronto adaptativas para o ajustamento psicológico à doença que visem promover a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Tendo por base a sua influência nas preocupações existenciais, as crenças e as práticas espirituais parecem facilitar o ajustamento à doença, especificamente na procura pessoal pelo sentido da vida, sentido da morte e da esperança.

Evidências apontam que à semelhança dos domínios físico, psicológico e social, o domínio existencial é igualmente importante ser tido em conta no acompanhamento ao doente oncológico, constatados que estão os seus benefícios para a qualidade de vida e, por se associar positivamente à esperança e ao humor positivo no doente oncológico.

Assim, perante o sofrimento físico e psicológico, o confronto com a mortalidade e as mudanças nos papéis pessoal, social e ocupacional decorrentes da doença oncológica, preservar ou renovar um sentido e propósito de vida ao longo da trajetória da doença figura-se como um fator protetor do humor depressivo, da desesperança e da angústia existencial e promotor da saúde psicológica, da qualidade de vida e do bem-estar dos doentes.

Neste sentido, perante a relevância e pertinência de se proceder ao estudo das necessidades existenciais do doente oncológico e a escassez de estudos desenvolvidos, em Portugal, que abordem os constructos esperança, sentido e propósito de vida nos doentes oncológicos, pretende-se compreender de que forma estes constructos existenciais estão presentes na vida de um doente oncológico, bem como qual o seu papel no processo de ajustamento à doença.

O presente estudo de investigação divide-se em cinco capítulos principais: (i) enquadramento teórico; (ii) estudo empírico; (iii) resultados; (iv) discussão; e (v) conclusão. O enquadramento teórico é composto por dois subcapítulos onde serão abordados os fatores biológicos e psicossociais do cancro e o impacto psicossocial associado à doença oncológica, onde serão abordados os constructos psicológicos - esperança, sentido e propósito de vida do doente oncológico. No segundo capítulo, será apresentado o estudo empírico e abordado o problema de investigação, os objetivos gerais e específicos, a caracterização dos participantes, os procedimentos éticos adotados na investigação, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise dos dados. Seguem-se a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos. No último capítulo, serão apresentadas as conclusões onde constarão as

descobertas principais decorrentes do presente estudo de investigação, uma reflexão sobre as limitações, bem como sugestões que devem ser consideradas em futuras investigações.

Capítulo 1. Enquadramento Teórico

1.1. A Doença Oncológica: Fatores Biológicos e Psicossociais

1.1.1. Epidemiologia: Incidência, prevalência, mortalidade e sobrevivência

A doença oncológica é considerada atualmente um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo (International Agency for Research on Cancer, IARC, 2020; Siegel, Miller & Jemal, 2017; World Health Organization, WHO, 2020).

Em termos mundiais, o diagnóstico de doença oncológica continua a aumentar exponencialmente (Chaar et al., 2018), tendo-se verificado um total de 19 292 789 novos casos em 2020 (IARC, 2020), sendo expectável o surgimento de 19,3 milhões de novos casos em 2025 (Chaar et al., 2018) e 29,4 milhões em 2040 (WHO, 2020). À semelhança do que ocorre no resto da Europa, o aumento da incidência de novos casos de cancro em Portugal é de aproximadamente 3% (Nogueira, 2018). Em 2020, Portugal registou 60 467 novos casos (IARC, 2020), estando estes valores relacionados sobretudo com o envelhecimento da população e as alterações dos estilos de vida da população portuguesa (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2017; Nogueira, 2018). Com intuito de minorar a incidência do cancro, as entidades governamentais têm dado primazia a intervenções preventivas primárias, assentes na promoção de comportamentos saudáveis – alteração de estilos de vida e recurso a programas de vacinação – e a intervenções preventivas secundárias – estabelecimento de programas de rastreio e diagnóstico precoce do cancro (Nogueira, 2018).

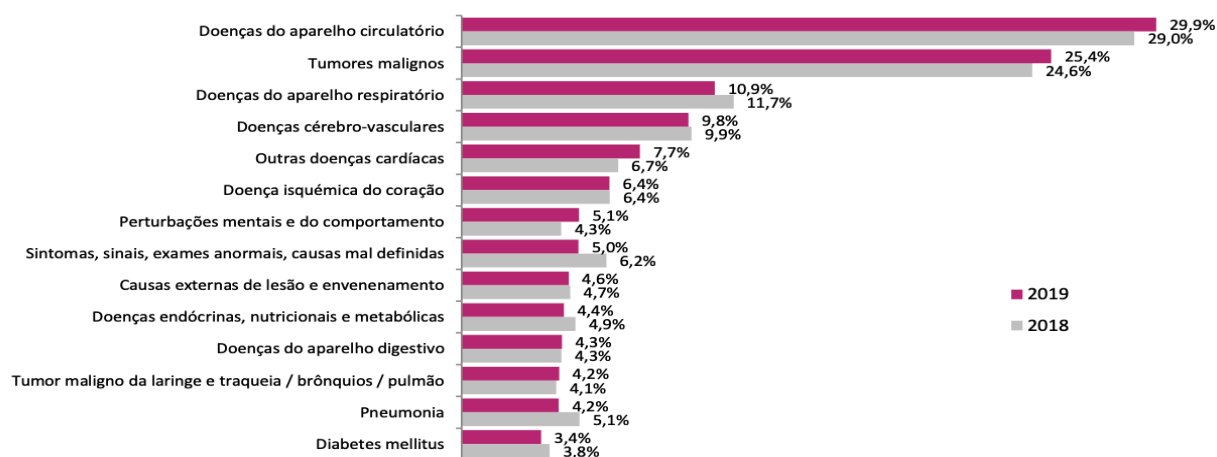
Em termos de prevalência, o número de casos de doença oncológica a nível mundial atingiu os 50 550 287 e em Portugal foi de 169 550 (IARC, 2020).

O cancro representa ainda uma das principais causas de morte mundiais (WHO, 2007) e a principal causa de morte nos países mais e menos desenvolvidos (Torre et al., 2015).

Segundo dados divulgados pela IARC (2020), o número de mortes mundiais, em 2020, foi de 9 958 133. As doenças oncológicas têm evidenciado um aumento significativo entre a população portuguesa (Ministério da Saúde, 2018) e apresentaram-se, em 2019, como a segunda principal causa de morte em Portugal, com 28 544 óbitos, representando 25,4% do total de óbitos e tendo um aumento de 2,2% comparativamente a 2018 (Instituto Nacional de Estatísticas, INE, 2021) (Figura 1). Em 2020, verificou-se um total de 30 168 mortes em Portugal (IARC, 2020).

Figura 1

Proporção de óbitos em Portugal por causas de morte mais frequentes no total de óbitos (em %) em 2018 e 2019



Em contrapartida, atualmente assiste-se a um aumento considerável do número de sobreviventes no Mundo e em Portugal, estando este dado associado aos sucessos terapêuticos (DGS, 2017) e ao diagnóstico precoce da doença oncológica (Cardoso et al., 2009). Os dados divulgados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2018) demonstram que a taxa de sobrevivência está a aumentar no Mundo, estando Portugal entre os dez países da Europa com os melhores resultados nos cancros do estômago (32,2%), da mama feminino (87,6%) e da próstata (90,9%).

1.1.2. Caracterização da doença oncológica

Etimologicamente, o termo “cancro” deriva do latim e significa caranguejo e foi utilizado no século V a.C. por Hipócrates ao constatar que as “veias” que irradiavam dos tumores do peito eram semelhantes a um caranguejo (Pereira & Lopes, 2005). O cancro refere-se a um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo e se disseminar para outros órgãos (WHO, 2022), sendo que a característica que o define é o crescimento incontrolável das células anormais que originam tumores denominados por neoplasias (Ogden, 2004). O cancro é uma doença crónica que emerge de interações complexas que ocorrem entre fatores genéticos, ambientais, comportamentais e sociais (Chaar et al., 2018; Lasfargues, 2018).

O fenómeno de mutação de uma célula normal em cancerígena, decorrente da proliferação descontrolada de células malignas e que resulta em múltiplas alterações genéticas, é designado de *carcinogénese*, processo moroso, que pode levar anos e/ou décadas (Lasfargues, 2018). As células resultantes desta proliferação descontrolada, crescem, separam-se e originam novas células que envelhecem e morrem e são substituídas por novas células, porém, quando esse processo não ocorre de forma esperada, formam-se células novas, denominadas de tumor, que o organismo não necessita (Ramos, 2016). Ogden (2004) distingue dois tipos de tumores – os benignos, que não se espalham através do corpo, e os malignos, que apresentam metástases, processo de divisão de células do tumor e sua transferência para outro local. Os tumores malignos colocam em risco a vida do indivíduo e, apesar de poderem ser removidos, existe na sua globalidade, a probabilidade de voltarem a crescer (Ramos, 2016).

Para além de uma doença física, o cancro tem um impacto psicossocial expressivo por ser uma das doenças mais temidas do mundo moderno e provocar angústia e desespero, independentemente da possibilidade de cura (Pereira & Lopes, 2005).

1.1.3. Psico-Oncologia

O cancro é uma doença do foro médico com significativas implicações emocionais e psicossociais, uma vez que receber um diagnóstico de cancro confronta o doente com a possibilidade da finitude da vida e a iminência da sua morte (Bruscato, Benedetti & Lopes, 2010, como citado em da Silva Alves, Viana & de Sousa, 2018; Cardoso et al., 2009).

O cancro e a sua terapêutica, mesmo que curativa, conduzem a diversos problemas físicos e psicossociais como a dor emocional, dor física, fadiga, perda de autonomia, sintomas ansiógenos e depressivos e tensão nos relacionamentos pessoais, que impactam a sua saúde psicológica, a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes (Lang-Rollin & Berberich, 2018; Veit & Carvalho, 2010).

No decorrer da trajetória da doença, vários desafios surgem e, com eles, as necessidades psicossociais emergem, evidenciando a necessidade de se proceder a intervenções psico-oncológicas que visem prevenir a doença mental e promover a saúde psicológica, a qualidade de vida, o bem-estar e a adaptação à doença dos doentes e sobreviventes oncológicos (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

A partir da década de 1970, e constatada a necessidade da sua integração nos cuidados psicossociais prestados em Oncologia, a Psico-Oncologia passa a fazer parte dos cuidados oncológicos (Lang-Rollin & Berberich, 2018), tendo sido formalizada no *Memorial Sloan Kettering Hospital* de Nova Iorque, um centro médico especializado em cancro, estando a sua origem associada à constatação de que os aspetos psicológicos e comportamentais estavam implícitos na origem e desenvolvimento do cancro (Veit & Carvalho, 2010).

Jimmie Holland, psiquiatra fundadora e presidente da *International Psycho-Oncology Society* (IPOS) foi pioneira no desenvolvimento da Psico-Oncologia e definiu-a como uma “subespecialidade da oncologia que procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do cancro: 1) as respostas emocionais dos pacientes em todas as fases da doença,

seus familiares e cuidadores (fatores psicossociais); 2) os fatores psicológicos, comportamentais e sociais que podem influenciar a morbidade e mortalidade por cancro (fatores psicobiológicos)” (Holland, 1992, p.5).

A Psico-Oncologia – área multidisciplinar relativamente recente – (Lang-Rollin & Berberich, 2018) integra disciplinas como a medicina, a psicologia e a sociologia e tem como referência o modelo biopsicossocial da saúde e da doença (Durá & Ibañez, 2000). Surgiu da associação entre a Oncologia e a Psicologia (da Silva Trindade, da Silva Nascimento & Muner, 2020) e agrega conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos da Psicologia da Saúde que serão empregues: (i) no acompanhamento do doente, da sua família e dos profissionais de saúde na prevenção, tratamento, reabilitação e fase terminal da doença; (ii) na investigação das variáveis psicológicas e sociais que possibilitam a compreensão da incidência, recuperação e do tempo de sobrevida; e (iii) na preparação dos serviços de psicologia e formação dos profissionais de saúde envolvidos nas diversas fases do tratamento (Gimenes, 1994, como citado em Carvalho, 2002).

Perante o impacto emocional e psicossocial associado ao diagnóstico de doença oncológica e as necessidades do doente, a atuação do psico-oncológico ao longo das fases da trajetória da doença oncológica é essencial e imprescindível (IARC, 2020).

1.1.4. Fases do ciclo psico-oncológico

A trajetória de vida de uma pessoa com uma doença oncológica é caracterizada por várias fases – fase de pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento, sobrevivência, recidiva e morte (Pereira & Lopes, 2005; Hewitt, Greenfield & Stovall, 2006). Estas fases que constituem o ciclo psico-oncológico representam fases distintas da doença e momentos divergentes de evolução que implicam vivências, necessidades e desafios diferentes do ponto de vista psicossocial. Estas fases podem ser agrupadas em três estádios, designadamente: (i) *até chegar ao diagnóstico*; (ii)

da aceitação do diagnóstico ao tratamento; e (iii) dos tratamentos em diante (Pereira & Lopes, 2005).

O primeiro estágio – *até chegar ao diagnóstico* – é composto pelas fases de pré-diagnóstico, diagnóstico inicial e após o primeiro impacto do diagnóstico (Pereira & Lopes, 2005; Ramos, 2016). A fase de pré-diagnóstico é encarada como uma das fases mais desafiantes por ser caracterizada por uma incerteza ansiosa. Nesta fase, são muitos os doentes que são examinados por diversos profissionais com a esperança de obter outro diagnóstico. Aquando da incerteza de um diagnóstico definitivo, o doente desenvolve ansiedade e preocupação, problemas de sono (*e.g.* insónias), desagrado com os profissionais de saúde e dificuldades relacionais. A intervenção deve integrar as experiências passadas, visando desafiar o doente a partilhar as suas reações durante o pré-diagnóstico, refletir as suas reações emocionais e o seu impacto, tanto no passado, como no presente, e atribuir um novo significado às suas reações no sentido de normalizá-las e legitimá-las (Pereira & Lopes, 2005; Ramos, 2016).

A fase de diagnóstico inicial é marcada pelo choque, negação e apatia (Barracough, 1994, como citado em Pereira & Lopes, 2005). Para além do impacto da doença, a forma como a informação é comunicada, o contexto e o apoio facultado ao doente revelam-se essenciais, dado que muitos doentes confessam que o impacto do diagnóstico se deve à forma e ao contexto em que foram comunicados (Pereira & Lopes, 2005). Torna-se fundamental modelar o impacto psicológico do diagnóstico, através da descarga emocional e de tensão a partir da expressão de emoções negativas, pois permite a sua integração, adaptação à realidade e promove o bem-estar físico e psicológico, facilitando o processo de aceitação da sua realidade patológica, de tomada de decisão e aquisição de controlo (Pereira & Lopes, 2005; Ramos, 2016).

Na fase após o primeiro impacto do diagnóstico, verifica-se a presença de *stress* agudo, depressão, raiva, protesto, culpa, exaustão e desconforto físico, que se sucedem ao período inicial de negação e descrença. Para reduzir o *stress*, ansiedade, tensão psíquica e muscular, o

doente deve exprimir as suas emoções e sentimentos, recorrer a técnicas de relaxamento (*e.g.* respiração diafragmática e relaxamento muscular), exercícios de visualização guiada e prática de atividade física (Pereira & Lopes, 2005; Ramos, 2016). Visando prevenir um quadro depressivo e incrementar o espírito de luta, urge debater os medos e pensamentos e recorrer à psicoeducação para informar o decurso da doença, o tratamento, os efeitos e as consequências e esclarecendo as suas dúvidas e desmistificando as suas crenças (Pereira & Lopes, 2005).

O segundo estágio – *da aceitação do diagnóstico ao tratamento* – é marcado pelo ajustamento e aceitação que decorre ao longo do tratamento (Pereira & Lopes, 2005; Ramos, 2016). Durante esta fase, o doente pode desenvolver um sentido de perda que irá desencadear sentimentos de vulnerabilidade e solidão (Seligman, 1996, como citado em Pereira & Lopes, 2005), sendo a família e amigos uma fonte de suporte para manter o equilíbrio físico e psicológico (Pereira & Lopes, 2005; Ramos, 2016). Deve ser concretizado um esclarecimento da doença e do processo de tratamento, de forma a preparar o doente para os desafios que possam advir, promover a adaptação à doença, intervir nos efeitos secundários da doença e do tratamento (*e.g.* alopecia, vômitos, enjoos, *stress*, tensão e dor) (Pereira & Lopes, 2005).

No terceiro estágio – *dos tratamentos em diante* – é fulcral prevenir possíveis recaídas porque, apesar de ultrapassada a fase aguda da doença, o cancro continua a ser uma doença crónica com a probabilidade de recidiva (Pereira & Lopes, 2005). Concluídos os tratamentos com eficácia, os doentes sentem alívio, todavia, podem manifestar medo em retomar a sua vida. Não obstante, os sentimentos de pessimismo, desânimo, choque, confusão (Simonton, Matthews-Simonton & Creighton, 1992, como citado em Pereira & Lopes, 2005), frustração, culpabilização de si e dos profissionais de saúde, desilusão e desesperança (Zimpfer, 1992, como citado em Pereira & Lopes, 2005) são frequentes.

Na eventualidade de ocorrer a falência do tratamento e, quando a morte se aproxima, o profissional deve revelar a verdade ao doente de forma cuidadosa para que o mesmo a assimile

e processe, pelo que é meritório averiguar a vontade de o doente ter conhecimento da verdade (Pereira & Lopes, 2005). O ajustamento emocional, a aceitação e a perseverança para enfrentar a situação devem ser promovidos através da expressão de sentimentos, preocupações, medos e dúvidas do doente, a par da escuta ativa, compreensão, aceitação, abertura, e segurança que o profissional deve transmitir (Pereira & Lopes, 2005; Ramos, 2016).

1.1.5. Adaptação à doença oncológica

O conceito de adaptação designa a resposta dada a uma mudança estrutural, percetiva ou comportamental, que aumenta a probabilidade de sobrevivência e adaptação de um indivíduo (Muchielli e Muchielli, 1969, como citado em Pais-Ribeiro et al., 2010). Nos contextos de saúde e doença, vários investigadores apresentaram modelos de adaptação, na tentativa de melhor compreender e promover este processo.

O *Modelo Integrado de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica* (Samson & Siam, 2008; Samson, Siam & Lavigne, 2007) pressupõe que a forma como o indivíduo percebe a doença baseia-se na avaliação cognitiva que faz, tendo por base a sua história pessoal, o seu contexto social e as características do acontecimento e que esta avaliação possibilitará ao doente adotar estratégias específicas e de adesão ao tratamento, que visam reestabelecer o seu equilíbrio psicossocial. Lazarus e Folkman (1984) apontam que a avaliação cognitiva primária se refere ao significado do acontecimento para o indivíduo e que a avaliação cognitiva secundária assenta na avaliação dos recursos pessoais para lidar com o acontecimento.

No seu *Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Doença*, Leventhal integrou a sua descrição de cognições da doença (Ogden, 2004) e propôs que os indivíduos lidam com as doenças e sua sintomatologia da mesma forma que fazem com outras problemáticas. De acordo com este modelo, quando confrontado com um problema ou uma mudança no seu estado, o indivíduo sentir-se-á motivado a resolver o problema e restaurar o seu estado de normalidade, tendo por base: (1) a *interpretação* do problema; (2) o *coping*, isto é, lidar com o

problema para retomar ao estado de equilíbrio; e (3) a *avaliação* da eficácia da fase de *coping* (Ogden, 2004).

O diagnóstico de cancro desencadeia problemas psicoemocionais e psicossociais no doente (Ramos, 2016) e fá-lo enfrentar um conjunto de mecanismos e tarefas de adaptação à doença (Cardoso et al., 2009). Por sua vez, o impacto psicossocial é idiossincrático por ser influenciado pelo significado que cada um atribui à doença e à forma como a mesma afeta a sua vida, existindo assim diferentes mecanismos e processos de adaptação à doença (Cardoso et al., 2009; Ramos, 2016). Assim, enquanto alguns doentes demonstram uma adaptação mais facilitada, outros manifestam um desânimo global que pode culminar no fatalismo, desesperança/sensação de incapacidade, ansiedade e depressão, supressão de emoções, isolamento (Pereira & Lopes, 2005), incerteza em relação ao futuro, sofrimento e dor física, dependência e perda de controlo (Cardoso et al., 2009). A adaptação não é, portanto, um processo linear, mas sim dinâmico que inicia aquando do diagnóstico e se mantém ao longo da trajetória da doença (Batista, 2016).

A adaptação psicológica ao cancro foi avaliada, pela primeira vez, por Kubler-Ross (1969) que, ao entrevistar doentes oncológicos, verificou que nem todos vivenciam as mesmas fases de adaptação e que estas não ocorrem pela mesma ordem, apesar de experienciarem, pelo menos, duas delas. Estas fases foram originalmente relatadas com base na observação de doentes oncológicos terminais, porém, podem ser vivenciadas em situações de perda e/ou alteração significativa que não podem ser alteradas (Kubler-Ross, 1969). O *Modelo Psicológico da Progressão do Processo Terminal* pressupõe a existência de cinco fases de adaptação: (i) fase de negação; (ii) fase de revolta; (iii) fase de negociação; (iv) fase de depressão; e (v) fase de aceitação (Kubler-Ross, 1969).

Na *fase de negação*, o doente tem uma reação de choque inicial quando é confrontado com o diagnóstico e recusa-se a aceitar a informação que lhe é comunicada, adotando um

discurso de quem não acredita no que escuta “*Não, eu não, não pode ser verdade*”. Nesta fase, o doente recorre a outros profissionais de saúde na esperança de obter um diagnóstico distinto.

A *fase de revolta* ocorre quando o doente reconhece que tem uma doença potencialmente ameaçadora, todavia, não a aceita e reage através da raiva e da revolta, questionando-se “*Porquê eu?*”. Esta é uma fase desafiante, tanto para a família, como para os profissionais de saúde, pelo que se torna fundamental fomentar a sua tolerância perante as reações de raiva do doente, adotando uma escuta ativa e legitimando a sua expressão de raiva (Kubler-Ross, 1969).

Na *fase de negociação*, o doente reconhece a sua condição de saúde e parte para uma negociação da cura com Deus e os médicos, com o intuito de controlar as más notícias, prometendo “*Se me curasse, dedicaria toda a minha vida a ajudar os outros*” (Cardoso et al., 2009) ou “*uma vida dedicada a Deus*” em troca de mais tempo de vida (Kubler-Ross, 1969). O mesmo segue meticulosamente o tratamento, inicia uma dieta mais saudável, promete ter mais compreensão e tolerância para com os outros e afirma dedicar-se mais tempo às práticas religiosas, como se fosse um acordo para a sua vida ser mais prolongada (Cardoso et al., 2009).

Quando o doente não nega a sua condição e se depara com novas cirurgias, hospitalizações e sintomas (Kubler-Ross, 1969) segue-se a fase de depressão, marcada por um desânimo, inquietação, alterações do sono e perda de apetite, bem como expressões como “*E tudo o que eu poderia fazer era esperar pelo amargo fim*” (Citero et al., 2003). Kubler-Ross (1969) destacou dois tipos de depressão: a reativa – que surge aquando dos sentimentos de impotência quando o seu estado de saúde se agrava – e a preparatória – que implica uma preparação do doente para a morte e para se separar das pessoas mais próximas.

Na *fase da aceitação*, o doente apercebe-se da evolução e inevitabilidade da doença, apercebendo-se que “*Não posso resistir mais*”. Nesta fase, o doente pode isolar-se dos familiares (Cardoso et al., 2009) daí a importância auxiliar, compreender e apoiar a família do

doente. Existem pacientes que lutam até ao fim, contestam e focam-se na esperança, o que impossibilita o alcance da aceitação com paz e dignidade (Kubler-Ross, 1969).

Kubler-Ross (1969) constatou ainda que a esperança está presente em todas as fases e que concede força e capacidade de conforto para lidar com o sofrimento e momentos mais desafiantes, promovendo a sensação de que tudo tem sentido. Examinou, ainda, que os doentes expressavam maior confiança nos médicos que transmitiam esperança, seja ela realista ou não, e valorizavam essa esperança.

Por sua vez, Kneier e Temoshoc (1984, como citado em Pereira & Lopes, 2005) identificaram também quatro respostas de adaptação do doente ao diagnóstico: (1) *espírito de luta*, resposta típica dos doentes com uma atitude de aceitação, otimismo e determinação para ultrapassar a enfermidade; (2) *evitamento positivo*, resposta de negação e rejeição do diagnóstico; (3) *fatalismo*, resposta dos doentes que aceitam o diagnóstico, todavia, creem que não possuem poder para influenciar o decurso da doença e que o seu futuro depende dos médicos e de Deus; e (4) *desesperança/sensação de incapacidade*, resposta proveniente de doentes que acreditam no fim da sua vida e que sentem que ninguém pode ajudar e que não há mais nada a fazer, pelo que se deixam ser conduzidos pela doença.

Os *fatores de adaptação* à doença oncológica são diversos, entre eles os fatores pessoais, os socioculturais e os médicos (Cardoso et al., 2009). No âmbito dos fatores pessoais, destacam-se a personalidade, a maturidade afetiva, os mecanismos de *coping*, as experiências prévias de doenças e/ou perdas, os antecedentes psiquiátricos, as crenças espirituais, religiosas ou filosóficas que potenciem a esperança ou a aceitação (Cardoso et al., 2009), o autocontrolo, o otimismo, o espírito de luta, a habilidade para lidar de forma flexível com o *stress* (Seligman, 1996, como citado em Ferreira et al., 2011) e a expressividade emocional (Landeiro, 2001). Dos fatores socioculturais fazem parte as atitudes sociais relacionadas com a doença e a morte, os recursos socioeconómicos e o suporte social (Ferreira et al., 2011; Holland & Rowland, 2000,

como citado em Landeiro, 2001). Os fatores médicos incluem o tipo de doença, o estágio da doença, a sintomatologia, o prognóstico e a conduta dos profissionais de saúde (Cardoso et al., 2009).

Destacam-se ainda um conjunto de *fatores que dificultam o processo de adaptação*, entre os quais se destacam: (i) supressão e/ou o controlo emocional, associados a consequências emocionais e psicológicas nefastas; (ii) desânimo; (iii) fatalismo; (iv) preocupação ansiosa; (v) auto-culpabilização; (vi) ruminação; (vii) revolta; (viii) agressividade; (ix) negação; (x) evitamento; (xi) desesperança; (xii) baixo *locus* de controlo interno; e (xiii) impotência. Estes fatores diminuem a predisposição ativo-combativa do doente, levando-o a adotar uma postura passiva na adaptação à doença (Ferreira et al., 2011; Heim, Valach & Schaffner, 1997; Landeiro, 2001; Pereira, 2013; Seligman, 1996, como citado em Ferreira et al., 2011).

Por sua vez, torna-se pertinente abordar constructos como a esperança, sentido e propósito de vida em situações de vida desafiantes como a vivência de um cancro, dado que facilitam o ajustamento emocional do doente e o processo de adaptação à doença (Frankl, 1959, 2009, como citado em Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012; Moadel et al., 1999; Rasmussen et al., 2018; Vehling et al., 2011).

1.2. O Impacto Psicossocial associado à Doença Oncológica

1.2.1. A esperança e o doente oncológico

Encarada como uma força humana valiosa, a esperança tem, nos últimos anos, sido alvo de estudo por diversas perspetivas teóricas – filosofia, teologia, medicina, enfermagem e psicologia – (Pinto, 2011).

Em 1969, Stotland (como citado em Rasmussen et al., 2018) definiu a esperança como uma expectativa que encoraja o indivíduo a agir, a mover e a alcançar objetivos.

Mais tarde, Dufault e Martocchio (1985, como citado em Santos et al., 2016, p.390) criaram o Modelo Multidimensional da Esperança e definiram-na como uma “força de vida

dinâmica e multidimensional, caracterizada por uma expectativa confiante, ainda que incerta, de conseguir um bom futuro que, para a pessoa que a tem, é realisticamente possível e pessoalmente significativa”. Perante a sua natureza complexa, as autoras conceitualizaram-na em duas esferas que se relacionam entre si – a geral e a particular – e em seis dimensões: (i) afetiva; (ii) cognitiva; (iii) comportamental; (iv) afiliativa; (v) temporal; e (vi) contextual.

Segundo Dufault e Martocchio (1985, como citado em Pinto, 2011) a esperança generalizada refere-se a uma crença geral no futuro, pelo que não se restringe a um acontecimento concreto, e confere um maior sentido de controlo e de superação. Sob outra perspetiva, a esperança particularizada associa-se a um resultado particular (*e.g.* esperança de cura ou de morte tranquila) e pode divergir ao longo do tempo e com o avanço da doença.

Conforme supramencionado, são seis as dimensões que compõem a esperança, sendo que cada dimensão é composta por componentes estruturais da esperança (Balsanelli, 2012). A *dimensão afetiva* foca-se nas sensações e emoções que integram o processo da esperança como a confiança, a excitação e a incerteza. A *dimensão cognitiva* auxilia o indivíduo a reconhecer o objeto da esperança, avaliar a realidade e delimitar objetivos para alcançar o que deseja, sendo fulcral na perceção de esperanças realistas/irrealistas (Dufault & Martocchio, 1985, como citado em Pinto, 2011) e é direcionada para o otimismo perante o alcance de objetivos (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012). A *dimensão comportamental* está orientada para a ação que, independentemente do domínio – físico, psicológico, social ou espiritual – conduz o indivíduo a alcançar o que pretende). A *dimensão afiliativa* prevê que a relação do indivíduo com os outros e com quem o transcende influencia a esperança. A *dimensão temporal* destaca que as experiências pessoais influenciam o indivíduo, apesar de estar direcionada para o futuro. A *dimensão contextual* supõe que a esperança é influenciada pelo meio envolvente e pelo contexto onde o indivíduo se insere (Dufault & Martocchio, 1985, como citado em Pinto, 2011).

Por sua vez, Snyder, Rand e Sigmon (2002) desenvolveram uma teoria da esperança e averiguaram que os indivíduos direcionam as suas ações para objetivos que visam alcançar, mesmo aquando da incerteza de que será alcançado. Os estudos desenvolvidos no âmbito da Psicologia Positiva, têm utilizado a definição proposta por estes investigadores de que a esperança pode ser definida como a “crença de que se pode encontrar caminhos para os objetivos desejados e ficar motivado a usar esses caminhos [...] servindo para impulsionar as emoções e o bem-estar das pessoas” (p. 257).

Este modelo propõe que a forma como os indivíduos se avaliam a si, às circunstâncias da sua vida e ao seu futuro é determinada pela esperança, que se apresenta como um esquema positivo que auxilia na forma de encarar as situações, na procura entusiasta de objetivos, no alcance de emoções positivas e da satisfação com a vida. Não obstante, ter esperança não impossibilita que um indivíduo experiencie um acontecimento traumático ou desenvolva doenças físicas, mas facilita o seu ajustamento perante situações desafiantes e permite-lhes lidar mais eficazmente com as incertezas e os desafios da vida (Lee & Gallagher, 2018).

Neste sentido, o cuidado fornecido ao doente oncológico deve ir para além das intervenções farmacológicas e médicas já que deve contemplar as suas dimensões física, biológica, social, cultural e subjetiva. Da dimensão subjetiva fazem parte as necessidades psicoemocionais – como a esperança – encarada como uma estratégia não farmacológica fundamental no enfrentamento de doenças crónicas como o cancro, pois altera a perspetiva que o doente tem da doença, inclusive quando a cura não é possível (dos Santos et al., 2020).

Estudos revelam que a esperança é fulcral para a adoção de comportamentos saudáveis que visem a prevenção, a adaptação e o ajustamento da doença e possibilita a adesão médica ou a reabilitação, a melhoria da qualidade de vida e o controlo do *stress* (Berri, 2020; Rasmussen et al., 2018; Silva et al., 2019). Uma compreensão realista do prognóstico e o abandono de esperanças irrealistas permite a aceitação da doença e facilita a implementação de

estratégias de *coping* eficazes e o desenvolvimento de esperanças realistas face ao futuro (Sachs et al., 2012).

A esperança apresenta-se ainda como um mecanismo de defesa que atenua a preocupação do diagnóstico (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012), um mecanismo de *coping* para minorar as ameaças emocionais com que os doentes se deparam, uma ferramenta para eliminar a desesperança (Sachs et al., 2012) e um recurso de enfrentamento que encoraja o doente na resolução dos problemas e a seguir o tratamento, levando-o a submeter-se a procedimentos invasivos, a alterar o seu estilo de vida e a sua rotina e a permanecer em tratamento, ainda que num estado de fragilidade (Sartore & Grossi, 2008).

Aquando do diagnóstico de cancro, os indivíduos com esperança estão mais dispostos a redefinir as suas prioridades de vida, delinear novas formas para atingir os seus objetivos e manter a sua capacidade percebida para alcançar os objetivos desejados (Ho et al., 2010).

Sendo a esperança um processo cognitivo que incentiva o alcance de objetivos, ela figura-se como o cerne das concetualizações do sentido de vida (Feldman, 2011; Snyder, 1994, como citado em Feldman, Balaram & Anderson, 2018). Diversos estudos alegam a existência de uma relação entre a esperança e o sentido de vida, inclusive demonstram a eficácia de intervenções terapêuticas baseadas na esperança no aumento do sentido de vida (Feldman, Balaram & Anderson, 2018).

Scheier e Carver (2001) verificaram que os doentes com mais esperança e propósito de vida, durante e após o confronto com a doença, respondem positivamente ao diagnóstico e tratamento e que estes dois constructos se relacionam com o bem-estar físico e psicológico. Num estudo que investigou a relação entre a esperança e o propósito de vida na felicidade e satisfação com a vida de pacientes com cancro, durante e após o tratamento, foi verificado que a esperança se correlacionou positivamente com o propósito de vida (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012).

1.2.2. O sentido de vida e o doente oncológico

Apesar do sentido de vida ser alvo de estudo, ao longo dos séculos, na filosofia e na literatura (Tolstoy, 1929; Sartre, 1955, como citado em Debats, 1993) o seu estudo é recente na Psicologia (Feldman, Balaram & Anderson, 2018), sendo que nos últimos anos, tem merecido interesse pelas Ciências Sociais e do Comportamento, por ser considerado uma dimensão central da saúde psicológica e da qualidade de vida (Yalom, 1980, como citado em Debats, 1993).

Segundo Martela e Steger (2016) o sentido de vida pode ser concetualizado em três dimensões – i) *coerência*, ii) *importância* e iii) *propósito*. A *coerência* refere-se à componente cognitiva do sentido de vida e assenta na compreensão de que a vida tem sentido (Martela & Steger, 2016) e na competência de atribuir sentido e perceber a própria vida, inclusive a si mesmo, ao mundo e à forma como o indivíduo se insere e atua no mundo (Steger et al., in press, como citado em Steger, 2012). A ausência de coerência conduz a uma conceção incoerente, fragmentada e pouco clara da vida (George & Park, 2016). A *importância* evidencia o significado e o valor que os indivíduos atribuem à sua existência (King et al., 2006, como citado em George & Park, 2016). Indivíduos com um menor sentido de importância não atribuem importância à sua existência e consideram que a sua inexistência não causaria impacto no mundo (George & Park, 2016). O *propósito* alude aos objetivos centrais e à direção da vida (Martela & Steger, 2016), faculta um significado pessoal e refere-se à componente motivacional do sentido de vida (Mcknight & Kashdan, 2009). No subcapítulo seguinte, o *propósito* será abordado de uma forma mais aprofundada.

Viktor Frankl foi um psiquiatra e neurologista que adaptou a filosofia existencial para a psicologia e criou a Logoterapia (1972, 1992, como citado em Feldman, Balaraman & Anderson, 2018), uma escola psicológica baseada em abordagens fenomenológicas, existenciais e humanistas, também conhecida como a psicologia do sentido da vida (de

Medeiros, 2019), que se centra no sentido da existência humana e na procura pelo sentido (Frankl, 1991, como citado em de Medeiros, 2019).

A Logoterapia baseia-se em três concepções, nomeadamente: (i) a *liberdade de vontade*, que se refere à liberdade de escolha consciente e responsável e à responsabilidade na tomada de decisão (de Medeiros, 2019); (ii) a *vontade de sentido*, que impulsiona a procura de significado para a vida e orienta o Homem em direção à felicidade (Frankl, 2011, como citado em de Medeiros, 2019), sendo que a sua ausência conduz à "neurose noogénica", expressa pelo tédio, desesperança, depressão e perda da vontade de viver (Frankl, 1963, como citado em Reker & Wong, 1988); e (iii) o *sentido de vida* que consiste na visão do mundo e conduz o Homem na procura da motivação para alcançar a felicidade (Frankl, 2011, como citado em de Medeiros, 2019).

Segundo Frankl (1991, como citado em de Medeiros, 2019) o sentido de vida remete para um sentido específico da vida de um indivíduo num dado momento da sua vida e numa situação de vida específica, sendo, por isso, idiossincrático e exclusivo e figura-se como a principal força motivacional primária do Homem que incentiva o procurar de novas oportunidades e desafios para uma melhor compreensão e organização das experiências pessoais (Frankl, 1963, como citado em Steger et al., 2008) fora de si, em alguém ou no mundo, mobilizando-se rumo a um estado de autotranscendência (Reker & Wong, 1988).

Descrever o sentido da vida implica uma reflexão profunda que possibilita o conhecimento e a perceção do ser interior e espiritual, porém, pode tornar-se um desafio quando a dimensão espiritual não é impulsionada. A dimensão espiritual ou noológica permite ao Homem afastar-se da dor, das perdas e das angústias decorrentes do cancro e conceder um sentido à sua vida, apesar do sofrimento (de Medeiros, 2019).

A doença oncológica representa uma das experiências de vida mais indesejadas por se associar à morte, pelo que a reflexão da própria vida pode ser uma experiência desafiante,

apesar de permitir encarar a vida como valiosa e merecedora de ser vivida (de Medeiros, 2019). Ainda que desafiante, pensar, fortificar ou experienciar o sentido de vida é benéfico para o doente por possibilitar a melhoria da qualidade de vida, a sensação de bem-estar espiritual, de paz e de sentido (Moncayo & Breitbart, 2013). A procura pelo sentido de vida representa uma experiência essencial (de Medeiros et al., 2018) na procura de novos significados na vivência do cancro, dado que segundo Frankl (1991, como citado em de Medeiros, 2019), nos momentos de maior sofrimento, incluindo os últimos momentos de vida, é possível dar sentido à vida.

O diagnóstico e o tratamento a que o doente oncológico é submetido influencia, para além da sua dimensão biológica, as dimensões psicológica, social e espiritual (Urrego Barbosa, Sierra Matamoros & Sánchez Pedraza, 2015). Na dimensão psicológica, verifica-se o desenvolvimento de sintomatologia ansiógena e depressiva (Moncayo & Breitbart, 2013). Na dimensão social, observa-se uma alteração nas atividades do dia-a-dia como o trabalho, as atividades de lazer e laborais, o que pode desencadear sentimentos de inutilidade, solidão e em alguns casos, a perspectiva de que a sua vida acabou (de Medeiros et al., 2018). Na dimensão espiritual, podem observar-se sentimentos como a falta de esperança, a perda do sentido da vida (Moncayo & Breitbart, 2013; de Medeiros et al., 2018), a angústia existencial e o medo da morte (de Medeiros et al., 2018).

A ausência de sentido, designada por Frankl de vazio existencial, conduz ao tédio, à frustração e à perda de prazer e felicidade e conduz à visão negativa do mundo e ausência do desejo de viver (Frankl, 1991, como citado em de Medeiros, 2019). Este vazio existencial pode representar um risco para o doente oncológico e conduzir a pensamentos suicidas, recusa em aderir ao tratamento ou a interrupção dos medicamentos, a falta de autocuidado e o cuidado para com os outros, podendo culminar no mal-estar físico e psicológico. A ausência de sentido na vida, os sentimentos negativos e a frustração funcionam como um entrave para alcançar a espiritualidade e o motivo para viver (de Medeiros, 2019).

Evidências demonstram que, perante o sofrimento físico, o confronto com a mortalidade e as mudanças no papel social e ocupacional, preservar ou renovar um sentido de vida ao longo da trajetória da doença figura-se como um fator protetor do humor depressivo, da desesperança e da angústia existencial (Brennan, 2001; Holland & Reznik, 2005, como citados em Vehling et al., 2011). Verifica-se, ainda, que atribuir um sentido à vida pode reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e a saúde física (Park et al., 2019), garantir o bem-estar espiritual e psicológico, promover um ajustamento emocional mais adequado (Moncayo & Breitbart, 2013) e facilitar a adaptação psicológica dos doentes oncológicos (Vehling et al., 2011).

Os termos “sentido” de vida e “propósito” de vida têm sido repetidamente utilizados como sinónimos (Feldman, Balaram & Anderson, 2018; Yalom, 1980; Steger, 2012), todavia, têm significados diferentes (Yalom, 1980; Steger, 2012). Segundo o psiquiatra existencialista Irvin Yalom (1980, p.423), o “sentido” remete para a expressão de algo e a sua procura envolve a procura de coerência. Por sua vez, o “propósito” relaciona-se com uma intenção, um objetivo e uma função (Yalom, 1980, p.423) e envolve aspirações e objetivos de vida (Feldman, Balaram & Anderson, 2018).

1.2.3. O propósito de vida e o doente oncológico

A atenção psicológica dada à construção do propósito e sentido de vida teve a sua origem na escrita filosófica de Frankl (1981, como citado em Pinquart, Silbereisen & Frohlich, 2009) e em trabalhos de psicólogos que visaram teorizar e definir o funcionamento psicológico positivo (Ryff & Singer, 1998, como citado em Pinquart, Silbereisen & Frohlich, 2009).

Segundo McKnight e Kashdan (2009) o propósito de vida encontra-se num *continuum* tridimensional, do qual fazem parte, designadamente: i) *alcance*; ii) *força*; e iii) *consciência*. O *alcance* refere-se ao quão omnipresente está o propósito na vida de um indivíduo e determina a influencia do propósito numa ação em diferentes contextos e condições. A *força* alude à tendência que o propósito tem para influenciar as ações, os pensamentos e as emoções. O

alcance e a *força* determinam a influência do propósito na longevidade, saúde e bem-estar, sendo que um propósito mais amplo e forte conduzirá à resiliência perante os obstáculos, a uma estrutura mais forte e à consciencialização. A *consciência* retrata o quão consciente está o indivíduo do seu propósito (McKnight & Kashdan, 2009).

O propósito de vida refere-se assim a uma ou mais aspirações de vida a longo prazo que motivam a realização de atividades significativas e requer um comprometimento e envolvimento ativos no alcance de objetivos e missões (McKnight & Kashdan, 2009; Steger, 2009, como citado em Shin & Steger, 2014; Steger et al., in press, como citado em Steger, 2012). Frankl apurou que o propósito de vida se figura como uma força motivacional fulcral para auxiliar e motivar o Homem a permanecer vivo (Ryff, 1989, como citado em Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012).

Os termos “propósito” e “esperança” são termos conceituais que se relacionam com objetivos e pressupõem a adoção de estilos de enfrentamento ativos focados no problema e têm significados que se sobrepõem, porém, têm diferenças (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012). Enquanto o propósito é considerado um processo cerebral assente em “obter uma vida melhor, realizar o próprio potencial, sobreviver o maior tempo possível, buscar sabedoria, contribuir para o bem-estar dos outros ou alcançar a iluminação” (Cameron, 2001, p. 52, como citado em Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012), a esperança é encarada como um estado emocional e um sentimento assente na crença de que os acontecimentos serão favoráveis (Snyder, 2000). O propósito na vida e a esperança foram definidos como “componentes do bem-estar existencial que inclui a realização de valores, ter objetivos, controlar o próprio destino e encontrar autoaceitação” (Baumeister & Vohs, 2002). Resultados de diversos estudos sustentam o princípio de que na presença de um propósito na vida e da esperança, os doentes oncológicos experienciam menos sofrimento emocional, contudo, quando o indivíduo se encontra doente há muito tempo, o seu propósito de vida tende a diminuir (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012).

Os indivíduos podem desenvolver o seu sentido de propósito com base no reconhecimento, comprometimento e empenho no alcance de objetivos pessoalmente significativos, dado que este concede um sentido de ação, estrutura de vida e significado pessoal na vida, para além de funcionar como meio para a autodescoberta e para a satisfação das necessidades psicológicas (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012).

O alcance dos objetivos e o propósito estão estreitamente relacionados, todavia, são distintos, visto que o propósito remete para uma componente motivacional mais abrangente que incentiva o alcance de objetivos e influencia o comportamento (McKnight & Kashdan, 2009). Os objetivos debruçam-se no resultado final e o propósito prende-se com a idealização de um futuro que pode não ser concretizado (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012). Para além do referido, Wnuk, Marcinkowski e Fobair (2012) referem que nem todo o alcance de objetivos resulta de um propósito e que apenas os objetivos autoconcordantes – objetivos incorporados no *self* que expressam os interesses e valores do indivíduo favorecem um sentido de propósito.

Os indivíduos com um propósito de vida estão mais envolvidos com a vida e mais empolgados em alcançar os seus objetivos, contrariamente aos que possuem um baixo propósito de vida, que não detêm objetivos e não consideram que o futuro lhes pode oferecer algo significativo (George & Park, 2016). Por outras palavras, um indivíduo que estabelece objetivos para si está a agir em direção ao seu propósito de vida, demonstrando desejo de viver e vontade de alcançar a felicidade (Frankl, 1977, como citado em Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012).

Ainda assim, o diagnóstico de uma doença grave como o cancro pode impedir o alcance de objetivos pessoais significativos e conduzir à perda de fontes importantes de propósito (Breitbart, 2005, como citado em Pinquart, Silbereisen & Frohlich, 2009; Thompson & Pitts, 1993). O doente pode demonstrar dificuldades em fundamentar o seu propósito de vida em objetivos materialistas (*e.g.* riqueza, progressão de carreira ou aquisição de bens materiais) por serem mais desafiantes de serem alcançados em consequência da fadiga, escassez de tempo,

tratamento ou perda do papel no trabalho, podendo, em alternativa, focar-se em objetivos sociais, hedonistas e transcendentais, que tendem a ser menos afetados pela doença oncológica (Pinquart, Silbereisen & Frohlich, 2009).

Aquando do diagnóstico, o doente pode manifestar alterações ao nível do seu propósito de vida (Lin et al., 2020). Por este motivo, abordar constructos existenciais como o propósito de vida em situações desafiantes como o cancro torna-se essencial (Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012) dadas as alterações decorrentes do diagnóstico que vão implicar uma revisão de objetivos e metas pessoais e um ajustamento aos desafios que a doença acarreta (Frankl, 1959, 2009, como citado em Wnuk, Marcinkowski & Fobair, 2012; Moadel et al., 1999), visto que o doente vivencia uma angústia existencial associada à incerteza em relação ao seu futuro (Park et al., 2019).

O propósito de vida é um constructo com extrema relevância para o processo de construção de um significado e contrapõe a ausência de sentido (Robbins & Francis, 2000), pelo que se figura como uma componente essencial para a saúde física e mental dos doentes oncológicos (McKnight & Kashdan, 2009).

Enquadrados teoricamente que estão e dada a relevância destes construtos, o estudo empírico que se apresenta em seguida, pretenderá caracterizar a esperança, o sentido e propósito de vida em doentes oncológicos e o seu impacto no processo de adaptação doença oncológica.

Capítulo 2. Estudo Empírico

2.1. Metodologia

2.1.1. Problema de investigação

Após a análise da literatura existente e do estado de arte do tema em estudo, verifica-se uma escassez de estudos internacionais e nacionais que abordem os constructos esperança, sentido e propósito de vida na vivência da doença oncológica. A parca literatura existente que

aborda estes constructos foca-se, essencialmente, na fase terminal e não considera as fases de tratamento e sobrevivência da trajetória da doença oncológica (Baczewska et al., 2019; Bovero et al., 2021; Mok et al., 2012).

Todavia, diversas investigações reconhecem a importância de se abordarem estes constructos no contexto da doença oncológica, inclusive nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência. Investigações realizadas permitiram averiguar que a esperança auxilia o doente ao longo da trajetória da doença e parece predizer os comportamentos de enfrentamento associados ao diagnóstico e tratamento e o crescimento pós-traumático entre sobreviventes de cancro (Berri, 2020; Menezes et al., 2021; Sartore & Grossi, 2008; Wonghongkul et al., 2000). O sentido de vida deve ser abordado na Oncologia, pois representa uma estratégia espiritual para o enfrentamento do sofrimento humano (de Medeiros et al., 2018). Apesar de a maioria dos estudos encontrados sobre o sentido de vida se focarem, essencialmente, em pacientes com cancro avançado, constatou-se que a (re) construção de um sentido de vida pelo paciente que se encontra em tratamento é fundamental para o enfrentamento e adesão ao tratamento, o que sugere a pertinência de abordar questões como o sentido de vida a partir do diagnóstico e não somente na fase final de vida (de Medeiros et al., 2018). Após se ter verificado que os constructos sentido e propósito de vida têm sido utilizados, repetidamente, como sinónimos (Feldman, Balaram & Anderson, 2018) em diversos estudos na área da oncologia, considera-se de extrema pertinência e relevância estudá-los de forma independente, dado que possuem significados divergentes (Yalom, 1980; Steger, 2012).

Perante o exposto, a presente investigação, de natureza qualitativa e exploratória, pretende compreender, de que forma estes constructos existenciais – esperança, sentido e propósito de vida – estão presentes na vida dos doentes oncológicos que se encontram nas fases de tratamento e sobrevivência da doença, e que papel detêm no processo de adaptação ao cancro.

2.1.2. Objetivos do estudo

O objetivo geral que norteia o presente estudo de investigação é compreender o papel da esperança, sentido e propósito de vida na vivência e adaptação à doença oncológica. Como objetivos específicos, pretende-se: (i) conhecer a esperança, sentido e propósito de vida do doente; (ii) perceber se a doença oncológica alterou/impactou a esperança, sentido e propósito de vida do doente; (iii) reconhecer se a esperança, sentido e propósito de vida foram um recurso para lidar com os tratamentos e a sobrevivência; e (iv) compreender em que medida a esperança, sentido e propósito de vida contribuíram para a adaptação à doença.

2.1.3. Participantes

Recorrendo a um método de amostragem não probabilística, reuniu-se uma amostra intencional constituída por 12 doentes oncológicos que se encontram nas fases de tratamento e sobrevivência da doença. Guest e colaboradores (2006, como citado em Rego, Pina e Cunha & Meyer, 2018) preconizam que 12 é o número de entrevistas que possibilita a obtenção de saturação teórica ou concetual, sendo que a ideia implícita é a de que 12 ou múltiplos de 12 deve ser a regra na seleção do número de participantes (Boody, 2016, como citado em Rego, Pina e Cunha & Meyer, 2018).

Os participantes foram recrutados atendendo-se aos seguintes critérios de inclusão: i) ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da entrevista; ii) ser doente oncológico e encontrar-se nas fases de tratamento ou sobrevivência da doença. Como critérios de exclusão, definiram-se os seguintes: i) ter idade inferior a 18 anos; ii) doentes a realizar terapêutica paliativa; e iii) ter défices intelectuais e cognitivos que inviabilizassem a sua capacidade de participação no estudo.

As 12 participantes da presente investigação são do sexo feminino e apresentam idades compreendidas entre os 35 e os 67 anos. A maioria das participantes é casada (9 participantes), duas são solteiras e uma é divorciada. Todas as participantes praticam a religião católica. Os

tipos de cancro diagnosticados às participantes foram, designadamente, cancro da mama (10 participantes), cancro do ovário (1 participante) e cancro peritoneal (1 participante) (Figura 2).

O tempo que decorreu desde o diagnóstico divergiu entre as participantes, tendo variado entre os seis meses e os 16 anos. Constatou-se que sete participantes se encontram em tratamento e cinco são sobreviventes. Os tratamentos a que as participantes foram submetidas foram: (i) quimioterapia (12 participantes); (ii) cirurgia (9 participantes); (iii) radioterapia (8 participantes); (iv) tratamento de anticorpos (2 participantes); (v) hormonoterapia (3 participantes); e (vi) braquiterapia (1 participante). Por fim, verifica-se que 10 participantes não vivenciaram nenhuma recidiva, enquanto as restantes duas confrontaram-se com uma recidiva no decorrer dos tratamentos.

2.1.4. Procedimentos

2.1.4.1. Procedimentos éticos adotados na investigação

O presente estudo de investigação cumpriu com os requisitos científicos e éticos estipulados no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2016).

No primeiro contacto com cada participante, ainda que virtual, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) – baseado na Declaração de Helsínquia que atua em concordância com o Código Deontológico da OPP – que notificou cada interessado em integrar o estudo sobre o tema, os objetivos e os seus direitos enquanto participante, nomeadamente: a) a confidencialidade e o anonimato relativos à identificação, dado que foi atribuído um código a cada participante, bem como os limites da confidencialidade; b) o carácter voluntário da participação; c) o direito ao acesso, alteração, eliminação e oposição ao tratamento dos dados pessoais; d) o uso exclusivo dos dados recolhidos apenas para fins de investigação científica e o prazo de conservação dos dados pessoais; e, por fim, e) o direito de recusar ou interromper a participação no estudo, sem penalização. Após uma leitura cuidada de toda a informação apresentada no documento, solicitou-se uma assinatura, a cada participante,

para que consentisse, tanto a sua participação no estudo, como a gravação áudio da entrevista. Não houve qualquer incentivo à participação uma vez que foi gratuita, e não existiram riscos – físicos e/ou psicológicos – associados à participação.

A par dos aspetos supramencionados, foram considerados outros cuidados éticos a ter em conta quando se conduz uma investigação na área da oncologia, dada a vulnerabilidade da população oncológica. Adotou-se uma postura onde o respeito, a empatia, a sensibilidade e a escuta ativa prevaleceram, com intuito de dar espaço à verbalização e expressão emocional das entrevistadas (Rosenstein & Miller, 2010) e não causar danos físicos e/ou psicológicos às mesmas – pressuposto subjacente no ponto 7.1 do Código Deontológico da OPP (2016).

2.1.4.2. Procedimentos de recolha de dados

A seleção dos participantes foi intencional – recorde-se o tipo de amostragem empregue no estudo – pelo que se recorreu ao: i) contacto com doentes de uma associação de apoio a doentes oncológicos do norte do país; e ii) método *snowball*, recrutando participantes que atendessem aos critérios de inclusão estipulados previamente.

Para o efeito, a investigadora realizou um pedido de colaboração, via email, para a diretora da associação a solicitar a autorização para a realização das entrevistas. Após a investigadora ter recebido um parecer positivo, procedeu-se ao contacto com as utentes que se mostraram interessadas em integrar a presente investigação, seguindo-se o agendamento de uma entrevista individual conforme a disponibilidade de cada participante.

Atendendo-se à zona geográfica de residência da investigadora, o recrutamento dos participantes e as entrevistas foram realizados por intermédio das Tecnologias de Informação e da Comunicação (TIC), mais especificamente via *Microsoft Teams*.

A realização das entrevistas decorreu num único momento entre os meses de abril e maio de 2022, e cada entrevista teve uma duração de aproximadamente uma hora, tendo sido

realizada a gravação áudio de cada entrevista. Cada entrevista foi transcrita (transcrição *verbatim*), seguida da sua codificação para uma análise posterior.

2.1.4.3. Procedimentos de análise dos dados

O procedimento de análise qualitativa de dados selecionado no presente estudo designa-se de Análise Temática. A Análise Temática – método de análise qualitativa de dados assente em identificar, analisar, interpretar e relatar temas a partir de dados qualitativos – foi proposta por Braun e Clarke (2006) e pode ser empregue a partir de uma abordagem indutiva e apoiada nos dados, isto é, não parte de categorias ou temas preexistentes para a análise dos dados, e a partir de uma abordagem dedutiva ou teórica, da qual emergem um conjunto de categorias ou temas preexistentes (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019).

O processo de análise qualitativa é caracterizado por ser flexível, dada a inexistência de regras, sendo esse aspeto transversal às seis fases que o compõem (Braun & Clarke, 2006).

Na primeira fase – *familiarização dos dados* – realizou-se um contato prévio com os dados para sua posterior recolha, transcrição e revisão. A investigadora procedeu à imersão nos dados para possibilitar a familiarização dos seus conteúdos, o que implicou leituras reiteradas, processo moroso efetuado antes da sua codificação, pois possibilitou a procura de significados e a identificação de temas e novas ideias (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019).

A segunda fase envolveu a *criação de códigos iniciais* com base nos dados (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019) e sua respetiva organização (Tuckett, 2005, como citado em de Souza, 2019). Nesta fase, foram codificados o máximo de temas, de forma inclusiva, para que os dados não ficassem fora de contexto (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019).

Na terceira fase – *procura de temas* – procedeu-se à categorização dos diversos códigos num tema abrangente (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019). De forma a facilitar a atribuição dos diversos códigos em temas, recorreu-se a representações visuais (*e.g.* tabela). Nesta fase, a investigadora confrontou-se com códigos que pareciam não pertencer aos temas que foram

produzidos, porém, esses códigos não foram descartados, mas sim agregados, provisoriamente, num tema (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019).

A quarta fase – *revisão dos temas* – envolveu dois níveis de revisão e refinamento dos temas. O primeiro nível exigiu uma revisão dos dados codificados com intuito de perceber se estes formavam um tema coeso. O segundo nível implicou a validação dos dados e do mapa temático criado (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019).

Na quinta fase – *definição e nomeação dos temas* – os temas que serão apresentados como resultados da análise foram definidos e revistos, isto é, determinou-se os dados que seriam representados por cada tema. A par disso, averiguou-se a possibilidade de algum tema possuir subtemas, dada a sua utilidade para estruturar um tema mais abrangente e complexo (Braun & Clarke, 2006; de Souza, 2019).

A última fase – produção do relatório – baseou-se na “descrição concisa, coerente, lógica, não repetitiva e interessante sobre a história que os dados contam” (de Souza, 2019, p. 62). O relatório não se baseou apenas no fornecimento de dados, pelo que se baseou na organização dos dados para que os resultados sejam perceptíveis (de Souza, 2019).

A Análise Temática priorizada no presente estudo foi a indutiva, uma vez que os temas se encontram relacionados com os dados e a codificação foi guiada pelos dados, e não por uma grelha preexistente. Os estudos qualitativos, de natureza indutiva, visam estudar o fenómeno de uma forma intimamente articulada com o seu contexto (Rego, Pina e Cunha & Meyer, 2018).

A codificação das 12 entrevistas foi elaborada pela investigadora e pela equipa de investigação, visando alcançar um acordo intercodificadores, através de tabelas de codificação (Anexo 2). De forma a garantir a fiabilidade dos dados, recorreu-se a uma análise de pares.

2.1.5. Instrumentos

Face aos objetivos subjacentes, enveredou-se por uma metodologia qualitativa de carácter exploratório que integrou os seguintes instrumentos: um Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo 3) e uma Entrevista Semiestruturada (Anexo 4).

O *Questionário Sociodemográfico* permitiu obter informações pessoais de cada participante como o sexo, a idade, o estado civil e a religião.

O *Questionário Clínico* objetivou a recolha de informação clínica da participante, nomeadamente, o tipo de cancro, o tempo que decorreu desde o diagnóstico, a fase atual da trajetória da doença – tratamento ou sobrevivência –, os tratamentos a que foi submetida e a (in)existência de uma recaída da doença.

A *Entrevista Semiestruturada* explorou a esperança, o sentido e o propósito de vida da doente ao longo do decurso da enfermidade, com enfoque nas fases de tratamento e sobrevivência. Procurou-se perceber: (i) as conceções das participantes sobre os três constructos alvos de estudo (*“Para si, o que significa ter esperança, sentido e propósito de vida?”*); (ii) o impacto da doença na esperança, sentido e propósito de vida da doente (*“Considera que o diagnóstico da doença oncológica impactou/alterou a sua esperança, sentido e propósito de vida?”*); (iii) se estes constructos auxiliaram a doente na fase de tratamento (*“Considera que a esperança, sentido e propósito de vida lhe dão força nos tratamentos?”*) e sobrevivência (*“Considera que a esperança, sentido e propósito de vida lhe dão força nesta fase de sobrevivência?”*); e (iv) se a doente se considera uma pessoa com esperança, sentido e propósito de vida (*“Considera-se uma pessoa com esperança, sentido e propósito de vida?”*).

Capítulo 3. Resultados

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos do estudo empírico.

3.1. Esperança

Da análise das entrevistas resultaram as seguintes *quatro categorias principais* no que diz respeito à variável esperança: (1) significados atribuídos à esperança; (2) impacto da doença oncológica na esperança; (3) esperança, adaptação e enfrentamento da doença oncológica; e (4) fontes de esperança, sendo que para cada categoria principal emergiram subcategorias. De seguida, serão utilizadas transcrições das entrevistas relativas aos aspetos essenciais de cada categoria.

Significados atribuídos à esperança

A partir desta categoria emergiram as seguintes subcategorias: (i) esperança de cura; (ii) esperança de vida; (iii) esperança de não vivenciar uma recidiva; e (vi) esperança associada à fé.

Esperança de cura Para metade das participantes, a esperança é expressa através da crença e da vontade em alcançar um bem maior que é a cura.

IF: *Acreditar que a cura está lá [...] mas eu sei que no fim eu vou alcançar aquele bem maior que é a cura, neste caso, a cura da doença.*

MP: *Então eu pensei que enquanto há vida, há esperança. Se eu estou aqui, eu vou lutar e eu vou conseguir. Eu tenho de alcançar a cura, eu não sei o que vou encontrar pelo caminho, mas eu sei que vou chegar lá [cura] e vou agarrar-me outra vez à esperança [...] A minha esperança é a cura.*

Esperança de vida A esperança foi igualmente associada à vontade de viver mais anos e, por sua vez, alcançar maior longevidade.

AP: *Esperança de viver, lutar e viver mais anos.*

SL: *É tu queres alcançar uma coisa que não consegues e dizer: Será que vou conseguir? Será que vou ter forças para conseguir? [...] sei que nunca vou conseguir ter cura, mas sim força para conseguir enfrentar a doença e viver mais anos.*

Esperança de não vivenciar uma recidiva Uma das participantes manifestou a sua esperança em não voltar a vivenciar tudo o que passou e ter uma recidiva.

GC: *A esperança, para já, para mim, é que isto não se volte a repetir.*

Esperança associada à fé A esperança foi igualmente associada à fé e a uma força superior.

CP: *[...] acreditar que efetivamente tendo fé ou acreditando vou conseguir salvar-me.*

MPP: *Posso associar a esperança à fé e a uma força que vem de cima.*

Impacto da doença oncológica na esperança

Foi possível verificar que a doença oncológica impactou e alterou a esperança de algumas participantes, contudo, o mesmo não aconteceu com todas as participantes. Destaca-se, portanto, as três subcategorias que surgiram da presente categoria principal: (i) da desesperança à esperança; (ii) desesperança; e (iii) sem impacto na esperança.

Da desesperança à esperança Constata-se que, para uma das participantes, a doença oncológica impactou e alterou a sua esperança, dado que passou a ser uma pessoa com esperança após se ter confrontado com a doença.

SC: Eu não era uma pessoa com esperança, mas mudei.

Desesperança Verifica-se que a doença fez com que as participantes se confrontassem com a iminência da morte e manifestassem um sentimento profundo de descrença e desesperança.

AP: Pensei que ia ser o meu fim, pensei que não ia sobreviver [...]

MPP: Eu pensei que aquilo era uma sentença de morte. Naquela altura, parece que me tiraram um tapete e que a minha esperança estava condicionada.

Sem impacto na esperança Em contrapartida, averigua-se que a doença oncológica não impactou nem alterou a esperança de algumas participantes, até pelo contrário, intensificou ainda mais a sua esperança.

FP: O facto de ser diagnosticada com cancro não me afetou rigorosamente nada, pelo contrário, eu acho que avivou mais a minha parte de acreditar e ter esperança [...] Por isso, sim, continuo sim com muita esperança.

CM: [...] eu nunca pus a hipótese de não ficar curada [...] Portanto, eu penso que a minha esperança não ficou abalada.

Esperança, adaptação e enfrentamento da doença oncológica

De facto, a esperança foi encarada pelas participantes como uma força motivacional que lhes permitiu adaptarem-se e enfrentarem toda a trajetória da enfermidade, tanto na fase de tratamento, como na fase de sobrevivência. Desta categoria surgiram duas subcategorias: (i) a esperança como variável facilitadora da adaptação e do enfrentamento da doença oncológica na

fase de tratamento; e (ii) a esperança como variável facilitadora da adaptação à doença oncológica na fase de sobrevivência.

A esperança como variável facilitadora da adaptação e do enfrentamento da doença oncológica na fase de tratamento As participantes que se encontram em tratamento encaram a esperança como uma força à qual se podem agarrar para que a adaptação e o enfrentamento aos tratamentos seja mais facilitada.

SC: *É uma força que agente pensa que não tem, mas aparece. E eu digo assim: mas como é que apareceu essa força enorme? Nós temos de ter força. Ela está lá. Mesmo que digamos que não vamos conseguir, chega o momento e a esperança está lá.*

MP: *Agarrei a esperança como se fosse a minha última boia de salvação. Era só aquilo que eu tinha [a esperança] e era o que eu tinha de agarrar. E foi essa boia de salvação, essa esperança, que me foi sempre levando ao longo do caminho, porque eu precisei de sentir a esperança de que lá à frente eu ia obter aquilo que eu estava na expectativa, e eu vou conseguir. Eu tenho esperança que vou conseguir.*

A esperança como variável facilitadora da adaptação à doença oncológica na fase de sobrevivência As participantes sobreviventes mencionam que a esperança ajuda-as a viver o momento presente e a ter esperança de que o dia de amanhã será sempre melhor. A par disso, uma das participantes acredita que a esperança a ajudou a recuperar e a enfrentar a fase dos tratamentos.

GC: *A esperança é a última a morrer! Portanto, temos de ter esperança todos os dias, temos de nos levantar porque é mais um dia e eu estou aqui. Vamos viver mais esse dia, não vamos pensar no amanhã, vamos pensar no hoje, mas ter sempre esperança de que amanhã será melhor [...] a esperança deu-me força para encarar um novo dia.*

MPP: *[...] a esperança estava lá, e eu agradeço porque estou assim recuperada [...]*

Fontes de esperança

Relativamente à categoria supramencionada, foram reconhecidas as seguintes subcategorias relativas a fontes de esperança percecionadas: (i) suporte familiar e social; (ii) religião; (iii) o papel da Associação de Apoio a Doentes Oncológicos; e (iv) acompanhamento médico e indicadores positivos de saúde.

Suporte familiar e social As participantes contaram com uma vasta rede de apoio e suporte durante toda a trajetória da doença, incluindo dos familiares e dos amigos.

MP: *Eu mantive a esperança agarrando-me à família, aos amigos, ao meu filho, ao meu marido, porque eles esperavam isso de mim [...] E foi desta forma que eu me agarrei à esperança, através daqueles que me rodeavam, do seu apoio, porque eu nunca estive sozinha. Sempre estive bem acompanhada, e foi a eles que eu fui buscar essa esperança.*

AM: *A minha filha é que me dá força e esperança [...] À parte a isso tenho uma família extraordinária, um marido que está a 100% comigo, o meu pai, a minha irmã, os meus sogros, os meus cunhados, pronto, está toda a gente. Pouco a pouco eu recebo um carinho de uma amiga, de um conhecido que manda uma flor [...]*

Religião As participantes agarraram-se às suas crenças e práticas religiosas, inclusive à oração com intuito de manterem a sua esperança, considerando que Deus lhes fornecia força.

IF: *Falar em esperança é falar em Deus e Jesus, porque eles é que me dão essa força [...]*

CM: *E eu rezava, pedia a Deus para o meu filho não ficar sem a mãe, para o meu filho conseguir ver que a doença tem uma cura e penso que sim, Deus ajudou-me a manter a esperança.*

O papel da Associação de Apoio a Doentes Oncológicos Aquando do diagnóstico da doença oncológica, duas participantes referem que recorreram a uma associação de apoio a doentes no sentido de adquirirem algum tipo de apoio, força e esperança.

FP: *Recorri aqui à Associação [...] eu até costumo dizer que esta é a minha segunda casa porque me dá mais força e esperança. É óbvio que esta Associação me ajuda muito através do apoio psicológico [...]*

AP: *O único sítio que eu recorri menina, foi aqui à associação, que é onde eu me sinto bem e é um meio muito gratificante. Eu sinto-me muito bem com o apoio que eu tenho.*

Acompanhamento médico e indicadores positivos de saúde Uma participante mencionou que a postura dos profissionais de saúde que a acompanham ao longo de todo o processo, bem como os resultados positivos, que até então tem obtido, fazem-na manter a esperança.

CP: *Os resultados positivos e o bom acompanhamento médico fizeram-me ter sempre esperança de que as coisas estavam a evoluir de forma positiva e os resultados estavam à vista [...]*

3.2. Sentido de vida

No que diz respeito à variável sentido de vida, emergiram as seguintes três categorias principais: (1) compreensão de que a vida tem sentido e valor; (2) importância, significado e valor atribuído à própria existência; e (3) sentido de vida, adaptação e enfrentamento da doença oncológica.

Compreensão de que a vida tem sentido e valor

Foram duas as subcategorias que surgiram desta categoria: (i) antes do diagnóstico da doença oncológica; e (ii) no decorrer da trajetória da doença oncológica.

Antes do diagnóstico da doença oncológica Verifica-se que previamente ao diagnóstico de cancro, quatro participantes não conseguiam identificar e compreender o sentido e o valor da vida, inclusive não pensavam na importância do viver e não apreciavam os pequenos prazeres da vida.

MP: *Eu hoje digo que eu estava vivendo, mas ao mesmo tempo não estava a aproveitar a vida. Aquelas pequenas coisas que hoje eu tenho tempo para apreciar e que sempre estiveram lá, eu não as via como vejo hoje.*

AP: *Eu queria viver, mas eu não pensava tanto na importância de viver.*

Por outro lado, uma participante confidenciou que antes de se confrontar com o diagnóstico, valorizava a vida.

AM: *[...] já valorizava bastante a vida que tenho.*

No decorrer da trajetória da doença oncológica Contrariamente ao que se sucedeu no pré-diagnóstico, após se confrontarem com a doença e a vivenciarem, as participantes revelaram o valor que a vida tem e a importância do viver, independentemente de padecer de uma doença ou não.

CP: *[...] é bom viver, é uma experiência boa...Temos de valorizá-la e viver cada dia como se fosse o último [...] A doença fez-me ver que a vida tem sentido e vale a pena vivê-la [...] eu acho que veio acentuar o sentido de dar menos importância a determinadas coisas e não esperar pelo momento ideal, porque não há um momento ideal, e fazê-las [...] dar importância à vida e às coisas sem nos preocuparmos tanto com detalhes [...] dar mais sentido à vida e não perder as oportunidades porque hoje estamos cá e amanhã não sabemos. Foi mais no sentido de olhar para a vida de outra forma.*

Importância, significado e valor atribuído à própria existência

Desta categoria principal emergiram as seguintes duas subcategorias: (i) antes do diagnóstico da doença oncológica; e (ii) no decorrer da trajetória da doença oncológica.

Antes do diagnóstico da doença oncológica Duas participantes referiram que durante toda a sua vida se colocavam em segundo plano e se limitavam a exercer o seu papel de esposa, mãe e mulher, pelo que não davam importância, significado e valor à sua própria existência.

SC: Não pensava em mim. Limitava-me a ser uma boa mãe, boa filha, boa esposa, boa irmã. Nunca tinha tempo para mim [...] não me valorizava a mim. E às vezes questionava: Ai senhor, o que é que eu estou fazendo nesta vida? [...] o meu papel era só ser mãe [...] Eu não me importava comigo nem gostava de mim.

FP: [...] eu não me valorizava tanto. Eu ficava sempre para último plano.

No decorrer da trajetória da doença oncológica Por outro lado, é possível averiguar que o discurso de uma dessas duas participantes diferiu totalmente desde a fase pré-diagnóstico até à fase em que vivencia a doença oncológica, na medida em que refere que nunca duvidou do seu valor ao longo de toda a trajetória da doença e que considera que vive por algum motivo.

FP: Em nenhum momento duvidei do valor da minha existência [...] A minha vida faz sentido porque eu ainda tenho muito para dar. Eu estou cá por algum motivo, senão eu já não estava cá [...], eu acho que essa nova fase da minha vida veio fazer-me ver e parar para pensar que afinal eu existo, e se eu existo, para alguma coisa eu tenho de servir. Deu-me aqui uma outra visão de mim que eu não tinha.

Outra participante acredita que toda esta experiência servirá para ser um exemplo e um testemunho para as outras pessoas.

IF: [...] eu acho que estou a passar por isso para dar exemplo, e ser exemplo [...] ser um testemunho com toda essa minha alegria [...] Nem que seja quando eu andei com a minha careca para cá e para lá, para as pessoas verem que não é o fim do mundo estar careca. Não é! [...] Epá, se for para isso, eu já fico feliz.

Outra participante refere, ainda, que a sua existência tem valor, tanto para si como para quem a rodeia, e que alguma coisa que faça, por mais pequena que seja, terá impacto no outro.

CM: Sim, a minha existência tem valor para mim e para quem me rodeia, e para o mundo [...] alguma coisa que eu faça no dia a dia poderá ter impacto em alguém que eu não conheço. O deixar uma pessoa atravessar a passadeira, o dar a vez a uma pessoa que está parada no trânsito há muito tempo... Eu penso que isso tudo tem um impacto no dia daquela pessoa. Mesmo que ela não se aperceba, eu penso que sim.

Sentido de vida, adaptação e enfrentamento da doença oncológica

À semelhança do ocorrido com a esperança, o sentido de vida foi considerado pelas participantes como uma força e uma motivação que facilitou a sua adaptação nas fases de tratamento e sobrevivência. Emergiram, desta categoria, duas subcategorias: (i) o sentido de vida como variável facilitadora da adaptação e enfrentamento da doença oncológica na fase de tratamento; e (ii) o sentido de vida como variável facilitadora da adaptação à doença oncológica na fase de sobrevivência.

O sentido de vida como variável facilitadora da adaptação e enfrentamento da doença oncológica na fase de tratamento As participantes aperceberam-se que a importância que atribuíam à vida e à sua própria existência dá-lhes força e motivação para se adaptarem e enfrentarem os tratamentos e nunca desistirem.

SL: *Vai-se buscar forças lá ao fundo do poço, mas o sentido que eu dou à vida e a mim própria dá-me forças.*

AM: *É uma motivação [...] Não me permite desistir.*

O sentido de vida como variável facilitadora da adaptação a doença oncológica na fase de sobrevivência É possível verificar, com os testemunhos das participantes sobreviventes, que o sentido que atribuem à vida e à sua própria existência foi fulcral na fase em que se submeteram aos diversos tratamentos, uma vez que lhes facultou força, caso contrário, possivelmente teriam desistido. Nesta fase de sobrevivência, as mesmas manifestam uma vontade enorme de viver.

AP: *O meu sentido de vida dá-me força porque eu quero viver e tenho de me agarrar a alguma coisa porque essas coisas fazem-me feliz e querer sobreviver.*

CM: *Eu reagi muito bem aos tratamentos, e penso que foi devido à força que eu fui buscar ao sentido que eu atribuo à minha vida [...] Gosto demasiado da vida para desistir.*

FP: *Se eu não tivesse um sentido de vida, na minha mente, eu obviamente que me ia enterrar [...] Teria desistido com toda a certeza [...] deu-me força para lutar.*

3.3. Propósito de vida

A última variável alvo de análise nas entrevistas foi o propósito de vida, sendo que se destacam duas categorias principais: (1) consciência da presença de um propósito; e (2) propósito de vida, adaptação e enfrentamento da doença oncológica.

Consciência da presença de um propósito

Resultaram, desta categoria principal, duas subcategorias: (i) antes do diagnóstico da doença oncológica; e (ii) no decorrer da trajetória da doença oncológica.

Antes do diagnóstico da doença oncológica A maioria das participantes confessou que antes do diagnóstico da doença oncológica não pensavam no seu propósito, referindo que nunca ambicionaram por mais e viviam um dia de cada vez. Uma participante referiu que, apesar de

considerar que não tinha um propósito, tinha a consciência de que procurava alguma coisa, mas refere que desconhece o quê.

SC: *Eu não dava importância. Eu vivia um dia de cada vez [...] Eu não pensava nisso, não pensava em qual era o meu propósito.*

MP: *Eu nunca ansiei por mais do que aquilo. Nunca queria alcançar mais e deixava-me levar pela rotina [...] Eu contentava-me com aquilo que tinha.*

FP: *Eu acho que não tinha [...] casei, tive filhos, cuidei dos filhos, da casa, mas era muito nessa base. Eu sabia que procurava alguma coisa, mas eu não sabia o quê.*

Por outro lado, foi possível averiguar que duas participantes tinham o propósito de constituir e/ou aumentar família, porém, ao se confrontarem com o diagnóstico da doença oncológica, perceberam que esse seu propósito foi impactado pela doença e que teria de ser adiado.

CP: *Na altura, quando isto tudo apareceu, estávamos a tentar constituir família, e agora neste momento não é possível. Esta questão não fica de parte porque há sempre a possibilidade da adoção, mas sim, foi aqui um objetivo que ficou condicionado pela doença.*

AM: *Eu estava a tentar engravidar, esse era o nosso propósito de vida, era aumentar a família porque era esse o nosso propósito.*

Foi ainda possível constatar que o propósito de outras duas participantes estava relacionado com as suas vidas profissionais, inclusive uma das participantes referiu que quando se confrontou com o diagnóstico de cancro, estava na melhor fase da sua carreira profissional, considerando que o seu propósito profissional agora é passado.

IF: *[...] quando tudo isto aconteceu eu estava a trabalhar como subdiretora no hotel, portanto, eu estava numa fase muito boa da minha vida a nível profissional e isso veio estragar tudo, a verdade é essa [...] Os meus propósitos a nível profissional já eram [...] Antes o meu propósito estava muito relacionado com a minha vida profissional, tanto é que consegui subir de cargo no hotel onde trabalhava.*

CA: *O sonho de criar uma residencial, nem que fosse pequena, mas onde as pessoas fossem tratadas como eu gostaria que fosse [...] Esse era o meu propósito, foi por isso que eu fui para esse curso porque nessa altura eu pensei o que é que eu ainda podia fazer e surgiu-me essa ideia.*

No decorrer da trajetória da doença oncológica É possível constatar que, após se confrontarem com o diagnóstico da doença oncológica e no decorrer da trajetória da doença, todas as participantes consideram ter um propósito. Uma das participantes considera que lhe foi dada uma nova oportunidade por Deus e, por isso, acredita ter um propósito a alcançar, nomeadamente acompanhar as suas filhas e vê-las casar.

SL: *Mas eu digo que se Deus me deu essa oportunidade de viver é porque eu tenho um propósito cá na terra [...] eu penso nas minhas filhas e em poder vê-las no altar.*

Outra participante ambiciona ser uma inspiração para as pessoas, independentemente de vivenciarem a mesma experiência que a sua.

IF: *O propósito da minha vida é ser alegria para os outros e uma inspiração para os outros. Inspirar as outras pessoas, tanto as que passam pela experiência que estou a passar como outras.*

Uma das participantes havia confidenciado que antes de se confrontar com o diagnóstico da doença oncológica, o seu grande propósito de vida era ser mãe. Neste momento, e agora que é mãe, a mesma considera que o seu propósito é ser uma boa mãe e, a par disso, alcançar uma maior longevidade.

GC: *Depois de ser mãe, o meu propósito é ser uma boa mãe e estar sempre presente. É ter um futuro longo e ter mais longevidade de vida possível [...] Ser feliz, ter saúde [...]*

Ademais, verifica-se, igualmente, que o propósito de uma das participantes se relaciona com uma ambição profissional, isto é, alcançar todos os objetivos profissionais que deseja e ser um marco no seu local de trabalho, para que jamais seja esquecida.

MPP: *A nível pessoal manter como estamos assim, estamos muito bem graças a Deus, vamos manter [...] eu tenho o objetivo de dar a volta ali no centro social onde estou a trabalhar [...] Já estou lá há um mandato e tenho mais um e tenho objetivos e tenho projetos para lá e quero sair de lá um dia, mas quero deixar a minha marca, e eu já estou a conseguir aos poucos. Já alcancei muitas coisas da qual me orgulho, mas ainda há outras que não e o meu propósito é deixar a minha marca naquele sítio e quando algum dia eu me for, que se lembrem da minha passagem.*

Propósito de vida, adaptação e enfrentamento da doença oncológica

À semelhança do ocorrido com as duas variáveis analisadas anteriormente – esperança e sentido de vida – o propósito de vida das participantes, isto é, os seus objetivos de vida e as aspirações futuras, foi uma variável que facilitou a adaptação à doença oncológica. Resultaram, desta categoria, três subcategorias: (i) influência do propósito de vida nos pensamentos das participantes na fase de tratamento; (ii) influência do propósito de vida nas ações das participantes na fase de tratamento; e (iii) influência do propósito de vida nas ações das participantes na fase de sobrevivência.

Influência do propósito de vida nos pensamentos das participantes na fase de tratamento

O propósito de vida das participantes que se encontram em tratamento fâ-las terem força e foco, levando-as a acreditar que serão felizes e que irão vencer porque algo de bom as espera, possibilitando uma adaptação e enfrentamento mais favoráveis à fase em que se encontram.

SL: *Penso que poderei vencer.*

SC: *Dá muita força [...] para pensar que vou ser feliz [...] alguma coisa boa há de chegar a mim.*

MP: *Eu digo sempre a mim própria para me focar em alguma coisa positiva, que me dê um ânimo, e não pensar sempre negativo porque não vai dar certo.*

CP: *Mantendo o foco e acreditando que eu vou vencer porque toda a estrutura que eu tenho à minha volta faz-me acreditar que é possível vencer e acreditar que ainda tenho muita coisa para fazer.*

Influência do propósito de vida nas ações das participantes na fase de tratamento

Para além de exercer influência nos pensamentos das participantes submetidas aos tratamentos e de influenciar positivamente a adaptação e atitude de enfrentamento das participantes, o propósito de vida influencia as suas ações, possibilitando a adoção de uma postura que não a de desistência e a presença de força para viver.

SL: *Não me permite desistir.*

SC: *Dá muita força para querer viver.*

MP: *Muita força, porque temos de nos agarrar a essas coisas assim. Temos de arranjar um motivo e agarrar numa coisa para chegarmos lá.*

IF: *Quando temos um propósito será sempre algo bom para nós e, apesar da doença, eu consigo visualizar lá à frente coisas boas para mim. Eu ainda vou viajar muito e fazer muitas coisas.*

Influência do propósito de vida nas ações das participantes na fase de sobrevivência

O propósito de vida influencia as ações das participantes sobreviventes, levando-as a adotar uma postura ativa de luta, para que, em momento algum, caso desistissem e fossem anemicamente abaixo, levando-as a adquirirem força para viver e rumarem em busca da sua missão.

GC: *Dá-me força para não desistir, dá-me força para lutar, para ser sempre melhor, fazer melhor, estar bem.*

FP: *Estamos cá para cumprir alguma missão e a partir daí faz sentido que eu continue em busca da minha missão.*

CM: *Ter um propósito ajudou a ultrapassar a doença.*

AP: *Se eu não tivesse esse propósito de vida ia abaixo. Se eu não tivesse coisas para lutar ia abaixo.*

Capítulo 4. Discussão

O presente estudo de investigação foi desenvolvido com o propósito de responder à lacuna existente nos estudos em Portugal assentes numa compreensão subjetiva do papel das variáveis existenciais – esperança, sentido e propósito de vida – nos processos de adoecer e ajustamento à doença oncológica.

Receber o diagnóstico de cancro teve distintos impactos nas participantes da presente investigação. Enquanto algumas os descreveram como uma passagem da desesperança para a esperança, e ausência de impacto na esperança, outras consideraram ainda que estes momentos foram marcados por uma profunda desesperança e crença de que se depararam com a sua sentença de morte. A investigação conduzida por Eustache, Jibb e Grossman (2014), cujo intuito foi explorar a experiência e o significado da esperança em relação ao processo de cura de doentes diagnosticados com cancro, sustenta estes resultados, uma vez que os participantes referiram que o diagnóstico e o momento imediatamente seguinte foram relatados como períodos desprovidos de esperança. Em condordância com esses resultados, estão também as descobertas de Albuquerque, Nascimento e Jorge (2004) e de Balsanelli e Grossi (2016) que com o objetivo de compreender o sentido de vida do doente portador de cancro e identificar os preditores da esperança entre mulheres com cancro da mama durante a quimioterapia, respetivamente, apuraram que o diagnóstico de cancro foi encarado como uma sentença de morte que, por um lado, foi sendo substituído pela esperança de cura e continuidade da vida (Albuquerque, Nascimento & Jorge, 2004) e, por outro, resultou numa profunda perda de esperança (Balsanelli & Grossi, 2016).

As participantes do presente estudo atribuíram à esperança o significado da cura. Corroborando com estes resultados, os estudos realizados por Eustache, Jibb e Grossman

(2014), Santos e Nunes (2016) e Silva e colaboradores (2019) preconizam que na trajetória da doença oncológica, a esperança e a cura estão intimamente vinculadas quando o doente (re)encontra uma nova razão para viver e que a esperança é encarada como um recurso para o enfrentamento da enfermidade e uma terapêutica indispensável no tratamento quimioterápico, dado que possibilita a crença na cura, a espera por um futuro favorável e o alcance de uma melhor condição de saúde. Também Barbosa, Santos e Barbosa (2012) concluíram no seu estudo desenvolvido para desvelar os pensamentos e interpretações de mulheres diagnosticadas com cancro da mama que a maioria das participantes indicou ter esperança de cura.

A esperança parece ser essencial para o doente oncológico aumentar a sua motivação interna e adquirir habilidades de enfrentamento eficientes para lidar com a doença (Ozen, Ceyhan & Buyukcelik, 2020), e para tal, é fundamental que seja fomentada nos contextos de saúde. Foram diversas as fontes de esperança identificadas pelas participantes do presente estudo, entre as quais o suporte familiar e social, a religião, o papel das associações de apoio a doentes oncológicos e o suporte prestado pelos profissionais de saúde, sendo que em conformidade com estes resultados estão os estudos citados de seguida. Na sua revisão integrativa da literatura que investigou a esperança dos doentes oncológicos submetidos à quimioterapia (dos Santos et al., 2020) e no estudo desenvolvido por dos Santos Ribeiro, Araújo e da Silva Mendonça (2021) que visou apurar o significado atribuído à experiência de mulheres com cancro da mama que se encontram em quimioterapia, verificou-se que o suporte social foi uma ferramenta essencial para nutrir e reforçar a esperança desta população. O importante papel do suporte social foi igualmente encontrado nos estudos dos autores dos Santos Ribeiro, Araújo e da Silva Mendonça (2021), Ebright e Lyon (2002) que averiguaram o seu contributo significativo para a esperança de mulheres com cancro da mama e de Craig (2005) que, ao

relacionar a esperança com o apoio social, resiliência e autoestima em mulheres com cancro da mama, verificou que o suporte social é um fator fulcral para o desenvolvimento da esperança. Os amigos mais próximos que compõem a rede de suporte social parecem auxiliar também os doentes a encontrar significado na sua experiência de adoecer e auxiliá-los a potenciar a esperança na sua recuperação (Wnuk, Marcinkoeski & Fobair, 2012).

Como referindo anteriormente, a religião foi uma importante fonte de esperança para as participantes do presente estudo. Os estudos conduzidos por Oliveira (2006) e Nunes e colaboradores (2020) corroboram estes resultados, uma vez que verificaram que, quando desesperançosos, os doentes oncológicos depositavam a sua esperança em Deus no sentido de esperar um milagre, utilizando estratégias como rezar e pedir a cura, sendo que Deus é encarado como o guardião da esperança de cura e um protetor dos doentes que enfrentam o cancro.

O suporte prestado pelos profissionais de saúde representa uma fonte de esperança para as participantes da presente investigação. De facto, por manter uma relação de proximidade com o doente ao longo da trajetória da doença, Cavaco e colaboradores (2010) verificaram que os profissionais de saúde constituem-se em agentes promotores do bem-estar e da esperança do doente. Na investigação conduzida por Koopmeiners e colaboradores (1997) que visou investigar como é que os profissionais de saúde podem contribuir para a esperança dos pacientes com cancro, foi igualmente constatado que os pacientes viam a sua esperança ser incrementada quando sentiam apoio emocional, psico-educação e empatia do profissional de saúde e quando se sentiam escutados e não julgados. Werner e Steihaug (2017) levaram a cabo uma investigação que explorou uma consulta médica entre médico-paciente com cancro incurável e averiguaram que o médico contribuiu para a transmissão de esperança.

A esperança foi percebida pelas participantes do presente estudo como uma força motivacional que facilitou os processos de enfrentamento e adaptação à doença. Sustentando esses resultados, estão as investigações desenvolvidas por Ballard e colaboradores (1997),

Cutcliffe (1996) e Owen (1989), como citados em Elliot e Olver (2002) e por de Lima Macêdo e colaboradores (2019) que averiguaram que a esperança é encarada como uma emoção positiva vivenciada no enfrentamento da doença, pelo que já foi reconhecida como um recurso de *coping* com a doença oncológica. Mendes (2017), Santos e Nunes (2016) e Zhang e colaboradores (2010) também comprovaram que, no contexto clínico com doentes oncológicos, especificamente em mulheres com cancro da mama, o enfrentamento da doença tem sido facilitado na presença da esperança, uma vez que se figura como um sentimento que impulsiona o doente a acreditar que irá recuperar e enfrentar os obstáculos da doença e do tratamento. Por isso, preservar a esperança no decorrer do tratamento é um recurso extremamente valioso para o enfrentamento e adaptação à doença (Alves, 2010; Berri, 2020; Grandizoli et al., 2017; Santos & Nunes, 2016).

Constata-se ainda que algumas participantes não atribuíam valor e sentido à vida antes de se confrontarem com o diagnóstico de cancro. Este cenário alterou-se ao se depararem com o diagnóstico oncológico dado que referem que aprenderam após este evento de vida a valorizar a vida e reconheceram a importância do viver, independentemente do sofrimento. O mesmo aconteceu no estudo de Hatamipour e colaboradores (2015), desenvolvido com o intuito de explicar as necessidades espirituais dos doentes oncológicos, que verificou que alguns participantes relataram que a vida se tornou mais valiosa depois de se confrontarem com a doença e que começaram a desfrutar a experiência de viver.

As participantes desta investigação atribuíram importância, significado e valor à sua própria existência, o que não acontecia antes da doença porque dedicavam mais tempo aos outros do que a si mesmas. As mesmas referiram que renasceram para a vida e reconheceram a sua importância e valor, tanto para si mesmas, como para quem as rodeia. De igual modo, Albuquerque, Nascimento e Jorge (2004) verificaram que a doença oncológica conduz o doente a refletir sobre o estar vivo, e fazê-lo valorizar o tempo, o outro e a si mesmo.

A partir do relato das participantes, foi perceptível que os seus familiares, mais especificamente os filhos, bem como pessoas do seu círculo mais próximo foram essenciais para que atribuíssem sentido, tanto à vida, como à sua própria existência. A família parece assim desempenhar um papel fulcral para que continuem a viver, sendo que o amor demonstrado pela família, leva-os à descoberta do seu sentido de vida.

As participantes do presente estudo que se encontram na fase de tratamento encaram o sentido de vida como uma força motivacional para enfrentar os tratamentos e as consequências a eles associadas e para adquirir uma visão positiva da vida. Apurou-se, ainda, que as sobreviventes consideram que se não atribuíssem sentido à vida e à sua própria existência não teriam tido forças para enfrentar os tratamentos. Nesta linha de pensamento, de Medeiros e colaboradores (2018) constataram que, à semelhança do que se apurou no presente estudo, a (re)construção do sentido de vida para o doente que se encontra na fase de tratamento é essencial para o enfrentamento e adesão ao tratamento. de Medeiros (2019) apurou ainda que (re)descobrir o sentido de vida figura-se como uma das necessidades espirituais do ser humano e um recurso interno para enfrentar situações como é o caso de padecer de doença oncológica, sendo que a consciência de que a vida tem sentido permite a ressignificação da existência, potenciando estratégias de enfrentamento prolongadas, melhora a adesão ao tratamento e auxilia uma visão positiva do futuro.

Através do relato das participantes, foi possível apurar que o propósito de vida facilitou a adaptação e o enfrentamento à doença, figurando-se como uma força motivacional que influenciou tanto os pensamentos das participantes que se encontravam em tratamento, como as ações das participantes que se encontravam em tratamento e das participantes sobreviventes. O estudo desenvolvido por McKnight e Kashdan (2009), que procurou compreender em que medida o propósito de vida cria e sustenta a saúde e o bem-estar, corrobora este resultado na medida em que os investigadores constataram que o propósito promove a consistência

comportamental e serve como uma força motivadora para ultrapassar obstáculos, procurar meios alternativos e manter o foco no objetivo, independentemente de o indivíduo se confrontar com mudanças nas condições ambientais. Este estudo mostra-nos que o propósito de vida promove a flexibilidade psicológica do indivíduo ao se confrontar com obstáculos e que os motiva a persistirem e nunca desistirem quando se deparam com situações desafiantes. O mesmo se verificou no presente estudo uma vez que, apesar de serem confrontadas com uma doença que destacou a iminência da sua morte, as participantes nunca desistiram de lutar e agarraram-se ao seu propósito como uma forma de nunca desistirem e terem força para ultrapassar a enfermidade.

No que se refere à consciência da presença de um propósito antes do diagnóstico de cancro, as participantes referiram que os seus propósitos estavam associados à sua carreira profissional e constituição de família, porém, nem todas as participantes consideraram ter um propósito. Após o diagnóstico, este cenário diferiu, já que todas as participantes referiram ter um propósito, que se relacionava com a família, carreira profissional, ser inspiração para os outros, alcançar maior longevidade, ultrapassar a doença, alcançar a cura e ser feliz.

Com base no relato das participantes, foi possível identificar que os seus objetivos se baseiam em alcançar a felicidade, ser inspiração para os outros, ultrapassar a doença, alcançar a cura, obter maior longevidade, retomar as atividades profissionais e constituir família. Em concordância com estes resultados está a revisão da literatura sobre as expectativas de vida e perspectivas de futuro dos doentes oncológicos conduzida por Delevati e colaboradores (2018) que apurou que os participantes ambicionaram a qualidade e prolongamento da vida. Ao analisar as associações entre os objetivos de vida e o propósito de vida em doentes com cancro, Pinquart, Silbereisen e Frohlich (2009) verificaram também que, ao ser diagnosticado com cancro, o doente pode manifestar dificuldades em estabelecer o seu propósito de vida em objetivos materialistas (*e.g.* riqueza, progressão de carreira ou aquisição de bens materiais),

focando-se, alternativamente, em objetivos sociais, hedonistas e transcendentais por serem menos impactados pela doença. Constataram, ainda, que manter relações familiares e metas altruístas se relacionavam com um maior propósito.

Capítulo 5. Conclusão

A revisão do estado da arte possibilitou a compreensão de que o diagnóstico de doença oncológica e o tratamento impactam ao nível psicossocial e espiritual o doente oncológico, levando-o a sentir desesperança, a vivenciar uma angústia existencial e a refletir sobre o seu sentido e propósito de vida, pelo que emergem, em face deste diagnóstico, questões relacionadas com a sua própria existência.

O presente estudo de investigação permite concluir que, de facto, o momento do confronto com o diagnóstico de cancro é acompanhado por sentimentos de desesperança, precipitando a reflexão acerca de questões existenciais relativas ao sentido e propósito de vida. Apesar disso, verificou-se que é possível ter esperança e desvelar o sentido e propósito de vida em situações de sofrimento como é o caso de padecer de uma doença oncológica.

O suporte familiar e social, a religião, as associações de apoio a doentes oncológicos, o acompanhamento médico e os indicadores/resultados positivos sobre a sua saúde foram percebidos pelas participantes do presente de estudo como fontes de esperança.

Apesar do diagnóstico da doença oncológica conduzir a reflexões sobre o sentido e propósito de vida, verificou-se que, perante a vivência da enfermidade, é possível identificar e compreender o sentido e valor da vida e da próxima existência, bem como reconhecer a existência de um propósito de vida, que foi associado à família, à carreira profissional e a ser uma inspiração para os outros.

Portanto, o permanecer com esperança e experienciar a vida com sentido e propósito quando se vivencia uma doença potencialmente ameaçadora da vida, como a doença

oncológica, funciona como uma força que impulsiona a vontade de lutar e viver e facilita a adaptação e enfrentamento da doença oncológica.

Desta forma, entende-se que o presente estudo contribuiu para o conhecimento de que a esperança, sentido e propósito de vida são variáveis existenciais fundamentais na vivência e adaptação à doença oncológica dos doentes que se encontram nas fases de tratamento e sobrevivência, pelo que devem ser fomentadas neste contexto e no âmbito das intervenções psicossociais em Psico-oncologia.

Apesar disso, e como qualquer outro estudo, este apresenta limitações. Não se tratando de um estudo longitudinal, não foi possível averiguar a variância das variáveis investigadas e avaliar a sua importância nas diversas fases que compõem a trajetória da doença oncológica. O facto de a amostra ser apenas constituída por participantes do sexo feminino é outra limitação do presente estudo.

Para que possa ser possível continuar a avolumar a compreensão do papel da esperança, sentido e propósito de vida na vivência e adaptação à doença oncológica, serão necessárias outras investigações complementares, especialmente de cariz longitudinal para que seja possível observar o seu papel ao longo de toda a trajetória da doença. A inclusão de pacientes oncológicos diagnosticados com outros tipos de cancro deve ser igualmente considerada, no sentido de se averiguar se o tipo de cancro poderá impactar a esperança, sentido e propósito de vida desta população. Considera-se, igualmente, pertinente, após se ter averiguado a importância dessas variáveis para as participantes do presente estudo, o desenvolvimento de intervenções psicossociais que contemplem esses constructos junto da população oncológica, bem como tornem evidente a importância do papel do psico-oncologista como parte integrante das equipas multidisciplinares em Oncologia, possibilitando a promoção da esperança, do sentido e do propósito de vida dos doentes, com impacto na saúde psicológica, na qualidade de vida, no bem-estar e no processo de reabilitação psicossocial dos doentes oncológicos.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, L. A., do Nascimento, M. Â. A., & Jorge, M. S. B. (2004). Sentido da vida para o cliente com cancro: uma abordagem existencial humanista. *Revista Baiana de Enfermagem*.
- Alves, P. C. (2010). Stresse e estratégias de enfrentamento/coping em mulheres com câncer de mama.
- Baczewska, B., Block, B., Kropornicka, B., Niedzielski, A., Malm, M., Zwolak, A., & Makara-Studzińska, M. (2019). Hope in hospitalized patients with terminal cancer. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3867.
- Balsanelli, A. C. S. (2012). Fatores preditores da esperança em pacientes com cancro de mama em tratamento quimioterápico (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). <https://doi.org/10.11606/T.7.2012.tde-19032013-175858>
- Balsanelli A.C.S., & Grossi S.A.A. (2016). Fatores preditores da esperança entre mulheres com cancro de mama em tratamento quimioterápico. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 50(6) pp.898-904. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700004>
- Barbosa, M. R., Santos, F. U. D. & Barbosa, M.R. (2012). Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), pp. 10-18. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20120003>
- Batista, J. V. A. (2016). Adaptação à doença crónica: O caso das doenças auto-imunes.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. *Handbook of positive psychology*, 1, 608-618.
- Berri, B. (2020). A esperança como ajustamento criativo: reflexões dos processos de saúde, doença e morte em gestalt terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 26(3), pp. 351-360. <https://doi.org/10.18065/2020v26n3.10>

- Bovero, A., Opezzo, M., Botto, R., Gottardo, F., & Torta, R. (2021). Hope in end-of-life cancer patients: A cross-sectional analysis. *Palliative & supportive care*, 19(5), 563-569. <https://doi.org/10.1017/S1478951520001388>
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE*, 8-18. <https://doi.org/10.25752/psi.4007>
- Cardoso, D. H., Muniz, R. M., Guimarães, S. R. L., da Costa Viegas, A., Pinto, B. K., & Laroque, M. F. (2012). Viver com câncer: a percepção de pacientes oncológicos. *Journal of Nursing and Health*, 2(2), pp. 461-74.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13, 151-166.
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., Pires, S. P. D. R. L., Ludgero, A. F. A., Martins, A. F. M., & dos Santos, M. C. G. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), pp. 93-103.
- Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Supportive Care in Cancer*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Citéro, V. D. A., Nogueira-Martins, L. A., Lourenço, M. T., & Andreoli, S. B. (2003). Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. *Sao Paulo Medical Journal*, 121, 111-116. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802003000300005>
- Craig, J. (2005). *An investigation of the mediators between social support and hope in women diagnosed with breast cancer*. Rutgers The State University of New Jersey-Newark.

- da Silva Alves, G., Viana, J. A., & de Souza, M. F. S. (2018). Psico-Oncologia: Uma Aliada no Tratamento de Cancro. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(5), 520-537.
- da Silva Trindade, A. L., da Silva Nascimento, C., & Muner, L. C. (2020). Psico-Oncologia. *Revista Cathedral*, 2(3), 170-186.
- Debats, D. L., Van der Lubbe, P. M., & Wezeman, F. R. (1993). On the psychometric properties of the Life Regard Index (LRI): A measure of meaningful life: An evaluation in three independent samples based on the Dutch version. *Personality and individual differences*, 14(2), 337-345.
- de Freitas Aguiar, M.A. (2019). Psico-Oncologia: Assistência Humanizada e Qualidade de Vida. In M.A. de Freitas Aguiar, P.A. Gomes, A.R. Ulrich & S. de Borba Mantuani (Eds), *Psico-Oncologia: caminhos de cuidado*. Summus Editorial.
- de Lima Macêdo, E., Gomes, E. T., & da Silva Bezerra, S. M. M. (2019). Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. *Cogitare Enfermagem*, 24. <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65400>
- de Medeiros, A. Y. B. B. V. D. (2019). A percepção do sentido da vida para o paciente com cancro: um olhar logoterapêutico.
- de Medeiros, B. B. V., Yolanda, A., Nencetti Pereira Rocha, R. C., Ramos Pereira, E., Costa, R. M., Andrade Silva, R., & Gil Moncayo, F. L. (2018). El sentido de la vida como recurso espiritual para el cuidado en oncología. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4).
- de Souza, L. K. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática1. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71, 51-67. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Portugal – Doenças Oncológicas em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Delevatti, V. F., Salazar, V., Schneider, T. M. D., & de Castro, E. K. (2018). Expectativa de vida e perspectiva de futuro em pacientes oncológicos: Revisão sistemática. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(1). <https://doi.org/10.24879/2018001200100328>
- dos Santos, I. C., Nunes, G. A., Mellado, B. H., dos Anjos, A. C. Y., & Cunha, N. F. (2020). Esperança como estratégia de enfrentamento de pacientes com cancro submetidos à quimioterapia: Revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 17515-17532. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-166>
- dos Santos Ribeiro, L. A., Araújo, M. N., & da Silva Mendonça, T. M. (2021). Esperança, Medo e Qualidade de vida Relacionada à Saúde na Percepção de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(3). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1193>
- Durá, E., & Ibañez, E. (2000). Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 27-43.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002, April). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 29, No. 3). <https://doi.org/10.1188/02.ONF.561-568>
- Elliott, J., & Olver, I. (2002). The discursive properties of “hope”: A qualitative analysis of cancer patients’ speech. *Qualitative health research*, 12(2), 173-193.
- Eustache, C., Jibb, E., & Grossman, M. (2014). Exploring hope and healing in patients living with advanced non-small cell lung cancer. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 41, Nº. 5, pp. 497-508). Oncology Nursing Society.
- Feldman, D. B., Balaraman, M., & Anderson, C. (2018). Hope and meaning-in-life: Points of contact between hope theory and existentialism. In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.),

<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.21>

- Feldman, D. B., & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of social and clinical psychology*, 24(3), pp. 401-421.
- Ferreira, L. M., Santos, C., Pereira, F. M. S., & Pinto Martins Salazar Almeida, B. M. (2011). Indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto das estratégias terapêuticas promotoras da adaptação em doentes com cancro da mama. *REVISTA ONCO. NEWS*, (18), 8-14.
- George, L. S., & Park, C. L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: Toward integration and new research questions. *Review of General Psychology*, 20(3), 205-220. <http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000077>
- Grandizoli, M. V., Ibiapina, I. S., dos Santos Junior, R., & Garcia, V. C. (2017). Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24(3), pp. 65-70.
- Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2015). Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 21(1), 61.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), pp. 408–418. <https://doi.org/10.1097/00006842-199707000-00011>
- Ho, S., Ho, J., Bonanno, G., Chu, A., & Chan, E. (2010). Hopefulness predicts resilience after hereditary colorectal cancer genetic testing: A prospective outcome trajectories study. *BMC Cancer*, 10, 279–288. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-10-279>
- Holland, J. C. (1992). Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 1 (1), pp. 1-13

- International Agency for Research on Cancer (2020). Portugal. Globocan. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-factsheets.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (2020). World. Globocan. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-factsheets.pdf>
- Instituto Nacional de Estatísticas (2021). Estatísticas de Saúde – 2019. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
- Koopmeiners, L., Post-White, J., Gutknecht, S., Ceronsky, C., Nickelson, K., Drew, D., Mackey, K.W., & Kreitzer, M. J. (1997, October). How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. In *Oncology Nursing Forum-Oncology Nursing Society* (Vol. 24, No. 9, pp. 1507-1514). [Pittsburgh, PA, etc.] Oncology Nursing Society.
- Kubler-Ross, E. (1969). *Sobre a morte e o morrer*. Editora Martins Fonte
- Landeiro, E. A. N. (2001). Abordagem da doença oncológica: estudo de variáveis psicológicas. *Psicologia-o portal dos psicólogos*, 1-16.
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 13. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>
- Lasfargues, G. (2018). Current concepts in carcinogenesis. In Musu, T., & Vogel, L. (2018). *Cancer and work: Understanding occupational cancers and taking action to eliminate them* (pp. 15-25). Brussels: European Trade Union Institute (ETUI).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

- Lee, J. Y., & Gallagher, M. W. (2018). Hope and well-being. In M.W., Gallagher & S.J., Lopez (Eds). The Oxford Handbook of Hope. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.20>
- Lin, H. S., Wang, C., Chou, F. H., & Tang, P. L. (2020). Tumor origin and symptom distress of radiotherapy affected fluctuation of purpose in life for cancer patients. *Psychology, health & medicine*, 26(3), 359-365. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1738017>
- Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531-545. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: An integrative, testable theory. *Review of general Psychology*, 13(3), 242-251. <https://doi.org/10.1037/a0017152>
- Mendes, C. R. S. (2017). Esperança de vida em mulheres diagnosticadas com câncer de mama submetidas à mastectomia.
- Menezes, R. R., Kameo, S. Y., da Cunha Santos, D. K., de Almeida, K. A., Santos, L. P., de Jesus Santos, L., dos Santos Valença, T., & Mocó, G. A. A. (2021). Esperança de vida de pessoas com cancro acompanhadas pela atenção primária à saúde. *Research, Society and Development*, 10(4). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13644>
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A., & Dutcher, J. (1999). Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 378-385.

- Mok, E., Lau, K. P., Lai, T., & Ching, S. Y. (2012). The meaning of life intervention for patients with advanced-stage cancer: Development and pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 39(6). <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E480-E488>
- Moncayo, F. L. G., & Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: "Vivir con Sentido". Estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2/3), 233.
- Nogueira, R. A. (2018). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: o despacho nº 8254/2017, de 21 de setembro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, merece mais atenção e representa um primeiro passo para a orientação de soluções. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(2), 104-9.
- Nunes, R. R., Feitosa, E. S., Ferreira, M. A. S., da Silva, R. M., Brilhante, A. V. M., Catrib, A. M. F., Santos, Z.M.D.S.A., & de Amorim, R. F. (2020). Compreender como a espiritualidade e a religiosidade influenciam a experiência dos pacientes com câncer. *REVER: Revista de Estudos da Religião*, 20(2), pp. 47-59. <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a4>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, C. R. D. (2006). Esperança e sentido de vida em pacientes com neoplasia maligna.
- Ozen, B., Ceyhan, O., & Büyükcelik, A. (2020). Hope and perspective on death in patients with cancer. *Death studies*, 44(7), pp. 412-418. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626942>
- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Abreu, M., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2010). O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais. ISPA.
- Park, C. L., Pustejovsky, J. E., Trevino, K., Sherman, A. C., Esposito, C., Berendsen, M., & Salsman, J. M. (2019). Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in

- adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer*, 125(14), 2383-2393.
<https://doi.org/10.1002/cncr.32078>
- Pereira, F. O. (2013). Predisposição psicológica de adaptação comportamental à patologia oncológica. Evidências, (Apresentação), 26-40.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinto, S. M. O. (2011). A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica. Estudo numa população de doentes em quimioterapia.
- Pinquart, M., Silbereisen, R. K., & Fröhlich, C. (2009). Life goals and purpose in life in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 253-259.
- Ramos, V. A. B. (2016). O papel do psicólogo na doença oncológica e as suas fases. *Psicologia*. Pt, 1-10.
- Rasmussen, H.N., O'Byrne, K.K., Vandamente, M., & Cole, B.P. (2018) Hope and Physical Health. In M.W., Gallagher & S.J., Lopez (Eds). *The Oxford Handbook of Hope*.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.15>
- Rego, A., Pina e Cunha, M., & Meyer Jr, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43-57.
- Reker, G. T., & Wong, P. T. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning.
- Robbins, M., & Francis, L. J. (2000). Religion, personality, and well-being: The relationship between church attendance and purpose in life. *Journal of Research on Christian Education*, 9(2), 223-238. <https://doi.org/10.1080/10656210009484908>
- Rosenstein, D.L., & Miller, F.G. (2010). Research Ethics in Psycho-Oncology. In J.C., Holland, W.S., Breitbart, P.B., Jacobsen, M.S., Lederberg, M.J., Loscalzo, & R., McCorkle, Psycho-Oncology (pp. 630- 634). Oxford University Press.

- Samson, A., Siam, H., & Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: description and illustration on an integrated task-based model. *Intervention*, 127, 16-28.
- Samson, A., & Siam, H. (2008). Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. *Patient Education and Counseling*, 70(3), pp. 426-429. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.018>
- Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2012). On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 30(2), 121-127. <https://doi.org/10.1177/1049909112445371>
- Santos, L. T., Fernandes, I. Â., Xavier, Â., & Santos, J. C. (2016). A Esperança em doentes oncológicos: contributos do enfermeiro. *Revista Investigação em Enfermagem*.
- Santos, A.P.O., & Nunes, E.C.S. (2016). Avaliação da esperança como terapêutica coadjuvante para mulheres em quimioterapia: uma revisão integrativa.
- Sartore, A. C., & Grossi, S. A. A. (2008). Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 227-232.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2001). Adapting to cancer: The importance of hope and purpose. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 15–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10402-002>
- Serviço Nacional de Saúde (2018). *Cancro. Portugal no Top 10 Europeu*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/01/31/cancro-taxa-de-sobrevivencia-no-mundo/>.
Acedido em março de 2022.
- Shin, J. Y., & Steger, M. F. (2014). Promoting meaning and purpose in life. <https://doi.org/10.1002/9781118315927.ch5>

- Silva, N. M., Santos, M. A. D., Oliveira, R. A. A. D., Storti, L. B., Souza, I. M. O., Formighieri, P. F., & Marques, S. (2019). Idosos em tratamento quimioterápico: relação entre nível de stresse, sintomas depressivos e esperança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35441>
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. In *Handbook of hope* (pp. 3-21). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012654050-5/50003-8>
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press.
- Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, 23(4), 381-385. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2012.720832>
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*, 76(2), 199-228.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Jemal, A. (2017). Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. <https://doi.org/10.3322/caac.21387>
- Thompson, S. C., & Pitts, J. (1993). Factors relating to a person's ability to find meaning after a diagnosis of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(3), 1-21. https://doi.org/10.1300/J077V11N03_01
- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(2), 87-108. <https://doi.org/10.3322/caac.21262>
- Urrego Barbosa, S. C., Sierra Matamoros, F. A., & Sánchez Pedraza, R. (2015). Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. *Universitas Psychologica*, 14(1), 299-312. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.dice>

- Veit, M. T., & de Carvalho, V. A. (2010). Psico-Oncologia: um novo olhar para o cancro. *O mundo da saúde*, 34(4), 526-530.
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2011). Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 513-520. <http://doi.org/10.1007/s00520-010-0845-6>
- Wakiuchi, J., Marchi, J. A., Norvila, L. S., Marcon, S. S., & Sales, C. A. (2015). Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 202-208. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500035>
- Werner, A., & Steihaug, S. (2017). Conveying hope in consultations with patients with life-threatening diseases: the balance between supporting and challenging the patient. *Scandinavian journal of primary health care*, 35(2), 143-152. <http://dx.doi.org/10.1080/02813432.2017.1333322>
- Wnuk, M., Marcinkowski, J. T., & Fobair, P. (2012). The relationship of purpose in life and hope in shaping happiness among patients with cancer in Poland. *Journal of psychosocial oncology*, 30(4), 461-483. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.684988>
- Wonghongkul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*, 23(6), 422-429.
- World Health Organization. (2007). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection. *Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Early detection.*
- World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.

- World Health Organization. (2022). Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acedido em março de 2022
- Yalom, Y. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zhang, J., Gao, W., Wang, P., & Wu, Z. H. (2010). Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. *Chinese Medical Journal*, 123(17), pp. 2331-2335.

Anexos

Anexo 1. Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Esperança, Sentido e Propósito de Vida em Doentes Oncológicos

Eu, abaixo-assinado _____, declaro que fui notificado de que o estudo de investigação supramencionado se destina a compreender de que forma os constructos existenciais – esperança, sentido e propósito de vida – estão presentes na vida de um doente oncológico, bem como qual o seu papel no processo de ajustamento à doença.

Foi-me comunicado, ainda, que, tendo por base os objetivos referenciados, a investigadora envolvida no estudo irá proceder à realização de um questionário sociodemográfico para a recolha de informação pessoal do participante, um questionário clínico que visa a recolha de informação sobre a doença e, por fim, a elaboração de uma entrevista que irá explorar os constructos esperança, sentido e propósito de vida do doente oncológico.

Foi-me garantido:

- a) a confidencialidade e o anonimato relativos à identificação dos participantes do estudo, na medida em que será atribuído um código a cada participante, bem como os limites da confidencialidade
- b) o carácter voluntário da participação;
- c) o direito ao acesso, alteração, eliminação e oposição ao tratamento dos dados pessoais;
- d) o uso exclusivo dos dados recolhidos apenas para fins de investigação científica e os procedimentos adotados para a proteção dos dados pessoais;
- e) o direito de recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização.

Desta forma, declaro que compreendi a informação que me foi facultada, tive a oportunidade de questionar e ver as minhas dúvidas esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade neste estudo, tendo o conhecimento de que não existem incentivos ou contrapartidas financeiras.

Foi-me informado o direito em apresentar, se assim o entender, uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Finalmente, declaro que autorizo a divulgação dos resultados obtidos, desde que o anonimato esteja garantido.

Nome e assinatura do participante no estudo.

_____ Data ____ / ____ / ____

Nome e assinatura da investigadora responsável e respetivo contacto.

_____ Data ____ / ____ / ____

Anexo 2. Tabelas de codificação

Variável	Categoria	Sub-categoria	Exemplos
Esperança	Significados atribuídos à esperança	Esperança de cura	IF: <i>Acreditar que a cura está lá [...] mas eu sei que no fim eu vou alcançar aquele bem maior que é a cura, neste caso, a cura da doença.</i>
			SC: <i>[...] conseguir ultrapassar essa fase [...] e alcançar a cura.</i>
			CM: <i>Neste caso particular do cancro, da doença oncológica, a cura.</i>
			AM: <i>É acreditar na cura, é ter a expectativa de que eu vou ficar curada.</i>
			MP: <i>Então eu pensei que enquanto há vida, há esperança. Se eu estou aqui, eu vou lutar e eu vou conseguir. Eu tenho de alcançar a cura, eu não sei o que vou encontrar pelo caminho, mas eu sei que vou chegar lá [cura] e vou agarrar-me outra vez à esperança [...] A minha esperança é a cura.</i>
		Esperança de vida	SL: <i>É tu querer alcançar uma coisa que não consegues e dizer: Será que vou conseguir? Será que vou ter forças para conseguir? [...] sei que nunca vou conseguir ter cura, mas sim força para conseguir enfrentar a doença e viver mais anos.</i>
			SC: <i>Gostava de ter mais uma oportunidade para viver para ser mais feliz.</i>
			GC: <i>É esperar ter vida longa, se Deus quiser e com saúde.</i>
			FP: <i>Para mim esperança significa acreditar que vamos ter mais anos pela frente.</i>
			AP: <i>Esperança de viver, lutar e viver mais anos.</i>
		Esperança de não vivenciar uma recidiva	GC: <i>A esperança, para já, para mim, é que isto não se volte a repetir.</i>
		Esperança associada à fé	CP: <i>[...] acreditar que efetivamente tendo fé ou acreditando vou conseguir salvar-me.</i>
			MPP: <i>Posso associar a esperança à fé e a uma força que vem de cima.</i>
	Impacto da doença oncológica na esperança	Da desesperança à esperança	SC: <i>Eu não era uma pessoa com esperança, mas mudei.</i>
		Desesperança	MP: <i>Quando eu recebi naquele dia o diagnóstico [...] eu perdi a esperança de uma vida inteira [...]</i>

			IF: <i>Nesse período, não tive grandes expetativas e esperança.</i>
			AP: <i>Pensei que ia ser o meu fim, pensei que não ia sobreviver [...]</i>
			MPP: <i>Eu pensei que aquilo era uma sentença de morte. Naquela altura, parece que me tiraram um tapete e que a minha esperança estava condicionada.</i>
		Sem impacto na esperança	GC: <i>Não alterou a minha esperança.</i>
			FP: <i>O facto de ser diagnosticada com cancro não me afetou rigorosamente nada, pelo contrário, eu acho que avivou mais a minha parte de acreditar e ter esperança [...] Por isso, sim, continuo sim com muita esperança.</i>
			CM: <i>[...] eu nunca pus a hipótese de não ficar curada [...] Portanto, eu penso que a minha esperança não ficou abalada.</i>
			CA: <i>Esperança tenho, não perdi a esperança, obviamente.</i>
			AM: <i>Eu não perdi a esperança, mas tive muito medo [...] Percebi que estava localizado e foi confiar e ter esperança de que a cura vinha.</i>
	Esperança, adaptação e enfrentamento da doença oncológica	Esperança como variável facilitadora da adaptação e do enfrentamento da doença oncológica na fase de tratamento	SC: <i>É uma força que agente pensa que não tem, mas aparece. E eu digo assim: mas como é que apareceu essa força enorme? Nós temos de ter força. Ela está lá. Mesmo que digamos que não vamos conseguir, chega o momento e a esperança está lá.</i>
			MP: <i>Agarro-me à esperança como se fosse a minha última boia de salvação. É só aquilo que eu tinha [a esperança] e era o que eu tinha de agarrar. E foi essa boia de salvação, essa esperança, que me foi sempre levando ao longo do caminho, porque eu precisei de sentir a esperança de que lá à frente eu ia obter aquilo que eu estava na expetativa, e eu vou conseguir. Eu tenho esperança que vou conseguir.</i>
			CP: <i>Obviamente que cada dia é diferente e nesse período de tempo há dias em que nós estamos mais em baixo, mas de uma forma geral, é à esperança que eu me agarro.</i>
			CA: <i>Eu acredito perfeitamente que a pessoa ter esperança é meio caminho andado, não para a cura, mas para resolver o problema. E sim, tenho a certeza absoluta.</i>
		Esperança como variável facilitadora da adaptação à	CM: <i>Foi a esperança que me ajudou. Foi aquela coisa de podermos passar por momentos difíceis, mas o sol vai aparecer e vamos conseguir.</i>
			FP: <i>Acredito que se eu não tivesse esperança [...] se calhar não estava assim tão otimista.</i>

		doença oncológica na fase de sobrevivência	GC: <i>A esperança é a última a morrer! Portanto, temos de ter esperança todos os dias, temos de nos levantar porque é mais um dia e eu estou aqui. Vamos viver mais esse dia, não vamos pensar no amanhã, vamos pensar no hoje, mas ter sempre esperança de que amanhã será melhor [...] a esperança deu-me força para encarar um novo dia.</i>
			MPP: <i>[...] a esperança estava lá, e eu agradeço porque estou assim recuperada [...]</i>
	Fontes de esperança	Suporte familiar e social	SL: <i>À minha família [...]</i>
			SC: <i>Sinceramente foi muito importante o apoio das minhas filhas, marido e família.</i>
			MP: <i>Eu mantive a esperança agarrando-me à família, aos amigos, ao meu filho, ao meu marido, porque eles esperavam isso de mim [...] E foi desta forma que eu me agarrei à esperança, através daqueles que me rodeavam, do seu apoio, porque eu nunca estive sozinha. Sempre estive bem acompanhada, e foi a eles que eu fui buscar essa esperança.</i>
			IF: <i>[...] todas as pessoas que estão à nossa volta, desde a família e os amigos.</i>
			GC: <i>A minha família ajudou-me muito, a minha filha foi o meu pilar de esperança e de força em todo este processo desde o início [...]</i>
			CP: <i>[...] todas as pessoas que estão à minha volta me fazem acreditar nisso e dão-me força para que o caminho seja mais fácil.</i>
			CM: <i>Agarrei-me ao meu filho, que era a pessoa mais importante para mim porque ele tinha de crescer com uma mãe e eu tinha de o ver crescer.</i>
			FP: <i>A minha irmã obviamente que sim, porque já tinha passado por dois cancros na mama e retirou as duas mamas [...] Eu foquei-me muito nela realmente porque ela conseguiu e ainda aqui anda.</i>
			CA: <i>Sim, o meu filho mais velho é médico e quem foi às primeiras consultas comigo foi ele. Embora estando na Suíça, ele veio cá e foi comigo.</i>
			AM: <i>A minha filha é que me dá força e esperança [...] À parte a isso tenho uma família extraordinária, um marido que está a 100% comigo, o meu pai, a minha irmã, os meus sogros, os meus cunhados, pronto, está toda a gente. Pouco a pouco eu recebo um carinho de uma amiga, de um conhecido que manda uma flor [...]</i>

		AP: <i>A família é muito importante [...] somos uma família muito unida [...] É uma família muito aconchegante, portanto, eu tive sempre ajuda por ser acompanhada e apoiada, ajudaram sempre [...]</i>
		MPP: <i>A minha família foi o meu porto seguro! Desde o meu marido, que foi ele que soube da notícia.</i>
	Religião	IF: <i>Falar em esperança é falar em Deus e Jesus, porque eles é que me dão essa força [...]</i>
		CM: <i>E eu rezava, pedia a Deus para o meu filho não ficar sem a mãe, para o meu filho conseguir ver que a doença tem uma cura e penso que sim, Deus ajudou-me a manter a esperança.</i>
		AM: <i>Claro que em todas as circunstâncias da minha vida, boas ou menos boas, eu recorro sempre a Jesus para me ajudar e pronto, e recorro muito à oração [...]</i>
	O papel da Associação de Apoio a Doentes Oncológicos	FP: <i>Recorri aqui à Associação [...] eu até costumo dizer que esta é a minha segunda casa porque me dá mais força e esperança. É óbvio que esta Associação me ajuda muito através do apoio psicológico [...]</i>
		AP: <i>O único sítio que eu recorri menina, foi aqui à associação, que é onde eu me sinto bem e é um meio muito gratificante. Eu sinto-me muito bem com o apoio que eu tenho.</i>
	Acompanhamento médico e resultados positivos	CP: <i>Os resultados positivos e o bom acompanhamento médico fizeram-me ter sempre esperança de que as coisas estavam a evoluir de forma positiva e os resultados estavam à vista [...]</i>

Variável	Categoria	Sub-categoria	Exemplos
Sentido de vida	Compreensão de que a vida tem sentido e valor	Antes do diagnóstico da doença oncológica	SC: Não, não, eu não valorizava a vida.
			MP: Eu hoje digo que eu estava vivendo, mas ao mesmo tempo não estava a aproveitar a vida. Aquelas pequenas coisas que hoje eu tenho tempo para apreciar e que sempre estiveram lá, eu não as via como vejo hoje.
			FP: Não, na altura não considerava que a minha vida tinha sentido.
			AP: Eu queria viver, mas eu não pensava tanto na importância de viver.
			AM: [...] já valorizava bastante a vida que tenho.
		No decorrer da trajetória da doença oncológica	SC: [...]eu acho que tenho alguma coisa para viver ainda. Eu acho que a vida é importante [...] Eu agora olho para a vida e sinto que tenho de me agarrar àquilo que a vida me deu agora e aproveitar ao máximo porque a vida é curta. Num instante o destino prega-nos uma partida, e nós temos de aproveitar a vida ao máximo e eu espero e lutei contra isso para ser feliz [...] Se achar que a vida não faz sentido e pensar que não vou conseguir vai chegar uma altura que não vou conseguir mesmo.
			IF: [...] aprendemos a valorizar a vida [...] Mas não deve ser quando agente precisa. Devemos valorizar sempre [...] Viver é sempre bom, seja com doenças ou sem doenças, é sempre bom viver.
			GC: A vida faz sentido, senão não estaria aqui [...] Portanto, a vida tem sentido porque estamos aqui por um motivo, estamos cá para alguma coisa, por alguma razão, estamos nessa vida por alguma razão.
			FP: A vida vale a pena. Valeu sempre a pena. Todas as coisas que eu vivi e todas as coisas que eu fui superando eram porque eu tinha de passá-las, eram uma meta que eu tinha que percorrer e tudo fez sentido.
			CP: [...] é bom viver, é uma experiência boa...Temos de valorizá-la e viver cada dia como se fosse o último [...] A doença fez-me ver que a vida tem sentido e vale a pena vivê-la [...] eu acho que veio acentuar o sentido de dar menos importância a determinadas coisas e não esperar pelo momento ideal, porque não há um momento ideal, e fazê-las [...] dar importância à vida e às coisas sem nos preocuparmos tanto com detalhes [...] dar mais sentido à vida e não perder as oportunidades porque hoje estamos cá e amanhã não sabemos. Foi mais no sentido de olhar para a vida de outra forma.
			CM: Sim, sem dúvida que a vida tem sentido e merece ser vivida, apesar de toda a dor e sofrimento que vemos à nossa volta e que às vezes não conseguimos compreender, eu continuo a achar que a vida tem um sentido e um propósito, e que as coisas acontecem por uma razão e que os caminhos que nos levam lá, podemos não os compreender na altura, mas depois, passado algum tempo, passamos à conclusão do porquê.
			CA: Para mim, é claro que a vida é super importante e eu quero viver [...] Eu quero viver, não quero morrer [...] Obviamente que faz todo o sentido viver e quero viver [...] mas gostava de viver melhor o presente.
			AP: [...] porque se eu gosto de viver e quero viver, a minha vida faz muito sentido em tudo.

		AM: <i>É assim, eu valorizo muito a vida porque quando nós passamos por algumas situações menos boas, eu acho que é a altura certa que agente tem para valorizar aquilo que temos de bom [...] E acho que cada vez mais quando agente perde pessoas que ama ou passa por situações difíceis, que põem em risco a nossa vida, agente valoriza cada vez mais a vida, portanto, claro que depois de passar essa passagem de uma doença oncológica que é sempre um susto, seja ela pequena ou grande, mas é um susto, claro que agente começa a valorizar a vida de outra maneira [...] Acredito que agora valorizo mais a vida [...] Ainda mais do que antes.</i>
		MPP: <i>Ah, sem dúvida que a vida tem sentido e merece ser vivida!</i>
Importância, significado e valor atribuído à própria existência	Antes do diagnóstico da doença oncológica	SC: <i>Não pensava em mim. Limitava-me a ser uma boa mãe, boa filha, boa esposa, boa irmã. Nunca tinha tempo para mim [...] não me valorizava a mim. E às vezes questionava: Ai senhor, o que é que eu estou fazendo nesta vida? [...] o meu papel era só ser mãe [...] Eu não me importava comigo nem gostava de mim.</i>
		FP: <i>[...] eu não me valorizava tanto. Eu ficava sempre para último plano.</i>
	No decorrer da trajetória da doença oncológica	SC: <i>[...] eu realmente sou importante para as minhas filhas. O sentido de viver é importante. Eu via nelas, no meu marido e na minha família que eu era importante [...] A vida e a própria doença mostraram-me que eu não sou fraca como eu pensava que era [...] tenho de pensar em mim também [...] E eu percebi que sou importante.</i>
		SL: <i>Eu já percebi o quão eu sou importante [...] E com esta situação, as pessoas me fizeram ver o quanto eu sou importante.</i>
		MP: <i>A nossa existência faz sempre sentido, para nós e para quem nos rodeia, porque se eu não fizesse sentido para eles, eles não me mimavam e acarinhavam como foi ao longo do tempo. E eu fui vendo a importância da minha existência [...] Eu descobri que realmente sou importante na vida das outras pessoas [...] A forma como eu dou importância à minha existência hoje não é a mesma do que há 10 meses atrás.</i>
		IF: <i>[...] eu acho que estou a passar por isso para dar exemplo, e ser exemplo [...] ser um testemunho com toda essa minha alegria [...] Nem que seja quando eu andei com a minha careca para cá e para lá, para as pessoas verem que não é o fim do mundo estar careca. Não é! [...] Epá, se for para isso, eu já fico feliz.</i>
		GC: <i>Eu renasci para a vida e parece que dei mais valor ao dia-a-dia, à minha vida, ao meu sentido de vida e à minha existência depois do que passei [...] Ainda não foi a minha vez de ir por alguma razão. Eu tenho ainda um dever a cumprir nesta vida.</i>
		FP: <i>Em nenhum momento duvidei do valor da minha existência [...] A minha vida faz sentido porque eu ainda tenho muito para dar. Eu estou cá por algum motivo, senão eu já não estava cá [...] , eu acho que essa nova fase da minha vida veio fazer-me ver e parar para pensar que afinal eu existo, e se eu existo, para alguma coisa eu tenho de servir. Deu-me aqui uma outra visão de mim que eu não tinha.</i>
		CP: <i>A minha existência tem valor porque me sinto rodeada de amor e carinho.</i>

Sentido de vida, adaptação e enfrentamento da doença oncológica	Sentido de vida como variável facilitadora da adaptação e enfrentamento da doença oncológica na fase de tratamento	CM: Sim, a minha existência tem valor para mim e para quem me rodeia, e para o mundo [...] alguma coisa que eu faça no dia a dia poderá ter impacto em alguém que eu não conheço. O deixar uma pessoa atravessar a passadeira, o dar a vez a uma pessoa que está parada no trânsito há muito tempo... Eu penso que isso tudo tem um impacto no dia daquela pessoa. Mesmo que ela não se aperceba, eu penso que sim.
		CA: Mesmo que não seja para os outros, a minha existência tem importância para mim [...] Eu deduzo que para os meus filhos tenho, pelo menos, mas para mim tem.
		AM: Esse espaço de tempo que nós infelizmente estamos em casa, eu falo por mim, passo muito tempo sozinha, passamos mais tempo a pensar em nós e na importância que temos para nós, mas também para aqueles que nos rodeiam e no papel que nós assumimos na sociedade e na família
		MPP: Eu tenho muito para dar na vida, eu ainda tenho muito para dar [...] Hoje em dia eu dou muito mais valor a coisas que eu não dava antes, incluindo a mim mesma.
	Sentido de vida como variável facilitadora da adaptação à doença oncológica na fase de sobrevivência	SC: Sim, saber que a vida vale a pena e que afinal sou importante deu-me muita força para lidar com tudo. Muita, muita, muita!
		SL: Vai-se buscar forças lá ao fundo do poço, mas o sentido que eu dou à vida e a mim própria dá-me forças.
		CA: Sim, claro, o sentido que eu dou à minha vida dá-me força de querer viver, eu quero viver!
		AM: É uma motivação [...] Não me permite desistir.
		AP: O meu sentido de vida dá-me força porque eu quero viver e tenho de me agarrar a alguma coisa porque essas coisas fazem-me feliz e querer sobreviver.
		CM: Eu reagi muito bem aos tratamentos, e penso que foi devido à força que eu fui buscar ao sentido que eu atribuo à minha vida [...] Gosto demasiado da vida para desistir.
		FP: Se eu não tivesse um sentido de vida, na minha mente, eu obviamente que me ia enterrar [...] Teria desistido com toda a certeza [...] deu-me força para lutar.

Variável	Categoria	Sub-categoria	Exemplos
Propósito de vida	Consciência da presença de um propósito	Antes do diagnóstico da doença oncológica	SC: <i>Eu não dava importância. Eu vivia um dia de cada vez [...] Eu não pensava nisso, não pensava em qual era o meu propósito.</i>
			MP: <i>Eu nunca ansiei por mais do que aquilo. Nunca queria alcançar mais e deixava-me levar pela rotina [...] Eu contentava-me com aquilo que tinha.</i>
			IF: <i>[...] quando tudo isto aconteceu eu estava a trabalhar como subdiretora no hotel, portanto, eu estava numa fase muito boa da minha vida a nível profissional e isso veio estragar tudo, a verdade é essa [...] Os meus propósitos a nível profissional já eram [...] Antes o meu propósito estava muito relacionado com a minha vida profissional, tanto é que consegui subir de cargo no hotel onde trabalhava.</i>
			GC: <i>[...] nunca fui muito de querer alcançar grandes objetivos [...] Nunca fui muito ambiciosa [...] Antes da minha filha nascer, o meu propósito de vida era ser mãe.</i>
			FP: <i>Eu acho que não tinha [...] casei, tive filhos, cuidei dos filhos, da casa, mas era muito nessa base. Eu sabia que procurava alguma coisa, mas eu não sabia o quê.</i>
			CP: <i>Na altura, quando isto tudo apareceu, estávamos a tentar constituir família, e agora neste momento não é possível. Esta questão não fica de parte porque há sempre a possibilidade da adoção, mas sim, foi aqui um objetivo que ficou condicionado pela doença.</i>
			CM: <i>[...] o fazer bem aos outros, o estar presente na vida do meu filho [...] ser uma boa profissional.</i>
			CA: <i>O sonho de criar uma residencial, nem que fosse pequena, mas onde as pessoas fossem tratadas como eu gostaria que fosse [...] Esse era o meu propósito, foi por isso que eu fui para esse curso porque nessa altura eu pensei o que é que eu ainda podia fazer e surgiu-me essa ideia.</i>
			AP: <i>Não pensava nestas coisas.</i>
			AM: <i>Eu estava a tentar engravidar, esse era o nosso propósito de vida, era aumentar a família porque era esse o nosso propósito.</i>
		No decorrer da trajetória da doença oncológica	SL: <i>Mas eu digo que se Deus me deu essa oportunidade de viver é porque eu tenho um propósito cá na terra [...] eu penso nas minhas filhas e em poder vê-las no altar.</i>
			SC: <i>Adorava era viver a minha vida, mas agora de uma forma diferente [...] tenho o sonho de as ver casar, ser avó, ajudar na vida das minhas filhas, continuar a ser boa esposa, ser feliz com o meu marido.</i>
			MP: <i>[...] viver muitos anos [...] Eu quero ver o crescimento do meu filho [...] Eu quero é ajudar pessoas. Não sei como, mas eu hei de lá chegar. E é esse o meu propósito [...] quero alcançar muito mais [...] Eu quero evoluir mais como pessoa, como ser humano e a nível profissional.</i>
			IF: <i>O propósito da minha vida é ser alegria para os outros e uma inspiração para os outros. Inspirar as outras pessoas, tanto as que passam pela experiência que estou a passar como outras.</i>

			GC: Depois de ser mãe, o meu propósito é ser uma boa mãe e estar sempre presente. É ter um futuro longo e ter mais longevidade de vida possível [...] Ser feliz, ter saúde [...]
			FP: [...] eu acho que todos nós não estamos cá por acaso e, portanto, obviamente há uma missão a cumprir [...] é cuidar de mim, porque se eu não cuidar de mim, tudo o que está à minha volta não vai estar bem, cuidar do outro, sim, também faz sentido, muito sentido para mim até porque eu sou cuidadora. Propósito de vida... Ver que todas as pessoas que fazem parte do meu percurso de vida têm aprendido comigo e eu com eles, e é nessa vertente.
			CP: [...] ultrapassar todas as sequelas da doença caso venha a recuperar e caso todo o balanço da cirurgia seja positivo. Agora quero concentrar-me principalmente em curar-me e depois aproveitar aquilo que a vida tem para me oferecer.
			CM: Neste momento da minha vida, o meu propósito de vida é atingir a máxima longevidade possível, dando valor à minha pessoa, não me pondo em último plano, porque eu punha sempre os outros em primeiro lugar, mas ao fazer isso, também dar o meu melhor para ajudar todos aqueles que estão à minha volta da melhor maneira possível.
			CA: O meu propósito mudou, olha agora o que eu quero é... eu tenho uma casa na minha terra que me foi deixada pelos meus pais e que estão a construir, só tem as paredes e os telhados e o meu propósito era terminar isso para poder ir passar lá mais algum tempo sossegada [...] viver o máximo possível, dentro deste ambiente, ou seja, já não tenho aquele propósito de criar algo, como tinha antes, porque vejo que não vai ser possível.
			AP: Viver muitos anos e saudável com as pessoas de quem eu gosto, no ambiente em que tenho vivido e com as pessoas de quem gosto [...] Eu quero alcançar tudo aquilo que eu possa: sobreviver, lutar, sorrir [...] viver feliz e à minha maneira.
			AM: Neste momento o meu propósito principal é a cura [...] a curto prazo não posso estar com muitos objetivos porque a minha vida está muito limitada aos tratamentos e à cirurgia, mas gostava muito de viajar, gosto muito de viajar, portanto, pode ser também um objetivo para o ano [...] é um objetivo que eu sei que não o vou concretizar, mas eu tenho esse objetivo sempre presente na cabeça e a minha filha pede sempre um irmão, eu sei que nesse momento é para esquecer porque não posso engravidar [...] mas se eu tivesse a oportunidade de adotar uma criança sim, era um objetivo.
			MPP: A nível pessoal manter como estamos assim, estamos muito bem graças a Deus, vamos manter [...] eu tenho o objetivo de dar a volta ali no centro social onde estou a trabalhar [...] Já estou lá há um mandato e tenho mais um e tenho objetivos e tenho projetos para lá e quero sair de lá um dia, mas quero deixar a minha marca, e eu já estou a conseguir aos poucos. Já alcancei muitas coisas da qual me orgulho, mas ainda há outras que não e o meu propósito é deixar a minha marca naquele sítio e quando algum dia eu me for, que se lembrem da minha passagem.
Propósito de vida, adaptação e	Influência do propósito de vida nos		SL: Penso que poderei vencer.
			SC: Dá muita força [...] para pensar que vou ser feliz [...] alguma coisa boa há de chegar a mim.

enfrentamento da doença oncológica	pensamentos das participantes na fase de tratamento	MP: <i>Eu digo sempre a mim própria para me focar em alguma coisa positiva, que me dê um ânimo, e não pensar sempre negativo porque não vai dar certo.</i>
		CP: <i>Mantendo o foco e acreditando que eu vou vencer porque toda a estrutura que eu tenho à minha volta faz-me acreditar que é possível vencer e acreditar que ainda tenho muita coisa para fazer.</i>
	Influência do propósito de vida nas ações das participantes na fase de tratamento	SL: <i>Não me permite desistir.</i>
		SC: <i>Dá muita força para querer viver.</i>
		MP: <i>Muita força, porque temos de nos agarrar a essas coisas assim. Temos de arranjar um motivo e agarrar numa coisa para chegarmos lá.</i>
		IF: <i>Quando temos um propósito será sempre algo bom para nós e, apesar da doença, eu consigo visualizar lá à frente coisas boas para mim. Eu ainda vou viajar muito e fazer muitas coisas.</i>
	Influência do propósito de vida nas ações das participantes na fase de sobrevivência	GC: <i>Dá-me força para não desistir, dá-me força para lutar, para ser sempre melhor, fazer melhor, estar bem.</i>
		FP: <i>Estamos cá para cumprir alguma missão e a partir daí faz sentido que eu continue em busca da minha missão.</i>
		CM: <i>Ter um propósito ajudou a ultrapassar a doença.</i>
		AP: <i>Se eu não tivesse esse propósito de vida ia abaixo. Se eu não tivesse coisas para lutar ia abaixo.</i>

Anexo 3. Questionário Sociodemográfico e Clínico

1. Dados sociodemográficos

Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Idade: _____

Estado civil:

- ☐ Solteiro/a
☐ Casado/a
☐ União de facto
☐ Divorciado/a
☐ Viúvo/a

Religião: Se sim, qual?

- ☐ Catolicismo
☐ Ortodoxa
☐ Protestante
☐ Judaica
☐ Muçulmana
☐ Agnosticismo
☐ Ateísmo
☐ Outra: _____

2. Dados clínicos

2.1. Que tipo de cancro lhe foi diagnosticado?

- ☐ Cancro da mama
☐ Cancro do pâncreas
☐ Cancro da próstata
☐ Cancro do pulmão
☐ Cancro do útero
☐ Cancro do estômago
☐ Cancro do fígado

☐ Outro: _____

2.2. Quanto tempo decorreu desde que foi diagnosticado/a? _____

2.3. Qual é a fase da trajetória da doença em que se encontra?

☐ Tratamento

☐ Sobrevivência

2.4. A que tratamentos já foi submetido/a?

☐ Quimioterapia

☐ Radioterapia

☐ Cirurgia

☐ Outro: _____

2.5. É sobrevivente há quanto tempo? (Se é sobrevivente) _____

2.6. Já vivenciou uma recaída?

☐ Sim

☐ Não

Anexo 4. Guião de Entrevista Semiestruturada

1. Esperança

1.1. Para si, o que significa ter esperança?

1.2. Considera que a doença oncológica impactou/alterou a sua esperança?

Se sim, como e que forma?

1.3. Considera que a esperança lhe dá força para lidar com os tratamentos?

(Questionar a um doente que se encontra em tratamento)

Se sim, de que forma?

Se não, porquê?

1.4. Considera que a esperança lhe dá força nesta fase de sobrevivência?

(Questionar a um sobrevivente)

Se sim, de que forma?

Se não, porquê?

1.5. Procurou manter a esperança?

Se sim, de que forma?

2. Sentido de Vida

2.1. Para si, o que significa ter um sentido de vida?

2.2. Considera que a doença oncológica impactou/alterou o seu sentido de vida?

Se sim, de que forma?

2.3. Considera que o seu sentido de vida lhe dá força para lidar com os tratamentos?

(Questionar a um doente que se encontra em tratamento)

Se sim, de que forma?

Se não, porquê?

2.4. Considera que o seu sentido de vida lhe dá força nesta fase de sobrevivência?

(Questionar a um sobrevivente)

Se sim, de que forma?

Se não, porquê?

2.5. Considera que a sua vida tem sentido, importância e objetivos?

Se sim, qual/ais?

2.6. Qual era o seu sentido de vida antes da doença oncológica?

3. Propósito de vida

3.1. Para si, o que significa ter um propósito de vida?

3.2. Considera que a doença oncológica impactou/alterou o seu propósito de vida?

Se sim, de que forma?

3.3. Considera que o seu propósito de vida lhe dá força para lidar com os tratamentos?

(Questionar a um doente que se encontra em tratamento)

Se sim, de que forma?

Se não, porquê?

3.4. Considera que o seu propósito de vida lhe dá força nesta fase de sobrevivência?

(Questionar a um sobrevivente)

Se sim, de que forma?

Se não, porquê?

3.5. Considera que a sua vida tem um propósito?

Se sim, qual?

3.6. Qual era o seu propósito de vida antes da doença oncológica?