

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Estudo-Piloto da utilização da tarefa de focalização em
pacientes oncológicos

Marta Inês Silva Gomes, 32905

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professor Doutor João Salgado

Outubro de 2022 

Agradecimentos

A realização desta dissertação foi uma das fases mais desafiantes do meu percurso académico. Felizmente, tive o privilégio de contactar e ter a meu lado pessoas inspiradoras que contribuíram para que tudo isto fosse possível. Esta página simboliza a minha gratidão por todas as pessoas que de uma forma ou de outra fizeram parte desta jornada.

Começo por agradecer ao Professor Doutor João Salgado pelo apoio e acompanhamento prestado ao longo desta fase tão importante e desafiante da minha vida. Obrigada por toda a atenção, preocupação e conhecimentos transmitidos, é sem dúvida um excelente profissional e uma inspiração para mim.

Agradeço também à Dra. Eunice Silva por todo o suporte que me deu na concretização desta investigação no IPO do Porto. Admiro imenso o seu trabalho e foi um prazer poder trabalhar consigo. Obrigada por tudo.

Agradeço ainda à Dra Marina Monteiro por todo o apoio, disponibilidade e preocupação. A sua presença nesta fase final foi muito importante para mim e tive muito gosto em poder trabalhar e aprender consigo.

Quero também agradecer à minha família, sobretudo aos meus pais e ao meu irmão por todo o apoio, paciência e carinho. Obrigada por acreditarem sempre em mim e fazerem de mim a pessoa que sou hoje. Sem vocês, nada disto seria possível.

Agradeço ao Bruno por todo o amor, carinho e confiança. Obrigada por todo o apoio e força que me dás para seguir os meus objetivos. Sou grata por ter uma pessoa como tu ao meu lado.

Agradeço ainda à Joana, Júlia e Sofia por terem acompanhado e vivido este percurso comigo. Não existem palavras suficientes para descrever o quanto esta amizade

significa para mim. Obrigada por tudo, são as melhores amigas e futuras colegas de profissão que alguma vez poderia ter.

Por fim, o meu muito obrigada às participantes deste projeto.

Resumo

A *Focusing-Oriented Psychotherapy* tem uma larga história e influência no campo da psicoterapia, sendo a Terapia Focada nas Emoções uma das modalidades psicoterapêuticas que a integra como tarefa terapêutica específica. A tarefa de criar um espaço e a focalização podem ser utilizadas como forma de clarificar e melhorar o contacto com as emoções, com vista a uma melhor autorregulação e consciência emocional. Estas tarefas parecem ser particularmente úteis no contexto da Psico-Oncologia, mas os estudos sobre os seus potenciais benefícios no apoio a doentes oncológicos são ainda escassos e a sua aplicação em contexto grupal e/ou online também foi pouco estudada. O presente estudo pretende explorar a experiência obtida com uma intervenção em formato online de duas sessões baseadas na focalização junto de participantes com diagnóstico oncológico; e a relação existente com outras variáveis de saúde mental e bem-estar. A intervenção integrou 3 participantes com um diagnóstico de cancro colo-rectal em tratamento paliativo e utilizou metodologias quantitativas e qualitativas. A FMS e o PFC-2 foram utilizados como medidas específicas da prática de focalização; o CORE-OM, a HADS e o EPEP foram utilizados como medidas de sintomatologia clínica e bem-estar psicológico, respetivamente; o feedback das participantes foi recolhido através de questionários e de uma entrevista. Os resultados sugerem que o protocolo de intervenção baseado em duas sessões de focalização, num formato online e em grupo parece ser potencialmente útil para aplicar a mais pessoas, mas ao mesmo tempo parece ainda não estar completamente adequado à população oncológica.

Palavras-chave: Terapia Focada nas Emoções, Focalização, Tarefa de Criar um Espaço, População Oncológica

Abstract

Focusing-Oriented Psychotherapy has had a long history and influence on the field of psychotherapy, and emotion-focused therapy is one of the psychotherapeutic approaches that integrates it as a specific therapeutic task. Clearing a space and Focusing can be used to clarify and improve the contact with emotions to better self-regulation and emotional awareness. These tasks seem particularly useful in the Psycho-Oncology context, but the studies about tasks' potential benefits in supporting cancer patients are still scarce and its group/online application has also been slightly studied. This study aims to explore the experience gained from a two-session online intervention based on Focusing on cancer-diagnosed participants; and the relationship with other mental health and well-being variables. The intervention integrated 3 participants with a colorectal cancer diagnosis doing palliative treatment and used quantitative and qualitative methodologies. FMS and PFC-2 were used as task results; CORE-OM, HADS, and EPEP were used as clinical outcome measures and psychological well-being; participant feedback was collected through questionnaires and an interview. The results suggest that the group intervention protocol based on two online Focusing sessions seems potentially useful to apply to more people, but at the same time does not yet seem to be completely suitable for cancer patients.

Keywords: Emotion-focused therapy, Focusing, Clearing a space, Cancer patients

Índice

Focalização	1
Terapia Focada nas Emoções e Focalização	2
<i>Tarefa de Criar um Espaço e Tarefa de Focalização: Etapas</i>	6
Focalização e Criar um Espaço: Investigação Empírica.....	8
Estudo-piloto de exequibilidade da avaliação de uma intervenção breve, online e em grupo, baseada na focalização com pacientes oncológicos: Fundamentação e objetivos	13
Método.....	17
Participantes.....	17
Intervenção.....	17
Equipa de Intervenção	18
Instrumentos.....	18
<i>Instrumento de Recolha de Dados Sociodemográficos</i>	19
<i>Medidas de avaliação da prática de focalização</i>	19
<i>Medidas de Avaliação de Saúde Mental e Bem-Estar</i>	20
<i>Medidas Qualitativas</i>	21
Procedimentos.....	23
<i>Procedimentos de recolha de dados</i>	23
<i>Procedimentos de análise de dados</i>	28
Resultados.....	29

Resultados de Adesão das Participantes	29
Caracterização dos Resultados Iniciais.....	29
Caracterização dos Resultados das Medidas de Focalização.....	31
Caracterização dos Resultados das Medidas de Saúde Mental e Bem-Estar	34
Caracterização dos Resultados dos Questionários Finais	39
Caracterização dos Resultados Qualitativos	39
Discussão	43
Limitações e Sugestões para Estudos Futuros	48
Conclusão	49
Referências	51

Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma do Processo de Intervenção	27
Figura 2 – Evolução das Atitudes de Focalização por Participante (FMS).....	32
Figura 3 – Evolução por Participante no CORE-OM.....	34
Figura 4 – Evolução por Participante na HADS	35
Figura 5 – Evolução por Participante no EBEP-VR	37

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Etapas da Tarefa de Criar um Espaço	6
Tabela 2 – Etapas da Tarefa de Focalização.....	7
Tabela 3 – Instrumentos e Momentos de Avaliação.....	23
Tabela 4 – Resultados do Momento de Avaliação Inicial (T0)	29
Tabela 5 – Resultados do Momento de Avaliação Antes da Primeira Sessão (T1)	30
Tabela 6 – Resultados Obtidos por Participante no PFC-2	32
Tabela 7 – Resultados de Acordo com o RCI por Participante (FMS)	33
Tabela 8 – Estatísticas Descritivas da FMS.....	34
Tabela 9 – Resultados de Acordo com o RCI por Participante (CORE-OM).....	35
Tabela 10 – Resultados de Acordo com o RCI por Participante (HADS).....	36
Tabela 11 – Resultados de Acordo com o RCI por Participante (EBEP-VR).....	37
Tabela 12 – Estatísticas Descritivas das Medidas de Avaliação de Saúde Mental (CORE-OM, HADS e EBEP-VR)	38
Tabela 13 – Avaliação do Grau de Satisfação e Utilidade das Sessões.....	39
Tabela 14 – Processo de Intervenção: Principais Temas e Subtemas	40

Lista de Abreviaturas

CORE-10 – Clinical Outcome Routine Evaluation - 10

CORE-OM – Clinical Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure

EBEP-VR – Escala de Bem-Estar Psicológico - Versão Reduzida

EXP – Experiencing Scale

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A – Hospital Anxiety and Depression Scale - Subescala de Ansiedade

HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale - Subescala de Depressão

IPO – Instituto Português de Oncologia

FMS – Focusing Manner Scale

PFC-2 – Post Focusing Check-List 2

TFE – Terapia Focada nas Emoções

Introdução

O presente estudo pretende investigar o efeito ao nível da clareza emocional e do bem-estar psicológico de duas sessões de focalização aplicadas em contexto grupal, em formato online junto de pacientes oncológicos. As tarefas utilizadas nas sessões têm origem no trabalho de Gendlin (1996) e são tarefas específicas utilizadas no âmbito da Terapia Focada nas Emoções (Elliott et al., 2004b). A tarefa de criar um espaço é particularmente adequada para ajudar o/a cliente a regular as suas emoções no momento presente, enquanto que a focalização permite nomear e clarificar a experiência corporal com vista à obtenção de uma sensação de alívio e/ou novos significados (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2021). Estas tarefas, uma vez aprendidas, podem ser um recurso útil, tanto dentro como fora do contexto terapêutico.

A investigação empírica da focalização e da tarefa de criar um espaço tem dado um contributo e um apoio sólido à sua utilização com diversas temáticas psicológicas, parecendo potencialmente útil no contexto da Psico-Oncologia (Klagsbrun, 2007; Klagsbrun et al., 2005; Klagsbrun et al., 2010). O nível de *distress* emocional é particularmente significativo para pacientes com um diagnóstico oncológico (Holland, et al., 2010), tornando-se importante a criação de mais formas de intervenção ao nível da regulação emocional.

Os estudos sobre os potenciais benefícios da tarefa de criar um espaço e de focalização no apoio a doentes oncológicos são escassos e a sua aplicação em contexto grupal e/ou online também foi pouco estudada. Desta forma, o presente estudo pretende dar resposta às seguintes questões: (1) “Qual a experiência obtida com uma intervenção em formato online de duas sessões baseadas na focalização junto de participantes com diagnóstico oncológico?”; e (2) “Qual a relação da prática de focalização com outras variáveis de saúde mental e bem”.

Para tal, o presente trabalho encontra-se subdividido em cinco principais secções: enquadramento teórico, fundamentação e objetivos do presente estudo, método, resultados e discussão. O enquadramento teórico apresenta uma revisão de literatura sobre a origem da tarefa de criar um espaço e focalização, as suas etapas e aplicabilidade. De seguida, apresenta-se o propósito e os objetivos do presente estudo, bem como a sua planificação e procedimentos de base (método). Segue-se a apresentação dos resultados obtidos e por fim, a discussão, as limitações e as principais conclusões da presente investigação.

Focalização

A prática de focalização (*focusing*) surge pela primeira vez como uma abordagem terapêutica criada por Eugene Gendlin e colegas da universidade de Chicago (Gendlin, 1996), tendo ao longo dos anos evoluído e proliferado o seu uso também como uma tarefa terapêutica específica (Elliott et al., 2004b).

Gendlin (1961, 1986) desenvolveu uma série de trabalhos orientados para a investigação em psicoterapia, incidindo os seus estudos na exploração das variáveis envolvidas no processo da mudança e sucesso psicoterapêutico. O processo experiencial de certos/as clientes foi identificado como um dos fatores que contribui positivamente para o sucesso da psicoterapia (Gendlin 1961, 1997). Por “processo experiencial”, entende-se o ato de “experienciar”, isto é, o contacto com a realidade, o conhecimento direto de situações, emoções e/ou sensações que são vivenciadas a cada momento e que potenciam a criação de novos significados (Elliott et al., 2004a; Gendlin 1961, 1997).

Gendlin (1969, 1993, 1996) sugere que o corpo tem esta forma particular de autoconhecimento, sendo a experiência corporal fundamental para a integração das vivências momento-a-momento, potenciando-se o ato de “experienciar”. O corpo une as dimensões cognitivas, comportamentais e emocionais num todo e para cada situação problemática existe uma sabedoria corporal implícita, por vezes vaga e de difícil acesso, que quando simbolizada tem a potencialidade de suscitar respostas e novas experiências (Gendlin, 1993, 1996). A partir deste pressuposto, Gendlin (1996) introduz um conceito inovador para a psicoterapia: o *felt sense*. Ao contrário das emoções, que podem ser sentidas e identificadas claramente, o *felt sense* é algo vago, pouco perceptível que consegue ser sentido mais comumente na parte central do corpo e que traz um significado específico de difícil acesso à consciência (Cornell, 2005; Gendlin 1996).

Sendo a experiencição uma característica positivamente influente do sucesso nos processos terapêuticos (Gendlin 1961, 1997; Hendricks, 2002), Gendlin (1996) desenvolveu a Focalização como um modelo potencialmente enriquecedor para ajudar e ensinar os/as clientes a focarem neste *felt sense* e a aumentarem a sua capacidade de experiencição. A prática da focalização pretende guiar e auxiliar o/a cliente a aceder às sensações corporais através da sua exploração e simbolização, de forma a promover uma mudança sentida (*felt shift*). Quando o/a cliente pratica a focalização, está a contactar com o *felt sense* no sentido de alcançar uma sensação de alívio, num novo significado e/ou numa nova experiência (Cornell, 2005; Gendlin 1996).

A *Focusing-Oriented Psychotherapy* (Gendlin, 1996) expandiu a utilização da focalização no campo da psicoterapia e foi a base para a criação de novas práticas terapêuticas amplamente utilizadas em diferentes áreas, tais como: a *Inner Relationship Focusing* (Cornell, 2005) e a *Focusing-Oriented Art Therapy* (Rappaport, 2009). Para além de representar uma abordagem terapêutica, a focalização pode ser utilizada como uma tarefa terapêutica específica, sendo a Terapia Focada nas Emoções (TFE) uma modalidade psicoterapêutica que a integra (Elliott et al., 2004b).

Terapia Focada nas Emoções e Focalização

A TFE é uma modalidade de psicoterapia que enfatiza o papel das emoções no processo de mudança terapêutica, tendo por base influências de várias abordagens humanistas e experienciais (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014; Greenberg et al., 2007). As emoções ocupam um lugar primordial no desenvolvimento e funcionamento do ser humano, tratando-se de um sistema adaptativo inato que permite a orientação para a ação e para o cumprimento de necessidades emergentes (Goldman, 2016; Greenberg et al., 2007; Greenberg, 2014; Pos & Greenberg, 2007). A intervenção em TFE é orientada pelas dificuldades de processamento emocional que vão emergindo ao longo do processo,

sendo estas denominadas de marcadores terapêuticos (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014). Os marcadores funcionam como um guia personalizado para o tratamento, uma vez que cada marcador apresenta uma tarefa terapêutica subjacente (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014).

A dificuldade em compreender e simbolizar a experiência emocional é um dos marcadores específicos trabalhados na TFE, sendo caracterizado como sentimento pouco claro (*unclear feeling*) (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014, 2021). Este marcador surge habitualmente acompanhado ora por dificuldades na identificação/nomeação do que se está a sentir, ora por sensações vagas e desconfortáveis (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014). Um marcador de sentimento pouco claro pode ser expresso através de exemplos como “Tenho em mim este sentimento, mas não sei o que é” (Greenberg, 2014, p. 119); “Eu não sei bem o que estou a sentir em relação à separação. (...) Estou a sentir-me um pouco chateado, mas estou a ter dificuldades em colocar isto por palavras” (Elliott et al., 2004b, p. 181).

A TFE sugere que este tipo de dificuldade resulta do evitamento e/ou da negação de uma experiência primária e de uma incapacidade em integrar determinadas experiências nas organizações do *self* existentes, perpetuando-se assim a não simbolização na consciência (Greenberg, 2014; Goldman & Greenberg, 2015). Os/as terapeutas da TFE trabalham ativamente na facilitação da consciencialização da experiência interna dos/as clientes, facilitando a sua expressão e simbolização (Greenberg, 2021; Warwar & Ellison, 2019). Para tal, uma das intervenções utilizada neste contexto terapêutico é a tarefa de focalização que consiste em auxiliar os/as clientes na perceção das suas reações corporais, visando a simbolização adequada das mesmas (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014, 2021; Pos & Greenberg, 2007). Quando as sensações corporais conseguem ser simbolizadas ocorre uma organização ativa do *self*,

possibilitando-se a criação de significado e a integração da experiência (Greenberg, 2014).

A TFE integra a importância do *felt sense* de Gendlin, enfatizando e acrescentando o valor das emoções e da ativação emocional, uma vez que ambos são fundamentais para a mudança (Greenberg, 2014, 2021). Deste modo, a tarefa de focalização é utilizada como forma de guiar a atenção e a curiosidade do/a cliente para a sua experiência interna (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014, 2021). O objetivo é que o/a cliente descreva a sua sensação através de palavras, imagens ou expressões, que de alguma forma simbolizem e criem um significado para a sua experiência promovendo uma sensação de alívio e uma nova consciência do que se está a experienciar (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014, 2021; Greenberg & Watson, 2006). Para além de ser uma tarefa útil na consciencialização e clarificação de sensações/emoções, a focalização pode ser utilizada como forma de aprofundar a experiência ao longo de outras intervenções específicas da TFE, como no trabalho de cadeiras (Warwar & Ellison, 2019).

Esta tarefa de focalização pode ser também complementada com uma tarefa adicional. Dada a natureza da tarefa de focalização, torna-se importante facilitar o desenvolvimento e a manutenção de uma atitude curiosa, aberta, paciente e compreensiva, tendo por base um ambiente seguro (Elliott et al., 2004b). Em contexto de sessão, esta atitude de focalização pode ser influenciada pelo estado emocional do indivíduo (Greenberg, 2014), que por vezes pode mesmo ser um obstáculo sério a uma adequada focalização. Por vezes, os/as clientes apresentam-se desregulados/as emocionalmente, quer num estado de elevada sobrecarga emocional, quer por um controlo excessivo das suas emoções, o que tem um impacto na sua auto-organização interna (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2014).

Quando tal acontece, poderá ser usada uma outra tarefa – concretamente, a Tarefa de Criar Um Espaço (*Clearing a space*), que é particularmente adequada para ajudar o/a cliente a regular as suas emoções no momento presente (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2021). A dificuldade em manter um foco atencional (*Attentional focus difficulty*) é o marcador designado para a utilização da tarefa de criar um espaço. As pessoas que manifestam este tipo de marcador podem sentir-se assoberbadas com as suas preocupações ou demasiado distanciadas das suas emoções (Elliott et al., 2004b). Para exemplificar seguem-se expressões comumente utilizadas aquando da presença deste marcador: “Existe tanta coisa que me sinto meia paralisada” (Elliott et al., 2004b, p.173); “Não sei, não me surge nada hoje” (Elliott et al., 2004b, p. 174)

Originalmente, esta tarefa era uma das etapas preparatórias para iniciar a focalização (Gendlin, 1996). Entretanto, a tarefa de criar um espaço tem sido aplicada e investigada separadamente da focalização, existindo estudos da sua aplicação independente a diferentes temáticas (Klagsbrun, 2007; Klagsbrun et al., 2010). Porém, a sua utilização conjugada continua a fazer sentido, podendo usar-se a tarefa de criar um espaço como preparação para um bom trabalho de focalização.

Tarefa de Criar um Espaço e Tarefa de Focalização: Etapas

A aplicação das tarefas tem por base um conjunto de etapas que serão apresentadas de seguida e que têm por base a descrição de Elliott et al. (2004b).

Tabela 1

Etapas da Tarefa de Criar um Espaço

Etapas
1. Identificar o marcador de dificuldade emocional: sobrecarregado ^a ou distante ^b das suas emoções/preocupações;
2. Prestar atenção ao interior do seu corpo, especificamente, ao local onde sente as suas preocupações;
3. Efetuar uma lista de preocupações sentidas ou experiências problemáticas que estejam a impedir o/a cliente de se sentir bem;
4. Deixar de lado as preocupações ou as experiências problemáticas e conseguir distanciar-se do que escreveu na lista anterior;
5. Experimentar a sensação de segurança e alívio durante uns minutos por se encontrar distanciado/a das preocupações;
6. Reflexão sobre a sensação de estar sem as suas preocupações, expandindo a sua importância para a formação de um clima de segurança e de bem-estar.

^a No caso de se sentir sobrecarregado/a de preocupações, o/a cliente pode usar uma forma específica de criar um espaço, como encontrar um local seguro longe de possíveis ameaças e/ou dificuldades, recorrendo a este local sempre que sentir a necessidade de segurança.

^b No caso de se sentir distante e desconectado das suas emoções o/a cliente pode, também, usar uma forma específica de criar um espaço como a realização de uma lista de

preocupações atuais, refletindo sobre qual a mais importante para focar e trabalhar no momento.

Tabela 2

Etapas da Tarefa de Focalização

Etapas
1. Identificação do marcador terapêutico presente no/a cliente: sentimento pouco claro;
2. Enfoque no sentimento pouco claro que está a ser vivenciado pelo/a cliente, prestando atenção ao mesmo;
3. Potenciar uma descrição para o sentimento pouco claro, através de imagens, palavras ou significados que sejam coerentes com a experiência do/a cliente;
4. Promover a mudança do sentimento;
5. Aceitação e apreciação da nova experiência, foco no novo significado e prevenção de possíveis obstáculos como a voz crítica;
6. Manutenção da curiosidade e continuar a explorar a experiência emocional de modo a expandir e a aplicar mudanças para fora da sessão.

Ao longo do processo terapêutico, o/a terapeuta encoraja o/a cliente a focar-se no seu interior e a aprofundar a sua experiência com empatia e delicadeza, orientando para o cumprimento destas etapas (Elliott et al., 2004b). Com a tarefa de criar um espaço, se o/a cliente conseguir generalizar a sensação de afastamento das suas preocupações e das suas experiências problemáticas, aumenta a probabilidade de lidar melhor com a desorganização emocional (Elliott et al., 2004b; Klagsbrun, 2007). O sucesso nesta tarefa através do uso da imaginação para se colocar num espaço onde não estão incluídos

problemas e preocupações promove uma sensação de alívio, segurança e bem-estar (Elliott et al., 2004b; Klagsbrun, 2001; Klagsbrun, 2007; Leijssen, 2007).

Com a focalização, o/a cliente aprende a guiar a sua atenção, com curiosidade, para as suas sensações corporais, dando-lhe uma voz e uma oportunidade de serem integradas com um novo significado. A simbolização das sensações corporais é intrinsecamente subjetiva, ou seja, apenas o/a cliente consegue decifrar a complexidade do que está a sentir (Elliott et al., 2004b; Greenberg, 2021; Greenberg & Watson, 2006). O processo de nomear e clarificar a experiência corporal envolve uma criação ativa do/a cliente, abertura, aceitação e profunda curiosidade (Elliott et al., 2004b; Gendlin, 1996; Greenberg, 2021; Klagsbrun, 2001).

Focalização e Criar um Espaço: Investigação Empírica

A prática de focalização foi-se generalizando em diferentes países, pelo que a sua validade e eficácia deverão ser um foco de interesse para a investigação atual. A revisão extensa de literatura de Hendricks (2002), realizada já há mais de 20 anos, faz uma síntese das primeiras pesquisas sobre a aplicabilidade da focalização, incluindo um extenso número de estudos que concluem pela sua validade empírica e a sua associação a resultados de sucesso no processo terapêutico.

Numa primeira instância, a investigação centrou-se no impacto da focalização nos resultados terapêuticos, especificamente através dos dados obtidos pela utilização da *Experiencing Scale* ([EXP] Klein et al., 1986). Na revisão de literatura de Hendricks (2002), 27 estudos demonstraram que a presença de níveis de experienciação mais elevados (medidos através da EXP) se correlacionam positivamente com resultados de sucesso no processo terapêutico. Adicionalmente, 39 estudos constataram que o nível de experienciação pode ser gradualmente aumentado através de intervenções como a

focalização, processo este que pode ser ensinado a pessoas com baixos níveis de experiência (Hendricks, 2002).

A *Focusing Manner Scale* (FMS) é outro dos instrumentos que tem sido recentemente associada à investigação da focalização. A FMS foi originalmente desenvolvida no Japão por Fukumori e Morikawa, com o principal objetivo de identificar a presença de atitudes de focalização em cada indivíduo (Krycka & Ikemi, 2016). As atitudes de focalização caracterizam-se como ações que promovem a consciência e aceitação da experiência interna (Aoki & Ikemi, 2014; Krycka & Ikemi, 2016). Este instrumento foi traduzido e validado para a população inglesa por Aoki e Ikemi (2014). Ainda no mesmo estudo, os autores observaram que a prática de focalização a longo prazo está associada ao aumento das atitudes de focalização (Aoki & Ikemi, 2014).

Algumas pesquisas têm utilizado a FMS como forma de identificarem a relação de atitudes de focalização com variáveis de estudo específicas. O estudo de Nasello e Triffaux (2020) analisou se a presença de atitudes de focalização em estudantes de medicina estaria significativa e positivamente associada a competências de empatia, com base em questionários de empatia (*Interpersonal Reactivity Index*), de atitudes de focalização (FMS) e desejabilidade social (*Short form of the Marlowe-Crowne Desirability Scale*). Os autores concluíram que acesso à componente experiencial desempenha um papel no aumento da empatia (Nasello e Triffaux, 2020).

Já no estudo quantitativo de Zwiercan e Joseph (2018), foram recrutados 87 participantes de vários grupos online de trauma e de perturbação de stress pós-traumático que preencheram questionários de atitudes de focalização (FMS), stress pós-traumático e crescimento pós-traumático (Zwiercan & Joseph, 2018). Os resultados sugerem que quem está ciente dos seus *felt senses*, consegue aceitá-los e agir de acordo com estes, sendo também capaz de encontrar uma distância de segurança para lidar com o que está a sentir,

demostrando aptidão para superar e crescer perante situações traumáticas (Zwiercan & Joseph, 2018).

Ao longo da última década, a maioria das pesquisas sobre a focalização incidiram no Japão, pesquisas estas que fornecem uma clara evidência da sua eficácia e da tarefa de criar um espaço na intervenção com distintas temáticas psicológicas (Krycka & Ikemi, 2016). Tanto a focalização como a tarefa de criar um espaço têm sido utilizadas de forma eficaz na facilitação do processo de trabalho de experiências relacionadas com situações de trauma (Leijssen, 2007; Santen, 2014), perturbações de stress pós-traumático (Coffeng, 2004), perturbações dissociativas (Coffeng, 2005; Krycka, 2010) e casos de trauma com padrões de comportamento destrutivo (Gunst & Vanhooren, 2018). A focalização promove o contacto com as sensações corporais, posicionando o/a cliente como um/a observador/a em segurança, com a finalidade de alterar a forma de como esta experiência é vivida dentro do seu corpo (Leijssen, 2007). No estudo de caso de Gunst e Vanhooren (2018), o participante de 45 anos com um histórico de abuso sexual na infância apresentava, antes da terapia, vivências marcadas por um controlo excessivo das suas emoções e sobre quem o rodeava. Esta tendência controladora desencadeava frequentemente comportamentos como agressões, compulsão alimentar e sexualidade desviante. A focalização mostrou-se relevante para a mudança nestes padrões de comportamento destrutivo. O participante aprendeu a refletir ao invés de controlar as suas emoções, através de uma progressiva consciência e simbolização corporal. O mesmo foi capaz de desenvolver novos significados e uma compreensão básica da sua história de vida, descobrindo e reconhecendo as suas necessidades (Gunst & Vanhooren, 2018).

A investigação no âmbito da focalização tem-se direcionado também para a perturbação depressiva (Ikemi, 2010; Lyons et al., 2021). No estudo de Lyons et al. (2021), a tarefa de focalização serviu de base para o desenvolvimento e aplicação de uma

entrevista semiestruturada a 10 participantes com perturbação depressiva. A entrevista foi elaborada em cooperação com um instrutor de focalização e a sua estrutura aborda os seguintes pontos: (1) identificação e descrição de uma situação particularmente difícil; (2) realização de um exercício de relaxamento através da monitorização corporal, seguindo as instruções da tarefa de criar um espaço; (3) orientação para a construção do *felt sense* relacionado com a situação escolhida anteriormente, prestando atenção ao corpo e às sensações corporais que emergem; e (4) compreensão deste *felt sense* testando possíveis simbolizações congruentes com o mesmo (*e.g.* palavras, imagens). O entrevistador orientou cada participante no sentido de direcionar a sua atenção para o corpo e para as sensações experienciadas momento a momento. Os resultados do estudo indicam que a técnica de focalização demonstrou-se eficaz na exploração da experiência corporal de indivíduos com depressão. As sensações foram descritas ao longo de várias áreas corporais e os participantes foram capazes de simbolizar os seus *felt senses* aquando deprimidos (Lyons et al., 2021).

Outros autores desenvolveram estudos sobre a utilização destas tarefas em temáticas relacionadas com a gestão do stress (Klagsbrun, 2007; Rinaldi et al., 2019). A focalização demonstrou uma redução significativa do stress em profissionais de saúde, bem como uma melhor receptividade à experiência interna no estudo piloto de Rinaldi e colaboradores (2019). Ainda neste tópico, a tarefa de criar um espaço enquanto tarefa empiricamente validada de curta duração foi identificada por Klagsbrun (2007) como uma ferramenta eficaz para a redução do stress. A sua aplicação independente tem sido investigada em estudantes (Klagsbrun, 2007) e em pacientes oncológicos (Katonah & Flaxman, 1991; Klagsbrun et al., 2010) e os principais resultados apontam para a manifestação de uma sensação de calma interior, alívio corporal, autorregulação

emocional, maior clareza mental, bem-estar geral e desenvolvimento de estratégias de coping (Katonah & Flaxman, 1991; Klagsbrun, 2007; Klagsbrun et al., 2010).

O uso destas tarefas tem sido ainda alvo de estudos no contexto específico da saúde (Klagsbrun, 2001), nomeadamente, em pessoas que sofrem de dor crónica (Ferraro, 2010; Geiser, 2010) e em pacientes oncológicos (Katonah & Flaxman, 1991; Klagsbrun, 2007; Klagsbrun et al., 2005; Klagsbrun et al., 2010). No estudo de Ferraro (2010) foi estudado o impacto de seis sessões de focalização na redução do *distress* emocional em 4 participantes que sofriam de dor crónica. Os resultados sugerem uma redução do *distress* emocional e da própria dor. Os/as participantes foram capazes de identificar sentimentos de bem-estar, maior consciência do momento presente e de criar uma distância segura das suas preocupações e da sua dor (Ferraro, 2010). Uma particularidade dos/as clientes que sofrem de dor crónica é o seu foco constante no próprio corpo, sendo a consciência corporal, na maior parte das vezes, direcionada para sintomas físicos, tensão ou dor (Geiser, 2010). A tarefa de criar um espaço permite distanciar as preocupações e a própria experiência de dor, sem a rejeitar, criando uma abertura para a exploração dos *felt senses* (Ferraro, 2010). A focalização traduz-se como um recurso útil para a criação de significado sobre o que realmente sentem, diferenciando-se de descrições médicas, atribuindo a sua própria linguagem, imagem ou outro tipo de simbolização subjetiva (Ferraro, 2010; Geiser, 2010).

Relativamente aos estudos na área oncológica, o uso da focalização e a tarefa de criar um espaço associadas a artes expressivas promoveram um aumento da qualidade de vida e uma melhoria ao nível da imagem corporal no estudo de Klagsbrun et al. (2005) que integrou 18 participantes do sexo feminino diagnosticadas com cancro de mama. O sofrimento psicológico é um dos principais desafios em pacientes com cancro e a focalização é uma potencial intervenção com benefícios para esta problemática

(Klagsbrun et al., 2010). Num estudo piloto, que também integrou participantes do sexo feminino com cancro de mama, foi explorada a eficácia da tarefa de criar um espaço na qualidade de vida (Klagsbrun et al., 2010). As 17 participantes foram submetidas a 6 intervenções semanais de 40 minutos divididas no formato presencial e no formato telefónico, em que se aplicou a tarefa específica de criar um espaço. Os resultados indicam que a tarefa de criar um espaço promoveu uma maior sensação de calma, uma melhor autorregulação emocional, estratégias de coping, um aumento de clareza mental, bem-estar geral e uma sensação de empoderamento na forma de lidar com o medo, a ansiedade e questões relacionadas com o cancro. Adicionalmente, verificou-se aplicabilidade da tarefa à distância (via telefone) (Klagsbrun et al., 2010).

No contexto oncológico é possível observar-se um extenso número de consequências psicológicas relacionadas com a vivência da doença, tais como: manifestações de *distress*, ansiedade, depressão e perturbações de ajustamento (Kreitler, 2019). A investigação empírica da focalização e da tarefa de criar um espaço tem dado um contributo e um apoio sólido à sua utilização com diversas temáticas psicológicas, parecendo particularmente útil no contexto da Psico-Oncologia. Apesar das evidências descritas, os estudos sobre os potenciais benefícios destas tarefas são ainda escassos, especialmente no contexto de apoio a doentes oncológicos.

Estudo-piloto de exequibilidade da avaliação de uma intervenção breve, online e em grupo, baseada na focalização com pacientes oncológicos: Fundamentação e objetivos

O cancro é, atualmente, a segunda principal causa de morte em todo o mundo e estima-se que a doença continue a crescer globalmente, o que poderá traduzir um maior impacto físico, psicológico, emocional e financeiro sobre os/as doentes oncológicos, famílias, cuidadores/as e os próprios sistemas de saúde (Kreitler, 2019; World Health

Organization [WHO], 2022). Ao longo da trajetória da doença é expectável que os/as pacientes vivenciem episódios de distress psicológico, podendo estes manifestarem-se através de medo e preocupações em relação ao futuro, à doença e aos tratamentos. Complementarmente, podem também existir manifestações de tristeza, raiva, perda de controlo, falta de apetite e sono desregulado (Holland et al., 2010). A regulação emocional tem um papel importante na gestão do distress e têm sido desenvolvidas diferentes intervenções para responder a possíveis necessidades emocionais em pacientes oncológicos (*e.g.* Austin, et al., 2021; Tasnádi & Dégi, 2016). A criação de mais formas de intervenção ao nível da regulação emocional torna-se importante para aumentar o leque de potenciais escolhas pelos doentes oncológicos, na medida em que diferentes pessoas têm diferentes preferências de técnicas de regulação emocional (*e.g.* Vanderlind et al., 2020). A tarefa de focalização demonstrou indicadores positivos quando experimentada noutros países, e poderá, potencialmente, existir vantagens na sua utilização relativamente a outras técnicas mais exigentes do ponto de vista da sua rigorosidade e periodicidade (*e.g.* mindfulness). Trata-se de uma tarefa que será útil para pessoas que pretendam clarificar e melhorar o contacto com as suas emoções, com vista a uma melhor autorregulação e consciência emocional. A tarefa de criar um espaço e a focalização, uma vez aprendidas, podem ser um recurso útil, tanto dentro como fora do contexto terapêutico.

Os estudos sobre os potenciais benefícios destas tarefas no apoio a doentes oncológicos são escassos e a sua aplicação em contexto grupal e/ou online também foi pouco ou mesmo nada estudada. Os avanços na tecnologia e a situação pandémica vivida ao longo dos últimos tempos criaram a oportunidade e, sobretudo, a necessidade de pôr as ferramentas digitais ao serviço da saúde mental. As intervenções ao nível digital têm sido alvo de estudos no que diz respeito à sua eficácia, potencialidades e limitações

(Andersson, 2018; Archer et al., 2021; Kemp et al., 2020; Willems et al., 2020) e a prática de focalização num formato online poderá ser um potencial recurso para os/as psicólogos/as e as próprias instituições.

Adicionalmente, e de uma forma geral, a utilização de grupos no contexto oncológico revela-se bastante importante para a promoção da facilitação e expressão emocional, tendo por base um ambiente de partilha e suporte social (Watson & Kissane, 2011). Os grupos permitem a partilha de experiências entre pessoas que estão a vivenciar um diagnóstico de cancro, promovendo-se sentimentos de pertença e uma visão de novas formas para lidar com a própria adaptação à doença (Kissane & Ngan, 2015; Ussher et al., 2006).

Deste modo, o presente estudo pretende contribuir para a resposta destas questões no campo de intervenção na área da Psico-Oncologia, investigando o efeito ao nível da clareza emocional e do bem-estar psicológico de duas sessões de focalização aplicadas em contexto grupal, em formato online junto de pacientes oncológicos. Sendo um primeiro estudo em Portugal e um dos primeiros a nível internacional sobre esta temática, opta-se por um estudo-piloto, realizado com um número de doentes reduzido para se avaliar com cuidado a sua potencial utilidade, permitindo um acompanhamento mais personalizado da evolução de cada paciente.

O estudo será focado na intervenção com pacientes com um diagnóstico colo-rectal em tratamento paliativo. O cancro colo-rectal é o terceiro diagnóstico de cancro mais comum no mundo e o mais comum em Portugal para o sexo masculino e feminino, segundo os dados de 2020 disponibilizados pelo *The Global Cancer Observatory* (2021, Março). Ao longo do período de doença, estima-se que mais de 50% dos/as pacientes venham a desenvolver metástases, sendo o tratamento paliativo uma das opções frequentemente utilizadas (Kurk et al., 2018). O tratamento paliativo não tem por

finalidade curar a doença, mas sim reduzir o nível de sintomas associados à doença, com vista ao prolongamento da vida (Kurk et al., 2018; National Cancer Institute, 2020). O nível de *distress* emocional é particularmente significativo para pacientes com este diagnóstico, principalmente pelo tipo de tratamento continuado no tempo e todas as especificidades envolvidas (Kreitler, 2019).

Partindo da aplicação de um protocolo de intervenção de duas sessões de prática de focalização, os objetivos específicos são: 1) analisar a adesão aos procedimentos de intervenção e de avaliação; 2) verificar a adequação do protocolo de intervenção a estes pacientes (através de indicadores de focalização, índices de bem-estar, sintomas clínicos de saúde mental e feedback dos/as participantes); 3) testar a adequação dos instrumentos utilizados no estudo; 4) fazer uma análise sumária e preliminar dos resultados obtidos, do ponto de vista quantitativo e qualitativo; e 5) obter feedback sobre eventuais sugestões de melhoria. Estes objetivos pretendem dar resposta às seguintes questões de investigação: (1) “Qual a experiência obtida com uma intervenção em formato online de duas sessões baseadas na focalização junto de participantes com diagnóstico oncológico?”; e (2) “Qual a relação da prática de focalização com outras variáveis de saúde mental e bem-estar?”

O presente estudo obteve o parecer da Comissão de Ética do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto para a realização do projeto com pacientes da instituição.

Método

Participantes

O presente estudo incluiu a participação de pacientes oncológicos do IPO do Porto com um diagnóstico de cancro colo-rectal em tratamento paliativo. Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram: (1) ter idade superior a 18 anos; (2) apresentar um diagnóstico de cancro colo-rectal em tratamento paliativo acompanhado no IPO do Porto; (3) o período da intervenção (duas semanas de intervenção e mais duas semanas do follow-up) não deve previsivelmente abranger uma fase de progressão da doença ou alteração do plano terapêutico; (4) apresentar literacia informática adequada ao preenchimento de formulários online; e (5) possuir acesso à internet. Adicionalmente, consideraram-se os seguintes critérios de exclusão: (1) presença de psicopatologia severa (e.g. quadros de depressão major; perturbações de ansiedade com elevado nível de disfuncionalidade associado; perturbações com sintomas psicóticos) e/ou quadros demenciais; e, (2) ter tido alterações no plano terapêutico com psicofármacos no último mês.

No total foram contactados/as 9 potenciais participantes, dos quais 6 demonstraram interesse e critérios de inclusão para a integração na presente intervenção. Devido a 3 desistências, a amostra final ficou composta por 3 participantes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 30 e os 59 anos. Todas as participantes caracterizaram a sua atividade principal como trabalhadoras.

Intervenção

A intervenção teve por base os procedimentos desenvolvidos e avaliados numa tese de mestrado elaborada na Universidade da Maia por Carla Lebreiro (2021), orientada por João Salgado, construída com base no livro de Kwatra e colaboradores (2022). A intervenção dividiu-se em duas sessões de 90 minutos cada, com um intervalo de tempo

de uma semana, tendo decorrido em formato online através da plataforma *Zoom*. Ao longo das sessões, as participantes trabalharam o contacto com a sua experiência interna através da tarefa de criar um espaço e focalização. Os momentos finais foram destinados à partilha de experiência entre o grupo. Adicionalmente, existiu uma entrevista individual 15 dias após a segunda sessão (*follow-up*). A intervenção incluiu momentos de avaliação através do preenchimento de questionários antes e após cada sessão e no momento de *follow-up*.

Equipa de Intervenção

As sessões de intervenção foram conduzidas pelas seguintes pessoas: uma terapeuta certificada em Terapia Focada nas Emoções que também é psicóloga clínica e da saúde no serviço de psicologia do IPO do Porto, responsável pela supervisão das sessões; e por uma aluna do mestrado de psicologia clínica e da saúde da Universidade da Maia, autora da presente dissertação, responsável pela apresentação e condução das sessões. Ao longo do processo de intervenção, existiram sessões específicas de treino de competências e de tarefas terapêuticas, bem como práticas de supervisão.

Instrumentos

A presente investigação utilizou instrumentos de recolha de dados sociodemográficos, medidas de avaliação da prática de focalização e medidas de avaliação de saúde mental. Adicionalmente, foram aplicados questionários de avaliação de final de sessão e foi realizada uma entrevista semi-estruturada no final do processo de intervenção. A descrição dos instrumentos é apresentada de seguida.

Instrumento de Recolha de Dados Sociodemográficos

Questionário Sociodemográfico

Instrumento utilizado para o registo de dados sociodemográficos genéricos como o sexo, intervalo etário e atividade principal.

Medidas de avaliação da prática de focalização

Focusing Manner Scale (FMS)

Escala desenvolvida no Japão, por Fukumori e Morikawa, com vista à identificação de quais as atitudes de focalização presentes em cada indivíduo (Krycka & Ikemi, 2016). Aoki e Ikemi (2014) validaram a FMS para a população inglesa, a qual demonstra boa consistência interna ($\alpha = 0.75$). O instrumento apresenta 25 itens e pretende avaliar as atitudes de focalização, isto é, o nível de consciencialização e perceção de *felt senses*. Para tal, o instrumento disponibiliza um sistema de respostas através de uma escala de tipo *Likert* que varia entre 1 (“Nunca”) e 4 (“Frequentemente”). Os resultados podem variar entre 25 e 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais atitudes de focalização estão presentes (Aoki & Ikemi, 2014). Neste estudo será utilizada a versão da FMS traduzida para português por Lebreiro e Salgado (Lebreiro, 2021).

Post-Focusing Check-List 2 (PFC-2)

A PFC-2 é uma versão reduzida do *Post-Focusing Check-List (PFC)* validada por Alemany (1986). É um instrumento de autoavaliação constituído por 13 itens com opção de resposta dicotómica (“Sim/Não”) que pretende avaliar a capacidade dos/as participantes em realizar a focalização. Quanto menor a pontuação, melhor a capacidade de focalização (Alemany, 1986). Esta medida demonstra uma boa consistência interna geral ($\alpha = 0.789$) (Alemany, 1986), e será utilizada numa versão traduzida para português por Lebreiro e Salgado (Lebreiro, 2021).

Medidas de Avaliação de Saúde Mental e Bem-Estar

Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

Instrumento de autorrelato dirigido a questões de saúde mental e ao bem-estar psicológico de adultos, desenvolvido por Evans et al., (2000) e traduzido e validado para a população portuguesa por Sales et al. (2012). Apresenta 34 itens que pretendem avaliar 4 domínios principais: (1) bem-estar subjetivo; (2) funcionamento social e pessoal; (3) problemas e sintomas; e (4) comportamentos de risco (para consigo e/ou com os outros). As respostas são atribuídas através de uma escala de Likert compreendida entre 0 (“Nunca”) e 4 (“Sempre, ou quase sempre”) (Evans et al., 2000; Sales et al., 2012). As pontuações podem variar de 0-40, sendo que valores entre 0-10 correspondem a sintomatologia subclínica, 10-14 correspondem a sintomatologia ligeira, 15-19 correspondem a sintomatologia moderada, 20-24 correspondem a sintomatologia moderada a severa e valores entre 25-40 correspondem a sintomatologia severa (Barkham, et al., 2007). A versão validada para a população portuguesa apresenta uma boa consistência interna geral ($\alpha > 0.94$) (Sales et al., 2012).

Clinical Outcome Routine Evaluation – 10 (CORE-10)

Versão reduzida do CORE-OM, composto por 10 itens (Barkham et al., 2013; Sales et al., 2012). Os valores são interpretados numa escala de 0-40, procedendo-se apenas à soma dos itens. Os resultados podem ser interpretados de forma semelhante aos do CORE-OM, descritos anteriormente (Barkham et al., 2013). Esta versão foi utilizada apenas no momento de avaliação inicial, enquanto a versão completa (CORE-OM) foi utilizada nos restantes momentos.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Instrumento de avaliação da ansiedade e depressão de pessoas doentes em contexto hospitalar, desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983), traduzido e validado para

a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007). Apresenta um total de 14 itens, sendo 7 itens referentes à avaliação de ansiedade e 7 itens referentes à avaliação da depressão. O instrumento possui a particularidade de exclusão de itens que podem pontuar simultaneamente para dificuldades psicológicas e físicas (e.g. aumento da fadiga, alterações de apetite, peso, sono), de modo que não reflita a doença física atual. As respostas apresentam-se numa escala ordinal de quatro posições (0-3) e pretendem avaliar a forma de como cada pessoa se tem sentido ao longo dos últimos setes dias. Os resultados podem ser interpretados como normais (0-7), ligeiros (8-10), moderados (11-14) e severos (15-21) (Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983). A versão portuguesa revela uma boa consistência interna quer ao nível da escala de ansiedade ($\alpha = 0.76$), quer ao nível da escala de depressão ($\alpha = 0.81$) (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Escala de Bem-Estar Psicológico - Versão Reduzida (EBEP - VR)

Instrumento de avaliação do bem-estar subjetivo desenvolvido por Ryff (1989), traduzido e validado para a versão portuguesa por Ferreira e Simões (1999). Avalia parâmetros relacionados com a autoaceitação, relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, o sentido de vida e o crescimento pessoal. Esta versão é constituída por 18 itens e as respostas são atribuídas mediante uma escala de tipo *Likert* que varia entre 1 (“Discordo completamente”) e 6 (“Concordo Completamente”). A medida apresenta boa consistência interna geral ($\alpha = 0.94$) (Ferreira & Simões, 1999; Ryff, ,1989).

Medidas Qualitativas

Questionários Final de Sessão

Tratam-se de questionários de registo do feedback dos/as participantes relativamente a cada sessão. Estes questionários são aplicados no final de cada sessão e são constituídos por uma avaliação da satisfação e utilidade da sessão através de uma

escala de *Likert* que varia de 1 (“Nada Satisfeito/Útil”) a 5 (“Muito Satisfeito/Útil”); e, por questões abertas sobre a experiência da sessão, a realização autônoma da tarefa e possíveis sugestões de melhoria.

Entrevista Final de Processo

No final do processo de intervenção, foi realizada uma entrevista semi-estruturada a cada participante para obtenção do feedback relativo a todo o processo de intervenção. A mesma é constituída por questões abertas que pretendem explorar a experiência ao nível da intervenção (e.g. *“Como foi a sua experiência na participação desta intervenção...no preenchimento dos questionários?”*; etc.); a experiência ao nível da prática de focalização (e.g., *“Qual foi a sua experiência na prática de focalização?”*) e ao nível das sugestões de melhoria (i.e., *“Tem alguma sugestão de melhoria?”*).

Os instrumentos foram aplicados em vários momentos de avaliação como indicado na tabela 3. A resposta aos instrumentos foi realizada a partir de um formulário online criado no *Limesurvey*, um *software* desenhado para efeitos de aplicação de questionários e/ou sondagens, que garante a segurança e o tratamento adequado dos dados. Após a inclusão no estudo, foi atribuído a cada participante um código alfanumérico, sendo apenas este utilizado para a sua identificação no *Limesurvey*.

Tabela 3*Instrumentos e Momentos de Avaliação*

Instrumentos	Momentos de Avaliação					
	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Questionário Sociodemográfico	X					
CORE-OM		X		X		X
CORE-10	X					
HADS	X	X		X		X
EBEP-VR		X				X
FMS		X			X	X
PFC-2			X		X	
Questionário Final de Sessão			X		X	
Entrevista – Final de Processo						X

Nota. T0=Momento de avaliação inicial; T1=Momento de avaliação antes da sessão N°1; T2=Momento de avaliação após a sessão N°1; T3= Momento de avaliação antes da sessão N°2; T4= Momento de avaliação após a sessão N°2; T5= Momento de avaliação após 15 dias do momento T4 (*follow up*).

Procedimentos***Procedimentos de recolha de dados***

A intervenção foi proposta junto de utentes do IPO do Porto com um diagnóstico de cancro colo-rectal em tratamento paliativo. As participantes foram recrutadas a partir da consulta de psicologia da instituição, sendo este o meio pela qual foram avaliados os critérios de inclusão, o perfil de cada paciente e a sua possível integração no estudo. Este processo de recrutamento foi realizado com o auxílio de duas psicólogas pertencentes ao serviço de psicologia do IPO do Porto. Todas as pessoas que cumpriam os critérios

requeridos para a presente investigação foram consideradas potenciais participantes e, por esta razão, assegurou-se o contacto com igual probabilidade para a sua integração no estudo.

Após este primeiro contacto realizado pelas psicólogas, existiu um segundo contacto realizado pela autora da presente dissertação para a descrição detalhada dos objetivos da intervenção e das questões éticas. Todas as pessoas interessadas em participar no presente estudo obtiveram acesso digital a um documento de “Informação ao Participante” que contempla todas as informações da intervenção de forma escrita e acessível; e foram convidadas a assinar o consentimento informado. Adicionalmente, as participantes preencheram o questionário T0 como forma de se obter uma medida complementar, analisando-se as cotações dos instrumentos CORE-10 e HADS.

Inicialmente, a intervenção foi programada e agendada para o início de julho. Nesta fase, 4 participantes assinaram o consentimento informado e realizaram o momento de avaliação inicial (T0) uma semana antes do início da intervenção. No dia em questão, três das quatro participantes não compareceram. Apenas uma participante compareceu na sessão e uma vez que o estudo requer uma intervenção em grupo, a intervenção não foi concretizada. Durante o período seguinte procurou-se contactar as participantes como forma de se perceber se mantinham o interesse em participar no presente estudo.

Importa mencionar que o facto da intervenção não se ter realizado nas datas estipuladas inicialmente, fez com que se acrescentassem procedimentos adicionais ao protocolo de intervenção. Primeiramente, procurou-se integrar mais pessoas no presente estudo para além das que já estavam, como forma de aumentar ligeiramente o grupo, construindo-se simultaneamente duas opções de datas para a realização da intervenção. Além disto, ao invés de se informar unicamente sobre as novas datas ou horários, o protocolo da intervenção passou a integrar lembretes sobre a própria intervenção não só

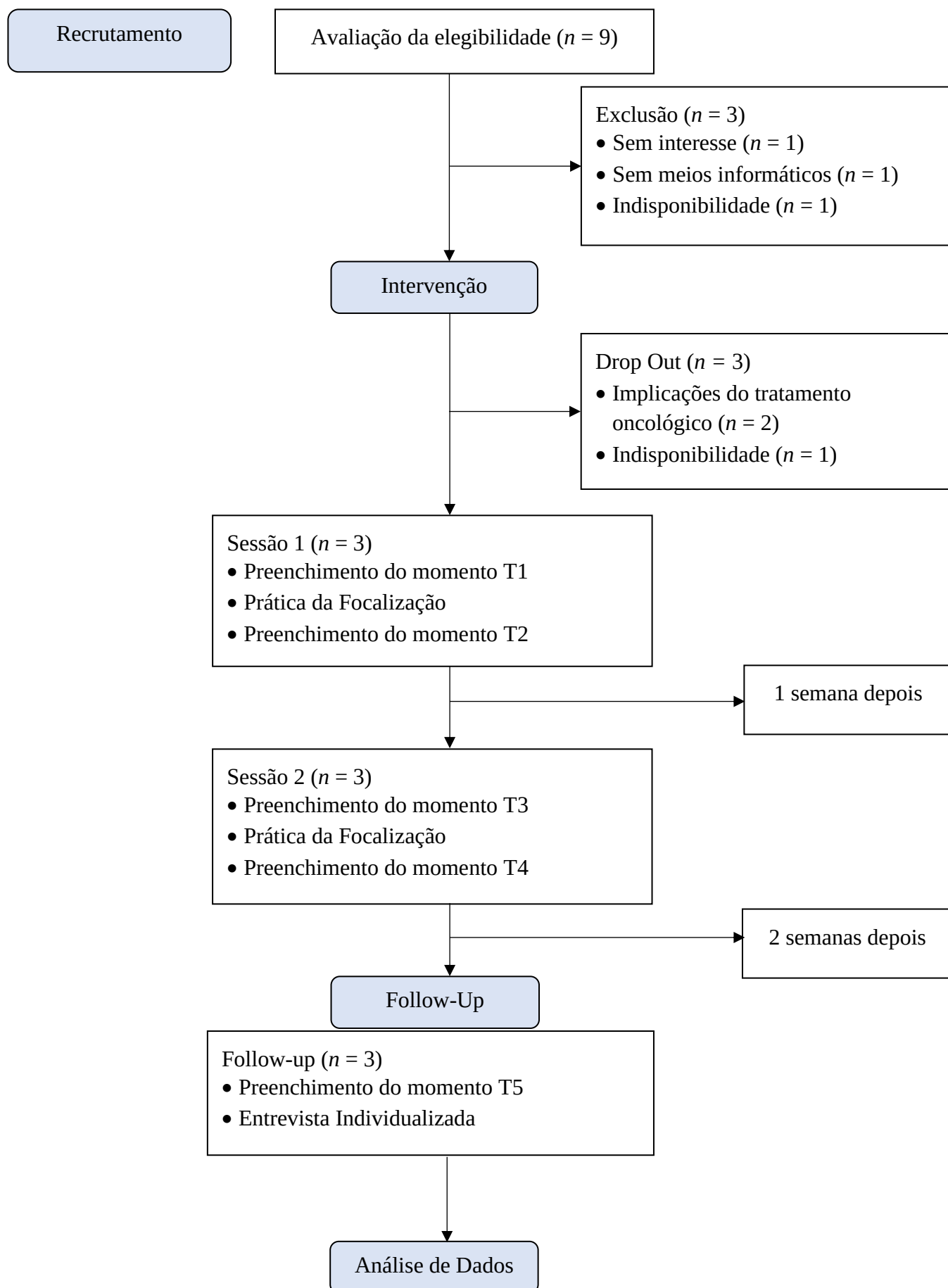
como forma de relembrar as datas, mas também como forma de antecipar algum obstáculo das participantes à realização das sessões e dessa forma antever o número de participantes presentes. Os lembretes eram enviados três dias antes, no dia anterior e no dia das sessões e continham informações adicionais dos procedimentos de acesso às sessões *online*.

Neste sentido, contactou-se um total de mais 5 potenciais participantes, dos quais 3 não entraram no estudo e 2 foram acrescentadas à intervenção. Estas 2 últimas participantes integraram o estudo através do preenchimento do consentimento informado e do momento de avaliação inicial (T0). Apesar de terem sido propostas duas possibilidades de datas para a realização das sessões, não existiu um número suficiente de pessoas para integrar o primeiro grupo, pelo que apenas foi formado um grupo. Com 6 participantes reunidos, 3 participantes desistiram antes da realização da primeira sessão, sendo a amostra final constituída por 3 participantes.

A primeira sessão iniciou-se trinta minutos mais tarde do que o previsto por questões de pontualidade e dificuldades técnicas. A primeira parte foi constituída por uma breve apresentação da equipa de intervenção e das participantes e por uma introdução aos objetivos do projeto e da estrutura das sessões. De seguida foi realizado o momento de avaliação através do preenchimento do questionário T1. Após o preenchimento dos questionários, introduziu-se uma breve especificação das tarefas a realizar e dos seus principais objetivos, seguindo-se a aplicação das mesmas. No final da prática da tarefa, cada participante teve a oportunidade de partilhar a sua experiência, dificuldades, aspetos positivos e menos bons com o restante grupo. Foi ainda proposto às participantes a realização de um trabalho de casa, concretamente o treino das tarefas através de um áudio guiado. O mesmo foi enviado juntamente com o questionário T2 no final da sessão. Importa mencionar que uma das participantes permaneceu após o final da sessão com as monitoras responsáveis devido à ativação emocional expressa após a prática das tarefas.

No início da segunda sessão foram lembrados os objetivos do projeto, bem como a estrutura da segunda sessão. As participantes compartilharam o seu *feedback* relativamente à realização do trabalho de casa, mencionando aspectos como a experiência da prática autônoma da tarefa e as dificuldades que foram surgindo. O momento de avaliação T3 foi preenchido e, posteriormente, foi executada a prática guiada das tarefas. No final, as participantes compartilharam a sua experiência sobre a prática anteriormente realizada com grupo e refletiram sobre as aprendizagens retiradas e utilidade destas tarefas para o futuro. O questionário T4 foi enviado no final da sessão para o seu preenchimento.

Por fim, duas semanas após a segunda sessão, foi realizado um momento de follow-up que contou com o preenchimento do questionário T5 e com uma entrevista semi-estruturada realizada individualmente. As entrevistas duraram entre 10 a 15 minutos, sendo explorada a experiência geral de cada participante, concluindo-se assim o processo de intervenção. A figura 1 apresenta o fluxograma do processo descrito de uma forma esquemática e sintetizada.

Figura 1*Fluxograma do processo de intervenção*

Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada de uma forma mista, isto é, foram realizadas análises quantitativas (e.g. cálculo do índice de mudança fiável, médias e desvios-padrão; cálculos de magnitude do efeito pré e pós-teste), e análises qualitativas, baseadas em métodos de análise temática (Braun & Clarke, 2006) da entrevista que marca o final do processo e do feedback do final de cada sessão. As análises quantitativas permitem avaliar se as potenciais mudanças de cada paciente estão acima ou abaixo do erro-padrão de cada medida e, assim, calcular o número de pacientes que beneficiou ou não da intervenção de modo fidedigno do ponto de vista estatístico. As restantes medidas são importantes para o cálculo do tamanho amostral de eventuais estudos posteriores. As análises qualitativas permitem dar uma caracterização mais personalizada da experiência pessoal e dos processos de mudança eventualmente postos em marcha.

Os dados recolhidos foram analisados através do programa *Excel* versão 16.0 do *Office 365* para *Microsoft Windows* e *Jamovi* versão 2.2.5 para *Microsoft Office*.

Resultados

Resultados de Adesão das Participantes

A presente intervenção incluiu, num momento inicial, 6 participantes, tendo estes realizado o primeiro momento de avaliação (T0). Antes da realização da primeira sessão ocorreram 3 desistências justificadas pelas seguintes razões: (1) implicações do diagnóstico oncológico, especificamente relacionadas com os efeitos secundários do tratamento; e com aspetos emocionais; e (2) indisponibilidade horária.

Caracterização dos Resultados Iniciais

Os resultados obtidos nos questionários aplicados no momento de avaliação inicial encontram-se descritos na tabela 4.

Tabela 4

Resultados do Momento de Avaliação Inicial (T0)

Participantes	CORE-10	HADS	
		HADS-A	HADS-D
F01	11	9	1
F03	17	9	4
F05	25	18	13

Nota. HADS-A = subescala de Ansiedade; HADS-D = subescala de Depressão.

Através das pontuações obtidas, é possível verificar a existência de três níveis de sintomatologia no instrumento CORE-10. A participante F01 revela níveis ligeiros de *distress* psicológico, enquanto as participantes F03 e F05 revelam níveis de sintomatologia moderada e sintomatologia grave, respetivamente. Em relação às pontuações referentes à presença de ansiedade e depressão, é possível verificar uma maior prevalência de ansiedade em comparação à depressão, sendo que duas das participantes

(F01 e F03) apresentam níveis ligeiros de ansiedade, enquanto F05 apresenta níveis severos de ansiedade. Os valores apresentados para a subescala de depressão da HADS revelam a presença de resultados normativos para F01 e F03, e sintomatologia moderada no caso da participante F05. No geral, os resultados obtidos no momento de avaliação inicial apresentam indicadores de dificuldades de saúde mental que varia entre níveis moderados e graves, mantendo-se dentro do esperado. A participante F05 apresenta níveis de sintomatologia superiores às restantes participantes, sendo realizada uma monitorização dos seus resultados de modo a prevenir potenciais problemas ou danos.

De seguida, a tabela 5 apresenta as pontuações obtidas no momento de avaliação anterior à realização da primeira sessão (T1).

Tabela 5

Resultados do Momento de Avaliação Antes da Primeira Sessão (T1)

Participantes	CORE-OM	HADS		EBEP-VR	FMS
		HADS-A	HADS-D		
F01	10	9	1	103	78
F03	16	14	5	83	67
F05	20	18	16	69	71

No momento de avaliação T1, o nível de *distress* psicológico manteve-se em comparação com as pontuações obtidas no nível T0. Neste sentido, no instrumento CORE-OM, a participante F01 manteve sintomatologia ligeira, a participante F03 manteve os níveis de sintomatologia moderada e a participante F05 manteve os níveis de sintomatologia grave. Ainda em comparação com o momento T0, pode verificar-se que uma das participantes (F01) não demonstrou alterações significativas ao nível das subescalas de ansiedade e depressão, enquanto as restantes participantes obtiveram um acréscimo de pontuações. A participante F03 apresentou valores de sintomatologia

ansiógena moderada, aumentando a sua pontuação face ao momento T0, e manteve valores ligeiros de sintomatologia depressiva. Já a participante F05 manteve níveis severos na subescala da ansiedade e aumentou a sua pontuação para a subescala de depressão, revelando no momento T1 a presença de sintomatologia depressiva severa. Ainda no presente momento de avaliação foram obtidas pontuações gerais de bem-estar psicológico através do instrumento EBEP. É possível verificar que a participante com níveis de sintomatologia ligeira tanto para o CORE-OM como para a HADS (F01), apresenta a pontuação mais alta ao nível do bem-estar psicológico (EBEP). Por outro lado, a participante com níveis de sintomatologia grave no CORE-OM e HADS (F05) revela a pontuação mais baixa ao nível do bem-estar psicológico (EBEP) em comparação com as restantes participantes. Na parte final do questionário foram avaliadas as atitudes de focalização presentes em cada participante através da FMS. A participante F01 revela a pontuação mais alta e a participante F03 revela a pontuação mais baixa nesta medida.

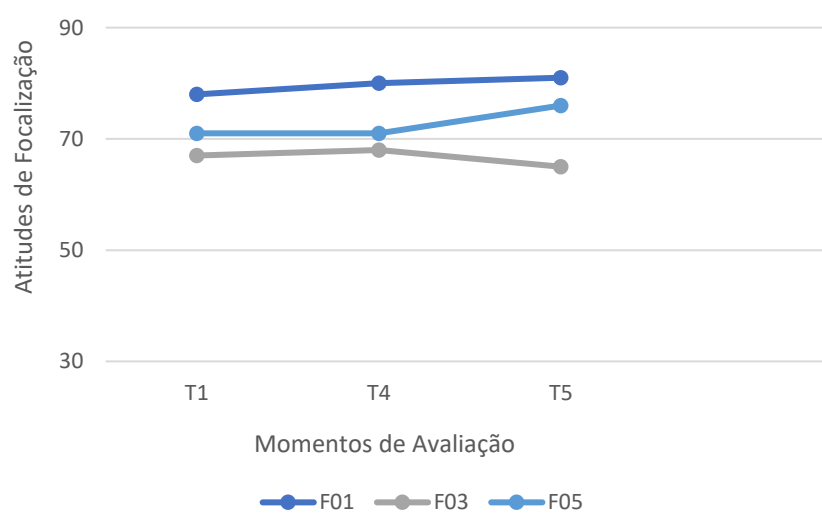
Caracterização dos Resultados das Medidas de Focalização

O PFC-2 e a FMS são as medidas principais de resultado do presente estudo, uma vez que avaliam medidas relacionadas com a focalização. O PFC-2 foi aplicado no final de cada sessão no sentido de avaliar a capacidade de focalização de cada participante. As pontuações obtidas no final da primeira sessão (T2) indicam que todas as participantes foram capazes de realizar o processo de focalização. Já no final da segunda sessão (T4) duas participantes (F01 e F03) mantiveram a capacidade de realizar o processo de focalização. A participante F05 revela uma pontuação mais alta em comparação com a pontuação obtida na sessão anterior, indicando uma capacidade parcial de realização do processo de focalização. Os resultados obtidos no instrumento PFC-2 encontram-se sintetizados na tabela 6.

Tabela 6*Resultados Obtidos por Participante no PFC-2*

Participante	Momento	
	T2	T4
F01	2	2
F03	2	1
F05	5	7

Relativamente à FMS, esta escala foi aplicada no sentido de avaliar a presença de atitudes de focalização ao longo do processo terapêutico. A figura 2 apresenta a evolução de cada participante ao longo dos momentos de avaliação na medida específica das atitudes de focalização (FMS).

Figura 2*Evolução das Atitudes de Focalização por Participante (FMS)*

A figura apresentada demonstra variações ligeiras das atitudes de focalização ao longo do processo de intervenção. Como forma de se perceber se as mudanças obtidas na FMS são fiáveis foi utilizado o *Reliable Change Index* ([RCI] Índice de Mudança Confiável). Para esta medida específica, o valor de RCI é de 5.65 (valor calculado a partir do desvio-padrão e do valor de consistência interna da medida mencionada). A tabela 7 apresenta os tipos de mudança obtidas da FMS entre os momentos de avaliação T1 e T5, segundo o valor de RCI. Através destes dados é possível concluir que as 3 participantes obtiveram mudanças não fiáveis, isto é, uma variação que pode ser explicada pelo erro padrão da medida FMS.

Tabela 7

Resultados de Acordo com o RCI por Participante (FMS)

Participantes	FMS		<i>Pre-Post Change</i>	<i>Reliable Change</i>
	T1	T5		
F01	78	81	+ 3.00	Aumento não fiável
F03	67	65	- 2.00	Diminuição não fiável
F05	71	76	+ 5.00	Aumento não fiável

Relativamente aos resultados agregados da amostra, os resultados da FMS entre T1 e T5 encontram-se descritos na tabela 8. Existiu um aumento geral da média entre T1 e T5 ($M_1=72$ e $M_5=74$) na escala FMS. A mudança decorre no sentido desejado, apresentando-se um tamanho de efeito moderado a alto (Cohen's $d = -0.555$).

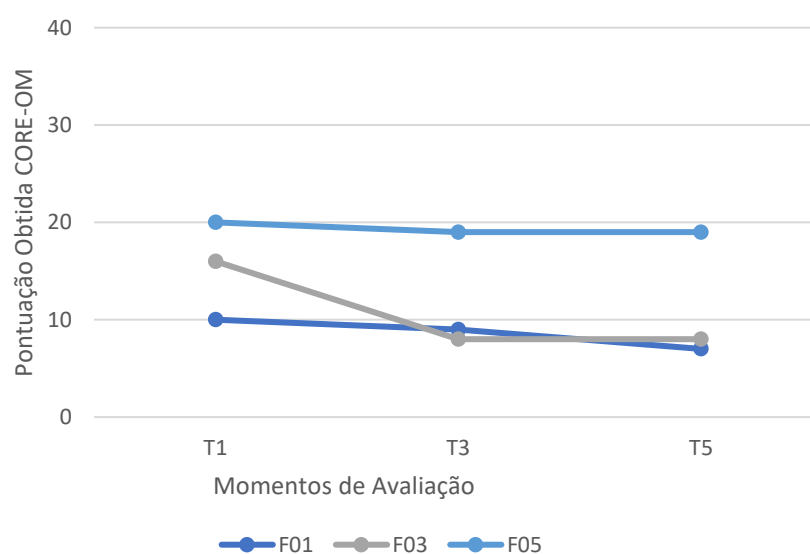
Tabela 8*Estatísticas Descritivas da FMS*

Momento	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo	<i>Cohen's d</i>
T1	72	5.568	67	78	- 0.555
T5	74	8.185	65	81	

Caracterização dos Resultados das Medidas de Saúde Mental e Bem-Estar

Para além das medidas principais de focalização, realizou-se uma análise das medidas de avaliação de saúde mental e bem-estar psicológico ao longo do processo de intervenção. Em primeiro lugar, apresenta-se a evolução nos instrumentos CORE-OM, HADS e EBEP-VR e a fiabilidade das mudanças obtidas através do RCI, por cada participante.

As pontuações ao nível do CORE-OM apresentam uma ligeira diminuição em todas as participantes (Figura 3).

Figura 3*Evolução por participante no CORE-OM*

Para se compreender se as mudanças das participantes foram fiáveis ou não, o valor de RCI utilizado foi de 5.00. Os resultados indicam que apenas uma das participantes (F03) apresentou uma mudança fiável, enquanto as restantes participantes apresentam mudanças dentro do erro padrão do CORE-OM (tabela 9).

Tabela 9

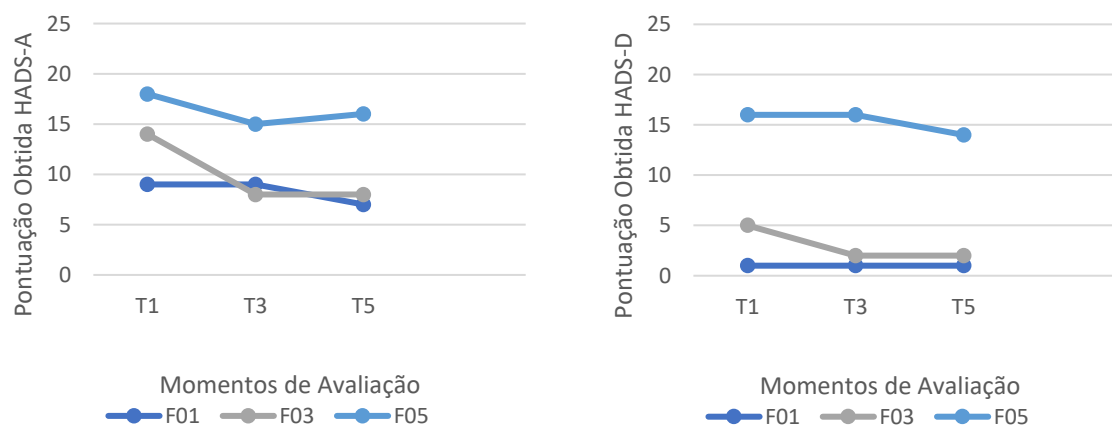
Resultados de Acordo com o RCI por Participante (CORE-OM)

Participantes	CORE-OM		<i>Pre-Post Change</i>	<i>Reliable Change</i>
	T1	T5		
F01	10	6	- 4.00	Diminuição não fiável
F03	16	8	- 8.00	Diminuição fiável
F05	20	19	- 1.00	Diminuição não fiável

Relativamente às pontuações obtidas ao nível da HADS, é possível denotar uma diminuição em todas as participantes, quer na subescala de ansiedade, quer na subescala da depressão (Figura 4).

Figura 4

Evolução por participante na HADS



Para avaliar se as mudanças das participantes foram fiáveis, os valores de RCI utilizados foram: 6,44 para a subescala de ansiedade e 5,24 para a subescala de depressão. Os resultados indicam que as mudanças obtidas não foram fiáveis para nenhuma das participantes (tabela 10).

Tabela 10

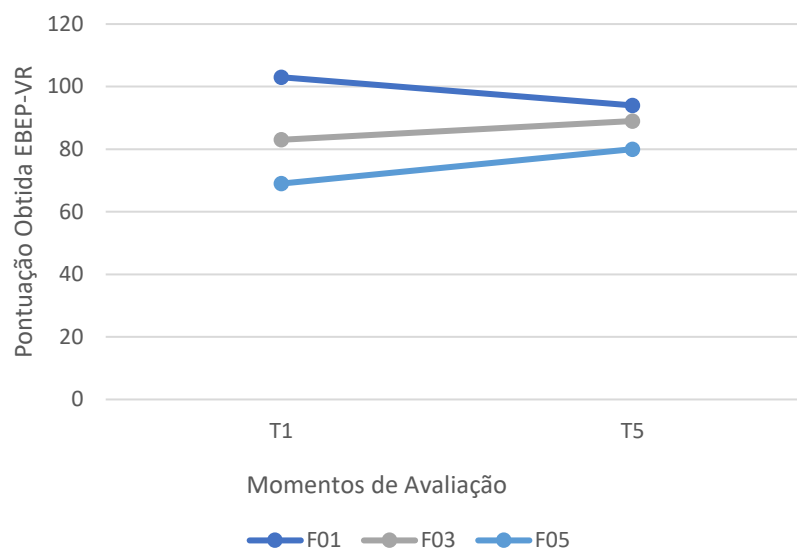
Resultados de Acordo com o RCI por Participante (HADS)

Participantes	HADS	Momento		<i>Pre-Post Change</i>	<i>Reliable Change</i>
		T1	T5		
F01	HADS-A	9	7	- 2.00	Diminuição não fiável
	HADS-D	1	1	0	Sem efeito
F03	HADS-A	14	8	- 6.00	Diminuição não fiável
	HADS-D	5	2	- 3.00	Diminuição não fiável
F05	HADS-A	18	16	- 2.00	Diminuição não fiável
	HADS-D	16	14	- 2.00	Diminuição não fiável

Já para a escala de bem-estar psicológico (EBEP-VR), a evolução de cada participante pode ser consultada na figura 5. Os níveis de bem-estar psicológico aumentaram ligeiramente ao longo da intervenção para duas participantes (F03 e F05), e diminuíram para a participante F01.

Figura 5

Evolução por participante na EBEP-VR



Para avaliar se estas mudanças foram fiáveis, o valor de RCI utilizado foi de 10.88. Na tabela 11, verifica-se que duas participantes obtiveram mudanças não fiáveis (F01 e F03), enquanto uma participante apresenta um aumento fiável dos seus níveis de bem-estar psicológico.

Tabela 11

Resultados de Acordo com o RCI por Participante (EBEP-VR)

Participantes	EBEP-VR		<i>Pre-Post Change</i>	<i>Reliable Change</i>
	T1	T5		
F01	103	94	- 9.00	Diminuição não fiável
F03	83	89	+ 6.00	Aumento não fiável
F05	69	80	+ 11.00	Aumento fiável

De seguida, apresentam-se as estatísticas descritivas das escalas mencionadas (CORE-OM, HADS e EBEP-VR). Tanto o instrumento CORE-OM como as subescalas

da HADS sofreram uma diminuição geral na média entre T1 e T5 (CORE-OM: $M_1=15.294$ e $M_5=10.882$; HADS-A: $M_1=13.667$ e $M_5=10.333$; HADS-D: $M_1=7.333$ e $M_5=5.667$). Já para o instrumento EBEP, existiu um aumento geral na média entre T1 e T5 ($M_1=85$ e $M_5=87.667$). Adicionalmente, foi calculado o tamanho do efeito para cada uma destas medidas, através do *Cohen's d*. Quer o CORE-OM, quer as subescalas da HADS verificam que a mudança decorre no sentido desejado, apresentando uma magnitude de efeito elevado (CORE-OM *Cohen's d* = 1.272; HADS-A *Cohen's d* = 1.443; HADS-D *Cohen's d* = 1.091). A EBEP apresenta o valor mais baixo em comparação com os instrumentos mencionados, no entanto a mudança decorre também no sentido desejado, apresentando um tamanho de efeito entre pequeno a moderado (*Cohen's d* = - 0.256). Os resultados apresentados encontram-se descritos na tabela 12.

Tabela 12

Estatísticas Descritivas das Medidas de Avaliação de Saúde Mental (CORE-OM, HADS e EBEP)

Medidas	Momento	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mínimo	Máximo	<i>Cohen's d</i>
CORE-OM	T1	15.294	5.026	10	20	1.272
	T5	10.882	6.649	6	19	
HADS-A	T1	13.667	4.509	9	18	1.443
	T5	10.333	4.933	7	16	
HADS-D	T1	7.333	7.767	1	16	1.091
	T5	5.667	7.234	1	14	
EBEP-VR	T1	85	17.088	69	103	- 0.256
	T5	87.667	7.095	80	94	

Caracterização dos Resultados dos Questionários Finais

Os resultados seguintes são relativos à avaliação da satisfação e utilidade das sessões de intervenção. Os valores atribuídos pelas participantes a estes domínios encontram-se descritos na tabela 13. Todas as participantes consideraram as sessões como “muito úteis” tendo duas das participantes (F01, F03) ficado “muito satisfeitas” e uma participante (F05) “bastante satisfeita”.

Tabela 13

Avaliação do Grau de Satisfação e Utilidade das Sessões

Participante	Satisfação		Utilidade	
	T2	T4	T2	T4
F01	5	5	5	5
F03	5	5	5	5
F05	4	4	5	5

Caracterização dos Resultados Qualitativos

No que concerne aos resultados obtidos qualitativamente, emergiram 3 temas principais que relatam a perspetiva das participantes face à intervenção realizada através da análise da entrevista e das respostas às questões abertas presentes nos questionários de final de sessão: 1) Prática das Tarefas; 2) Resultados Atingidos; e, 3) Intervenção. Cada tema foi subdividido em diferentes subtemas como se demonstra na tabela 14.

Tabela 14*Processo de Intervenção: Principais Temas e Subtemas*

Tema	Subtema
Prática das Tarefas	Personalização das Tarefas
	Dificuldades
Resultados Atingidos	Resultados Positivos
	Resultados Negativos
	Satisfação Geral
Processo de Intervenção	Avaliação Positiva do Protocolo
	Sugestões de Melhoria

Prática das Tarefas

A Prática das Tarefas foi um dos temas gerais extraídos. Através da análise do discurso das participantes foi perceptível que a realização autónoma das tarefas potenciou a Personalização das Tarefas, subtema destacado por uma participante especificamente através de processos de adaptação pessoal da tarefa (“...memorizei mais ou menos e faço sem o áudio...”; “...faço mentalmente a tarefa... de uma forma mais curta e rápida, mas o que é certo é que...me dá tranquilidade”) e de criação de significados no distanciamento das preocupações na tarefa específica de criar um espaço (“...colocá-las no saquinho verde de esperança...”; “...não é só pô-las num cantinho qualquer mas, mas tirá-las e entregá-las...”); e por duas participantes tendo em conta a capacidade se realizar a tarefa ao ritmo pessoal (“...a vantagem é...eu parar...parar naquele problema...”; “...à medida que se vai fazendo, parece que se vai clarificando e, e aceitando melhor.”; “...posso até estar, por exemplo numa pausa, num espaço, à espera de uma consulta e então eu fecho os olhos e assim rápido...passo esse núcleo essencial”).

Por outro lado, a prática das tarefas também suscitou Dificuldades, segundo subtema identificado por duas participantes através de dificuldades de foco ao longo da tarefa, focagem no corpo e no distanciamento de preocupações na tarefa de criar um espaço (*“Falta de concentração e focagem. Muitos problemas a surgir ao mesmo tempo.”*; *“...essa parte da focalização no corpo...eu acho que não realizei completamente bem...”*; *“...o final do exercício foi mais difícil de seguir...”*; *“...muito difícil arrumar as preocupações...”*).

Resultados Atingidos

Os Resultados Atingidos foram subcategorizados em resultados positivos e resultados negativos. Duas participantes identificaram exclusivamente resultados positivos, enquanto uma terceira identificou resultados mistos, ou seja, quer positivos, quer negativos. Os Resultados Positivos foram identificados através de ganhos ao nível do autoconhecimento (*“... foi conhecer-me mais um bocadinho...”*; *“...forma geral de autoconhecimento...”*) da tomada de consciência e reflexão (*“...permitiu-me tomar consciência...”*; *“pôr em perspetiva e enumerar as preocupações...”*; *“...foi reviver todas as vivências antes e depois do diagnóstico.”*; *“...mais confiança em mim própria, no que sinto verdadeiramente, sem medos de os expressar...”*); e de sensações de alívio (*“...forma que nos deixa leves, com paz...que nos ajuda a reequilibrar”*; *“...no fim uma sensação boa, leve, doce...”*; *“choro bastante e depois de chorar...fico mais aliviada...”*; *“...sensação de paz...”*; *“...sinto-me mais leve...”*). Em contrapartida, os Resultados Negativos foram expressos através de emoções menos positivas (*“...muito doloroso para mim”*; *“...baralhada e triste.”*; *“...pesado...”*) e sensações de assoberbamento (*“Todos estes sentimentos juntos, parecia que estava dentro de um tornado e não conseguir sair de lá.”*)

Processo de Intervenção

Quanto ao Processo de Intervenção, é possível observar a Satisfação Geral com a intervenção (“... *foi positiva em todos os sentidos...*”; “...*experiência muito boa, gratificante, útil...*”; “*Enriquecedora...*”). Adicionalmente, destaca-se no discurso de todas as participantes a Avaliação Positiva do Protocolo quanto ao formato online da intervenção (“... *criarmos ali empatias, mesmo através de um ecrã ...*”; “...*assim para este tipo de trabalhos facilita...é uma grande vantagem, poupa-se na deslocação, está-se no seu contexto...no seu espaço*”; “...*muito positivo...*”); quanto ao formato de grupo (“... *conhecer outras histórias ...*”; “...*partilha de emoções...*”; “...*às vezes podíamos estar um bocado confusas ou bloqueadas ali numa questão e se calhar com a partilha de outras colegas íamos desbloqueando isso.*”) e quanto ao preenchimento dos diferentes questionários (“...*não achei que foram demasiados...*”; “...*fez-me tentar perceber-me melhor realmente...*”). Por fim, foram identificadas algumas Sugestões de Melhoria relacionadas com o áudio fornecido para guiar a tarefa (“*Apenas aumentaria o som da voz e começar e ou acabar com música.*”; “...*o único aspeto que tentaria melhorar era na gravação ouve-se muito baixinho...*”) e com outras formas de complementar as sessões (“*Complementar a comunicação com um grupo WhatsApp.*”; “*Que haja mais sessões destas, para novas pessoas terem esta experiência.*”).

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos a exploração da experiência obtida com uma intervenção em formato online de duas sessões baseadas na focalização junto de participantes com diagnóstico oncológico; e a análise da relação da prática de focalização com outras variáveis de saúde mental e bem-estar. A adequação do protocolo utilizado será analisada através da adesão dos/as participante, dos indicadores de focalização, do decréscimo de sintomas clínicos, índices de bem-estar e feedback das participantes.

Iniciamos esta discussão pela análise dos resultados individuais. Em primeiro lugar, os resultados de uma das medidas específicas da focalização - PCF-2 - sugerem que duas das participantes foram claramente capazes de realizar a focalização nas sessões (F01 e F03), enquanto uma participante (F05) apenas realizou as tarefas parcialmente. Este instrumento não permite a identificação das razões pela qual se consegue ou não realizar as tarefas. Por esta razão as potenciais dificuldades surgidas para a participante F05 serão potencialmente explicadas mais à frente nesta discussão. A segunda medida específica da focalização – FMS – indica que as mudanças obtidas pelas participantes antes e após a intervenção não são estatisticamente significativas (abaixo do RCI), podendo ser explicadas pelo erro padrão da medida em questão. Neste sentido, apesar das participantes terem sido capazes de realizar a focalização, não existiram mudanças fiáveis nas atitudes de focalização desenvolvidas. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de o desenvolvimento de atitudes necessitar de uma prática maior no tempo como evidenciado na literatura (Aoki & Ikemi, 2014). Uma outra hipótese explicativa é o facto das próprias participantes já apresentarem um valor de atitudes de focalização relativamente elevado, pelo que as mudanças existentes não sejam tão notórias numa amostra pequena como a do presente estudo.

Em relação aos indicadores de saúde mental e bem-estar, foi possível verificar que não existiu nenhum tipo de dano ou agravamento ao longo do processo. Tendo em conta os momentos pré e pós intervenção, é possível confirmar que as mudanças obtidas pelas participantes nas diferentes medidas (CORE-OM, HADS e EBEP) não foram estatisticamente significativas (abaixo do RCI) na sua generalidade. Apenas a participante F03 revelou, de facto, uma diminuição fiável ao nível da sintomatologia clínica (CORE-OM), tendo atingido valores subclínicos. Curiosamente, a participante F05 também revelou uma mudança fiável, especificamente em termos do bem-estar psicológico. Esta participante manteve as pontuações mais elevadas de sintomatologia clínica ao longo da presente intervenção, no entanto atingiu um aumento estatisticamente significativo ao nível do bem-estar psicológico no final da mesma.

Apesar de na maioria das medidas os resultados individuais (segundo o RCI) poderem ser explicados pelo seu erro padrão, o tamanho de efeito obtido nesta amostra sugere que a intervenção segue no sentido desejado. A magnitude do efeito registada foi muito elevada ao nível da saúde mental (CORE-OM), sintomas de depressão (HADS-D) e sintomas de ansiedade (HADS-A); moderada ao nível das atitudes de focalização; e pequena para os níveis de bem-estar, mas com um aumento geral da média. Deste modo, parece existir uma tendência genérica para a mudança seguir no sentido desejado. O protocolo de intervenção parece ter alguma vantagem geral, podendo ser potencialmente útil para mais pessoas. Adicionalmente, o protocolo de avaliação utilizado parece adequado às tarefas realizadas ao longo da intervenção. Apesar de terem existido vários momentos de avaliação, estes não foram levantados como uma dificuldade pelas participantes.

Relativamente ao feedback das participantes, este foi na sua generalidade positivo. A prática das tarefas permitiu que as participantes atingissem resultados positivos ao nível

do autoconhecimento, tomada de consciência, reflexão pessoal, sensações de alívio e paz – o que vai de encontro à literatura existente (Ferraro, 2010; Katonah & Flaxman, 1991; Klagsbrun et al., 2010). No entanto, ao longo do processo de intervenção, foi possível identificar outro tipo de experiência e resultados mais complexos do que os mencionados anteriormente. No decorrer da primeira sessão a participante F05 teve dificuldades em distanciar-se das suas preocupações o que originou ativação emocional e uma incapacidade em se abstrair da dor que as suas preocupações lhe causavam. Pela excessiva carga emocional envolvida na realização das tarefas, a participante permaneceu no final da primeira sessão com as monitoras responsáveis, aplicando-se a tarefa de criar um espaço individualmente como forma de regular e atender às necessidades da participante no momento.

Segundo o seu feedback específico, a tarefa foi particularmente dolorosa uma vez que tinha muita dificuldade em distanciar-se das suas preocupações. Este evento foi experienciado ao longo das sessões em grupo, sendo os seus resultados menos positivos em comparação com as restantes participantes. Porém, quando realizou a tarefa individualmente, acompanhada unicamente pelas monitoras do grupo, a participante foi capaz de realizar a tarefa de criar um espaço, autorregulando-se e expressando sensações de alívio no final. Estas evidências sugerem a potencialidade desta participante beneficiar mais destas tarefas quando realizadas de uma forma personalizada e individual. Uma possível explicação para isto poderá ser o facto das suas pontuações ao nível de sintomatologia clínica serem superiores às das restantes participantes. Para esta população específica pode existir um elevado número de preocupações associadas ao *distress* (Holland et al., 2010; Mehnert et al., 2018) o que pode facilmente influenciar a carga emocional envolvida na realização das mesmas. Ainda assim, mesmo relatando um processo doloroso e difícil, a participante conseguiu sentir algum alívio no final da tarefa,

quando acompanhada pelas monitoras. A sintonização da tarefa com o ritmo das pessoas todas do grupo é algo difícil de se alcançar, o que pode sugerir uma reflexão futura sobre as potencialidades da tarefa quando aplicada em grupo e/ou quando aplicada individualmente. Este estudo sugere que algumas pessoas poderão ter mais dificuldade em acompanhar o grupo, podendo ser mais benéfico a realização das tarefas de uma forma individual e personalizada.

Por outro lado, é importante mencionar que o grupo parece ter sido uma importante base de apoio para as participantes. A partilha de experiências foi um dos aspetos que emergiu de forma muito natural e espontânea no decorrer da intervenção. Quer as apresentações das participantes, quer o feedback específico das tarefas realizadas acabavam sempre por ser correlacionadas a aspetos adicionais sobre as suas vivências com o diagnóstico oncológico. Na segunda sessão, após a partilha da participante F05 sobre as diferenças que sentia ao realizar a tarefa face às outras participantes, existiu quase uma necessidade do grupo em validar a participante em questão. Estas evidências segurem que de facto os grupos podem funcionar como uma importante base de apoio, especialmente para as pessoas desta população, o que vai de encontro à literatura existente (Kissane & Ngan, 2015; Ussher et al., 2006; Watson & Kissane, 2011).

Analisando-se globalmente o protocolo de intervenção é possível verificar-se que este poderá ser potencialmente útil para mais pessoas; no entanto é necessário ter-se em conta as especificidades da população oncológica. Primeiramente, é importante analisar a adesão das participantes ao processo de intervenção. Dos/as 9 participantes contactados/as, 3 não entraram no estudo, 3 desistiram antes do início das sessões e 3 permaneceram na intervenção. A primeira conclusão retirada é que após o início das sessões, não se registaram *drop outs*, o que pode dar algum apoio à intervenção na manutenção da adesão das participantes. No entanto, é importante ter em conta os motivos

para a não integração no estudo e as desistências anteriores. Para além dos motivos de indisponibilidade por questões pessoais, uma parte dos motivos da não-participação no estudo relaciona-se principalmente com as implicações que o diagnóstico tem na funcionalidade e predisposição das participantes. Existiram pessoas que, de facto, tiveram interesse na presente intervenção, mas face à periodicidade de tratamentos e às questões da vida pessoal, não foi possível a sua continuidade no projeto. Adicionalmente, face à vivência com um diagnóstico oncológico, nem sempre existe uma vontade ou capacidade de as pessoas participarem neste tipo de intervenção, possivelmente pelo carácter emocional envolvido (Sandaunet, 2008; Savioni et al., 2022). Por isso, para se trabalhar com esta população específica é preciso ter em conta que poderá existir um número significativo de desistências e/ou dificuldades na constituição dos grupos.

Relativamente ao facto de a intervenção ter sido realizada num formato de grupo, é possível concluir que os grupos são um fator valioso para esta população, mas deve existir uma atenção especial à constituição dos mesmos em estudos futuros, pelas questões que têm vindo a ser refletidas. Já o facto de a intervenção ter sido realizada num formato *online*, este não parece ter sido um entrave à experiência das tarefas. Através do feedback das participantes e dos próprios resultados obtidos no PFC-2, as mesmas foram capazes de realizar as tarefas e integrar a experiência da intervenção. A participante F05 apenas conseguiu realizar a tarefa parcialmente, facto este que não parece estar associado ao formato *online* mas sim às suas características sintomatológicas. Este fator vai de encontro à literatura na medida em que é possível aplicar a focalização à distância, obtendo-se vantagens adicionais ao nível dos custos e deslocações, que para esta população podem ser significativos (Klagsbrun et al., 2010). Desta forma, o protocolo parece estar adaptado para ser aplicado num formato *online*.

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

Ao longo do presente estudo foi possível denotar a existência de algumas limitações. Em primeiro lugar, o estudo incluiu uma amostra muito reduzida, formada por participantes de um único género, o que se traduz numa amostra com baixa representatividade. Adicionalmente, não existiu um grupo de controlo, pelo que os resultados devem ser interpretados com algum cuidado. Estes fatores sugerem uma integração de mais participantes em estudos futuros e um grupo de controlo como forma de se obter uma amostra representativa e heterogénea. Importa também mencionar que o recrutamento de participantes foi dificultado pela especificidade do diagnóstico e tratamento requerido. Em investigações futuras seria pertinente perceber-se quais as fases de intervenção mais úteis para se aplicarem objetivos como os do presente estudo, tendo em conta as diferentes fases da doença oncológica. A intervenção em formato online foi positiva para as participantes do estudo, no entanto foi simultaneamente uma limitação para a integração de mais pessoas. A população estudada parece ainda não estar totalmente habilitada a competências de literacia informática. Para além disto, as dificuldades técnicas que foram surgindo nas sessões, acabaram por condicionar o decurso e provocar alguns atrasos. Uma outra limitação do presente estudo foi a utilização da FMS como medida de avaliação da mudança. Este instrumento pode não ser uma das melhores medidas para verificar uma mudança a curto prazo, uma vez que a mudança atitudinal pode não ocorrer num espaço de tempo tão curto como o da presente intervenção. Assim, sugere-se que estudos futuros explorem outras medidas específicas de focalização e que tenham em conta o número e a duração das sessões como forma de se promover um maior contacto com a experiência das tarefas. O aumento do número das sessões também poderá ser favorável para colmatar potenciais dificuldades técnicas do formato online, existindo mais tempo para realizar as partes cruciais das sessões.

Complementarmente às sugestões anteriores, recomenda-se a criação de um protocolo prévio à intervenção para avaliar a adequação de cada pessoa ao formato de grupo, tendo em conta os níveis de sintomatologia clínica presente. Por fim, sendo o suporte do grupo um dos fatores particularmente importante na população oncológica, poderia ser útil em estudos futuros adaptar o protocolo como forma de integrar não só o ensinamento experiencial das tarefas, mas também dinâmicas para o próprio grupo interagir.

Conclusão

A presente investigação pretendeu explorar a experiência obtida por participantes com um diagnóstico oncológico na participação de duas sessões baseadas na focalização, num formato online e em grupo. Todas as participantes revelaram experiências subjetivas na concretização das tarefas, o que foi um dado valioso para este estudo-piloto. De uma forma geral, é possível concluir que a prática das tarefas permite atingir resultados positivos como o aumento do autoconhecimento, a tomada de consciência, da autorreflexão e a obtenção de sensações de alívio. As participantes foram ainda capazes de realizar as tarefas autonomamente e transpor esta prática para a sua vida pessoal, criando rotinas, adaptações da tarefa e ritmos adequados a si próprias. Por outro lado, emergiram também resultados contrários aos da literatura. Com este estudo foi possível verificar que a tarefa quando realizada individualmente e de forma personalizada é potencialmente mais benéfica para uma pessoa com níveis de sintomatologia clínica elevados.

A realização da presente investigação permitiu verificar a existência de uma relação potencialmente positiva entre a prática das tarefas, a diminuição de sintomatologia clínica e o aumento do bem-estar psicológico, através da magnitude de efeito. Desta forma, o protocolo de intervenção baseado em duas sessões, num formato

online e em grupo parece ser potencialmente útil para aplicar a mais pessoas, mas ao mesmo tempo parece ainda não estar completamente adequado à população oncológica.

Referências

- Alemaný, C. (1986). El enfoque corporal de gendlin: Validación de un instrumento de medida. *Miscelánea Comillas*, 44(84), 85–110.
- Andersson, G. (2018). Internet interventions: Past, present and future. *Internet Interventions*, 12, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.03.008>
- Aoki, T., & Ikemi, A. (2014). The focusing manner scale: its validity, research background and its potential as a measure of embodied experiencing. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(1), 31-46.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2013.870925>
- Archer, S., Cheung, N. H. Y., Williams, I., & Darzi, A. (2021). The impact of digital health interventions on the psychological outcomes of patients and families receiving paediatric palliative care: A systematic review and narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 35(10), 2017-2023.
<https://doi.org/10.1177/02692163211026523>
- Austin, J., Drossaert, C. H. C., Schroevers, M. J., Sanderman, R., Kirby, J. N., & Bohlmeijer, E. T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: a mixed methods systematic review. *Psychology & Health*, 36(1), 16-42. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699090>
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Conell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G., & Evans, C. (2013). The CORE-10: a short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(1), 3-13.
<https://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>

- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connel, J., & Cahill, J. (2007). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the core-om and core system. *Counseling and Psychotherapy Research*, 6(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/14733140600581218>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Coffeng, T. (2004). Trauma, imagery and focusing. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3(4), 277-290. <https://doi.org/10.1080/14779757.2004.9688358>
- Coffeng, T. (2005). The therapy of dissociation: Its phases and problems. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 4(2), 90-105. <https://doi.org/10.1080/14779757.2005.9688374>
- Cornell, A.W. (2005). *The radical acceptance of everything: Living a focusing life*. Calluna Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004a). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493-539). Wiley.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004b). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>

- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connel, J., & McGrath, G. (2000). Core: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255. <https://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>
- Ferraro, M. (2010). *Focusing used as an intervention for chronic pain*. (Unpublished doctoral research). American School of Professional Psychology.
- Ferreira, J., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (E.B.E.P). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp 111-121). Sistemas Humanos e organizacionais, Lda.
- Geiser, C. (2010). Moments of movement: Carrying forward structure-bound processes in work with clients suffering from chronic pain. *Journal of Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(2), 95-106. <https://doi.org/10.1080/14779757.2010.9688510>
- Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: a variable in the process of therapeutic change. *The American Journal of Psychotherapy*, 2(15), 233-245. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1961.15.2.233>
- Gendlin, E. T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 6(1), 4–15. <https://doi.org/10.1037/h0088716>
- Gendlin, E. T. (1986). What comes after traditional psychotherapy research? *American Psychologist*, 41(2), 131–136. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.131>
- Gendlin, E. T. (1993). Three assertions about the body. *The Folio*, 12(1), 21-33.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press.

- Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Northwestern University Press.
- Goldman, R. N. (2016). Emotion-focused therapy. In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 319–350). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14775-011>
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). Fundamentals of emotion-focused therapy. In R. N. Goldman & L. S. Greenberg (Eds.), *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change* (pp. 21–42). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14523-002>
- Greenberg, L. S. (2014). *Terapia focada nas emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S. (2021). Focusing on bodily feelings: When words are not enough. In L. S. Greenberg, *Changing emotion with emotion; A practitioner's guide* (pp. 143–160). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000248-007>
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2007). Emotion-focused therapy: An overview. *European Psychotherapy*, 12(1), 19-39.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). Methods for Increasing Awareness. In L. S. Greenberg & J. C. Watson, *Emotion-focused therapy for depression* (pp. 175–199). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11286-009>

- Gunst, E., & Vanhooren, S. (2018). The destructive pattern: An experiential and existential theory building case study. *Person-centred and experiential psychotherapies*, 17(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1396239>
- Hendricks, M. (2002). Focusing-oriented/experiential psychotherapy research. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 221-251). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10439-007>
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Jacobsen, P. B., Knight, S. J., Learson, K., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., Manne, S., McAllister-Black, R., Riba, M. B., Roper, K., Valentine, A. D., Wagner, L.I., & Zevon, M. A. (2010). Distress management: Clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 448–485. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0034>
- Ikemi, A. (2010). An explication of focusing-oriented psychotherapy from a therapy case. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 107-117. <https://doi.org/10.1080/14779757.2010.9688511>
- Katonah, D. G., & Flaxman, J. (1991). *Focusing: An adjunct treatment for adaptive recovery from cancer*. http://previous.focusing.org/adjunct_treatment.html
- Kemp, E., Trigg, J., Beatty, L., Christensen, C., Dhillon, H. M., Maeder, A., Williams, P. A. H., & Koczwara, B. (2020). Health literacy, digital health literacy and the implementation of digital health technologies in cancer care: the need for

strategic approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(1), 104-114.

<https://doi.org/10.1002/hpja.387>

Kissane, D. W., & Ngan, C. (2015). Supportive-expressive and other forms of group psychotherapy in cancer care. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. N. Butow, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. Mccorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (3rd ed, pp. 532-538). Oxford University Press.

Klagsbrun, J. (2001). Listening and focusing: Holistic health care tools for nurses.

Nursing Clinics of North America, 36(1), 115-130.

Klagsbrun, J. (2007). Clearing a Space: A centering method for enhancing

receptivity and presence for the classroom. *Journal of Pedagogy, Pluralism, and Practice*. 3(4), 60-68.

Klagsbrun, J., Lennox, S., & Summers, L. (2010). Effect of “clearing a space” on

quality of life in women with breast cancer. *United States Association of Body Psychotherapies Journal*, 9(2), 48-53.

Klagsbrun, J., Rappaport, L., Speiser, V., Post, P., Byers, J., Stepakoff, S., &

Karman, S. (2005). Focusing and expressive arts therapy as a complementary treatment for women with breast cancer. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1(1), 107-137. https://doi.org/10.1300/J456v01n01_08

Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. J. (1986). The experiencing scales.

In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21–71). Guilford Press.

Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-06126-5>

Krycka, K. (2010). Multiplicity: A first-person exploration of dissociative experiencing. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 143-156. <https://doi.org/10.1080/14779757.2010.9688514>

Krycka, K., & Ikemi, A. (2016). Focusing-oriented–experiential psychotherapy: From research to practice. In D. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. (pp. 251–282). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14775-009>

Kurk, S. A., Peeters, P. H. M., Dorresteijn, B., Jong, P. A., Jourdan, M., Kuijf, H. J., Punt, C. J. A., Koopman, M., & May, A. M. (2018). Impact of different palliative systemic treatments on skeletal muscle mass in metastatic colorectal cancer patients. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 9(5), 909-919. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12337>

Kwatra, A., Timulak, L., Huixian, S. L., Joyce, C., & Creaner, M. (2022). *Transforming Emotional Pain*. Routledge.

Lebreiro, C. (2021). *Focalização e bem-estar: Estudo-piloto de uma intervenção breve em grupo*, (Tese de Mestrado). Universidade da Maia.

Leijssen, M. (2007). Coping with fear in short term experiential psychotherapy. *The Folio*, 20(1), 25-35.

- Lyons, N., Michaelsen, M. M., Graser, J., Bunschuch-Müller, K., Esch, T., & Michalak, J. (2021). Bodily experience in depression: using focusing as new interview technique. *Psychopathology*, 54, 150-158. <https://doi.org/10.1159/000514128>
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-oncology*, 27(1), 75-82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>
- Nasello, J. A., & Triffaux, J. (2020). Focusing: A new challenger for improving the empathy skills of medical students. *Complementary Therapies in Medicine*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102536>
- National Cancer Institute. (2020). *Metastatic cancer: When cancer spreads*. National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/types/metastatic-cancer#treatment>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: the transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25-31. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9031-z>
- Rappaport, L. (2009). *Focusing-oriented art therapy*. London: Jessica Kingsley.
- Rinaldi, A., Tecchio, R., Perugino, S., & De Luca, A. (2019). The educational intervention “focusing” as a strategy to stress reduction among health care

workers: A pilot study in an italian teaching hospital. *Annali di Igiene:*

Mediciona Preventiva e di Comunitá, 31(3), 236-243.

<https://doi.org/10.7416/ai.2019.2286>

Ryff, C. (1989). Hapiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Sales, C. M. D., Moleiro, C. M. M., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão do core-om: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 54-59.

<https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000200003>

Sandaunet, A. G. (2008). The challenge of fitting in: Non-participation and withdrawal from an online self-help group for breast cancer patients. *Sociology of Health & Illness*, 30(1), 131-144. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01041.x>

Santen, B. (2014). Into the fear-factory: Connecting with the traumatic core. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 75–93.

<https://doi.org/10.1080/14779757.2013.871574>

Savioni, L., Triberti, S., Durosini, I., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2022). Cancer patients participation and commitment to psychological interventions: a scoping review. *Psychology & Health*, 37(8), 1022-1055.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1916494>

Tasnádi, M., & Dégi, C. L. (2016). Mental health protection of cancer patients through mindfulness and expressive writing. *Cognition, Brain, Behavior, An Interdisciplinary Journal*, 20, 65-85.

- The Global Cancer Observatory. (2021, Março). *Portugal fact sheet*. World Health Organization/International Agency for Research on Cancer.
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>
- Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical Psychology Review*, 76, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101826>
- Watson, M., & Kissane, D. W. (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Warwar, S. H., & Ellison, J. (2019). Emotion coaching in action: Experiential teaching, homework, and consolidating change. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 261–289). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-012>
- Willems, R. A., Bolman, C., Lechner, L., Mesters, I., Gunn, K. M., Skrabal Ross, X., & Olver, I. (2020). Online interventions aimed at reducing psychological distress in cancer patients: evidence update and suggestions for future directions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(1), 27-39.
<https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000483>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Cancer*. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

Ussher, J., Kirsten, L., Butow, P., & Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide wick other supportive relathionships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social, Science & Medicine*, 62, 2565-2576. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.034>

Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zwiercan, A., & Joseph, S. (2018). Focusing manner and posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 17(3), 191-200.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2018.1517659>