

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



A Assimilação da Experiência Problemática de Cancro da Mama: Um Estudo Longitudinal

Beatriz Saraiva Almeida

Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Professora Doutora Isabel Basto

Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Setembro, 2022



Agradecimentos

É com um enorme sentimento de orgulho que inicio esta página, após tantas horas de dedicação em prol de um único objetivo. Hoje, um ciclo termina.

Em primeiro lugar, quero agradecer às minhas orientadoras, a Professora Doutora Isabel Basto e a Professora Doutora Patrícia Pinheiro pelo apoio, exigência e motivação. Obrigada por me ajudarem a evoluir. A todos os níveis.

À minha mãe, que lhe devo tudo o que consegui até hoje. Obrigada por acreditares sempre em mim. Por me fazeres ver sempre as coisas boas. Por nunca me deixares ir abaixo. Tudo o que aprendi foi contigo. Obrigada, mãe. És a melhor mãe do mundo! Esta é a nossa vitória!

Ao amor da minha vida, ao meu irmãozinho, que com apenas cinco anos, me dá a maior força e alegria do mundo. Isto é por ti, Duarte! Será sempre por ti!

Ao meu pai, que sempre me incutiu a ser a minha melhor versão. Em tudo. Espero deixar-te orgulhoso com o meu percurso. Obrigada por tudo, pai!

Ao meu padrasto, que sempre me incentivou a seguir os meus sonhos! Também tu, fizeste com que isto hoje fosse possível. És incrível!

À minha avó Adília e ao meu avô Afonso, obrigada por estarem sempre lá. Esteja eu onde estiver. Sem vocês, teria sido tudo tão mais difícil! Obrigada por acreditarem em mim e nas minhas capacidades, espero deixar-vos orgulhosos!

À minha avó neta, à minha avó Laurinda, por toda a motivação e força ao longo deste meu percurso académico. Espero deixar-te feliz, vó!

Ao meu padrinho e à minha prima Adriana, por todas as gargalhadas e momentos de boa disposição, mesmo nos dias de maior stress! Vocês são incríveis!

À família do meu namorado, por toda a ajuda e acompanhamento! Obrigada a vocês por me fazerem sentir em casa e me darem força para continuar!

A todos os meus amigos, obrigada por me apoiarem, por me aturarem nos momentos difíceis e por terem paciência para ouvir repetidamente “não consigo ir, tenho de fazer a tese!”. Obrigada a todos!

À minha Carolina, que me acompanha desde o início desta jornada: obrigada amiga! Partilhámos o desespero, a frustração, a preocupação, mas também a alegria, o orgulho e a excitação! VAMOS SER PSICÓLOGAS!

À minha Francisca, por me ouvir nas horas de maior aflição! Amiga, consegui! Obrigada por tudo: pelo apoio, pelas lágrimas e pelos sorrisos. Obrigada. Sei que tens muito orgulho em mim!

À Beatriz, à Filipa, à Ana, à Eva, à Francisca, à Maria, à Inês: muito, muito obrigada! Com amigas assim não preciso de mais nada!

À minha equipa de investigação também agradeço pela união, apoio e entreaajuda.

Por último, mas não menos importante: a ti. A ti, que és o meu grande apoio e o ouvinte nas horas difíceis. És o abraço aconchegado, a gargalhada de todos os momentos, o meu porto de abrigo. És casa. Obrigada, Ivo. Obrigada por caminhares ao meu lado ao longo desta jornada e por nunca me deixares desistir. Por acreditares em mim mesmo quando eu própria não acredito!

Resumo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde o cancro da mama é a doença oncológica mais prevalente e incidente em todo o mundo, especialmente nas mulheres. O processo de adoecer e os tratamentos associados fazem-se acompanhar de inúmeras alterações no funcionamento biopsicossocial da doente, podendo potenciar o desenvolvimento de quadros psicopatológicos. Pelo seu carácter inesperado, doloroso e traumático, o diagnóstico de cancro de mama pode ser entendido como uma experiência problemática. O Modelo de Assimilação perspetiva que o aumento do nível de assimilação da experiência problemática está associada, em contexto psicoterapêutico, ao aumento do bem-estar; Contudo, não se conhecem estudos semelhantes na população oncológica. Este estudo teve como objetivo explorar, ao longo de seis meses, o processo de assimilação da experiência de cancro da mama e a sua relação com a qualidade de vida e sintomas clínicos. Foram acompanhadas quatro mulheres com cancro de mama (pós tratamento). As participantes foram submetidas a entrevistas semiestruturadas, posteriormente analisadas com a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas, para avaliar o nível de assimilação da experiência de cancro da mama. O Clinical Outcome Routine Evaluation foi utilizado para avaliar os sintomas clínicos e o Functional Assessment of Cancer Therapy para avaliar a qualidade de vida. Nos quatros casos os resultados parecem sugerir que seis meses é um período reduzido para análise da evolução dos níveis de assimilação. Ainda assim, parecem indicar a existência de uma relação entre níveis de assimilação mais elevados a um menor sofrimento psicopatológico e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Cancro da mama, qualidade de vida, sintomatologia clínica, modelo de assimilação

Abstract

According to the World Health Organization, breast cancer is the most prevalent and incident oncological disease worldwide, especially in women. The process of becoming ill and the associated treatments are accompanied by numerous changes in the biopsychosocial functioning of the patient, which may enhance the development of psychopathological disorders. Due to its unexpected, painful, and traumatic nature, the diagnosis of breast cancer can be understood as a problematic experience. The Assimilation Model suggests that an increase in the level of assimilation of the problematic experience is associated, in psychotherapeutic contexts, with an increase in well-being; however, there are no known similar studies in the oncologic population. This study aimed to explore, over a six-month period, the process of assimilation of the breast cancer experience and its relationship with quality of life and clinical symptoms. Four women with breast cancer (post treatment) were followed. Participants underwent semi-structured interviews, which were subsequently analyzed with the Problematic Experience Assimilation Scale to assess the level of assimilation of the breast cancer experience. The Clinical Outcome Routine Evaluation was used to assess clinical symptoms and the Functional Assessment of Cancer Therapy to assess quality of life. In all four cases the results seem to suggest that six months is a short period for analyzing the evolution of assimilation levels. Still, they seem to indicate the existence of a relationship between higher levels of assimilation to less psychopathological distress and better quality of life.

Keywords: Breast cancer, quality of life, clinical symptomatology, assimilation model

Índice de Figuras

Figura 1 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à participante “Sónia”

Figura 2 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à participante “Beatriz”

Figura 3 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à participante “Francisca”

Figura 4 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à participante “Filipa”

Figura 5 – Níveis médios de assimilação da experiência problemática (APES), nível de qualidade de vida (FACT-G) e intensidade da sintomatologia clínica (CORE-OM) das participantes “Sónia”, “Beatriz”, “Francisca” e “Filipa” nas 3 entrevistas

Índice de Anexos

Anexo I - Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. O Cancro da Mama: Caracterização e Fatores de Risco Associados	3
2.2. O Cancro da Mama e o seu impacto na vida da mulher: do pré-diagnóstico ao pós-tratamento	5
2.2.1. Autoestima, imagem corporal e sexualidade.....	11
2.2.2. Sintomatologia depressiva e/ou ansiosa	12
2.2.3. Qualidade de vida.....	14
2.3. Adaptação ao cancro da mama: fatores facilitadores e dificultadores	16
2.4. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas	18
2.5. O presente estudo	20
3. Método.....	23
3.1. Participantes	23
3.2. Instrumentos.....	25
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	25
3.2.2. Entrevista Semiestruturada.....	26
3.2.3. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas.....	26
3.2.4. Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) ...	26
3.2.5. Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G).....	27
3.3. Procedimentos.....	27
3.3.1. Procedimentos de recolha de dados	27

3.3.2. Procedimentos de análise de dados	29
4. Resultados.....	30
4.1. Análise do processo de assimilação	30
4.1.1. Participantes com pior qualidade de vida.....	31
i. “Sónia”	31
ii. “Beatriz”	34
4.1.2. Participantes com melhor qualidade de vida.....	37
iii. “Francisca”	37
iv. “Filipa”	40
5. Análise da assimilação, qualidade de vida e sintomatologia clínica	44
6. Discussão.....	45
7. Conclusões, limitações e implicações	48
8. Referências Bibliográficas.....	51

1. Introdução

Em 2012, o cancro da mama era considerado a segunda patologia oncológica mais frequente em todo o mundo (Remondes-Costa et al., 2012). Atualmente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), é considerada a doença oncológica mais prevalente e incidente em todo o mundo e a neoplasia mais comum na população feminina. De acordo com os últimos dados do projeto GLOBOCAN, da responsabilidade da International Agency for Research on Cancer, em 2020, registaram-se cerca de 2.261.419 milhões de novos casos e 684.996 mortes por cancro da mama a nível mundial. A prevalência desta patologia oncológica aos 5 anos, em 2020, foi de cerca de 7.790.717 casos no mundo inteiro (Globocan, 2020). Em Portugal, as estatísticas são igualmente preocupantes, tendo sido diagnosticados 7.000 novos casos de cancro da mama em 2020 (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021). Apesar de as taxas de mortalidade terem vindo a decair ao longo dos últimos anos, o cancro da mama continua a ser uma doença temível, sobretudo pelas mulheres, não só pela possibilidade de mortalidade, mas também pelas alterações que esta pode provocar no seu quotidiano, pela incerteza da cura e pelo medo do sofrimento físico e das alterações na imagem corporal (Moreira et al., 2008).

Neste contexto, o processo de adoecer está associado a inúmeras alterações no funcionamento biopsicossocial da doente (Ganz et al., 2002). Implica, assim, uma necessidade de adaptação e reajustamento das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma patologia potencialmente mortal e profundamente estigmatizante para a doente enquanto mulher (Ramos & Patrão, 2005). A vivência desta experiência despoleta, na maior parte dos casos, sentimentos e sensações negativas, que poderão estar na origem de um quadro depressivo ou ansioso (Costa-Remondes et al., 2012; Moreira & Canavarro, 2012). Neste sentido, esta patologia oncológica pode ser considerada uma experiência problemática, por estar associada a um evento de vida inesperado, doloroso, ameaçador,

traumático ou incongruente com a sua estrutura do *self*, entrando em conflito com as formas habituais de agir ou pensar da pessoa (Stiles, 2001). Desta forma, a experiência de cancro da mama, ao ser entendida como ameaçadora, tende a ser evitada, implicando a sua não integração ou assimilação (Stiles et al., 1990). O facto de a experiência de cancro da mama não ser integrada poderá trazer implicações na vivência da própria doença, nomeadamente, na não adesão aos tratamentos e na não aceitação das consequências associadas a este quadro (*e.g.*, perda de cabelo). Assim, poderá interferir na qualidade de vida e no bem-estar destas doentes, promovendo, consequentemente, o desenvolvimento de problemas psicológicos ou emocionais (Varela & Leal, 2007). Logo, a assimilação da experiência problemática de cancro da mama parece ser um processo importante para minimizar o impacto que a vivência da doença pode ter na vida destas pacientes (cf., Stiles, 2001).

Na presente investigação, de carácter longitudinal, procuramos estudar a evolução dos níveis de assimilação da experiência problemática de mulheres com cancro da mama e a sua associação à intensidade do sofrimento psicopatológico e qualidade de vida. Para o efeito, ao longo de seis meses, em três momentos, recolhemos dados sobre a intensidade da sintomatologia clínica e o nível de qualidade de vida das participantes através de questionários e realizámos entrevistas para avaliar o nível de assimilação da experiência de cancro da mama. A presente investigação poderá contribuir para um maior conhecimento e compreensão desta associação em amostras oncológicas e, consequentemente, beneficiar estas doentes ao nível do seu acompanhamento ao longo de todo o processo de combate do cancro.

2. Enquadramento Teórico

2.1. O Cancro da Mama: Caracterização e Fatores de Risco Associados

O cancro da mama, de acordo com Ogden (2004), ocorre quando as células mamárias perdem a capacidade de envelhecer e morrer naturalmente. Ao contrário das células comuns que passam pelo processo de regeneração celular, as células cancerígenas não morrem quando envelhecem ou ficam danificadas. Em vez disso, produzem células desnecessárias, de forma descontrolada, dando origem à formação do cancro. Sendo uma doença heterogénea e multifatorial, existem vários subtipos principais de cancro da mama, que apresentam implicações no prognóstico e no tratamento. Não se conhecendo ainda a principal causa que contribui para o desenvolvimento desta doença, são conhecidos alguns fatores de risco associados à incidência da mesma (Ogden, 2004). Estes fatores podem não ser modificáveis, por serem intrínsecos à própria pessoa ou passíveis de modificação, geralmente associados ao estilo de vida (Colditz et al., 2014).

A incidência do cancro da mama é geralmente maior nas mulheres, sendo que, à medida que os anos avançam, maior é o risco (Marques, 2003). Assim, tanto o género como a idade podem ser considerados fatores de risco não modificáveis (Colditz et al., 2014). Para além dos enumerados, a hereditariedade também deve ser um fator a ter em consideração, já que a causa mais comum do desenvolvimento do cancro da mama hereditário é uma mutação nos genes BRCA1 ou BRCA2 (Akram et al., 2017). O histórico familiar é uma forma de se saber se existe maior predisposição para o desenvolvimento do cancro da mama, já que o risco se torna acrescido quando existem casos de parentes em primeiro grau ou de vários membros da família que já tenham sido diagnosticados no passado (Abreu, 2020). Para além destes aspetos, também os fatores hormonais podem apresentar um impacto significativo na conceção da doença, já que, alguns estudos demonstraram que mulheres que tiveram a primeira menstruação antes

dos 12 anos de idade ou menopausas mais tardias, a partir dos 55 anos de idade, têm uma maior predisposição à doença resultante de uma exposição prolongada às hormonas femininas, estrogénio e progesterona (Marques, 2003). Igualmente importante é a questão da maternidade, dado que, mulheres que nunca tiveram filhos ou tiveram o primeiro filho depois dos 30 anos de idade, apresentam um risco acrescido de desenvolver cancro da mama (Akram et al., 2017). Outros fatores de risco, não passíveis de modificação, referem-se à densidade mamária da mulher e à exposição anterior a lesões benignas (Abreu, 2020).

Em contrapartida, existem condicionantes que podem contribuir para o desenvolvimento da doença, mas que estão associadas às rotinas e hábitos diários, como a inatividade física e alimentação pouco saudável (Marques, 2003). Assim, o sedentarismo, o excesso de peso (sobretudo após a menopausa), o consumo excessivo de álcool e o tabagismo (sobretudo para quem iniciou o consumo numa idade precoce), podem aumentar significativamente a probabilidade de a mulher vir a desenvolver esta patologia oncológica (Abreu, 2020). Segundo Colditz e colaboradores (2014), devem ainda ser considerados como fatores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama, a exposição anterior a radiação ionizante, o uso de contraceptivos orais durante o período de toma e o uso combinado de terapia hormonal com estrogénio e progesterona na pós-menopausa. A identificação destes fatores de risco e a prevenção primária são a principal estratégia de prevenção do cancro da mama (Demark-Wahnefried et al., 2008). Quando adotados comportamentos saudáveis e, por isso, protetores desta patologia, torna-se possível reduzir a sua incidência e obter melhores prognósticos (Kaplan, 2000).

2.2. O Cancro da Mama e o seu impacto na vida da mulher: do pré-diagnóstico ao pós-tratamento

O cancro da mama é uma doença crónica, que se desenvolve ao longo de um período variável (Ribeiro, 2020). Ao longo de todo o processo de adoecer da mama, a mulher depara-se com vários momentos desafiantes, entendidos como fontes de stress, que contribuem para o aumento da sua morbilidade psicológica, sendo estes: o momento pré-diagnóstico, o momento do diagnóstico, o momento dos tratamentos e o momento do pós-tratamento (Patrão et al., 2008).

Para confirmar um possível diagnóstico (fase de pré-diagnóstico), podem ser realizados vários exames, como o autoexame físico, onde a partir da familiarização com o aspeto e o toque, podem ser detetados nódulos, dores no seio, maior sensibilidade no mamilo, secreção de corrimento ou sangue pelo mamilo, vermelhidão e inchaço (Odgen, 2004). De forma a complementar, devem ser realizados exames imagiológicos, como a mamografia, que fornece imagens da estrutura interna da mama e das suas alterações e a ecografia mamária, que permite compreender se as características do nódulo apontam para a existência de um nódulo benigno ou maligno (Martins, Pais & Ribeiro, 2020; Odgen, 2004). A ressonância magnética é outro método de rastreio do carcinoma mamário que permite avaliar a mama em maior detalhe, sendo especialmente indicado para doentes de alto risco (Carlson et al., 2009; Martins et al., 2020; Odgen, 2004). Por último, pode ainda ser realizada a biópsia, que permite recolher amostras de tecido ou de fluídos para análise, geralmente utilizada para determinar a presença de células malignas (Carlson et al., 2009; Martins et al., 2020; Odgen, 2004). Nesta fase de pré-diagnóstico é vivenciado um período de grande incerteza e ansiedade relativamente à possibilidade de se vir a desenvolver uma neoplasia mamária (Alves & Pereira, 2013; Hoffmann et al., 2006). O confronto com uma possível realidade dolorosa e ameaçadora pode suscitar a

adoção de comportamentos de evitamento e distanciamento por parte da doente, como forma de lidar com o sofrimento psicológico, que é particularmente intenso nesta etapa (Rossi & Santos, 2003).

A confirmação de um diagnóstico de cancro da mama leva geralmente a uma reação de choque, apatia e negação, apresentando um impacto significativo no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida da doente (Moreira et al., 2008). O vislumbre da morte e o possível aparecimento de pensamentos intrusivos relacionados com a imagem corporal e a sexualidade, despoletam sentimentos de medo, tristeza, angústia, raiva, culpa e insegurança nas doentes (Costa et al., 2012; Moreira et al., 2008; Rossi & Santos, 2003). Neste contexto, torna-se importante que a doente reúna recursos e estratégias para enfrentar todo o processo de combate à doença (Gonzalez et al., 2015).

A fase dos tratamentos requer precisamente a adoção de esforços cognitivos e comportamentais que permitam reduzir as ameaças à integridade individual e assim, conservar o equilíbrio emocional (Varela & Leal, 2007). O tipo de tratamento a ser adotado dependerá de características tumorais, como a histologia, localização, extensão e estágio de desenvolvimento do tumor, de características individuais da doente, como a idade e a sua condição geral de saúde e da sua preferência pessoal (Carlson et al., 2009). A intervenção médica a adotar pode ser realizada a dois níveis: i) os tratamentos locais, como a cirurgia e a radioterapia, que combatem a doença sem afetar outras partes do corpo e ii) os tratamentos sistémicos, como a quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia, que controlam a doença em todo o corpo, através da corrente sanguínea (American Cancer Society, 2015; Ogden, 2004).

Uma das opções de tratamento do cancro da mama é a cirurgia conservadora (Moreira & Canavarro, 2012). Neste caso, procura-se preservar a maior parte do tecido mamário e minimizar os efeitos psicológicos para a mulher, obtendo um resultado estético

satisfatório em relação à sua percepção de imagem corporal (Maluf et al., 2005). Este procedimento implica a excisão do tumor e de tecido normal circundante (tumorectomia) ou a remoção de um quarto da mama (quadrantectomia), extraíndo-se ainda os gânglios linfáticos da axila do lado afetado (Magnoni et al., 2021). Esta, é uma técnica recomendada a estádios precoces da doença, sendo habitualmente necessário a realização posterior de radioterapia (Alves & Bártolo, 2020; Moreira & Canavarro, 2012). Os riscos associados a este tipo de tratamento incluem infeção, hemorragias e possibilidade de edema do braço após dissecação do nódulo (Magnoni et al., 2021). Para além deste método de tratamento, pode ainda ser realizada a mastectomia simples, que implica a remoção completa da mama, em alguns casos dos nódulos linfáticos, mas não dos músculos peitorais, utilizando-se sobretudo em casos onde o tumor apresenta uma baixa probabilidade de se expandir para além da mama (Bittencourt, Netto & Ferraz, 2014; Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004). Ainda assim, é possível recorrer à mastectomia radical modificada, quando o tumor se encontra avançado, que consiste igualmente na remoção total da mama, de alguns gânglios linfáticos e parte do músculo da parede do peito, quando este se encontrar afetado pelo cancro (Bittencourt et al., 2014; Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004). Ambos os procedimentos apresentam um grande impacto psicológico na mulher, já que a remoção da mama leva à sensação de assexualidade e distorções na percepção da própria autoimagem (Akram et al., 2017). Os sintomas físicos associados à realização da mastectomia referem-se à limitação funcional do ombro, inflamação e redução da força (Barrio et al., 2012). A radioterapia é uma especialidade médica que se baseia no uso controlado de radiações ionizantes nas áreas afetadas para danificar o material genético das células tumorais, conduzindo-as à sua destruição, sem afetar os tecidos saudáveis que lhes são envolventes (Odgen, 2004). Este tipo de tratamento é geralmente adotado após a realização da cirurgia conservadora e, em alguns

casos, em doentes que tenham realizado mastectomia e que apresentem um risco elevado de recorrência local da doença (Giordano et al., 2005). Apesar dos benefícios que apresenta no tratamento do cancro da mama, a radioterapia está associada a riscos como toxicidade cardíaca, linfedemas, fraturas nas costelas e fadiga (Shapiro & Recht, 2001).

Para além dos tratamentos referidos acima, podem ainda ser utilizados tratamentos sistémicos no combate ao carcinoma mamário (Ogden, 2004). A quimioterapia consiste na utilização de fármacos, administrados oralmente, sob a forma de comprimidos ou através de gotas ou injeções intravenosas, de forma a eliminar as células tumorais (Akram et al., 2017). Independentemente do método de administração utilizado, os fármacos entram na corrente sanguínea e circulam por todo o organismo, afetando as células normais (Bower & Waxman, 2006). Como resultado, os efeitos secundários são geralmente os mais perturbadores e, por isso, os mais temíveis: alopecia, supressão da medula óssea, náuseas e vômitos, diarreia, fadiga e toxicidade neurológica, cardíaca, renal e pulmonar (Riul & Aguillar, 1999; Shapiro & Recht, 2001).

A hormonoterapia é outro método de tratamento do carcinoma mamário, utilizado apenas em tumores em que o seu desenvolvimento e crescimento é estimulado pelas hormonas femininas (Majeed et al., 2014). Posto isto, nem todos os tipos de tumor são passíveis deste tratamento, sendo necessário a realização de uma análise ao tecido tumoral para ser detetada esta característica (López-Vivanco et al., 2000). Quando confirmada, esta condição torna a paciente apta para o consumo de fármacos anti-estrogéneos que, tal como a quimioterapia, afeta as células normais do corpo humano (González et al., 2009). Sendo geralmente administrada antes ou após a cirurgia, a terapia hormonal está associada a efeitos secundários semelhantes aos sintomas vivenciados na menopausa como afrontamentos, fadiga, ressecamento ou comichão vaginal (Bower & Waxman, 2006; Ogden, 2004). Outra opção de tratamento viável ao combate do cancro da mama é a

imunoterapia, um tratamento sistémico que consiste na administração de fármacos para elevar a capacidade do sistema imunológico de combater as células cancerígenas (Akram et al., 2017). Direta ou indiretamente, esta terapia biológica utiliza o próprio sistema imunitário para fazer face ao cancro e minimizar os efeitos secundários dos tratamentos (Papaioannou et al., 2016). Apesar da sua eficácia, é importante ter em consideração alguns condicionantes subjacentes à sua utilização, nomeadamente, o risco de insuficiência cardíaca (Papaioannou et al., 2016).

Todos os possíveis tratamentos a utilizar para o combate ao cancro da mama são altamente benéficos para a sua remissão, sobretudo quando a doença é descoberta em estádios iniciais. No entanto, podem traduzir inúmeras alterações ao nível emocional e psicológico (Patrão et al., 2008). O cancro da mama é uma patologia oncológica extremamente associada à mortalidade e a intervenções médicas prolongadas e invasivas, que acarretam mudanças significativas na imagem corporal da doente, que contribuem para a sua perceção de perda de feminilidade e de sexualidade (Moreira & Canavarro, 2011). A remoção da mama e a alopecia são exemplos de possíveis consequências dos tratamentos que contribuem para a perda de autoestima da doente e para o desencadear de sentimentos de inferioridade e rejeição (Ramos & Patrão, 2005). Como tal, os níveis de bem-estar e de qualidade de vida podem reduzir significativamente (Costa-Remondes et al., 2012; Maluf et al., 2005; Sousa et al., 2015).

Com o aproximar do fim dos tratamentos, a doente entra num período crítico de transição, caracterizado pelo fim do contacto permanente com a equipa médica e com a realização constante de avaliações sobre o seu estado de saúde (Moreira et al., 2012). Ainda assim, nesta fase, algumas doentes podem estar a realizar hormonoterapia (Majeed et al., 2014). Nesta fase de pós-tratamento pode surgir medo relativamente à recidiva, geralmente acompanhado de sentimentos de incerteza em relação ao futuro e de alguma

inquietação (Rossi & Santos, 2003). Nesse período, torna-se importante que a doente se adapte à sua nova rotina, caracterizada por algumas limitações e restrições físicas, em consequência dos tratamentos realizados e de possíveis sintomas que possam persistir, como a dor e a fadiga (Fangel et al., 2013).

Embora o processo de adoecer seja considerado uma experiência potencialmente traumática, podem efetivamente ser reconhecidas mudanças positivas associadas à mesma, ocorrendo um crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996). O crescimento individual após uma experiência de stress ou de trauma é potenciado pela descoberta de significado positivo na experiência ou por uma reinterpretação positiva da mesma (Tedeschi & Calhoun, 2004). Desta forma, podem ser identificadas alterações na filosofia de vida e na personalidade do indivíduo que lhe permitem perceber positivamente a própria vida, estabelecer novas prioridades, maior intimidade nos relacionamentos sociais, perceber uma maior autossuficiência, força individual e enriquecimento espiritual e reconhecer novas oportunidades para o seu desenvolvimento pessoal, possibilitando uma nova visão de si, dos outros e da vida (Taku et al., 2020).

A investigação tem apontado que as doentes que expressam um maior crescimento pós-traumático e, por isso, um menor impacto psicossocial da doença evidenciam um melhor suporte social, um maior conjunto de recursos pessoais, um estado emocional equilibrado e uma boa qualidade de vida a todos os níveis (Ganz et al., 1999; Helgeson et al., 2004; Ramos et al., 2018; Schou et al., 2005). Assim, a adoção de estratégias de coping adaptativas, centradas no espírito de luta e confronto com a doença, estão associadas a um melhor prognóstico da patologia oncológica e a uma melhor qualidade de vida (Matthews & Cook, 2009; Varela & Leal, 2007). Quando utilizados esforços cognitivos e comportamentais, a doente adaptar-se-á com maior facilidade à condição oncológica que, em alguns casos, pode conduzir a mudanças positivas que a doente

vivencia como resultado de um processo de luta face à vivência da doença (Silva et al., 2009; Tedeschi & Calhoun, 2004).

De seguida, serão abordados os impactos mais específicos ao nível do ajustamento psicossocial e da qualidade de vida das doentes.

2.2.1. Autoestima, imagem corporal e sexualidade

O cancro da mama evidencia grandes implicações ao nível da perceção que as doentes têm de si próprias, da sua autoestima e da sua saúde mental, comparativamente a outros tipos de cancro (Moreira et al., 2012). Esta, é uma doença profundamente estigmatizante para a doente enquanto mulher, por estar associada a tratamentos médicos invasivos e agressivos, que resultam em mudanças corporais permanentes (Ramos & Patrão, 2005). A mastectomia, que implica a remoção completa da mama, altera a perceção da doente em relação à sua imagem corporal e autoconceito (Remondes-Costa et al., 2012). O seio está associado não só à perceção de desejabilidade e atratividade sexual, como à maternidade (Moreira & Canavarro, 2011; Remondes-Costa et al., 2012). Assim, qualquer ameaça à sua integridade física pode ser vivida com sofrimento, gerando sentimentos de inferioridade, rejeição e perda de autoestima (Ramos & Patrão, 2005). Compromete, desta forma, a relação da doente com o seu corpo e consigo mesma, podendo assim reduzir significativamente a sua qualidade de vida (Bourdon et al., 2016; Moreira et al., 2012).

Assim, a alteração da imagem corporal da doente, provocada pela cirurgia, pode colocar em causa o seu bem-estar psicológico e a vivência da sua sexualidade e feminilidade (Ramos & Patrão, 2005). Para além de prejudicar a autoestima, os efeitos secundários da quimioterapia, associados à fadiga, mal-estar e ressecamento vaginal, contribuem igualmente para a diminuição acentuada da libido e do desejo sexual (Morgado, 2021). Neste sentido, são desencadeados sentimentos de inferioridade,

angústia e repulsa pela mutilação, que se podem traduzir no receio de se despir em frente ao/à companheiro/a ou evitar o contacto sexual, comprometendo a relação de casal (Remondes-Costa et al., 2012). Estas repercussões no relacionamento afetivo-sexual impactam diretamente na qualidade de vida da doente (Rossi & Santos, 2003).

2.2.2. Sintomatologia depressiva e/ou ansiosa

O confronto com uma doença crónica, como o cancro da mama, e com os seus consequentes tratamentos médicos, impactam diretamente na visão da doente sobre si e o seu corpo, podendo induzir elevados níveis de incerteza, desesperança, ansiedade e depressão (Fischer & Wedel, 2012). No caso do cancro da mama, os stressores são extremamente complexos e contínuos, variando ao longo do tempo: o diagnóstico, as implicações dos tratamentos, as alterações na dinâmica familiar, social e sexual, o funcionamento prejudicado e a incerteza do progresso da doença e da eficácia do tratamento (Hou et al., 2010). Como tal, para além das sequelas físicas, as doentes podem também experienciar uma grande variedade de problemas emocionais, sociais e profissionais (Kallay & Dégi, 2014).

Apesar da intensidade da sintomatologia poder variar consoante a fase da doença em que a mulher se encontra, as alterações no funcionamento biopsicossocial da doente podem despoletar sentimentos de inferioridade, de angústia, de tristeza, culpa, raiva, sentimento de perda de controlo sobre o futuro, medo da morte, das alterações na imagem corporal, da perda de autonomia, da dor e do sofrimento (Costa-Remondes et al., 2012). Todas estas emoções e sensações negativas podem desencadear níveis elevados de perturbação emocional, influenciando o comportamento da doente em relação aos tratamentos (Sousa et al., 2015). Podemos identificar na literatura, com maior incidência, quadros clínicos de ansiedade e depressão associados ao cancro da mama.

Em situações de perigo, as reações de ansiedade tornam-se adaptativas, ativando recursos para fazer face a uma potencial ameaça percebida (Massie & Greenberg, 2005). Contudo, quando desproporcionais em relação à magnitude do perigo, ou quando impedem a adaptação à situação, tornam-se desadaptativas (Olamijulo et al., 2016). No caso de doentes com cancro da mama, a ansiedade desadaptativa pode gerar pensamentos intrusivos e medos delirantes, exacerbados pela ameaça à vida, pela ameaça à sua corporalidade e feminilidade e pelas preocupações recorrentes em relação ao possível agravamento da doença (Kallay & Dégi, 2014). Ainda assim, os padrões de ansiedade podem alterar ao longo do curso da doença: geralmente, os momentos de maior crise referem-se ao diagnóstico, ao início de um novo tratamento ou à possibilidade de recidiva da doença (Massie & Greenberg, 2005). No estudo realizado por Burgess e colaboradores (2005) foi possível verificar, numa amostra de 222 mulheres com cancro da mama, que cerca de 33% destas apresentavam níveis clinicamente significativos de depressão, ansiedade ou ambos no período de diagnóstico. Do mesmo modo, Maguire, Lee e Bevington (1998) verificaram, numa amostra de doentes com cancro da mama e igualmente na fase inicial da doença, que aproximadamente 27% das mulheres apresentavam níveis moderados a severos de ansiedade.

De igual forma, a doença oncológica é um importante fator de risco no desenvolvimento de perturbações de humor (Hung et al., 2013). O diagnóstico do cancro da mama e as consequentes e profundas mudanças que surgem ao longo do processo de adoecer conduzem a um estado de crise, associado a um aumento da vulnerabilidade psicológica da doente (Varela & Leal, 2007). Apesar da tristeza, medo e raiva serem reações emocionais esperadas perante o confronto com uma doença crónica, torna-se importante reconhecer a sua intensidade e duração (Aapro & Cull, 1999). No estudo realizado por Panobianco e colaboradores (2012), foi possível verificar numa amostra de

31 mulheres com cancro da mama, que cerca de 41.9% destas apresentavam sintomas depressivos com intensidade leve a moderada. No mesmo sentido, a investigação tem denotado uma prevalência de 20% a 30% de mulheres com cancro da mama diagnosticadas com perturbação depressiva ou alguma perturbação de ansiedade (Nezu & Nezu, 2007). O desenvolvimento de uma perturbação depressiva clinicamente significativa exige uma intervenção psicoterapêutica individualizada, dada a sua propensão para reduzir significativamente a qualidade de vida do doente oncológico e a sua adesão ao tratamento (Fischer & Wedel, 2012).

2.2.3. Qualidade de vida

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é a *“perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de culturas e valores nos quais está inserido em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL-Group, 1998, p.551). Este é um conceito alargado, que se refere à perceção de satisfação do indivíduo em relação aos vários domínios da sua vida: físico, psicológico e social (Pais-Ribeiro, 2004). A qualidade de vida relacionada com a saúde valoriza a perceção da doente em relação à evolução dos tratamentos, dos sintomas da doença, dos efeitos secundários dos tratamentos nas várias dimensões da sua vida, das emoções desencadeadas e da autoapreciação que faz do eu doente em relação ao seu bem-estar físico, psicológico e social (Pais-Ribeiro, 2001).

A experiência de cancro da mama pode impactar profundamente na qualidade de vida da doente (Moreira et al., 2008). O domínio físico pode ser afetado pela persistência dos sintomas decorrentes dos tratamentos médicos, tais como dor, perda de sensibilidade, inchaço, fraqueza, fadiga e ressecamento vaginal (Bloom et al., 2004). Do mesmo modo, o domínio social pode ser caracterizado por um funcionamento sexual mais pobre e por um menor investimento nos papéis familiares, sociais e profissionais (Holzner et al.,

2001). No domínio psicológico, as alterações na imagem corporal, a incerteza relativamente ao futuro, a presença de sintomas depressivos e o medo da recorrência afetam a qualidade de vida da doente (Dow et al., 1996). Assim, face a estas mudanças, torna-se importante que a doente se adapte gradualmente à condição oncológica, de forma a melhorar o seu bem-estar geral (Varela & Leal, 2007). Para isso, torna-se importante que tanto a doente oncológica como as pessoas que a rodeiam consigam gerir, aprender e adaptar-se à multiplicidade de mudanças que foram precipitadas pela doença e pelos seus consequentes tratamentos (Brennan, 2001). Estas mudanças, quando encaradas de forma positiva, precipitam um crescimento pessoal nas várias áreas da vida do doente (Tedeschi & Calhoun, 1996). O Modelo de Ajustamento e Transição Sociocognitiva (Brennan, 2001), reflete sobre a ideia de que o ser humano é um ser autorregulado que aprende com as suas experiências. Estas aprendizagens permitem a aquisição de um complexo conjunto de suposições acerca do funcionamento do mundo que está em constante revisão. O modelo mental do mundo torna-se útil se for capaz de prever, avaliar e interpretar a experiência com precisão, permitindo ao indivíduo uma manutenção coerente e estável entre a mesma e os vários domínios da sua vida. Sendo o diagnóstico de uma doença oncológica uma experiência inesperada e temida, esta pode interferir com a forma como o indivíduo prevê e perceciona a sua vida, dificultando a sua adaptação à experiência. Quando a estrutura de pensamento sobre si e sobre o mundo é altamente rígida e supervalorizada, ou quando o indivíduo tem tendência para reprimir informações incompatíveis com a sua forma de pensar ou agir, torna-se mais vulnerável para o desenvolvimento de sintomatologia clinicamente significativa. Contudo, a partir de um conjunto de recursos, como a resiliência, o otimismo, a esperança, a espiritualidade, o contexto social, a adoção de estratégias de *coping* adaptativas e com o envolvimento cognitivo positivo, torna-se possível recriar um significado diferente de si, dos outros e

da experiência, permitindo a sua aceitação, integração e assimilação (Seiler & Jenewein, 2019).

2.3. Adaptação ao cancro da mama: fatores facilitadores e dificultadores

O processo de adaptação ao cancro da mama não é linear, existindo uma grande variação nas respostas biológicas e psicológicas de cada doente, considerando as suas diferenças individuais (Moreira & Canavarro, 2011). Assim sendo, as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais adotadas aquando de um confronto com uma doença crónica variam consoante as características pessoais da própria doente (*e.g.*, idade, fase de vida em que se encontra e características da personalidade), do seu apoio social, da fase da doença em que se encontra e do tipo de procedimento médico adotado para o combate do carcinoma mamário (Moreira et al., 2012).

Tanto a idade como a fase de vida em que a doente se encontra afetam a sua perceção, compreensão e aceitação da doença, sendo que, a investigação tem apontado que mulheres mais jovens tendem a apresentar maiores dificuldades de adaptação à doença, comparativamente a doentes com idade superior a 50 anos de idade (Cohen et al., 2000). Segundo a investigação, estas dificuldades de adaptação sentidas por mulheres mais jovens tendem a estar relacionadas com as possíveis implicações da doença no seu funcionamento sexual e na possível indução precoce da menopausa, comprometendo a fertilidade da mulher (Rebelo et al., 2007). Para além deste fator, a importância que a doente atribui à sua imagem corporal influencia o seu processo de ajustamento à patologia oncológica (Moreira & Canavarro, 2011). Também as características da sua própria personalidade parecem interferir com este processo de adaptação à doença (Moreira & Canavarro, 2011). A personalidade representa as características do indivíduo que compreendem padrões sólidos de sentimentos, pensamentos e comportamentos (Pires et al., 2017). Alguns traços da personalidade revelam-se importantes na forma como o

indivíduo se comporta em situações de stress, como o diagnóstico de um carcinoma mamário (Serra, 2002). Neste sentido, sujeitos com características associadas à personalidade tipo C (com padrões de comportamentos ansiosos/medrosos) podem apresentar uma maior dificuldade no enfrentamento de situações negativas e potencialmente traumáticas pela pouca assertividade que evidenciam, pela sua tendência para o autossacrifício, evitamento do conflito e pelas dificuldades na expressão de emoções negativas (Rymarczyk et al., 2020; Spiegel et al., 1999). O apoio social percebido é outro fator psicossocial que contribuiu para o ajustamento psicológico e para a conservação da qualidade de vida da doente perante o confronto com uma doença crónica (Chou et al., 2012). Segundo Patrão e Leal (2004), no período de comunicação do diagnóstico existe uma maior necessidade de apoio emocional, enquanto na fase de tratamentos existe uma maior necessidade de apoio instrumental e informativo. Percecionado como satisfatório, o apoio social está assim associado a um maior equilíbrio emocional (Helgeson et al., 2004).

Para além destas condicionantes, a fase da doença em que a mulher se encontra também influencia o seu processo de ajustamento psicossocial (Rossi & Santos, 2003). O momento do pré-diagnóstico e diagnóstico é particularmente intenso a nível emocional (Moreira et al., 2008). Com o avançar do tempo e com o aproximar do fim dos tratamentos, a doente poderá gradualmente retomar as suas rotinas habituais e, conseqüentemente, alcançar progressivamente o seu bem-estar psicológico (Rossi & Santos, 2003). Caso a doente consiga reunir estratégias de *coping* adaptativas ao longo de todo o processo de combate à doença, conseguirá integrar totalmente a sua experiência, atingindo antecipadamente esses níveis de bem-estar (Varela & Leal, 2007). Para além deste aspeto, a participação ativa da doente ao longo de todo o processo de adoecer da mama e o tipo de procedimento médico adotado influenciam igualmente a adaptação da

doente à doença (Moreira & Canavarro, 2012; Souza & Castro, 2020). A mastectomia sem reconstrução e a quimioterapia são considerados os tratamentos que evidenciam um maior impacto psicológico na mulher, por estarem, respetivamente, associados à remoção do seio e à alopecia (Maluf et al., 2005; Remondes-Costa et al., 2012). Estas consequências afetam diretamente a autoestima da mulher, representando distorções na perceção da sua imagem corporal e dificuldades no funcionamento sexual (Ramos & Patrão, 2005).

2.4. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

A experiência de cancro da mama pode ser considerada um acontecimento de carácter inesperado, indesejado e incontroável, podendo assumir-se como uma experiência potencialmente traumática, associada a sofrimento psicopatológico (Silva et al., 2009; Stiles et al., 1990). Todas as alterações vivenciadas pela mulher ao longo do processo de adoecer acarretam um grande impacto psicossocial na vida da doente e na sua qualidade de vida (Moreira et al., 2008). Estas alterações associadas à doença tendem a ser incongruentes com a estrutura do *self* da doente, entrando em conflito com as suas formas habituais de agir ou pensar, podendo ser concetualizada como uma experiência problemática, de acordo com o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2001).

O Modelo de Assimilação, proposto por Stiles e colaboradores (2001; Varvin & Stiles, 2010), enfatiza a forma como a assimilação de experiências problemáticas está associada ao bem-estar psicológico. Este modelo, usado essencialmente em contexto psicoterapêutico, corresponde a uma tentativa de explicar a integração progressiva e ativa de experiências problemáticas no *self* (Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2001; Stiles et al., 1991). O *self* é perspectivado como sendo constituído por múltiplas vozes, que representam as experiências de vida do indivíduo (Honos-Webb & Stiles, 1998). As vozes assumem-

se assim como agentes ativos, que interagem entre si, representando traços de experiências prévias (*e.g.*, memórias, expectativas, competências) vivenciadas pelo indivíduo, que são reativadas quando este experiencia uma situação semelhante a uma experiência do passado (Caro-Gabalda, 2006). As vozes estão interligadas e organizadas entre si, de acordo com as experiências anteriores do sujeito que, quando integradas e aceites pelo próprio, formam uma comunidade de vozes (Brinegar et al., 2008). Neste sentido, quando surge uma nova experiência, esta é entendida como uma nova voz que necessita de ser integrada na comunidade preexistente (Caro-Gabalda, 2006). Quando a voz não é compatível com a comunidade, tende a ser rejeitada pelo *self* (Stiles, 2001). Essa voz é considerada problemática, dado representar uma experiência inesperada, dolorosa, ameaçadora, traumática ou incompatível com o padrão de funcionamento habitual do indivíduo (Caro-Gabalda & Stiles, 2009). A experiência de cancro da mama pode, então, ser considerada uma experiência problemática, difícil de assimilar no *self*. Como tal, tende a ser evitada e não assimilada, dificultando a adaptação da doente a esta nova e desafiante situação de vida.

A existência de um conflito interno devido à incompatibilidade entre a voz problemática e a comunidade de vozes, *i.e.*, a não assimilação das experiências problemáticas, causa sofrimento e pode resultar no desenvolvimento de perturbações psicológicas (Honos-Webb & Stiles, 1998; Humphrey et al., 2005; Stiles, 1999). Como tal, deve ser promovida a assimilação dessa experiência através da criação de pontes de significado entre as diferentes vozes – voz que representa a experiência problemática e voz que representa a comunidade de vozes do *self* (Stiles, 2011). As pontes de significado (*meaning bridge*) representam símbolos verbais e não verbais que permitem criar entendimentos partilhados entre as vozes (Brinegar et al., 2006; Honos-Webb & Stiles, 1998). A articulação e a comunicação entre a voz problemática emergente e a comunidade

de vozes ocorre de forma gradual à medida que o indivíduo reconhece, reformula, compreende e, eventualmente, resolve as suas experiências problemáticas, promovendo o alívio da sua sintomatologia clínica (Stiles, 2001). Esse processo de assimilação ocorre ao longo de uma sucessão de oito níveis, operacionalizados na Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (EAEP; Anexo 1), variando entre a dissociação (nível 0) à assimilação e integração total da voz problemática na comunidade de vozes (nível 7; Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2005; 2001; Stiles et al., 1991).

Com base no modelo de assimilação, o cancro da mama pode ser considerado uma experiência problemática difícil de assimilar, trazendo implicações psicossociais e ao nível da qualidade de vida da mulher. Desta forma, parece importante que a promoção de uma maior compreensão e assimilação da doente em relação à experiência problemática poderá associar-se a um maior alívio da sintomatologia clínica. Foram realizados vários estudos, com clientes em psicoterapia, de modo a compreender como se processa a assimilação de experiências problemáticas; Observou-se que os níveis de assimilação são mais elevados em casos de sucesso, sendo esse aumento associado à diminuição da sintomatologia clínica (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda, 2011; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998; Honos-Webb et al., 1999; Mosher et al., 2008; Stiles et al., 1995; Stiles et al., 1991; Stiles, 2001).

2.5. O presente estudo

A incidência e a prevalência do cancro da mama têm vindo a aumentar progressivamente, sendo o seu aparecimento mais frequente no género feminino, nos diversos grupos etários (Abreu, 2020). O diagnóstico de uma doença que é percecionada como uma ameaça à vida, assim como a vivência das diferentes fases de tratamento até à sua remissão e, inclusive, a possibilidade de a mesma reincidir, acarreta um grande impacto físico, psicológico, emocional e social na vida das doentes (Ramos & Patrão,

2005). Para além das alterações fisiológicas que se fazem sentir ao longo de todo o processo de adoecer, alguns estudos revelam que o cancro da mama evidencia implicações ao nível da perceção que estas mulheres têm de si próprias, da sua autoestima e da sua saúde mental, comparativamente a outros tipos de cancro (Moreira & Canavarro, 2012). Compromete, desta forma, a relação da doente com o seu corpo, consigo mesma, com os outros e com o mundo, podendo assim reduzir significativamente a sua qualidade de vida (Bourdon et al., 2016; Moreira & Canavarro, 2012). Todas estas alterações no funcionamento biopsicossocial despoletam sentimentos de inferioridade, de angústia, de tristeza, culpa, raiva, sentimento de perda de controlo sobre o futuro, medo da morte, das alterações na imagem corporal, da perda de autonomia, da dor e do sofrimento (Costa-Remondes et al., 2012). Desta forma, todos estes sentimentos podem estar associados a níveis elevados de perturbação emocional, embora o processo de ajustamento à doença possa variar de acordo com as características da própria doente, do seu apoio social, da fase da doença em que se encontra e do tipo de procedimento médico adotado para o combate do carcinoma (Moreira & Canavarro, 2012). Devido ao impacto desta doença, torna-se importante estudar a sua relação com o bem-estar clínico das pacientes (Rossi & Santos, 2003).

O cancro da mama pode ser, então, considerado uma experiência adversa e traumática pela influência danosa que apresenta no bem-estar biopsicossocial das pacientes (Ganz et al., 2002; Moreira et al., 2012). Como tal, tende a ser evitada e não assimilada pelo sofrimento psicológico que provoca (Stiles et al., 1990). Segundo Stiles (2001), as experiências problemáticas estão associadas a eventos de vida inesperados, dolorosos, ameaçadores, traumáticos ou incompatíveis com a estrutura do *self*. Assim, considera-se fundamental compreender a forma como esta experiência pode ser integrada e assimilada, de forma a permitir o alcance do bem-estar clínico das doentes (Stiles et al., 1990). Neste

sentido, o Modelo da Assimilação das Experiências Problemáticas torna-se útil, já que permite conceptualizar e estudar empiricamente como é que esta experiência pode, de facto, ser integrada no *self* (Detert et al., 2007). O modelo sugere que a evolução do nível de assimilação da experiência problemática está associada, em contexto terapêutico, à diminuição da sintomatologia clínica (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda, 2011; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998; Honos-Webb et al., 1999; Mosher et al., 2008; Stiles et al., 1995; Stiles et al., 1991; Stiles, 2001). Assim, no presente estudo, procura-se explorar esta mesma associação numa amostra com mulheres com cancro da mama.

Considerando o cancro da mama como uma experiência problemática, propomo-nos estudar a sua assimilação e integração, ao longo do tempo e o seu contributo para a promoção do bem-estar das doentes (Stiles et al., 1990). Nomeadamente, o presente estudo, de carácter longitudinal, procura compreender a evolução dos níveis de assimilação da experiência problemática de cancro da mama, ao longo de seis meses. Para além deste aspeto, pretende-se ainda explorar a associação entre os níveis de assimilação e a intensidade da sintomatologia clínica e a sua qualidade de vida. Este pode ser considerado um estudo relevante, porque permite analisar ao longo do tempo uma doença crónica que, inevitavelmente, implica um processo contínuo de adaptação nos mais variados níveis das vidas das pacientes. Tendo em conta que a investigação tem apontado (em contexto de psicoterapia) que níveis mais elevados de assimilação da experiência problemática estão associados a uma melhoria significativa do sofrimento psicopatológico, o presente estudo pretende contribuir para um maior conhecimento e compreensão desta associação em doentes com cancro da mama (Stiles, 2001). A possível integração desta experiência poderá beneficiar estas doentes no contexto clínico (Honos-Webb & Stiles, 1998). Ao ser trabalhado, em contexto de psicoterapia, a evolução da assimilação da experiência

problemática, a doente poderá conseguir lidar com maior facilidade com a patologia oncológica e com os seus tratamentos, poderá aumentar a sua perceção de controlo sobre a doença e a prevenir o desenvolvimento de uma perturbação psicológica (Ramos, 2016; Stiles et al., 1990).

3. Método

3.1 Participantes

As participantes do presente estudo foram selecionadas a partir da amostra do projeto de doutoramento “A Assimilação da Experiência de Cancro da Mama e o seu Impacto na Sintomatologia Clínica Psicológica e Qualidade de Vida: um Estudo Longitudinal”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (ref. 2021.05414.BD). Para a constituição da amostra foram selecionadas doentes oncológicas acompanhadas na Clínica da Mama no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), que apresentassem as seguintes características: a) que tivessem recebido um diagnóstico de cancro da mama; b) com um diagnóstico em fases iniciais da doença; c) que apresentassem idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos; e d) que evidenciassem domínio ao nível da língua portuguesa. Por outro lado, foram ainda definidos os seguintes critérios de exclusão: a) evidência de diagnóstico oncológico em fase avançada da doença e b) presença de um outro diagnóstico de cancro para além do da mama.

Das 14 mulheres com cancro da mama que constituem até ao momento a amostra do projeto, para o presente estudo foram selecionadas apenas 4 dessas mulheres em fase de pós-tratamento, a realizar hormonoterapia. Com o objetivo de explorar a relação da assimilação da experiência de cancro da mama com a qualidade de vida foram selecionados os dois casos com melhores níveis de qualidade de vida e os dois com níveis mais baixos de qualidade de vida. Este critério de seleção foi sustentado através dos

resultados obtidos no questionário FACT-G aplicado para avaliar a qualidade de vida das participantes no momento de admissão no projeto.

De forma a respeitar a confidencialidade subjacente à prática psicológica, serão atribuídos nomes fictícios às participantes do presente estudo. As participantes com pior qualidade de vida no momento de inclusão no estudo foram a “Sónia” e a “Beatriz” e as que apresentavam melhor qualidade de vida foram a “Francisca” e a “Filipa”.

A “Sónia” é uma mulher portuguesa de 54 anos, divorciada e tem dois filhos. Tem o ensino superior, é professora, mas de momento não se encontra ativa. Foi diagnosticada em 2018 e encontra-se de momento na fase pós-tratamento. Foi submetida a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e encontra-se atualmente a fazer hormonoterapia. No que se refere aos dados clínicos, existe história de depressão e apresenta sintomas atualmente compatíveis com um quadro depressivo. Desde o momento da radioterapia que a entrevistada tem acompanhamento psicológico no IPO de três em três meses e acompanhamento psiquiátrico por questões de regulação do sono.

“Beatriz” é uma mulher portuguesa de 43 anos, casada. Engravidou durante a sua participação no projeto. Tem o ensino superior e encontra-se ativa. Descobriu o seu diagnóstico em 2007 e encontra-se atualmente na fase pós-tratamento. Foi sujeita a cirurgia, quimioterapia e hormonoterapia. Interrompeu há três anos a hormonoterapia para iniciar tratamentos de fertilidade. Em relação aos seus dados clínicos, a entrevistada já teve vários episódios depressivos devido a acontecimentos passados, tendo sido acompanhada no psicólogo e psiquiatra. Desde o diagnóstico até ao momento atual que é acompanhada no IPO a nível psicológico (de dois em dois meses) e a nível psiquiátrico (de seis em seis meses).

A “Francisca” é uma mulher portuguesa com 40 anos, casada e sem filhos. Tem o ensino secundário e é assistente operacional numa escola, encontrando-se ativa.

Descobriu o seu diagnóstico em 2018 e encontra-se na fase pós-tratamento. Foi submetida a cirurgia e quimioterapia, encontrando-se atualmente a fazer hormonoterapia. No que se refere aos dados clínicos, a entrevistada teve um episódio depressivo há cerca de 6 anos derivado de problemas de infertilidade, tendo sido acompanhada por um psicólogo e psiquiatra. Usufruiu ainda três vezes de acompanhamento psicológico no IPO depois dos tratamentos e dois anos após os tratamentos quando o seu pai faleceu.

A “Filipa” é uma mulher portuguesa de 47 anos, divorciada e tem dois filhos. Tem o ensino superior, é professora e encontra-se atualmente a exercer a sua profissão. No que se refere aos dados clínicos a entrevistada recebeu o seu diagnóstico no início de 2020, encontrando-se de momento na fase pós-tratamento. Foi submetida a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, encontrando-se atualmente a fazer hormonoterapia. Tem historial de um episódio depressivo, porém não foi acompanhada por nenhum profissional de saúde mental nessa época. Desde o diagnóstico que usufruiu de acompanhamento psicológico no IPO de quatro em quatro meses e acompanhamento psiquiátrico de mês e meio a mês e meio por questões relacionadas com o sono.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Para caracterização da amostra, foi constituído, um questionário sociodemográfico e clínico. Este permite recolher informação de cariz sociodemográfica tais como a idade, a nacionalidade, o estado civil, o agregado familiar, as habilitações literárias e os anos de escolaridade, a profissão, a situação profissional atual e outros possíveis acontecimentos importantes mais recentes. Para além destes dados, permite também recolher informação de cariz clínico centrada na doença oncológica, como o diagnóstico, a fase da doença, o estágio e os tratamentos oncológicos atuais ou passados e a existência de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atual ou passado e o motivo associado.

3.2.2. Entrevista Semiestruturada

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

3.2.3. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

A Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas é uma medida observacional, que permite compreender e avaliar a assimilação das experiências problemáticas (Caro-Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999; Stiles, 2001). Esta escala é constituída por 8 níveis, onde cada nível corresponde a uma forma de estar e de sentir do indivíduo em relação à experiência problemática (neste estudo, a experiência de cancro da mama). Assim sendo, o nível 0 corresponde à dissociação da experiência problemática e o nível 7 está associado à assimilação total dessa experiência.

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

O CORE-OM trata-se de um instrumento de autorrelato que mede o bem-estar psicológico de adultos, desenvolvido por Evans e Colaboradores (2000) e adaptado para a população portuguesa por Sales e colaboradores (2012). Este instrumento é constituído por 34 itens que podem ser agrupados em quatro dimensões: a) Bem-estar subjetivo (4

itens); b) Queixas e sintomas (12 itens), c) Funcionamento social e pessoal (12 itens), e d) Comportamentos de risco (6 itens). Em termos de preenchimento, trata-se de uma escala de likert que varia entre 0 - “Nunca” e 4 pontos - “Sempre ou Quase Sempre” (Sales et al, 2012). O score total varia entre 0 e 40, sendo 10 o ponto de corte que diferencia a população geral da população clínica. Desta forma, valores mais elevados significam um inferior bem-estar clínico. O CORE-OM apresenta boas qualidades psicométricas, com valores de alfa de Cronbach moderados a elevados, variando de 0.72 (Bem-estar) a 0.94 (Total com e sem itens do risco). É possível concluir que a versão portuguesa do CORE-OM, desenvolvida por Sales e colaboradores (2012), apresenta uma consistência interna adequada de ($\alpha > .8$).

3.2.5. Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G)

A FACT-G é uma escala funcional de qualidade de vida geral que foi desenvolvida por Cella e colaboradores (1993) e adaptada para a população portuguesa por Pereira e colaboradores (2011). Esta escala é composta por 27 itens que avaliam quatro domínios da qualidade de vida: bem-estar físico (7 itens), bem-estar funcional (7 itens), bem-estar social/familiar (7 itens) e o bem-estar emocional (6 itens). Em termos de preenchimento, trata-se de uma escala de likert de 5 pontos, em que 0 corresponde a “Nem um pouco” e 4 a “Muitíssimo” (Pereira et al., 2011). No que diz respeito aos scores, estes serão somados resultando num score global de qualidade de vida entre 0 e 108, sendo que quanto mais elevado, melhor será a qualidade de vida (Pereira et al., 2011). A FACT-G revelou boas propriedades psicométricas, tendo como consistência interna global de 0,91 e de α de Cronbach entre 0,80 e 0,90, confirmando uma boa fidelidade (Pereira et al, 2011).

3.3. Procedimentos

3.3.1. Procedimentos de recolha de dados

Numa fase inicial, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do IPO-Porto. De seguida, procedeu-se ao estabelecimento do contacto com as participantes através do elemento de ligação no IPO-Porto. Esse elemento enviou um e-mail às potenciais participantes com a descrição do projeto para a solicitação da sua participação no mesmo, o qual foi respondido positivamente por todas as que foram incluídas no projeto. As participantes forneceram o e-mail e/ou número de telemóvel através do link presente nesse mesmo e-mail. Posteriormente, a equipa de investigação estabeleceu um primeiro contacto com as participantes com o objetivo de informar globalmente em que consistia o estudo, procedendo-se ao agendamento do primeiro momento de recolha de informação, após confirmação da presença dos vários critérios de inclusão. Na primeira entrevista, todas as participantes deram o seu consentimento informado para participar no estudo antes de iniciar a recolha de dados.

Perante a situação atual da Pandemia Covid-19 em Portugal, a recolha de dados foi realizada online. Para esse efeito, foi utilizada a plataforma Zoom que permite proteger a privacidade da informação transmitida entre o emissor e recetor através da criptografia. A recolha foi realizada em 3 momentos (3 em 3 meses), ao longo de 6 meses. As participantes preencheram três questionários: a) questionário sociodemográfico e clínico; b) CORE-OM (Sales et al., 2012) e c) FACT-G (Pereira e colaboradores 2011) e de seguida foram alvo de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em formato áudio de forma a possibilitar a transcrição e codificação das mesmas através da Escala de Assimilação das Experiências Problemáticas (Caro Gabalda & Stiles, 2009). Após a recolha, o investigador responsável pelo projeto de doutoramento selecionou, através do resultado do questionário FACT-G, as duas participantes que apresentassem melhores níveis de qualidade de vida e as duas participantes que evidenciassem piores níveis de qualidade de vida.

3.3.2. Procedimentos de análise de dados

Após a recolha de informação, procedeu-se à transcrição das entrevistas na sua totalidade, para ser possível a codificação das mesmas a partir da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas, doravante designada de APES (Caro Gabalda & Stiles, 2009). De acordo com Manzini (2008) a transcrição tem como objetivo transpor informações orais em informações escritas através do áudio repetido das verbalizações gravadas. A análise do nível de assimilação das experiências problemáticas nas respetivas entrevistas foi realizada tendo por base os pressupostos de Stiles e Osatuke (2011) para a codificação com a APES.

Os codificadores da APES foram um aluno de doutoramento em psicologia clínica, com experiência prévia neste tipo de análise, e uma aluna de mestrado. A aluna de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde foi treinada durante cerca de 4 meses, 1h30 por semana, nos procedimentos de codificação. O treino foi conduzido por um aluno de doutoramento e supervisionado por duas psicólogas doutoradas com experiência neste tipo de análise. Após a codificadora atingir um nível de acordo inter-juízes aceitável ($ICC > .65$, Cicchetti, 1994) em sessões de treino, os dois codificadores avançaram para a codificação das doze entrevistas, correspondentes a três momentos de recolha de dados com cada uma das quatro participantes.

O processo de codificação consistiu em quatro etapas, sendo a primeira correspondente à familiarização do investigador com o material de forma sistemática, intensiva e completa (Stiles & Osatuke, 2011). Para esse efeito, os codificadores leram repetidamente as transcrições, fazendo anotações detalhadas de forma a localizar passagens relativas a tópicos específicos de interesse (Stiles et al., 1991). De seguida, procedeu-se à identificação dos temas e das vozes dominantes e problemáticas de cada participante ao longo de cada entrevista (Stiles e Osatuke, 2011). Os temas foram

selecionados de acordo com a sua relevância, ou seja, de acordo com o tempo despendido no decorrer da entrevista. Na terceira etapa recolheu-se um conjunto de excertos acerca dos temas previamente escolhidos (Stiles & Osatuke, 2011). Após a seleção dos excertos, estes foram codificados de acordo com os níveis correspondentes da APES. Os codificadores codificaram um novo excerto sempre que existia uma mudança de tema, uma mudança no nível da APES ou num marcador de assimilação (Honos-Wenn et al., 2003). Os marcadores dizem respeito a padrões no diálogo entre o sujeito e o terapeuta capazes de identificar o progresso feito pelo indivíduo permitindo, assim, avaliar a mudança terapêutica e, conseqüentemente, reconhecer os diferentes níveis de assimilação da experiência (Honnos-Webb et al., 1999).

Após a codificação independente por parte dos dois codificadores, estes reuniram-se para discutir os desacordos, resolvendo-os por consenso. O número médio de passagens nas 12 entrevistas foi 30. Tornou-se ainda importante realizar o cálculo do acordo, de forma a estimar a confiabilidade da avaliação realizada pelos dois codificadores. Na análise das entrevistas realizadas foi possível obter um acordo médio elevado (“Sónia” ICC=0,87; “Beatriz” ICC=0,77; “Francisca” ICC=0,71; “Filipa” ICC=0,83; Cicchetti, 1994). Com base nas codificações finais, foi calculado o nível médio de assimilação nas 12 entrevistas. No decorrer do processo de codificação a responsável pelo presente estudo desconhecia os resultados das participantes nos questionários de qualidade de vida, de forma a garantir a confiabilidade da codificação final.

4. Resultados

4.1. Análise do processo de assimilação

Foram identificados os mesmos temas principais nas entrevistas das quatro participantes: (1) a adaptação à doença, (2) adaptação às mudanças familiares e sociais, (3) adaptação às mudanças físicas e na funcionalidade e (4) a adaptação às mudanças

profissionais. O tema (1) foca-se no ajustamento da mulher à doença oncológica, nomeadamente na forma como esta experiência foi vivida e sentida ao longo do tempo e no impacto da doença no estilo de vida da paciente. O tema (2) descreve a forma como o cancro da mama influenciou as relações familiares e sociais da mulher. O tema (3) refere-se ao impacto físico e às mudanças na funcionalidade da doente, como as alterações na imagem corporal e os sintomas físicos provocados pelo cancro da mama. Por último, o tema (4) ilustra conteúdos relativos à forma como o carcinoma influenciou a vida profissional ou académica das participantes.

Nas quatro participantes não foram identificadas diferenças nos níveis médios de assimilação para cada tema.

4.1.1. Participantes com pior qualidade de vida

i. “Sónia”

Na análise das várias entrevistas realizadas a “Sónia”, identificámos como voz dominante: “Não posso falhar, tenho de ser sempre forte e não posso depender de ninguém”. A voz dominante de “Sónia” revela a sua necessidade de ser independente, dedicada à sua profissão e responsável pelo seu percurso e pela educação dos seus filhos. Um dos excertos que ilustra esta voz será: *“Sou uma pessoa muito rigorosa e sempre gostei de... fazer o meu melhor (...) se calhar fui exigente demais (...) sempre pus o trabalho em primeiro, e nunca quis ah, fraquejar”* (entrevista 1). Sónia caracterizou-se como uma mulher rigorosa, trabalhadora, perfeccionista e exigente.

Como voz problemática identificámos: “Sou culpada pela minha doença. Sou culpada por aquilo que me aconteceu”. A voz problemática diz respeito ao sentimento de culpa de “Sónia” ao acreditar que o seu ritmo de vida e a sua autoexigência estiveram na origem do cancro da mama. Os seguintes excertos ilustram esta voz problemática: *“(...) foi o facto de trabalhar muito e ser muito exigente (...) que esgotou a minha saúde.”* (entrevista

2); e “E eu sinto que se calhar eu sou a culpada... o facto de um dia retomar o trabalho para mim é sinónimo de voltar outra vez a ficar doente.” (entrevista 3).

“Sónia” apresentou um nível médio de assimilação baixo a moderado, apesar de se ter identificado uma ligeira evolução dos níveis de assimilação com o passar do tempo (figura 1). Na análise das três entrevistas verificou-se que em cada uma delas “Sónia” alcançou o máximo de APES 5 e o mínimo de APES 2 (figura 1).

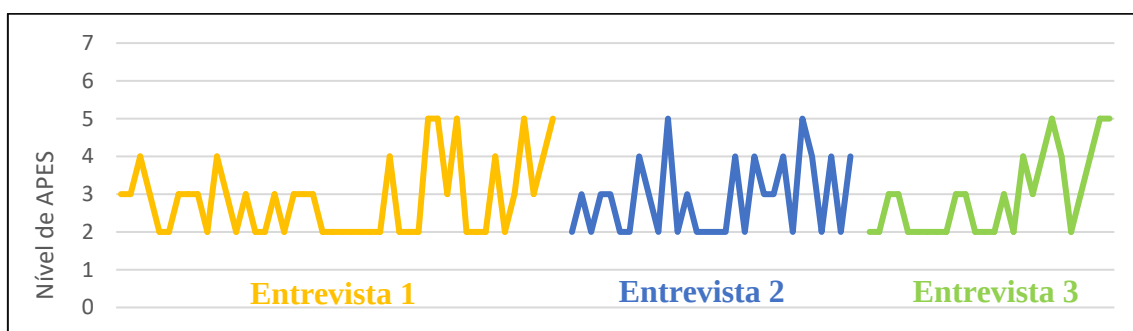


Figura 1 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à participante “Sónia”

No decorrer das várias entrevistas, identificaram-se maioritariamente níveis baixos a moderados de assimilação (APES 2 e 3). Apesar de “Sónia” ter reconhecido a existência da experiência problemática (APES 2) e ter formulado o problema (APES 3), ainda não a conseguiu integrar na comunidade de vozes. Ao longo das entrevistas, “Sónia” expressou essencialmente emoções negativas face à experiência de cancro da mama, mostrando-se frequentemente vulnerável e presa à experiência problemática, dificultando a sua adaptação à mesma (APES 2). No decorrer das várias entrevistas, a voz problemática de culpabilização pela doença manteve-se, onde “Sónia” exprimiu o seu arrependimento face ao seu ritmo de vida e à exigência consigo própria. É possível verificar em excertos relacionados com o tema da adaptação à doença e com o tema da adaptação às mudanças profissionais, codificados com o APES 2, nos quais se observa que “Sónia” continua a apresentar dificuldades em assimilar a experiência problemática de cancro da mama devido ao seu sentimento de culpabilização:

Entrevistador: (...) relativamente á sua vida profissional, como é que acha que alterou com a doença?

“Sónia”: É assim... Eu ainda não estou a trabalhar não é... (Entrevistador: Hm hm) Ainda não fui trabalhar..., mas isso... (suspiro) Eu só em pensar...eu... fico muito ansiosa... porque eu acho que ... torno a referir, foi o facto de trabalhar muito e dar... ser muito exigente... e... e querer sempre fazer melhor, dar o meu máximo... que esgotou a minha saúde. E o facto de um dia retomar o trabalho para mim é sinónimo de voltar outra vez a ficar doente.

O excerto apresentado, retirado da segunda entrevista, foi codificado com o APES 2, devido às emoções dolorosas e à vulnerabilidade evidenciada pela entrevistada no que diz respeito à possibilidade de regressar ao trabalho. “Sónia” expressa dor psicológica e sentimentos negativos associados a este evento, culpabilizando-se a si pelo excesso de trabalho que, na sua perspetiva, terá contribuído para o esgotamento da sua saúde.

Ao longo das várias entrevistas a voz dominante de “Sónia” manifestou-se através da sua necessidade de ser forte e ter a capacidade de lidar com todos os problemas sozinha. O excerto a seguir apresentado, retirado da terceira entrevista, foi codificado com o APES 3, onde a entrevistada evidencia a sua voz dominante e a sua voz problemática em confronto, através da expressão e inibição de necessidades:

“Sónia”: (...) eu sou mãe e pai ao mesmo tempo, nunca tive companheiro, não é, há 10 anos que estou sozinha, nunca quis ninguém porque... achava que era capaz de resolver tudo como já lhe disse, não é, sou uma mulher de armas e de guerra e nunca dependi de nada nem de ninguém, sempre consegui tudo com o meu trabalho e... pronto, ah... depois deu no que deu, não é... os filhos, a casa, o trabalho... é muita coisa para uma pessoa só... (Entrevistador: Hm hm) Não é? Nós não somos de ferro, somos humanos...

ii. “Beatriz”

Na análise das várias entrevistas realizadas a “Beatriz”, identificámos como voz dominante: “A minha vida vai ser de acordo com os meus planos”, como ilustra o excerto: *“Mas, efetivamente, acho que culpo a doença, porque ela tirou muita coisa do sítio, da ordem natural das coisas (...)”* (entrevista 3). “Beatriz” considerou-se uma mulher exigente, com projetos de vida definidos e planeados. A participante recebeu o diagnóstico de doença oncológica na fase de transição da sua vida solteira para a vida casada, tendo planos que queria cumprir.

Como voz problemática identificámos “A minha doença mudou o rumo da minha vida. O cancro fez-me falhar na vida”. Beatriz acredita que o diagnóstico a impossibilitou de aproveitar o seu casamento, de ser mãe e de trabalhar na sua área de formação, como ilustra o excerto: *“(...) foi numa fase muito complicada... foi na altura do meu casamento, foi uma altura em que eu também tinha acabado o meu curso há pouco tempo..., portanto, várias coisas que supostamente deveriam ter seguido um rumo que não seguiram (...) estou grávida agora aos 44 anos... quando era o suposto, por ordem natural das coisas, eu aos 30 e pouco, ter um filho... como seria suposto eu estar a trabalhar na minha área há mais anos atrás... isto não consigo aceitar (...)”* (entrevista 2).

“Beatriz” apresentou um nível médio de assimilação baixo a moderado da experiência de cancro da mama, não tendo sido identificadas mudanças claras na evolução dos níveis de assimilação ao longo das entrevistas (figura 2). Na primeira entrevista realizada a “Beatriz”, a participante atingiu o nível máximo de APES 5 e o nível mínimo de APES 1. Relativamente à segunda e terceira entrevista, “Beatriz” alcançou o máximo de APES 4 e o mínimo de APES 2.



Figura 2 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à “Beatriz”

No decorrer das várias entrevistas, identificaram-se maioritariamente baixos a moderados níveis de assimilação (APES 2 e 3). Verificou-se que a participante tem consciência da experiência problemática e descreve emoções negativas e pensamentos dolorosos associadas à mesma (APES 2) além de formular a experiência, num confronto entre a voz problemática e a voz dominante (APES 3). Ainda assim, “Beatriz” não consegue integrar a experiência na comunidade de vozes (APES 4), pelo facto de se manter vulnerável e focada nos planos que a doença oncológica a impediu de concretizar.

No excerto a seguir apresentado, retirado da terceira entrevista e codificado com o APES 2, verifica-se a presença de dor psicológica no relato do significado da experiência de cancro da mama. “Beatriz” não se consegue distanciar do sofrimento que a doença oncológica lhe provocou, associando frequentemente esse período da sua vida ao facto de não ter conseguido alcançar os seus objetivos de vida. A participante mantém o “eu” doente presente no seu dia-a-dia, dificultando a integração da experiência problemática na comunidade de vozes:

Entrevistador: Então neste momento que significado é que a doença tem na sua vida?

“Beatriz”: É um fantasma, é um fantasma, mas um fantasma que me acompanha... a doença é uma coisa muito ... (silêncio) é... uma coisa muito má, eu fazia muito esta analogia, eu considero a nossa vida quase um trilho e que me obrigou a sair dos trilhos. Ah... é... a doença para mim é aquela sombra, é o cão preto que anda atrás de mim e

pode ser maior ou menor consoante a luz que me está a dar, ah... (Entrevistador: Hm hm) É algo que vai sempre me acompanhar... que foi... (suspiro), sei lá. (Entrevistador: Hm hm) É um... eu não lhe quero atribuir um nome, no aspeto de dizer uma tragédia, não, mas é algo que se colou a mim e não existo sem ele, ele está sempre ali.

Entrevistador: Esta semana falava com outra doente e a imagem que me passou foi do querer andar e ter umas correntes sempre nos pés, aqui a puxar.

“Beatriz”: É isso. (Entrevistador: Hm-hm) É exatamente isso. É... é ter ali a presença constante de algo que mudou a nossa vida e que vai sempre mudar, vai sempre ser um fator que nós temos que ter sempre em conta, que nunca podemos esquecer, que está sempre ali (...) o cancro é... está lá sempre a lembrança do que ele fez, do que ele é, do que ele pode vir a ser e... não há maneira de ele desaparecer...

Ao longo das várias entrevistas, “Beatriz” foi formulando a experiência de cancro da mama. O excerto a seguir apresentado, retirado da terceira entrevista, foi codificado com o APES 3, tendo em conta que a entrevistada evidencia a sua voz dominante e a sua voz problemática em confronto, através da expressão e inibição de necessidades. “Beatriz” revela que apesar de ter conseguido concretizar o seu sonho de ser mãe, não consegue viver esta experiência com a maior tranquilidade e felicidade, tendo em conta a sua fase de vida e idade atual. Segundo a participante, este projeto de vida deveria ter sido concretizado na altura em que idealizava, confrontando a sua voz dominante. Para além deste aspeto, as limitações que a doença lhe trouxe acabaram por exacerbar ainda mais os seus medos relativamente a esta nova fase da sua vida:

“Beatriz”: Mas esta doença é para mim... não sei se será assim para toda a gente, ah... talvez porque eu tenha algum conhecimento que... que às vezes eu preferiria não ter, ah... eu tenho noção que as recidivas são o que são, não é, portanto, ah... existe... eu eventualmente, eu vou ter uma recidiva, pronto, eu sei disso. Ah... e eu penso assim

“Meu deus, eu agora estou a engravidar, eu vou ter uma filha”, ah... eu tenho medo de ter uma recidiva e não conseguir ter a mesma sorte que tive até agora, ah... estes medos são exacerbados novamente, é óbvio que se eu sentir aqui qualquer coisinha, eu já começo “Aí será que é um gânglio?”, ah... o medo acompanha-me e acompanha-me em fases diferentes, é óbvio que se calhar no início mais presente, depois deixou só para quando eu tinha algum susto... mas ele está lá, por exemplo, e agora grávida torna a aumentar

Entrevistador: Parece que é aqui uma campainha, não é, que está alerta...

“Beatriz”: É... é no aspeto até que... nós somos humanos, não é... (...) e efetivamente eu sei que se calhar, apesar de tentar diariamente de me tornar cada vez mais otimista e não sei quê, eu por definição sou uma pessimista porque tenho sempre medos associados

Entrevistador: Antecipa aqui uma série de cenários negativos, não é?

“Beatriz”: Exato, até porque eu... eu às vezes digo, eu gosto de aprender e gosto do conhecimento, mas às vezes tenho noção... às vezes não, muitas das vezes tenho noção que se eu não tivesse conhecimento, que eu seria muito mais feliz porque se calhar ao final de três ou cinco anos já tinha desligado da doença, já tinha dito “Estou curada”

4.1.2. Participantes com melhor qualidade de vida

iii. “Francisca”

Na análise das várias entrevistas realizadas a “Francisca” identificámos como voz dominante: “Tinha de ser mãe para ser feliz”. “Francisca” acreditava que só conseguiria ser feliz se fosse mãe e por isso realizou vários tratamentos de fertilidade (os quais falharam), como ilustrado pelos excertos: *“Achava que para ser feliz eu tinha de ser mãe”* (entrevista 1) e *“O desejo de ser mãe é muito grande... vivi alguns anos, que foram bastantes, em função disso (...)”* (entrevista 2). “Francisca” considerou-se uma mulher trabalhadora e focada nos seus projetos de vida.

Como voz problemática identificámos: “A minha vida pode terminar”. A voz problemática confronta a voz dominante que acredita que necessita ter de ser mãe para se sentir completa, feliz e realizada, como comprova o excerto: “*Sofri muito psicologicamente pelo facto de sofrer de infertilidade, de nunca ter conseguido engravidar (...) não vivia em paz, não dava sentido à vida*” (entrevista 1).

“Francisca” apresentou um nível médio de assimilação elevado da experiência de cancro da mama, contudo, foi identificado um ligeiro declínio dos níveis de assimilação na terceira entrevista (figura 3). Este declínio justifica-se pelo facto de a participante ter tomado conhecimento da possível existência de uma nova experiência cancerígena no seu contexto familiar. Ainda assim, verificou-se a predominância de níveis elevados (APES 4, 5 e 6). Na primeira e terceira entrevista realizada a “Francisca”, a participante atingiu o nível máximo de APES 6 e o nível mínimo de APES 3. Relativamente à segunda entrevista, “Francisca” alcançou o máximo de APES 6 e o mínimo de APES 4.



Figura 3 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à participante “Francisca”

No decorrer das várias entrevistas, identificaram-se maioritariamente elevados níveis de assimilação (APES 4, 5 e 6). Estes níveis de assimilação denotam a compreensão do problema (APES 4), a tentativa de um novo comportamento (APES 5) e uma mudança intrapessoal (APES 6). “Francisca” vivia presa e infeliz com os consecutivos tratamentos de fertilidade que realizava para alcançar o seu sonho de ser mãe. A doença oncológica surgiu na vida da participante como uma nova oportunidade de vida, para alcançar a

felicidade. A compreensão e assimilação da experiência de cancro da mama, permitiu-lhe adotar uma nova visão e postura em relação a si, aos outros e à vida. É neste sentido que, ao longo das várias entrevistas, “Beatriz” revela um bom *insight* relativamente ao problema, para além de adotar novos comportamentos na sua vida para alcançar a felicidade, consequente da nova oportunidade que lhe foi dada.

O excerto a seguir apresentado foi retirado da segunda entrevista e codificado com o APES 5, no qual há o afirmar de necessidades com sucesso. O excerto corresponde ao tema da adaptação à doença e demonstra a integração da voz problemática na comunidade de vozes com o surgimento de um novo pensamento. Apesar do diagnóstico inesperado, “Francisca” encarou a experiência de cancro da mama com muito otimismo e resiliência, perspetivando-o como uma segunda oportunidade para ser feliz após anos de tortura devido aos tratamentos de fertilidade. Neste excerto, a participante encara a experiência de cancro da mama como uma lição de vida e autoconhecimento:

Entrevistador: Neste momento que significado dá à doença na sua vida? É a tal lição de vida que falava ao bocado?

“Francisca”: Exato, é, acho que foi uma lição de autoconhecimento também (Entrevistador: Hm-hm.) Ah... acho que desde que fiquei doente comecei a importar-me mais comigo. Eu achava que me importava comigo (Entrevistador: Hm-hm) mas acho que realmente agora me importo muito mais (Entrevistador: Hm-hm) Eu estava sempre em primeiro lugar do que os outros, ah... pronto eu durante muitos anos tentei engravidar e nunca consegui (Entrevistador: Hm-hm) E eu vivia numa angústia por causa disso. E acho que isto também fez-me ver que eu era feliz com aquilo que eu tenho e... eu tenho quase a certeza que se eu não tivesse passado por esta doença se calhar ainda hoje era o dia que eu estava a fazer tratamentos para conseguir engravidar, andava a torturar-me a mim mesma, fisicamente e psicologicamente (Entrevistador: Hm-hm) E se calhar

esta doença só me fez ver que eu tinha que aproveitar a vida porque nós estamos aqui pouco tempo e ela tem de ser muito bem aproveitada... e eu estava a desperdiçar muito tempo, vivia em função praticamente de querer engravidar, de querer fazer tratamentos, de querer... ter filhos, prontos

Entrevistador: Vivia em função desse projeto de vida, não é?

“Francisca”: Eu não vou dizer que não sinto falta, mas agora cada um vê as coisas de uma forma diferente, viajo muito mais, desfruto da vida de uma forma que não fazia...

Ao longo das várias entrevistas, “Francisca” foi evidenciando algumas mudanças intrapessoais. Para além disso, verificou-se que “Francisca” resolveu a experiência problemática, encarando-a de forma positiva. Esta integração foi codificada com o APES 6, pois: conseguiu chegar a uma solução, havendo flexibilidade na relação entre as vozes:

“Francisca”: (...) E agora, neste momento, cada vez que eu faço um exame e me dizem que está tudo bem eu sinto-me livre (Entrevistador: Hm-hm.) e aproveitar esta liberdade porque a gente não sabe quanto tempo é que ela dura

Entrevistador: Hm-hm. E, portanto, se eu lhe perguntasse se a doença lhe ensinou alguma coisa, esta seria uma das grandes lições que a doença lhe trouxe?

“Francisca”: Sim, ensinou-me muito, muito mesmo, ah... acho que tudo. Acho que todo o processo foi uma lição de vida, acho que... fez-me ver a vida de uma forma completamente diferente e eu querer viver muito porque eu adoro a vida, adoro sentir-me viva, ah... as viagens que eu faço com o meu marido é uma das coisas que eu gosto muito... é viajar, é conhecer lugares diferentes, ah...

iv. “Filipa”

Na análise das várias entrevistas realizadas a “Filipa” identificámos como voz dominante: “Tenho de ser forte, tenho de estar sempre bem para cuidar dos outros. Tenho de conseguir tudo”. “Filipa” não admite fraquejar, porém alguns eventos negativos da sua

vida rodearam-na de tristeza e negatividade, o que ela acredita que poderá ter precipitado a sua doença: *"Eu quando estou a trabalhar, estou a trabalhar, não brinco, sou muito exigente comigo, mas estou sempre preocupada (...) envolvo-me, se calhar, demasiado, mas é assim, é a nossa forma de ser (...) "* (entrevista 2). "Filipa" considerou-se uma mulher dedicada à família, exigente no trabalho e com necessidade de estar sempre ativa.

Como voz problemática identificámos: "Eu sou frágil e vulnerável. O cancro deixou-me vulnerável". Esta voz despertou "Filipa" para a consciência das suas limitações, como ilustra o excerto: *"estou um pouco mais limitada e isso às vezes deixa-me muito frustrada. (...) agora sinto-me mais sensível, mais preocupada. preocupada com os meus filhos em termos de saúde, preocupada com o futuro. Agora aumentou essa minha preocupação e até alguma ansiedade (...) "* (entrevista 2).

"Filipa" apresenta um nível médio de assimilação moderado a elevado da experiência de cancro da mama, identificando-se um ligeiro aumento dos níveis de assimilação na segunda entrevista (figura 4). Na primeira entrevista realizada a "Filipa", a participante atingiu o nível máximo de APES 6 e o nível mínimo de APES 2. Relativamente à segunda entrevista, alcançou o máximo de APES 6 e o mínimo de APES 3. Na terceira entrevista "Filipa" atingiu o máximo de APES 5 e o mínimo de APES 2.

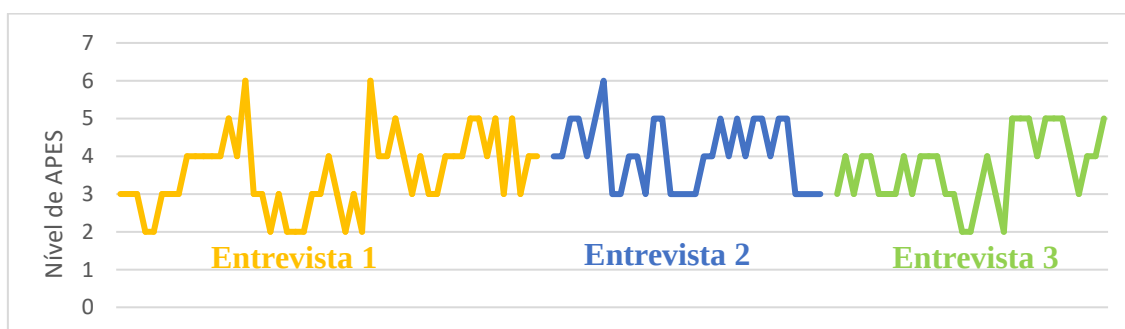


Figura 4 – Níveis de assimilação da experiência problemática ao longo das várias entrevistas realizadas à participante "Filipa"

No decorrer das várias entrevistas, identificaram-se maioritariamente moderados a elevados níveis de assimilação (APES 3, 4 e 5). Estes níveis de assimilação sugerem o

esclarecimento (APES 3) e compreensão do problema (APES 4) e a tentativa de um novo comportamento (APES 5). “Filipa” integrou a voz problemática na comunidade de vozes, após perceber o impacto positivo que a doença oncológica teve na sua vida: proporcionou um maior autoconhecimento, a descoberta de uma nova versão de si mesma, que também lhe permite ser frágil em determinados momentos. Apesar de algumas das limitações que sente, a participante sente-se realizada ao nível pessoal e profissional.

O excerto a seguir apresentado, retirado da terceira entrevista e codificado com o APES 4, corresponde ao tema da adaptação à doença e demonstra a compreensão da voz problemática na comunidade de vozes. “Filipa” reconhece o *insight* sobre o problema e confessa que a experiência de cancro da mama não condiciona o seu dia-a-dia atualmente:

“Filipa”: (...) em termos da doença em termos psicológicos, a aceitação, eu não penso que tenho muito problema, não vou dizer, lá está, de vez em quando penso que um dia pode voltar a surgir..., mas é uma coisa que penso muito esporadicamente, portanto não é uma coisa que me complique a vida

Entrevistador: Não é uma coisa que a persegue aqui...

“Filipa”: Não, não é... (Entrevistador: Hm-hm) Nem é uma coisa que me esteja a condicionar neste momento a forma de viver, não. Não vejo isso.

Ao longo das entrevistas, “Filipa” foi evidenciando a integração da sua voz problemática na comunidade de vozes (APES 5) com o surgimento de uma nova perspetiva. O excerto a seguir apresentado, foi codificado com o APES 5, no qual há o afirmar de necessidades com sucesso. Este excerto corresponde ao tema da adaptação à doença e demonstra que “Filipa” encarou a doença oncológica como uma oportunidade para ser a sua melhor versão, tornando-se mais assertiva em situações que anteriormente não conseguia ser:

Entrevistador: Portanto, se nós tivéssemos que atribuir uma metáfora aqui à doença ou alguma imagem assim que associasse de forma mais simbólica a este processo...

“Filipa”: Ah... assim, ah... consigo se calhar dizê-lo numa palavra. Sinto-me livre (Entrevistador: Hm hm) Vou-lhe explicar porquê, eu era uma pessoa muito mais reservada e que me deixava, portanto... quando diziam alguma coisa menos boa, na escola, quando me... ou um diretor quando acontecia alguma coisa, eu calava-me muito e preferia ignorar... e como a minha irmã ainda me disse anteontem, estou um bocadinho mais sem filtros, ainda não o suficiente, mas sinto-me mais livre, sinto-me com uma capacidade maior de dizer o que penso educadamente, logicamente, ah... a pensar primeiro e a dizer depois, não é (Entrevistador: Hm hm) Mas sinto essa liberdade de poder dizer o que penso e a pessoas que nunca na minha vida eu iria ter coragem para o fazer

Entrevistador: Hm hm. Portanto até consegue aqui ser mais assertiva ...

“Filipa”: Sim, sim (Entrevistador: Hm hm) E isso ajuda-me, ah... muitas vezes, pronto para não me chatear e para não incomodar os outros, acabava por engolir muita coisa e até me ressentia disso, não é... agora não, consigo reconhecer quando as coisas que me dizem não são corretas e, portanto, com alguma facilidade, consigo falar com a pessoa e dizer-lhe aquilo que sinto. E isso foi também uma coisa muito positiva.

5. Análise da assimilação, qualidade de vida e sintomatologia

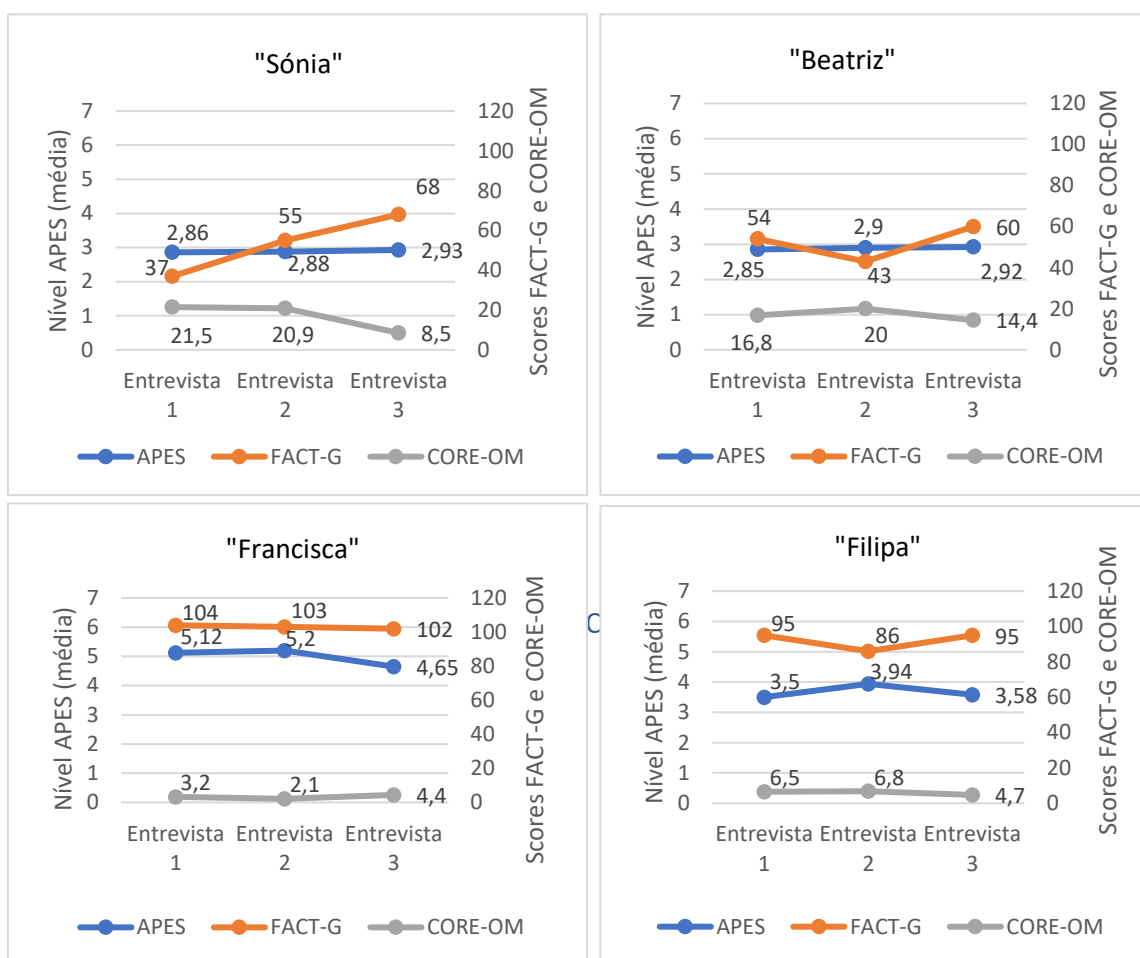


Figura 5– Níveis médios de assimilação da experiência problemática (APES), nível de qualidade de vida (FACT-G) e intensidade da sintomatologia clínica (CORE-OM) das participantes “Sónia”, “Beatriz”, “Francisca” e “Filipa” nas 3 entrevistas.

De acordo com os resultados expostos (figura 5), torna-se possível verificar que, ao longo das 3 entrevistas, a maioria dos dados apontaram para uma estabilidade, verificando-se apenas pequenas oscilações nos valores obtidos nos diversos instrumentos. Os resultados parecem sugerir a existência de uma relação entre o nível de assimilação da experiência problemática (APES) com a qualidade de vida (FACT-G) e a sintomatologia clínica (CORE-OM). “Sónia” e “Beatriz”, apresentaram níveis de assimilação mais baixos, sintomatologia clinicamente significativa (exceto a “Sónia”, na entrevista 3) e qualidade de vida inferior. Em contrapartida, “Francisca” e “Filipa”

apresentaram uma qualidade de vida superior, níveis de assimilação mais elevados e não evidenciaram sintomas clínicos significativos.

6. Discussão

O cancro da mama pode ser considerado uma experiência potencialmente traumática devido aos efeitos negativos que acarreta na vida das doentes (Costa-Remondes et al., 2012; Moreira & Canavarro, 2012). Neste sentido, torna-se importante compreender se a evolução da assimilação desta experiência está associada à qualidade de vida e à sintomatologia clínica. De acordo com os vários estudos realizados em psicoterapia com a APES, estes apontam para a existência de uma relação entre o bem-estar clínico geral com níveis elevados de assimilação das experiências problemáticas (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro Gabalda, 2006, 2011; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998, 1999; Mosher et al., 2008; Stiles et al, 1995, 1991; Stiles, 2001). Neste seguimento, o presente estudo procurou explorar a evolução dos níveis de assimilação da experiência de cancro da mama na população oncológica ao longo de seis meses e compreender a relação entre a assimilação, a qualidade de vida e a sintomatologia clínica experienciada pelas participantes.

Foram analisadas entrevistas realizadas a quatro mulheres em fase de pós-tratamentos. Através da análise dos níveis de assimilação evidenciados pelas participantes ao longo de seis meses, foi possível verificar que o fator temporal não implicou mudanças claras na assimilação e integração da experiência problemática. As participantes evidenciaram, maioritariamente, uma estabilidade na forma como encararam a doença oncológica e as suas consequências biopsicossociais, mantendo os níveis de assimilação ao longo do período de investigação. Desta forma, ponderamos que seis meses seja um tempo reduzido para análise da assimilação da experiência, prevendo-se possivelmente uma maior variabilidade em estudos mais longos. Além disso, o facto de as mulheres se

encontrarem em fase de pós-tratamento, poderá ser considerado na estabilidade observada. De acordo com Rossi e Santos (2003), a fase do diagnóstico e dos tratamentos implica um maior desgaste emocional, uma vez que são sentidas maiores mudanças biopsicossociais. Especificamente, a exposição a intervenções médicas invasivas aumenta a suscetibilidade da doente para o desenvolvimento de sintomatologia clinicamente significativa, uma vez que a mesma se depara com alterações significativas na sua imagem corporal (Moreira & Canavarro, 2011). Desta forma, apesar do medo relativamente à possibilidade de recidiva, é esperado que na fase de pós-tratamento a doente consiga alcançar uma maior estabilidade emocional (Moreira et al., 2012).

Através da análise foram identificados níveis baixos e moderados de assimilação (APES 2 e 3) nas participantes “Sónia” e “Beatriz”. No caso de “Sónia”, a baixa/moderada assimilação e integração da experiência de cancro da mama parece dever-se aos seus sentimentos de culpa evidenciados ao longo das várias entrevistas. Apesar de ter alcançado pontualmente APES níveis 4 e 5, a vulnerabilidade e as emoções negativas que expressou poderá manter a rigidez da sua comunidade de vozes, dificultando o processo de aceitação e integração da experiência. Para além deste aspeto, a falta de suporte familiar poderá também ter contribuído para a dificuldade de “Sónia” em assimilar a experiência oncológica, tendo em conta ser considerado um fator primordial para o ajustamento psicológico e conservação da qualidade de vida da doente (Chou et al., 2012). No caso de “Beatriz”, os baixos/moderados níveis de assimilação (APES 1, 2 e 3) foram identificados através do evitamento de pensamentos dolorosos, da sua vulnerabilidade e do discurso focado em emoções negativas associadas à emergência da voz problemática. Apesar de muito pontualmente alcançar o APES 4 e 5, verificou-se que a participante manteve a rigidez da sua comunidade de vozes, pelo facto de atribuir culpa à doença pela não concretização dos seus objetivos e planos de vida na altura que seria

expectável/desejável para si. A não assimilação da experiência problemática parece ter dificultado o processo de adaptação e aceitação da doença oncológica no caso de “Sónia” e “Beatriz”. Ambas as participantes apresentam históricos depressivos, o que pressupõe a existência de alguma vulnerabilidade e predisposição psicológica para o desenvolvimento de sintomas disfóricos face a uma experiência inesperada e traumática, como o cancro da mama (Fischer & Wedel, 2012). Por essa mesma razão, acredita-se na possibilidade de ser mais desafiante atingirem níveis de assimilação superiores (APES 5 e 6). Em contrapartida, as participantes “Francisca” e “Filipa” evidenciaram elevados níveis de assimilação da experiência problemática (APES 4, 5 e 6). A aceitação e assimilação da experiência em ambos os casos é evidenciada através de um maior nível de *insight*, compreensão e reconhecimento da realidade oncológica (Tedeschi & Calhoun, 2004). Para além deste aspeto, verifica-se ainda uma maior capacidade de resiliência e a adoção de uma atitude otimista ao longo do processo de combate do carcinoma nas duas participantes (Seiler & Jenewein, 2019). Desta forma, pressupõe-se que a atitude e o comportamento positivo adotado face à patologia oncológica poderá ter facilitado a sua aceitação, diminuindo a incidência de possíveis perturbações emocionais (Hopwood & Stephens, 2000). As participantes “Francisca” e “Filipa” assimilaram e integraram a experiência de cancro da mama na comunidade de vozes.

De acordo com os resultados obtidos na aplicação do CORE-OM e do FACT-G, foi possível denotar que as participantes com níveis mais baixos de assimilação da experiência problemática apresentaram também sintomatologia clinicamente significativa e uma qualidade de vida inferior. Da mesma forma, as participantes com níveis mais elevados de assimilação não evidenciaram sintomas clínicos significativos e apresentaram uma qualidade de vida superior. Neste sentido, parece existir uma relação entre a assimilação, a qualidade de vida e a sintomatologia clínica, o que vai de encontro

a estudos prévios que utilizaram a APES para avaliar a assimilação de problemas em contexto psicoterapêutico (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda, 2011; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998; Honos-Webb et al., 1999; Mosher et al., 2008; Stiles et al., 1995; Stiles et al., 1991; Stiles, 2001). Conclui-se, assim, que níveis mais elevados de assimilação poderão estar associados a uma melhor qualidade de vida e a uma menor sintomatologia clínica também no cancro da mama. Desta feita, a APES pode ser útil para compreender a experiência destas mulheres e os efeitos do cancro na sua vida. É de notar que estas quatro mulheres na mesma fase da doença (pós-tratamento) evidenciaram formas distintas de interpretar a experiência problemática e adaptar-se à sua multiplicidade de consequências (Brennan, 2001). A forma como cada doente se adapta depende não só de fatores intrínsecos, como também de extrínsecos (Moreira & Canavarro, 2011). As características da personalidade do indivíduo, a resiliência, esperança e apoio familiar, social e profissional influenciam a sua suscetibilidade para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e/ou de humor face a uma experiência potencialmente traumática (Moreira et al., 2012; Seiler & Jenewein, 2019). A assimilação da experiência poderá resultar do contributo destes vários fatores, para que a doente consiga dar um sentido positivo e investir em formas de lidar com a experiência problemática. Ainda assim, no futuro seria importante haver mais investigação neste âmbito para melhor compreender o impacto dos fatores intrínsecos e extrínsecos na multiplicidade de respostas ao nível da perceção e significado que as doentes atribuem a esta experiência.

7. Conclusões, limitações e implicações

Esta investigação, de carácter longitudinal, pode ser considerada pertinente, uma vez que permitiu analisar temporalmente uma doença crónica, que por si só está associada a uma adaptação contínua nos mais variados níveis da vida das doentes. Neste sentido, ao

longo de seis meses explorou-se a evolução da assimilação da experiência problemática de cancro da mama e a sua relação com a intensidade da sintomatologia clínica e qualidade de vida evidenciadas pelas participantes nos vários instrumentos aplicados. Para o efeito, foram analisadas 12 entrevistas de quatro participantes em fase de pós-tratamento. Assim, procurou-se contribuir para um maior conhecimento e compreensão da assimilação e integração da experiência para o bem-estar clínico e qualidade de vida das doentes oncológicas.

As principais conclusões deste estudo parecem refletir a ideia de que seis meses é um período reduzido para análise da evolução dos níveis de assimilação, uma vez que não foram encontradas mudanças claras na forma como as doentes interpretam e compreendem a experiência problemática. Para além deste aspeto, o presente estudo sugeriu a existência de uma associação entre níveis de assimilação mais elevados a menor sofrimento psicopatológico e melhor qualidade de vida.

No que diz respeito às limitações, salientam-se: (a) o facto de os resultados poderem dever-se às características idiossincráticas das participantes e, por isso, não poderem ser generalizados a todas as mulheres com a mesma doença; e (b) o facto do estudo ter analisado apenas três momentos de recolha de informação (durante seis meses), o que não permitiu verificar mudanças claras na evolução dos níveis de assimilação. Ainda assim, torna-se importante salvaguardar que o presente estudo contribuiu para a validação da utilidade da APES na investigação na população oncológica, nomeadamente ao nível da importância da assimilação da experiência para a melhoria da condição psicológica destas doentes. A sua aplicação permite medir o quão assimilada ou não está a experiência problemática, possibilitando a identificação de fatores que possam estar a contribuir para a não integração do problema no *self*. Da mesma forma, a APES poderá ser útil no suporte empírico dos pressupostos do Modelo de Ajustamento e Transição Sociocognitiva

(Brennan, 2001) que reflete sobre a ideia de que o ser humano vai adquirindo com as suas experiências um conjunto de suposições acerca do funcionamento do mundo. A sua estrutura de pensamento torna-se útil quando permite compreender com precisão uma nova experiência, mantendo uma coesão estável entre a mesma e os vários domínios da sua vida. O confronto inesperado com uma doença crónica pode afetar a forma como o indivíduo prevê e percebe a sua vida, dificultando a sua adaptação à experiência e potenciando o desenvolvimento de sintomatologia clinicamente significativa. Assim, a APES parece ajudar a concetualizar e medir como a experiência de cancro afeta as suposições da pessoa e como essa mesma experiência pode ser novamente integrada no *self*, associando-se a maior bem-estar e qualidade de vida.

Os resultados obtidos neste estudo parecem ir de encontro aos dos estudos prévios relativamente à associação entre a assimilação e maior bem-estar, observado noutros contextos (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro Gabalda, 2011; Detert et al., 2006; Mosher et al., 2008; Stiles, 2001). Ainda assim, de forma a melhor compreender a evolução dos níveis de assimilação ao longo do tempo, torna-se necessário realizar mais estudos longitudinais (com maior durabilidade) e estudos quantitativos com amostras maiores. Importa salientar que os resultados poderão beneficiar as doentes ao nível do acompanhamento médico e psicológico ao longo do combate ao carcinoma, já que permitiriam compreender melhor as suas experiências. Desta feita, a presente dissertação poderá ser um ponto de partida para estudos futuros acerca do modelo de assimilação de experiências problemáticas nesta população em específico. Por fim, em termos clínicos, compreende-se que poderia ser relevante que as mulheres que evidenciaram níveis de assimilação baixos/moderados da experiência de cancro da mama usufríssem de acompanhamento psicológico, explorando a hipótese de que também nesta situação tal acompanhamento poderá promover a assimilação da experiência problemática.

8. Referências Bibliográficas

- Aapro, M., & Cull, A. (1999). Depression in breast cancer patients: The need for treatment. *Annals of Oncology*, 10(6), 627-636. <https://doi.org/10.1023/A:1008328005050> .
- Abreu, C. (2020). Dados Epidemiológicos. In I. Fernandes & P. Cortes (Coord.), *Manual de Oncologia SPO*. (pp. 11-19). Edit.on.lab.,lda.
- Akram, M., Lqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9> .
- Alves, R. S., & Bártolo, J. (2020). Tratamento cirúrgico do carcinoma da mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Coord.), *Manual de Oncologia SPO*. (pp. 107-123). Edit.on.lab.,lda.
- Alves, C., & Pereira, H. (2013). Adaptação ao Cancro da Mama e Cancro Ginecológico no Período Pré- e Pós-Operatório. *Psychology, Community & Health*, 2(3), 317-333. <https://doi.org/10.5964/pch.v2i3.59> .
- Barrio, S. C., Molinuelo, J. S., Durana, A. L. D., López, F. C., & Carballo, R. B. (2012). Cáncer de mama y ejercicio físico: estudio piloto. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 5(4), 134-139. [https://doi.org/10.1016/S1888-7546\(12\)70021-7](https://doi.org/10.1016/S1888-7546(12)70021-7) .
- Basto, I., Pinheiro, P., Stiles, W., Rijo, D. & Salgado, J. (2016). Changes in symptom intensity and emotion valence during the process of assimilation of a problematic experience: A quantitative study of a good outcome case of cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 27(4), 437-449. doi: 10.1080/10503307.2015.1119325 .
- Bittencourt, J. F. V., Netto, I. F., & Ferraz, L. M. (2014). Mulheres Mastectomizadas: Estratégias para o Enfrentamento da Nova Realidade. *Vita et Sanitas*, 8(1), 19-38. <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/27/20> .
- Bourdon, M., Blanchin, M., Tessier, P., Campone, M., Quéreux, G., Dravet, F., Sébille, V., & Bonnaud-Antignac, A. (2016). Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: a 2-

- year study comparing breast cancer and melanoma patients. *Quality of life research*, 25, 1969-1979. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1244-3> .
- Bower, M. & Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition?. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 1-18. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T) .
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., & Stiles, W. B. (2008). The Case of Lisa and The Assimilation Model: The Interrelatedness of Problematic Voices. *Psychotherapy Research*, 18(6), 657-666. <https://doi.org/10.1080/10503300802183694> .
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2006). Building a Meaning Bridge: Therapeutic Progress From Problem Formulation to Understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 165-180. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.165> .
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five years observational cohort study. *Papers*, 1-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.D3> .
- Carlson, R. W., Allred, C., Anderson, B. O., Burstein, H. J., Carter, W. B., Edge, S. B., ... Wolff, A. C. (2009). Breast Cancer Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(2), 122-192. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2009.0012> .
- Caro-Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure, *Psychotherapy Research*, 16(4), 436-452. <https://doi.org/10.1080/10503300600743897> .
- Caro-Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2(18), 199-212. <https://doi.org/10.14417/ap.204> .

- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. 10.1200/JCO.1993.11.3.570 .
- Chou, A. F., Stewart, S. L., Wild, R. C., & Bloom, J. R. (2012). Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21(2), 125-133. <https://doi.org/10.1002/pon.1863> .
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb of Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284> .
- Cohen, L., Hack, T. F., Moor, C., Katz, J., Goss, P. (2000). The Effects of Type of Surgery and Time on Psychological Adjustment in Women After Breast Cancer Treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7(6), 427-434. <https://doi.org/10.1007/s10434-000-0427-9> .
- Colditz, G., Bohlke, K., & Berkey C. (2014). Breast cancer risk accumulation starts early: Prevention must also. *Breast Cancer Res Treat*, 145(3), 567-579. <https://doi.org/10.1007/s10549-014-2993-8> .
- Demark-Wahnefried, W., Rock, C., Patrick, K., & Byers, T. (2008). Lifestyle Interventions to Reduce Cancer Risk and Improve Outcomes. *American Family Physician*, 77(11), 1573-1578. <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2008/0601/p1573.pdf> .
- Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/10.1080/10503300500294728> .

- Dow, K. H., Ferrell, B. R., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39(3), 261-273. <https://doi.org/10.1007/BF01806154> .
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, 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> .
- Fangel, L. M. V., Panobianco, M. S., Kebbe, L. M., Almeida, A. M., & Gozzo, T. O. (2013). Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 93-100. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100015> .
- Fatiregun, O. A., Olagunju, A. T., Erinfolami, A. R., Fatiregun, O. A., Arogunmati, O. A., & Adeyemi, J. D. (2016). Anxiety disorders in breast cancer: Prevalence, types, and determinants. *Journal of psychosocial oncology*, 34(5), 432-447. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196805> .
- Fischer, D., & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis, and therapy. *Magazine of European Medical Oncology*, 5, 52-54. <https://doi.org/10.1007/s12254-012-0327-2> .
- Ganz, P., Desmond, K., Belin, T., Meyerowitz, B., & Rowland, J. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17(8), 2371-2380. [10.1200/JCO.1999.17.8.2371](https://doi.org/10.1200/JCO.1999.17.8.2371) .
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49. <https://doi.org/10.1093/jnci/94.1.39> .

- Giordano, S. H., Kuo, Y.-F., Freeman, J. L., Buchholz, T. A., Hortobagyi, G. N., & Goodwin, J. S. (2005). *Journal of the National Cancer Institute*, 97(6), 419-424. <https://doi.org/10.1093/jnci/dji067> .
- Globocan. (2020). *Estimated number of new cases in 2020, both sexes, all ages*. World Health Organization. Acedido a 19 outubro, 2021, disponível em https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&population&populations=900,true&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1 .
- González, M. J. F., Canosa, L. L., & Pibernat, M. R. (2009). Efectos secundarios cutáneos de los tratamientos sistémicos del cáncer (I): quimioterapia y hormonoterapia. *Piel*, 24(7), 368-379. [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(09\)72021-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(09)72021-0) .
- Gonzalez, P., Nuñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, J.-W., Flores, K. F., & Nápoles, A. M. (2016). Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. *Health Psychology*, 35(1), 19–28. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000263> .
- Hassan, M. U. S., Ansari, J., Spooner, D., & Hussain, S. A. (2010). Chemotherapy for breast cancer (Review). *Oncology Reports*, 24(5), 1121-1131. https://doi.org/10.3892/or_00000963 .
- Helgeson, V. S., Snyder, P. & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.3> .

- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 239-254. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36270207> .
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Scheweigkofler, H., Dunser, M., et al. (2001). Quality of Life in Breast Cancer Patients - Not Enough Attention for Long-Term Survivors. *Psychosomatics*, 42(2), 117-123. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.2.117> .
- Honos-Webb, L., Lani, J., & Stiles, W. (1999). Discovering Markers of Assimilation Stages: The Fear-of-Losing-Control Marker. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1441-1452. 10.1002/(SICI)1097-4679(199912)55:123.0.CO;2-K .
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(1), 23–33. <https://doi.org/10.1037/h0087682> .
- Honos-Webb, L., Stiles, W. & Greenberg, L. (2003). A method of rating in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology*, 50(2), 189–198. 10.1037/0022-0167.50.2.189 .
- Hopwood, P., & Stephens, R. (2000). Depression in Patients With Lung Cancer: Prevalence and Risk Factors Derived From Quality-of-Life Data. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (4). 893-903. 10.1200/JCO.2000.18.4.893
- Hou, W. K., Law, C. C., Yin, J., & Fu, Y. T. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: A growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, 29(5), 484–495. <https://doi.org/10.1037/a0020809> .
- Humphreys, C. L., Rubin, J. S., Knudson, R. M., & Stiles, W. B. (2005). The assimilation of anger in a case of a dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 18 (2), 121–132. <https://doi.org/10.1080/09515070500136488> .

- Hung, Y., Liu, C., Tsai, C., Hung, M., Tzeng, C., Liu, C., & Chen, T. (2013). Incidence and risk of mood disorders in patients with breast cancer s in Taiwan: A nationwide population-based study. *Psycho-Oncology*, 22, 2227-2234. <https://doi.org/10.1002/pon.3277> .
- Kallay, E., & Dégi, C. L. (2014). Distress in Cancer Patients. *Cognition, Brain & Behavior*, 18(1), 17-38. https://www.researchgate.net/profile/Degi-Csaba/publication/275955937_Distress_in_cancer_patients/links/567569fe08ae502c99cdfb6b/Distress-in-cancer-patients.pdf .
- Kaplan, R. M. (2000). Two Pathways to Prevention. *American Psychological Association*, 55(4), 382-396. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.4.382> .
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness Representations and Coping with Health Threats. In T. E. Shelley, J. E. Singer & A. Baum (Eds.), *Handbook of Psychology and Health: Sociopsychological Aspects of Health* (pp. 219-252). Routledge.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2021). Sensibilização sobre cancro da mama regressa a Arganil. Acedido a 20 outubro, 2021, disponível em <https://www.ligacontracancro.pt/noticias/detalhe/url/sensibilizacao-sobre-cancro-da-mama-regressa-a-arganil> .
- López-Vivanco, G., Viteri, A., Pérez, M. T., & Fuente, N. (2000). Indicación de la Hormonoterapia en el Cáncer de Mama. *Gaceta Médica de Bilbao*, 97(4), 119-121. [https://doi.org/10.1016/S0304-4858\(00\)74343-5](https://doi.org/10.1016/S0304-4858(00)74343-5) .
- Magnoni, F., Alessandrini, S., Alberti, L., Polizzi, A., Rotili, A., Veronesi, P., & Corso, G. (2021). Breast Cancer Surgery: New Issues. *Current Oncology*, 28(5), 4053-4066. <https://doi.org/10.3390/curroncol28050344> .
- Majeed, W., Aslam, B., Javed, I., Khaliq, T., Muhammad, F., Ali, A., & Raza, A. (2014). Breast cancer: major risk factors and recent developments in treatment. *Asian Pacific Journal of*

Cancer Prevention: APJCP, 15(8), 3353-3358.
<http://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.8.3353> .

Maluf, M. F.-M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(2), 149-154. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n2.1974> .

Marques, L. (2003). Cancro da mama. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(5), 463-468. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i5.9976> .

Martins, M. E., Pais, H. L., & Ribeiro, L. A. (2020). Abordagem Diagnóstica da Neoplasia da Mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Coord.), *Manual de Oncologia SPO*. (pp. 81-91). Edit.on.lab.,lda.

Massie, M. J., & Greenberg, D. B. (2005). Oncology. In J. L., Levenson (Ed.), *Textbook of Psychosomatic Medicine*. (pp. 517-534). American Psychiatric Publishing.

Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716–726. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1461> .

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). A adaptação ao cancro da mama nas fases de diagnóstico e sobrevivência: Será o investimento na aparência um fator explicativo relevante?. *Análise Psicológica*, 4(29), 505-520. <https://doi.org/10.14417/ap.100> .

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 169-190. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36225171004> .

Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama: Do Diagnóstico à Sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36290114> .

- Morgado, M. B. (2021). Problemas sexuais na mulher com cancro da mama e cancro ginecológico: revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(5), 314-328. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i4.12888> .
- Mosher, J., Goldsmith, J. Stiles, W. & Greenber, L. (2008). Assimilation of Two Critic Voices in a Person-Centered Therapy for Depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 7(1), 1-19. 10.1080/14779757.2008.9688449 .
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2007). Psychological distress, depression, and anxiety. In *Handbook of cancer survivorship*. (pp. 323-337). https://doi.org/10.1007/978-0-387-34562-8_18 .
- Ogden, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 179-191. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf .
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23(1), 121-130. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00109-2](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00109-2) .
- Panobianco, M. S., Magalhães, P. A. P., Soares, C. R., Sampaio, B. A. L., Almeida, A. M., & Gozzo, T. O. (2012). Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (3), 532-540. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i3.14409> .
- Papaioannou, N. E., Beniata, O. V., Vitsos, P., Tsitsilonis, O., & Samara, P. (2014). Harnessing the immune system to improve cancer therapy. *Annals of Translational Medicine*, 4(14), 261. 10.21037/atm.2016.04.01 .
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.

<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1055/1/PSD%202004%205%281%29%2053-73.pdf> .

Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008, janeiro 14), Uma questão de «benefit finding»? O impacto emocional do cancro da mama [Conference session]. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Lisboa, Portugal. <http://www.isabel-leal.com/Portals/1/PDFs/7congresso/vii-congresso-saude-pp-279-282.pdf> .

Pereira, F., & Santos, C. (2011). Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic ILlness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde*, 4(2), 37-45. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2011.2820> .

Pires, D., Pereira, M., Paiva, S., & Silva, C. F. (2017). *Intervenção Psicológica em Perturbações da Personalidade*. (1ª edição). Lisboa: PACTOR.

Podgorsak, E. B. (2005). *Radiation oncology physics*. (2nd edition). Vienna: IAEA.

Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3(23), 295-304. <https://doi.org/10.14417/ap.93> .

Ramos, C., Pimenta, F., Costa, M., Santos, A. I., Rudnicki, T., Leal, I., & Patrão, I. (2018). Posttraumatic growth in adult cancer patients: an updated systematic review. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 157-181. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190201> .

Ramos, V. A. B. (2016, novembro). *O papel do psicólogo na doença oncológica e as suas fases*. Psicologia.pt. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1031.pdf> .

Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36280102.pdf> .

- Remondes-Costa, S., Jimenéz, F. & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 327-339. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36225171014> .
- Ribeiro, J. M. (2020). Biologia do Carcinoma de mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Eds.), *Manual de Oncologia SPO*. (pp. 39-59). Edit.on.lab.,lda.
- Riul, S & Aguillar, O. M. (1999). Quimioterapia antineoplásica: revisão da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 3(1/2), 60-67. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v3n1a11.pdf> .
- Rossi, L., & Santos, M. L. (2003). Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400006> .
- Rymarczyk, K., Turbacz, A., Strus, W., & Cieciuch, J. (2020). Type C Personality: Conceptual Refinement and Preliminary Operationalization. *Frontiers in Psychology*, 11, 552740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.552740> .
- Sales, C., Moleiro, C. M. M., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 54-59. 10.1590/S0101-60832012000200003 .
- Schou, I., Ekeberg, O. & Ruland, C. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718-727. <https://doi.org/10.1002/pon.896> .
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in Cancer Patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 1-35. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00208> .
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. (2ª edição). Coimbra.
- Shapiro, C. L., & Recht, A. (2001). Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 344 (26), 1997-2008. 10.1056/NEJM200106283442607 .

- Silva, S. I. M., Moreira, H. T. C., Pinto, S. M. A., & Canavarro, M. C. C. S. P. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população portuguesa. *Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 2(28), 105-133. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645444007> .
- Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 1(33), 39-53. <https://doi.org/10.14417/ap.832> .
- Souza, M. L. A., & Castro, E. K. (2020, janeiro 30), Comportamento comunicativo e perceção da doença no cancro da mama [Conference session]. *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Actas*, Covilhã, Portugal. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7523/1/13CongNacSaude_221.pdf .
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., Pierce, H. I., Flynn, P. J., Heard, L., & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently Diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer* 8(6), 482-493. 10.1002/(sici)1099-1611(199911/12)8:6<482::aid-pon402>3.0.co;2-w .
- Stiles, W. B. (1999a). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 1-21. 10.1080/10503309912331332561 .
- Stiles, W. B. (1999b). Suppression of continuity-benevolence assumptions (CBA) voices: A theoretical note on the psychology and psychotherapy of depression. *Psychotherapy*, 36(3), 268–273. <https://doi.org/10.1037/h0087847> .

- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462–465. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.462> .
- Stiles, W. B. (2005). Extending the Assimilation of Problematic Experiences Scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 85-93. <https://doi.org/10.1080/09515070500136868> .
- Stiles, W. B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(3), 9-22. 10.14713/pcsp.v5i3.973 .
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21(4), 367-384. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.582186> .
- Stiles, W. B., Elliot, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27 (3), 411–420. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.3.411> .
- Stiles, W. B., Hill, C. E., & Elliott, R. (2015). Looking both ways. *Psychotherapy Research*, 25(3), 282-293. 10.1080/10503307.2014.981681 .
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(2), 195–206. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.2.195> .
- Stiles, W. B., & Osatuke, K. (2011). Numbers in assimilation research. *Theory & Psychology*, 21(2), 200–219. 10.1177/0959354310391352 .
- Stiles, W., Shapiro, D., Harper, H. & Morrison, L. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology*, 68(1), 1-13. doi:10.1111/j.2044-8341.1995.tb01809.x .

- Taku, K., Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Krosch, D., David, G., Kehl, D., ..., & Calhoun, L.G. (2020). Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. *Personality and Individual Differences*, 169. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222> .
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal Of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305> .
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01 .
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(15), 479-488. <https://doi.org/10.14417/ap.459> .
- Varvin, S., & Stiles, W. (2010). Emergence of Severe Traumatic Experiences: An Assimilation Analysis of Psychoanalytic Therapy with a Political Refugee. *Psychotherapy Research* 9(3) 381-404. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309912331332821> .
- WHOQOL-Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessmen. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. [10.1017/s0033291798006667](https://doi.org/10.1017/s0033291798006667) .

Anexo I - Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (*retirado de Basto, 2018; traduzido e adaptado de Caro Gabalda & Stiles, 2009*).

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

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