

Instituto Universitário da Maia - ISMAI  
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Assimilação de Experiências Problemáticas em Doentes  
Oncológicos: A vivência da doença oncológica em  
mulheres com cancro da mama

Tese de Mestrado

Nicole Silva

Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Professora Doutora Isabel Basto  
Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Outubro, 2021



## **Agradecimentos**

Ainda não acredito que estou a escrever a página de agradecimentos da minha dissertação de mestrado. Parece tudo um sonho que nunca pensei que fosse conseguir. Mas pelos vistos com toda o trabalho realizado ao longo de um ano, eu consegui. Passei por muitos altos e baixos, mas consegui.

Em primeiro lugar quero agradecer às minhas orientadoras, a professora Isabel Basto e professora Patrícia Pinheiro, que me ajudaram muito ao longo do processo e sempre acreditaram em mim. Obrigada.

Quero agradecer à minha querida mãe, a pessoa que está comigo tanto nos dias bons como nos dias maus. É ela que me faz acreditar que eu consigo fazer tudo se eu trabalhar para isso. Obrigada mãe, do fundo do meu coração. A ti devo-te tudo.

Obrigada papi, por acreditares sempre em mim e por me motivares todos os dias para ser melhor!

Obrigada maninho, tu és a minha fonte de luz! Tenho tanto a agradecer-te! Obrigada por me fazeres sorrir quando estou triste, e por todo o amor e apoio que me dás sempre!

Obrigada a toda a minha família, tios, avós, primos, que sem eles eu não seria ninguém. Apoiaram-me a 100% em toda a minha jornada. Um abraço para todos, sabem que vos adoro.

Em especial à minha amiga Marta, com a qual passei horas a trabalhar, a estudar e também a passear e divertir. Foste o meu apoio fundamental nisto tudo que foi o mestrado e a dissertação final. Foste o melhor que este mestrado me deu. Obrigada pela força que sempre me transmitiste.

Obrigada à minha amiga Catarina, que apesar de longe esteve sempre perto e ajudou-me sempre quando mais precisei. Obrigada por todo o apoio que me deste ao longo dos nossos anos de amizade. Que venham mais!

Obrigada ao meu colega de investigação Ricardo, que me ajudou sempre quando eu precisava e ensinou-me o que é um trabalho de equipa. Ricardo a ti te devo muito! Obrigada por tudo.

Por fim, obrigada às minhas colegas de investigação, pelas horas que passamos juntas nas reuniões e pela força constante que transmitem.

Obrigada a todos!

## **Resumo**

O cancro da mama é um acontecimento inesperado e potencialmente traumático que provoca alterações na qualidade de vida da doente (Livneh, 2001; Silva et al., 2011). De acordo com o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2002, 2011) este pode ser percebido como uma experiência problemática, difícil de compreender e assimilar pela doente, contribuindo assim para o desenvolvimento do sofrimento psicológico.

O Modelo concetualiza a mudança psicológica e o retorno a um estado de bem-estar como um processo gradual de assimilação de experiências problemáticas (Stiles, 2002, 2011). Foram realizados vários estudos, nos quais se compreendeu que a progressiva assimilação da experiência problemática parece estar ligada a níveis mais elevados de bem-estar, ou seja, quanto maior for o nível de assimilação, melhor será a qualidade de vida e menor a intensidade de sintomas (Basto et al., 2016; Caro Gabalda & Stiles, 2009; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Stiles; Shapiro, Harpe & Morrison, 1995; Stiles et al., 1991 Stiles et al., 1991). Assim, a assimilação da experiência de cancro da mama pelas doentes oncológicas poderá contribuir para melhor bem-estar e qualidade de vida.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi explorar a assimilação da experiência problemática de cancro da mama e a sua relação com o bem-estar psicológico em mulheres. Com este fim, foram analisadas quatro entrevistas realizadas a mulheres com cancro da mama do IPO do Porto. Estas entrevistas foram analisadas à luz do Modelo de assimilação de experiências problemáticas, recorrendo à Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; Caro Gabalda & Stiles, 2009) permitindo identificar os níveis de assimilação da experiência problemática de cancro da mama de cada participante. Adicionalmente, através da aplicação do FACT-G (Pereira et al, 2011) e do

CORE-OM (Sales et al, 2012) analisou-se a relação entre o nível de assimilação e a qualidade de vida e sintomatologia clínica.

Os resultados apontaram que os níveis de assimilação mais elevados (APES 5 e APES 6) estão associados a uma melhor qualidade de vida e menor sintomatologia clínica, enquanto nos casos com níveis mais baixos (APES 2 e APES 3) verificou-se o oposto. Desta forma, concluiu-se que quanto maior for o nível de assimilação da experiência problemática melhor será a qualidade de vida.

Palavras-chave: Cancro da mama; Assimilação de experiências problemáticas; qualidade de vida; sintomatologia clínica

## **Abstract**

Breast cancer is an unexpected and potentially traumatic event that causes changes in the patient's quality of life (Livneh, 2001; Silva et al., 2011). According to the Problematic Experiences Assimilation Model (Stiles, 2002, 2011) this can be perceived as a problematic experience, difficult for the patient to understand and assimilate, thus contributing to the development of psychological suffering.

The Model conceptualizes psychological change and the return to a state of well-being as a gradual process of assimilating problematic experiences (Stiles, 2002, 2011). Several studies were carried out, in which it was understood that the progressive assimilation of the problematic experience seems to be linked to higher levels of well-being, that is, the higher the level of assimilation, the better the quality of life and the lower the intensity of symptoms (Basto et al., 2016; Caro Gabalda & Stiles, 2009; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Stiles; Shapiro, Harpe & Morrison, 1995; Stiles et al. ., 1991 Stiles et al., 1991). Thus, the assimilation of the experience of breast cancer by cancer patients may contribute to better well-being and quality of life.

In this sense, the aim of this study was to explore the assimilation of the problematic experience of breast cancer and its relationship with women's psychological well-being. For this purpose, four interviews carried out with women with breast cancer at the Porto IPO were analyzed. These interviews were analyzed in the light of the Problematic Experiences Assimilation Model, using the Problematic Experiences Assimilation Scale (APES; CaroGabalda & Stiles, 2009) allowing to identify the levels of assimilation of each participant's problematic experience of breast cancer. Additionally, through the application of the FACT-G (Pereira et al, 2011) and the CORE-

OM (Sales et al, 2012) the relationship between the level of assimilation and quality of life and clinical symptoms was analyzed.

The results showed that higher assimilation levels (APES 5 and APES 6) are associated with a better quality of life and less symptoms, while in cases with lower levels (APES 2 and APES 3) the opposite was found. Thus, it was concluded that the higher the level of assimilation of the problematic experience, the better the quality of life.

Keywords: Breast cancer; Assimilation of problematic experiences; quality of life; clinical symptomatology

# Índice

1. Enquadramento Teórico .....	1
1.1 Prevalência e Etiologia do Cancro da Mama .....	1
1.2 Impacto do Cancro da Mama .....	3
1.2.1 Fases do Cancro.....	3
1.2.2 Sintomatologia Clínica Depressiva .....	10
1.2.3 Sintomatologia Clínica Ansiógena .....	11
1.2.4. Qualidade de Vida.....	12
1.3 Fatores de Proteção .....	12
1.4 Acompanhamento Psicológico.....	15
1.5 Assimilação de Experiências Problemáticas .....	17
1.6 Problema de Investigação .....	23
2. Método.....	25
2.1 Participantes .....	25
2.2. Medidas.....	26
2.2.1 Questionário Sociodemográfico .....	26
2.2.2 Entrevista.....	27
2.2.3 Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas .....	27
2.2.4 Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)....	28
2.2.5 Functional Assessment of Cancer Therapy .....	28
2.3. Procedimentos.....	29

3. Resultados.....	32
3.1 Análise do processo de assimilação .....	32
3.1.1 “Rita” .....	32
3.1.2 “Maria” .....	35
3.1.3 “Helena” .....	38
3.1.4 “Filipa” .....	41
3.2 Análise entre a assimilação e a qualidade de vida e sintomatologia clínica .....	42
4. Discussão .....	44
5. Conclusões, implicações para a prática clínica, limitações, futuros estudos.....	48
6. Referências Bibliográficas.....	50

## **Índice de Figuras**

Figura 1- Análise da assimilação, qualidade de vida e sintomatologia clínica das participantes 42

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Escala de assimilação de experiências problemáticas (APES).....	19
---	----

# 1. Enquadramento Teórico

## 1.1 Prevalência e Etiologia do Cancro da Mama

O cancro é um tumor maligno constituído por células cancerígenas que são imortais e têm a capacidade de invadir e dissipar-se por todo o organismo contribuindo para a morte do mesmo (Bocchetta & Carbone, 2004). Segundo a World Health Organization (WHO, 2018), o cancro apresenta-se como a segunda principal causa de morte a nível mundial, responsável por cerca de 9,6 milhões de óbitos em 2018. Sendo o cancro da mama o tipo de cancro mais frequente, registando 2,9 milhões de casos por ano, e 627 mil óbitos. O cancro da mama refere-se aos tumores malignos que se desenvolvem na mama e que têm a capacidade de se espalhar até outros pontos do organismo (Paredes & Pereira, 2016).

Apesar do cancro da mama ser mais frequente em mulheres, os homens também são afetados por esta doença (American Cancer Society – ACS, 2018). De acordo com o National Breast Cancer Foundation (2018), o tecido e as células da mama do homem podem desenvolver cancro, porém estes casos são bastante raros. Menos de 1% dos casos de cancro da mama se desenvolvem em homens, sendo que a maioria dos casos diagnosticados apresentam uma idade superior a 50 anos (Conselho Internacional de Enfermeiros – INC, 2018). Visto que existe uma maior prevalência de casos de cancro da mama nas mulheres, o presente estudo focar-se-à no cancro da mama no sexo feminino.

Em Portugal, o cancro da mama é a principal causa de morte nas mulheres (Gomes & Nunes, 2020). De acordo com os dados estatísticos mais recentes, ocorreram 58,199 mil novos casos de cancro, sendo 6,974 mil devido ao cancro da mama (12%).

Em relação ao número de óbitos, foram registados em Portugal 28,960 mil mortes por cancro, dos quais 1,748 mil por cancro da mama (6%; WHO, 2018). Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2018), em 2018 a taxa de mortalidade por tumores malignos em Portugal estimou-se em 2,7% por local de residência.

De acordo com Peres e Santos (2009), o número de casos de cancro tem aumentado devido à prática de estilos de vida pouco saudáveis como por exemplo: alimentação descuidada em conjunto com hábitos de vida sedentária, entre outros comportamentos de risco. No que diz respeito ao cancro da mama, embora a sua etiologia seja desconhecida, existem fatores de risco que parecem aumentar a probabilidade de desenvolver esta doença, tais como: o sexo (feminino), a idade (mais elevada), a genética, a história familiar, a etnia, o tecido mamário denso e o estilo de vida não saudável (Okaidat et al., 2020). Segundo o National Cancer Institute (NCI, 2020), em 2019, cerca de 90% das mulheres com diagnóstico de cancro da mama tinha 45 anos ou mais, sendo a idade mais elevada um fator de risco predominante. Porém, estar exposto a fatores de risco não é uma condição necessária para que uma pessoa desenvolva um tumor maligno. De acordo com Okaidat e colaboradores (2020), existem vários casos de mulheres expostas a um ou mais fatores de risco, sem nunca terem desenvolvido a doença. Mais ainda, cerca de metade dos casos de cancro da mama incidem em mulheres que não estiverem sujeitas a fatores de risco aparentes (Okaidat et al., 2020).

Ainda que exista um crescimento preocupante de novos casos de cancro, tem-se verificado que o diagnóstico precoce e a eficácia dos meios de tratamento têm contribuído para o aumento significativo da esperança média de vida e, conseqüentemente, do número de sobreviventes (Okaidat et al., 2020; Silva et al., 2011). Atualmente, estima-se que aproximadamente 89% dos pacientes com cancro de mama sobrevivem cerca de 5 anos (tempo médio) após o diagnóstico, dependendo da fase da doença (Okaidat et al., 2020).

## **1.2 Impacto do Cancro da Mama**

A saúde da mulher com cancro da mama é afetada física e psicologicamente ao longo das várias fases do processo de doença: diagnóstico, tratamento, pós-tratamento, remissão, sobrevivência e fase terminal. De acordo com Silva e colaboradores (2011), no processo de adaptação à doença, é importante ter em conta que a maneira como as mulheres lidam com os desafios específicos de cada fase da doença, poderá ser um importante fator de risco ou de proteção para a sua qualidade de vida. Assim, importa perceber que tipo de desafios específicos esta doença acarreta, nas diferentes fases, e as suas consequências na vida da doente.

### **1.2.1 Fases do Cancro**

#### **Diagnóstico**

Segundo o estudo de Travado e Reis (2013), o primeiro indício surge através do aparecimento de uma massa dura, designada por caroço, na mama, bem como de alterações no peito e mamilo. O diagnóstico de uma doença crónica, tal como é o cancro, dá origem a alterações internas, por se apresentar como um processo desafiante que exige que o indivíduo crie estratégias para lidar com os principais desafios (Sprangers et al., 2000; Pedras et al., 2016). Todas estas experiências exercem um impacto negativo no bem-estar e qualidade de vida das mulheres (Montarezi, 2007). Segundo Chumdaeng e colaboradores (2020), as mulheres aquando diagnosticadas poderão experienciar distress emocional e desenvolver problemas psicológicos, tais como: insónias, perda de apetite, consumo excessivo de álcool, pensamentos suicidas e medo da morte. Nesta fase, a doente apresenta sentimentos de negação e choque que vão conduzir a um aumento da ansiedade, stress e tensão, vigorando a necessidade da mulher de expressar as suas angústias e preocupações. (Ramos, 2016). Dito isto, percebe-se que o diagnóstico é percebido como um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático que poderá resultar em

níveis significativos de ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático e alterações na qualidade de vida (Silva et al, 2011). Assim sendo, torna-se importante entender que a mulher passa por um processo gradual, no qual vai reconhecendo a sua realidade patológica, conduzindo-a à aceitação do diagnóstico e ao respetivo tratamento (Ramos, 2016).

### **Tratamento**

Após o diagnóstico segue-se a fase de tratamento, na qual a mulher poderá ser sujeita a vários tipos de procedimentos médicos continuados e, maioritariamente agressivos (Silva et al, 2011). Tendo em conta o Serviço Nacional de Saúde (SNS,2019), o objetivo de qualquer tratamento é eliminar todas as células cancerígenas que existam. O tipo de tratamento é escolhido de acordo com o grau de gravidade, tendo em consideração: a idade, o tamanho do tumor, os genes e o envolvimento dos nódulos axilares (Biganzoli, 2009). Segundo Benda e colaboradores (2004), as formas de tratamento disponíveis são todas potencialmente eficazes. Os procedimentos são a radioterapia, a quimioterapia, as terapias hormonais e imunoterapias e a cirurgia, sendo este último o procedimento mais utilizado neste tipo de cancro, segundo Ogdan (2004).

As cirurgias mais comuns são a cirurgia conservadora e a mastectomia, sendo que na conservadora apenas se retira uma parte da mama, de acordo com o tamanho e a localização do tumor (Schwartz et al., 2007). A mastectomia é extremamente dolorosa para a mulher, uma vez que se caracteriza pela remoção, parcial ou total, das mamas, que representam a sexualidade, feminidade e maternidade para muitas das pacientes (Silva et al., 2011). De acordo com o estudo de Moyer (2011, citado por Silva et al., 2011), a cirurgia conservadora comparada com a mastectomia, conduz a uma maior satisfação corporal, melhor funcionamento a nível psicológico, social e sexual, e também a uma menor ansiedade com a possibilidade de doença recidiva.

A quimioterapia, um procedimento sistémico que atua em todo o organismo, apresenta um efeito secundário muito comum - alopecia (queda do cabelo); a queda do cabelo é problemática, dado que pode ser experienciada como perda de um símbolo de identidade, sexualidade e beleza das mulheres (Fingeret et al., 2014). Uma preocupação frequente das mulheres que sofrem de cancro da mama é a imagem corporal, sendo que uma imagem corporal desfavorável, associada ao tratamento, afeta negativamente a sua qualidade de vida e o funcionamento psicossocial (Fingeret et al., 2014).

A radioterapia é um tratamento que funciona através da radiação, com o objetivo de destruir as células cancerígenas (SNS, 2019). Esta apresenta efeitos a nível físico como cansaço, irritação da pele e perda de cabelo, (SNS, 2019). Tal como a quimioterapia, tem impacto na qualidade de vida da doente, tais como stress derivado das mudanças físicas e da incerteza, ansiedade, depressão (Park & Kim, 2020).

A terapia hormonal pretende alterar a quantidade de hormonas produzidas pelo aparelho reprodutor, de forma a diminuir a probabilidade de o cancro crescer ou alastrar (SNS, 2019). Entre outros efeitos adversos, este tipo de terapia pode acarretar efeitos ao nível da temperatura corporal, como o surgimento de ondas de calor, porém não existem evidências de que afete negativamente a qualidade de vida da mulher (Conde et al., 2006). Não existe muita informação acerca do impacto deste tipo de terapia nas mulheres, porém verificam-se índices de menor adesão e a presença de efeitos secundários, tal como o exemplo acima mencionado (Brito et al., 2014). A imunoterapia, de acordo com o SNS (2019), é um tratamento recente que pretende combater o tumor através do sistema imunitário. Este tipo de tratamento tem como efeitos secundários a inflamação do intestino, pulmão e tiroide, (SNS, 2019).

## **Pós Tratamento**

A fase de remissão diz respeito à ausência temporária ou permanente da doença (SNS, 2019). Segundo Chumdaeng e colaboradores (2019) uma forma de controlar a saúde das doentes em fase de remissão é através de exames médicos periódicos que ajudam a detetar os sinais de cancro e os efeitos secundários dos tratamentos. Caso o cancro volte a aparecer, a mulher encontra-se na fase recidiva, na qual as células “adormecidas”, que não tenham sido eliminadas pelo tratamento, multiplicam-se e voltam a desenvolver cancro (SNS, 2019). De acordo com o SNS (2019), o cancro pode regressar num prazo de semanas ou anos no mesmo local ou noutra parte do corpo, após a remoção do cancro primário.

Ao longo dos anos, foi possível verificar um aumento do número de sobreviventes ao cancro da mama, porém devido aos tratamentos aos quais as mulheres foram sujeitas, podem ser identificados efeitos colaterais, a longo prazo que têm impacto na saúde física e no bem-estar. (Pinto e Gomes, 2012). De acordo com Chumdaeng e colaboradores (2020), na fase do pós-tratamento, a mulher sofre a nível físico, psicológico, social e espiritual. A nível físico, apresenta fadiga e sintomas de menopausa, enquanto a nível psicológico poderá desenvolver ansiedade e/ou depressão. No que diz respeito ao nível social, poderá experienciar problemas nos seus relacionamentos sexuais e presença de distress na sua família. Isto é evidenciado no estudo de Rossi e Santos (2003) que sugere que na etapa do pós-tratamento, aparecem as repercussões psicológicas que afetam o relacionamento afetivo-sexual. Isto acontece maioritariamente após a execução da mastectomia, a qual diz respeito à remoção da mama, associada à feminilidade da mulher, o que gera alterações na sua autoestima e em sentimentos de vergonha e repulsa em relação ao seu corpo. A nível espiritual, a doente pode apresentar medo e um sentimento de incerteza da recorrência da doença (Chumdaeng et al., 2020). A maioria dos estudos

indica que os doentes que terminaram os tratamentos apresentam dificuldades na readaptação à sua vida, os quais resultam dos problemas de saúde derivados da doença e/ou dos tratamentos (Chumdaeng et al., 2020).

Considera-se sobrevivência quando se ultrapassa o período de remissão de 5 anos (NCI, 2019). Na fase de sobrevivência, algumas mulheres dão uma atribuição positiva à sua experiência, portanto não a percebem como um trauma, apesar de todos os aspetos negativos (Patrão & Leal 2004). Assim, a mulher poderá encarar o cancro como uma transição psicossocial que sustenta um desenvolvimento interno. As mulheres nesta fase tendem a encarar os eventos e os projetos futuros de vida de uma forma mais positiva (Patrão & Leal, 2004). Porém, existem mulheres que experienciam sequelas resultantes dos tratamentos, tais como níveis elevados de fadiga, menor capacidade de trabalho, dificuldade em lidar com a imagem corporal e um maior desinteresse no relacionamento sexual (Silva et al., 2011). Caso estas questões não sejam detetadas numa fase precoce, poderão condicionar a qualidade de vida da mulher (Silva et al., 2011). De acordo com Silva e colaboradores (2011), também se verifica que, à medida que a mulher ultrapassa os efeitos secundários dos tratamentos, observa-se um aumento exponencial na sua qualidade de vida.

### **Fase Terminal**

Por fim, a fase terminal diz respeito à irreversibilidade da doença, ou seja, quando não existe tratamento possível (Salazar et al., 2016). A doença terminal é definida como incurável e em estado avançado e sem retorno, onde a probabilidade de resposta ao tratamento é nula (Capela & Apóstolo, 2016). Torna-se importante promover a aceitação da morte, porque nesta fase torna-se eminente o confronto com a morte próxima e a ameaça à integridade da doente (Salazar et al., 2016; Capela & Apóstolo, 2016).

### **1.2.2 Impacto a Nível Psicológico e na Qualidade de Vida**

Após a análise de cada fase do cancro é importante refletir acerca das consequências que o mesmo acarreta a nível emocional e psicológico. Entende-se necessário abordar esta questão porque o cancro da mama aumenta a probabilidade do aparecimento de perturbação psicológica e, por consequência, diminui a qualidade de vida (Saeedi et al., 2019).

De acordo com Saeedi e colaboradores (2019), o cancro da mama é uma doença que apresenta consequências psicológicas severas sendo vista como um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático que provoca alterações na qualidade de vida (Silva et al., 2011). Verifica-se que o diagnóstico desta doença surge acompanhado de respostas associadas à depressão, ansiedade, fúria e sentimentos de culpa. Estima-se que cerca de 30% a 40% das doentes com cancro da mama possam vir a desenvolver perturbações psicológicas (Seedi et al., 2019).

As consequências psicológicas poderão variar de acordo com diversos fatores: variáveis sociodemográficas (idade), isto porque vai depender da experiência de vida, da maturidade e da capacidade para encarar a doença; ajustamento emocional (ansiedade e depressão); apoio social; tipo e estágio da doença; conhecimento sobre o tratamento e prognóstico; tipo de tratamento e os seus efeitos secundários; estratégias de coping; crenças espirituais; saúde geral; personalidade e experiências anteriores de stress (Travado & Reis, 2013; Andrade & Fonte, 2017; Akechi et al., 2001).

De acordo com Ogden (2004), o cancro acarreta mudanças na vida das mulheres tais como: as mudanças de papéis associados à sua identidade, a sua expectativa do futuro, a sua aparência, e a funcionalidade do seu corpo. Tem-se verificado que a alteração na aparência consequente dos tratamentos está associada a um maior distress,

vulnerabilidade psicológica e perturbações de ajustamento (Collins et al., 2011). Assim sendo, verifica-se que as mulheres mais insatisfeitas com a sua aparência apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão (Collins et al., 2011).

De acordo com a National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2020), o *distress* em oncologia é definido como uma experiência mental, física, social e espiritual desagradável, que afeta a maneira como a mulher pensa, sente ou age. A prevalência de *distress* nos pacientes oncológicos é de 25% a 35%, sendo mais comum nas mulheres jovens, com doença avançada e incapacidade funcional (Albuquerque e Pimenta, 2014). Caracteriza-se pelos sentimentos de tristeza, medo e desesperança. Porém, a qualquer ponto da doença é normal e expectável que a mulher tenha estes tipos de sintomas. Entende-se que altos níveis de *distress* poderão tornar-se prejudiciais à saúde física e mental pelo seu impacto noutras áreas da vida da doente. Entende-se que frequentemente ocorrem mudanças ao nível da saúde que poderão servir de estímulo para o *distress* reaparecer ou intensificar (NCCN, 2020). Alguns dos fatores de risco associados são: a presença de sintomas incontroláveis do cancro e do próprio tratamento; o acesso limitado a cuidados de saúde; os problemas financeiros e familiares; o fraco suporte social; a presença de uma perturbação mental como ansiedade ou depressão, entre outros fatores (NCCN, 2020). Desta forma, torna-se importante que a doente seja acompanhada frequentemente de forma a ser garantido que a mesma recebe o tratamento adequado (Chiou et al, 2016).

O cancro é muito exigente a nível psicológico e emocional, existe por consequência a possibilidade de desenvolver quadros clínicos constituídos por sentimentos de vulnerabilidade, tristeza e medo, que poderão vir a desencadear problemas como: depressão, ansiedade, isolamento social e crise espiritual (Albuquerque e Pimenta, 2014).

É de extrema importância que um doente oncológico possa ter a melhor qualidade de vida possível, e para que tal aconteça, é necessário manter um bom funcionamento psicológico. De acordo com Hajian-Tilak e colaboradores (2020) a ansiedade e a depressão são as perturbações psicológicas mais comuns nos pacientes com cancro da mama. A prevalência de perturbações mentais no cancro da mama estima-se entre os 30% e 40%, isto porque é uma doença que causa impacto negativo na qualidade de vida e tenha diversas implicações (Okaidat et al., 2020; Ramos, 2016).

### **1.2.2 Sintomatologia Clínica Depressiva**

De acordo com Bottino e colaboradores (2009), uma das consequências psicológicas mais comuns na população oncológica é a depressão, que poderá estar associada ao tipo de tratamento a que a mulher é exposta. Os sintomas depressivos são a principal causa de sofrimento e prejuízo da qualidade de vida (Panobianco et al., 2012). Deste modo, a depressão também poderá interferir na adesão ao tratamento, isto porque, os pacientes deprimidos manifestam comportamentos menos saudáveis e uma menor capacidade de lidar com o problema (Adler & Page, 2008). De acordo com o estudo de Carver e colaboradores (1993), a desesperança e os pensamentos negativos estão associados a um nível elevado de depressão. A depressão é também associada a um maior nível de mortalidade (Hjerl et al., 2003).

O estudo transversal de Panobianco e colaboradores (2012), através de uma metodologia quantitativa, estudou 31 mulheres com cancro da mama, com idades superiores a 45 anos. Estas responderam ao Inventário de Depressão de Beck - BDI (Beck et al, 1961) antes e após o tratamento. Os resultados mostram que 41,9% das participantes do estudo apresentavam sintomas depressivos com intensidade leve a moderada. Conclui-se, através da comparação das avaliações realizadas, que existe um aumento dos sintomas depressivos durante o tratamento oncológico. Assim, verifica-se a necessidade de

controle e manuseamento dos sintomas depressivos e a identificação das necessidades das utentes de forma a poder desenvolver-se estratégias adequadas para cada uma delas.

Num estudo mais recente, Alqurann e colaboradores (2020) procuraram avaliar a prevalência da depressão nas doentes com cancro da mama e o impacto que tem na qualidade de vida. Para tal, realizaram um estudo transversal num período de 6 meses com uma amostra de conveniência com pacientes de dois hospitais na Jordânia, onde utilizaram o inventário de depressão Beck II – BDI II (Beck et al, 1996) para avaliar a prevalência da depressão. Verificou-se uma prevalência de depressão em 30,2% dos pacientes, dentro dos quais 26% apresentavam sintomas de depressão leve, 19,5% sintomas moderados e 1,8% sintomas graves. Apoiando os resultados do estudo de Panobianco e colaboradores (2012), existe a necessidade de auxiliar as doentes a lidar com os sintomas de depressão de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

### **1.2.3 Sintomatologia Clínica Ansiógena**

Segundo Okaidat e colaboradores (2020), para além da depressão, são também apresentados altos níveis de ansiedade que poderão ocorrer em qualquer fase da doença. A ansiedade pode ser desencadeada devido ao medo e às preocupações sobre a morte, a possível recorrência da doença, as preocupações financeiras e os problemas familiares presentes ou futuros (Hopwood & Stephens, 2000). Os pacientes com cancro da mama poderão sofrer de ansiedade em diversas situações e esta poderá ser responsável pelo aumento dos sentimentos de medo, da privação de sono, das náuseas e dos vómitos (Okaidat et al., 2020). Para além disso, tem consequências a nível social, nomeadamente na como: rejeição social e isolamento (Hopwood & Stephens, 2000).

De acordo com Okaidat e colaboradores (2020), cerca de 80% dos pacientes com cancro sofrem de ansiedade nos estados iniciais do tratamento. Tendo sido verificado uma

prevalência de 41,9% de ansiedade em mulheres com cancro da mama (Hashemi et al, 2019). No caso do estudo de Maass e colaboradores (2015), sob forma de revisão de literatura, verificou que, a percentagem de pacientes com ansiedade variou entre os 17,9% e os 33,3%, tendo uma percentagem média de 27,2%. No que se refere à prevalência de sintomas graves de ansiedade, o intervalo foi de 9,4% a 19,2% com uma percentagem geral de 12,6%. Importante compreender que cada estudo sugere uma percentagem diferente.

Por fim, conclui-se que os pacientes oncológicos com diagnóstico de ansiedade e/ou depressão apresentam um agravamento sintomatológico e pior prognóstico (Hopwood & Stephens, 2000). Isto porque, a doente passa por vários momentos de negação, culpa, raiva, perda de controlo, solidão, desesperança, sensação de objetivos por realizar e de menor autoestima (Matos & Pereira, 2005).

#### **1.2.4. Qualidade de Vida**

A qualidade de vida consiste em vários domínios como o bem-estar psicológico (níveis de ansiedade e depressão), o funcionamento físico e o suporte social (Perry et al, 2007). A qualidade de vida é variável de acordo com as diferentes experiências e dependendo da interpretação da doente (Nicolussi & Sawada, 2011). Vários estudos mostram que existem mudanças consideráveis na qualidade de vida nas mulheres com cancro da mama. Isto acontece devido a problemas físicos, sociais, profissionais, emocionais e familiares, que surgem devido à doença oncológica e dos seus tratamentos (Nicolussi & Sawada, 2011).

#### **1.3 Fatores de Proteção**

Apesar de existir uma forte prevalência de quadros clínicos associados à experiência oncológica e alguns fatores de vulnerabilidade associados, existem também

vários fatores de proteção, como por exemplo: o suporte social e a religiosidade e espiritualidade.

### **Suporte Social**

Segundo Adam e colaboradores (2020), o apoio social é um dos principais fatores correlacionados com resultados positivos no tratamento de doenças oncológicas, como o cancro da mama. Este é descrito como um apoio que é recebido através da família ou amigos que fornecem ajuda interpessoal e conseqüentemente aumenta a autoestima da doente (Adam et al., 2020).

O suporte social tem a capacidade de reduzir o stress e aumentar o bem-estar emocional (Adam et al., 2020). O suporte social pode diminuir os efeitos negativos do cancro, isto porque contribui para um melhor significado de vida, facilita o ajustamento à doença e melhora a qualidade de vida, contribuindo assim para um maior bem-estar psicológico (Holland & Holahan, 2003). Caso a doente seja privada de suporte social, isto poderá resultar num pior prognóstico e numa pior qualidade de vida (Adam et al., 2020). É importante denotar que quando a mulher passa pelo processo de adaptação à doença, tanto ela como a família sofrem, pelo que pode afetar o relacionamento mulher-família (Lindholm et al., 2002). Apesar disto, verifica-se que é de extrema importância o apoio familiar e o suporte social (Travado & Reis, 2013).

O estudo fenomenológico de Adam e colaboradores (2020) incluiu 15 mulheres com cancro da mama com idades superiores a 55 anos. Estas mulheres foram submetidas a entrevistas onde se recolheram dados sociodemográficos acerca do acesso ao suporte social. Neste grupo de mulheres o tipo de suporte mais comum é o informativo que provém dos profissionais de saúde e o apoio emocional e financeiro provindo da família e de outros significativos. Conclui-se que as mulheres que recebem suporte têm um

melhor prognóstico e qualidade de vida do que as mulheres que não recebem nenhuma forma de suporte. Assim sendo, entendeu-se que os efeitos de falta de apoio social podem-se traduzir em dificuldades financeiras e emocionais, envolvendo a falta de dinheiro para os tratamentos e a baixa autoconfiança e autoestima, por exemplo, causando sofrimento (Adam et al., 2020).

### **Religiosidade e Espiritualidade**

A espiritualidade e a religiosidade podem ser construtos inter-relacionados (Toledo et al., 2020). De acordo com Ribeiro e colaboradores (2019), a espiritualidade é considerada um fator de proteção nos doentes oncológicos, isto porque este fator está relacionado com atitudes positivas em relação ao cancro. A qual constitui, também, uma experiência humana e um processo social e pessoal pelo qual a pessoa exprime as suas ideias e atitudes (Swinton, 2003). Esta é vista como o lado subjetivo e emocional da experiência religiosa, a qual é utilizada para lidar com os principais stressores de uma experiência problemática (Toledo et al., 2020).

Em relação à religiosidade, esta muda a perspetiva da mulher acerca da doença, promovendo um maior alívio da dor e da angústia (Ribeiro et al., 2019). Deste modo, pode influenciar o ajustamento à doença a longo prazo, e oferecer conforto emocional, esperança, propósito e significado (Toledo et al., 2020). Por isto, a visão médica alterou, abrangendo as dimensões psicológicas, sociais e culturais, incluindo a espiritualidade (Paredes & Pereira, 2016). Entende-se que quando se é diagnosticado com uma doença oncológica esta apresenta-se como uma ameaça à sobrevivência, fazendo com que os indivíduos se questionem acerca do significado da vida (Pinto & Ribeiro, 2010). É de certo modo importante aceitar e entender as crenças de cada um e perceber que poderão ter em diferentes formas de fé.

De acordo com Travado e Reis (2013), em Portugal a cultura centra-se maioritariamente na igreja católica, associando a espiritualidade e a fé a mecanismos de coping favoráveis para uma menor morbidade psicológica, mais especificamente uma menor sintomatologia clínica depressiva e conseqüentemente um melhor bem-estar geral.

O estudo de Toledo e colaboradores (2020) pretendeu compreender o impacto da religiosidade e da espiritualidade em sobreviventes de cancro. Verificou-se que a religião apoiou as mulheres num processo de ajustamento à doença e ofereceu um sentimento de propósito e significado de vida que ajudou na forma como processaram o diagnóstico. Isto foi possível verificar mesmo em mulheres que não são profundamente religiosas. Esta informação corrobora o resultado de outros estudos que referem que a religião influencia a maneira como as doentes enfrentam a doença e como a oração poderá ser uma estratégia eficaz. Em relação à espiritualidade, esta ajudou a ter uma atitude calma e positiva perante a doença o que aliviou o medo da recidiva (retorno da doença oncológica). A espiritualidade auxilia as doentes caso estas sejam religiosas ou não, pois esta ajuda a ter uma sentimentos e atitudes mais positivas no que diz respeito à saúde e qualidade de vida. Assim, conclui-se que a religiosidade e a espiritualidade funcionam como um fator protetor e ajudam no ajustamento ao cancro da mama (Toledo et al., 2020).

#### **1.4 Acompanhamento Psicológico**

Perante quadros psicopatológicos, e atendendo à importância de ativar fatores protetores na adaptação à doença, a intervenção psicoterapêutica pode ser importante na promoção do bem-estar e qualidade de vida dos doentes (Brandão e Matos, 2015). Assim, um dos objetivos desta intervenção é auxiliar o doente a criar mecanismos de adaptação à doença e investir no aumento ou ativação dos fatores de proteção.

Com frequência, a mulher após o diagnóstico apresenta dificuldade em adaptar a doença na sua vida pessoal e familiar (Mahdavi et al, 2019), como também medo da solidão, da morte, dos efeitos dos tratamentos e da sensação de falta de controlo sobre a situação (Venâncio, 2004). É necessário o apoio psicossocial desde a fase do diagnóstico até à fase de recuperação e sobrevivência, o qual permite melhorias ao nível da qualidade de vida da doente, diminuindo os níveis de distress, e a ansiedade e depressão (Brandão et al., 2015; Sahuquillo et al., 2020; Venâncio, 2004). Para além disso, o tratamento psicológico pretende promover a aceitação da doença, de forma a diminuir a incidência de perturbações psicológicas e melhorar o prognóstico (Hopwood & Stephens, 2000), utilizando como recurso a reestruturação cognitiva, o apoio social, religioso, espiritual e a promoção da esperança (Mahdavi et al., 2019).

Mahdavi e colaboradores (2019) referem que uma das componentes psicológicas mais importantes da intervenção é a expressão emocional, que tem como propósito desenvolver o autoconhecimento, melhorar as estratégias de coping e o relacionamento interpessoal. A partilha desta experiência negativa é uma forma de restaurar o equilíbrio emocional e proteger a sua saúde (Mahdavi et al, 2019). Para além disso, torna-se necessário reforçar o vínculo familiar afetivo de modo a ser mais simples a partilha das experiências e emoções, isto porque o suporte familiar é um fator de proteção essencial para a doente (Venâncio, 2004; Travado & Reis, 2013).

No que se refere à intervenção, para esta população torna-se benéfico as técnicas de relaxamento para que possam ter maior controlo sob as suas emoções (Venâncio, 2004) e intervenções em grupo que ajuda a diminuir o sentimento de solidão e os níveis de ansiedade e depressão (Brandão e Matos, 2015; Venâncio, 2004).

Vários estudos comprovaram a importância e necessidade do acompanhamento psicológico nesta população, defendendo que poderá melhorar a sua saúde mental e qualidade de vida (Andersen et al, 2008; Dowlatabadi et al, 2016; Mahdavi et al, 2019).

Em suma, o cancro é um desafio que acarreta várias implicações a nível físico e psicológico, as quais têm consequências no bem-estar e na qualidade de vida da mulher (Montarezi, 2007). Esta doença é vista como um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático que pode comprometer o seu estar físico e psicológico, acarretando prejuízo na sua na qualidade de vida (Silva et al., 2011). Por isto, torna-se importante a ativação de fatores de proteção e/ou de acompanhamento psicológico que facilitem a aceitação e adaptação à experiência de cancro da mama, promovendo níveis elevados de bem-estar e melhor qualidade de vida. Apesar desta relação ter sido sugerida a nível teórico e com base em investigações prévias, não foi estudada de forma sistemática. O Modelo de Assimilação de Experiências problemáticas (Stiles, 20XX) poderá ser útil para analisar, de forma sistemática, a relação entre a assimilação da experiência de cancro da mama e o bem-estar psicológico e qualidade de vida.

## **1.5 Assimilação de Experiências Problemáticas**

### **O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas e o Cancro da Mama**

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas é uma abordagem transteórica que pretende explicar a mudança psicológica como um processo gradual de assimilação de experiências problemáticas (Stiles, 2002, 2011). O modelo explica o processo de integração de experiências problemáticas no *self*, contemplando um conjunto de fenómenos cognitivos, afetivos e comportamentais (Stiles, 1990;2011). O *self* é uma estrutura coerente composta por um conjunto de ideais, experiências e perceções que são aceites e que criam a identidade da pessoa, que podem ser perspetivadas metaforicamente

como vozes, as quais representam as experiências do sujeito (Stiles, 2002, 2011; Stiles et al., 1990; Dimmagio & Stiles, 2007). Estas vozes articulam-se numa estrutura organizada hierarquicamente denominada de comunidade de vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999). Torna-se importante compreender que o *self* é a representação de traços de experiências prévias, as quais são ativas quando as experiências atuais são semelhantes às anteriores (Osatuke et al, 2005). Sendo assim, quando o sujeito lida com uma situação específica, a voz correspondente vai conectar-se com a experiência semelhante prévia, permitindo ao *self* lidar com a situação de um modo adaptativo (Caro Gabalda, 2014).

Quando existem novas experiências criam-se novas vozes, as quais necessitam de ser assimiladas na comunidade de vozes (Osatuke et al, 2011). As vozes são assimiladas quando não representam uma ameaça à estabilidade da comunidade do *self*, as vozes problemáticas são incompatíveis, não conseguindo ser integradas na comunidade (Caro Gabalda, 2013). As vozes problemáticas podem ter como origem os eventos de vida difíceis ou traumáticos (Mosher & Stiles, 2009; Caro Gabalda, 2013; Honos-webb & Stiles, 1998), como o cancro da mama. Assim, quando se trata de uma experiência problemática, esta diz respeito a uma ideia que causa desconforto psicológico quando é lembrada ou trazida à consciência, sendo por isso não assimiladas no *self* (Stiles, 1999). Sendo assim, estes tipos de experiências tornam-se incongruentes e promotoras do desequilíbrio psicológico (Stiles, 1999). Torna-se necessário assimilar a voz problemática na comunidade de vozes, para que o *self* tenha uma capacidade maior de adaptação a novas situações e reestabeleça o equilíbrio emocional. Caso isso não aconteça, poderá haver uma maior probabilidade de desenvolver quadros clínicos. Por isso, torna-se importante incentivar para a mudança clínica, a qual pretende promover a conexão entre

a voz problemática e a comunidade de vozes dominantes do self (Honos-Webb et al., 1998).

Em suma, entende-se que a não assimilação das vozes problemáticas está associada ao sofrimento emocional. O retorno a um estado de bem-estar parece estar ligado à assimilação gradual da experiência problemática no self (Stiles, 2011). Este processo ocorre através da criação de pontes de significado entre as vozes problemáticas e as vozes dominantes da comunidade (Stiles, 2011). As pontes de significado traduzem-se em imagens, gestos e palavras que representam o entendimento entre as vozes, conduzindo à assimilação da experiência problemática (Stiles, 2011).

O processo de assimilação das experiências no *self* pode ser avaliado através do discurso, utilizando a escala de assimilação de experiências problemáticas apresentada a seguir na tabela 1 (APES; CaroGabalda & Stiles, 2009). Esta escala descreve a evolução da relação da experiência problemática com as vozes da comunidade do self. A escala descreve o processo de assimilação ao longo de 8 estágios, desde a dissociação da experiência problemática (nível 0), até à sua completa assimilação (nível 7 – domínio; Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et al., 1991).

### **Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas**

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

<b>Nível</b>	<b>Descrição</b>
<b>0. Evitamento</b>	O conteúdo não está formado; O cliente não está consciente do problema. O desconforto pode ser mínimo, refletindo o evitamento bem-sucedido.

<p><b>1. Pensamentos Indesejáveis</b></p>	<p>O conteúdo é formado por pensamentos desconfortáveis.</p> <p>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</p> <p>fortes pensamentos negativos – ansiedade, medo, raiva, tristeza.</p>
<p><b>2. Consciência vaga/ Emergência</b></p>	<p>O cliente reconhece a experiência problemática e descreve pensamentos desconfortáveis associados, mas não consegue formular o problema claramente.</p> <p>A emoção inclui dor psicológica aguda ou pânico associado a</p> <p>pensamentos e experiências</p>
<p><b>3. Colocação do problema/ Clarificação</b></p>	<p>O conteúdo inclui a colocação clara de um problema – algo que pode ser trabalhado.</p> <p>A emoção é negativa mas pode ser gerida, não há pânico.</p>
<p><b>4. Compreensão/Insight</b></p>	<p>A experiência problemática é colocada em forma de esquema, formulada, compreendida com estabelecimento de ligações claras.</p> <p>A emoção pode ser mista, com reconhecimentos desagradáveis, mas também com curiosidade e por vezes com agradável surpresa.</p>

<p><b>5. Aplicação/Elaboração</b></p>	<p>A compreensão é utilizada para se trabalhar um problema; existem esforços específicos para a resolução do problema.</p> <p>O cliente pode descrever a consideração de alternativas ou a seleção sistemática de percursos de ação.</p> <p>O tom emocional é positivo, trabalhar e otimista</p>
<p><b>6. Solução/Elaboração</b></p>	<p>O cliente atinge a solução para um problema específico.</p> <p>A emoção é positiva, o cliente está satisfeito, orgulhoso da sua realização. À medida que o problema diminui a emoção torna-se mais neutral.</p>
<p><b>7. Dominio/Mestria</b></p>	<p>O cliente usa de forma bem-sucedida as soluções em novas situações; esta generalização é em grande medida automática e não saliente.</p> <p>A emoção é neutra (ou seja, já não se trata de algo acerca do qual sentir excitação).</p>

Foram realizados vários estudos de modo a entender como se processa a assimilação das experiências problemáticas, nos quais se verificou que os níveis médios de assimilação são mais elevados em casos de sucesso, onde se verificam mudanças significativamente positivas. Estas mudanças estão associadas a níveis mais elevados de assimilação enquanto nos casos de insucesso apresentam níveis de assimilação inferiores. (Basto et al., 2016; Detert et al., 2006; Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda, 2011; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Stiles, Shapiro et al., 1995; Stiles et al., 1991). Através dos estudos mencionados acima, também se

conseguiu concluir que independentemente do modelo terapêutico e do tipo de problema, os casos que atingem maiores níveis de assimilação parecem estar associados a uma diminuição de sintomas e ao aumento de bem-estar.

A APES tem sido aplicada em contexto clínico em diferentes quadros psicopatológicos como no estudo de Varnin e colaboradores (1999), onde analisaram o processo de assimilação de experiências problemáticas em perturbações de stress pós-traumático com refugiados. O objetivo foi a compreender as mudanças ocorridas antes e depois do processo psicoterapêutico na assimilação das suas experiências problemáticas. Segundo os autores, nestes quadros clínicos é fundamental promover a assimilação da experiência porque estão associados a consequências a nível físico, psicológico e comportamental. Os principais resultados do estudo permitiram verificar que a utilização do modelo de assimilação de experiências problemáticas é vantajosa ao permitir aprofundar e compreender de forma mais alargada o processo de assimilação nos diferentes casos, permitindo um maior acompanhamento do desenvolvimento dos temas antes e após o tratamento psicológico (Varnin et al., 1999). Desta forma, foi possível compreender que uma melhor compreensão acerca da experiência traumática pode ser importante para compreender o impacto do processo no bem-estar psicológico dos indivíduos que passam por este tipo de experiências.

Posto isto, o cancro da mama pode ser enquadrado, com base no modelo de assimilação, como uma experiência problemática, já que, segundo Ogden (2004) envolve um período desafiante para as mulheres, acarretando mudanças ao nível da identidade, expectativa do futuro, aparência e funcionalidade do seu corpo. A maior assimilação da experiência de cancro da mama, considerando os estudos prévios com a APES, poderá facilitar o bem-estar e qualidade de vida das mulheres com cancro da mama.

## 1.6 Problema de Investigação

O presente estudo centra-se na problemática do cancro, o qual apresenta-se como a segunda principal causa de morte a nível mundial, responsável por 9,6 milhões de óbitos, sendo o cancro da mama o mais frequente, registando 2,9 milhões de casos por ano (WHO, 2018). Entende-se que o diagnóstico do cancro da mama é dado como um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático, visto que está associado ao aumento de perturbações psicológicas que diminuem a qualidade de vida da mulher (Saeedi et al, 2019; Silva et al, 2011). O cancro acarreta mudanças na vida das mulheres que poderão desencadear quadros clínicos como ansiedade e depressão (Hajian-Tilak et al 2020; Ogden 2004;).

Porém, caso haja a presença de fatores protetores como o suporte social, familiar e a religiosidade e espiritualidade, torna-se possível diminuir o impacto negativo da doença oncológica (Silva et al, 2011). Para além disso, uma forma de diminuir os efeitos negativos do cancro poderá ser o tratamento psicológico, o qual pretende promover a aceitação da doença, de forma a diminuir a incidência de perturbações psicológicas e melhorar o prognóstico (Hopwood & Stephens, 2000). Sendo assim, torna-se essencial a aceitação e adaptação da experiência do cancro da mama. A adaptação à doença e a sua integração parecem contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida da mulher.

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas, poderá ser útil para estudar de forma sistemática esta relação. Este modelo é comumente utilizado para explicar e avaliar a mudança psicológica em contexto de intervenção psicoterapêutica. Entende-se que o sofrimento psicológico está associado à não assimilação de certas experiências problemáticas devido à sua incompatibilidade na comunidade de vozes. O cancro da mama é um acontecimento adverso e potencialmente traumático que provoca alterações na qualidade de vida (Livneh, 2001; Silva et al., 2011), podendo ser

conceitualizado, à luz deste Modelo, como uma experiência problemática. A não assimilação desta experiência problemática pode desencadear comportamentos desadequados, como por exemplo a não adesão ao tratamento, a negação ou o desenvolvimento de quadros clínicos como ansiedade ou depressão, prejudicando a sua qualidade de vida. A sua progressiva assimilação das experiências problemáticas, por seu turno, parece estar ligada a níveis mais elevados de bem-estar, ou seja, quanto maior for o nível de assimilação menor a intensidade de sintomas (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et al., 1991). Logo, a assimilação e a acomodação da experiência de cancro poderá associar-se a melhor bem-estar e qualidade de vida nas mulheres com cancro da mama.

Este estudo tem como objetivo central explorar a assimilação da experiência de cancro da mama em mulheres e a relação dessa assimilação com o seu bem-estar psicológico e qualidade de vida.

O presente estudo e os seus resultados podem contribuir para um maior conhecimento sobre os fatores promotores de maior bem-estar psicológico nesta população. Desta forma, os pode também, ser um importante contributo para a intervenção psicoterapêutica junto desta população.

## 2. Método

### 2.1 Participantes

As participantes deste 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” (FCT 2021.05414.BD). A amostra desse projeto foi constituída por doentes oncológicas seguidas na Clínica da Mama no Instituto Português de Oncologia do Porto. Os critérios de inclusão da amostra foram os seguintes: mulheres com cancro da mama (desde a fase do diagnóstico até à fase da sobrevivência); idades compreendidas entre 18 e 65 anos; diagnóstico oncológico nas fases iniciais da doença (estádio I a III – sem metástases); e fluência oral e leitura/escrita em português. Quanto aos critérios de exclusão: diagnóstico oncológico da mama em fase avançada da doença (estádio IV – com metástases); outro diagnóstico oncológico para além do de cancro da mama. A amostra inicial foi de 21 mulheres com cancro da mama, tendo sido selecionado para o presente estudo quatro mulheres. Foram selecionados os dois casos com a melhor qualidade de vida, e os dois com a pior qualidade de vida com o objetivo de explorar a relação com a assimilação da experiência de cancro da mama. Este critério de seleção foi sustentado através dos resultados dos questionários aplicados. De forma a respeitar a confidencialidade e privacidade das participantes selecionadas, foram dados nomes fictícios. Através do questionário sociodemográfico foi possível recolher informação de cariz pessoal e clínica das participantes.

“*Rita*” é uma mulher portuguesa de 54 anos, divorciada e tem dois filhos. Descobriu o seu diagnóstico em 2020 e encontra-se de momento na fase pós tratamento. Foi submetida a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. No que se refere

aos dados clínicos, a entrevistada tem acompanhamento psicológico, não tendo tido nenhum episódio depressivo.

A “*Maria*” é uma mulher portuguesa com 40 anos, casada e sem filhos. Descobriu o seu diagnóstico em 2018 e foi submetida a cirurgia, quimioterapia e hormonoterapia. Encontra-se na fase de pós-tratamento. No que se refere aos dados clínicos, a entrevistada teve um episódio depressivo há cerca de 6 anos derivado dos problemas de infertilidade, tendo sido acompanhada por um psicólogo e psiquiatra.

A “*Helena*” é uma mulher portuguesa de 47 anos, divorciada e tem dois filhos. 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, radioterapia e hormonoterapia. Tem historial de um episódio depressivo, porém não foi acompanhada por nenhum profissional de saúde mental nessa época. Atualmente é acompanhada por um psicólogo devido a questões relacionadas com o sono.

A “*Filipa*” é uma mulher portuguesa de 43 anos, casada e não tem filhos. Descobriu o seu diagnóstico em agosto de 2007, tendo sido sujeita a cirurgia, quimioterapia e hormonoterapia. Encontra-se empregada de momento na área de administração. Em relação aos seus dados clínicos, a entrevistada já foi diagnosticada previamente com perturbação depressiva major, tendo sido acompanhada no psicólogo e psiquiatra

## **2.2. Medidas**

### **2.2.1 Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico, construído para este estudo, serve para caracterização da amostra. Este é constituído por duas partes, sendo que a primeira diz respeito à informação de cariz pessoal como a idade, o estado civil, com quem vive, o

agregado familiar, as habilitações literárias e os anos de escolaridade, a profissão, a situação profissional atual e outros acontecimentos importantes mais recentes. A segunda parte refere-se à informação de cariz clínico (a) centrada na doença oncológica, como o diagnóstico, a fase de doença, o estágio e os tratamentos oncológicos atuais ou passados e (b) na existência de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atual ou passado e o motivo associado.

### **2.2.2 Entrevista**

Baseada na literatura, a entrevista semiestruturada construída no âmbito deste estudo 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.

### **2.2.3 Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas**

A APES (**Error! Reference source not found.**), é uma medida observacional que permite avaliar a evolução da assimilação da experiência problemática, sendo que neste estudo a experiência analisada foi a de cancro da mama. Esta escala é constituída por 8 níveis, desde a dissociação da experiência problemática (nível 0), até à sua completa assimilação (nível 7 – domínio) referindo-se os níveis mais elevados (APES 4,5,6 e 7) a

uma maior assimilação da experiência problemática (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et. al., 1991).

#### **2.2.4 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, tendo sido 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). Este instrumento é respondido através de uma escala de likert que varia entre 0 e 4 pontos, onde 0 corresponde a “Nunca” e 4 corresponde a “Sempre ou Quase Sempre” (Sales et al, 2012). O score varia entre 0 e 40, sendo 10 o ponto de corte que diferencia a população geral da população clínica. 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 ( $\alpha > .8$ )

#### **2.2.5 Functional Assessment of Cancer Therapy**

A Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G) é uma escala funcional de qualidade de vida geral e foi desenvolvida por Cella e colaboradores (1993). Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Pereira e colaboradores (2011) e 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, esta trata-se de uma escala de likert de 5 pontos (0 = nem um pouco e 4 = muitíssimo (Pereira et al, 2011). No que diz respeito aos scores, estes variam serão somados dando um 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  $\alpha$  de *Cronbach* entre 0,80 e 0,90 confirmando uma muito boa fidelidade (Pereira et al, 2011).

### **2.3. Procedimentos**

#### **Recrutamento da amostra e recolha de dados**

O contacto com as participantes foi efetuado através do elemento de ligação no IPO. De seguida, foi submetido o projeto à comissão de ética do IPO, o qual foi aprovado. A recolha das entrevistas teve a duração de 2 semanas. Na recolha da amostra, referiu-se que a participação no estudo é voluntária, dando o tempo que seja considerado necessário para que pudessem refletir sobre o assunto e tomar a decisão de forma consciente. De seguida foi apresentado o consentimento informado às participantes, o qual foi assinado pelas mesmas para que fosse possível proceder à recolha de informação.

De acordo com a situação atual da COVID-19 em Portugal, entendeu-se mais seguro de que a recolha de dados fosse efetuada via online. As participantes preencheram dois questionários CORE-OM (Sales et al, 2012) e FACT-G (Pereira e colaboradores 2011) e de seguida foram alvo de uma entrevista semiestruturada. A entrevista foi gravada em formato áudio de forma a ser possível realizar a transcrição e codificação da mesma com a APES. Após a recolha o investigador responsável pelo projeto de doutoramento selecionou através do resultado do questionário FACT-G, as duas participantes com a melhor qualidade de vida e as duas com a pior qualidade de vida.

#### **Procedimentos de análise de dados**

Após a recolha de dados, seguiu-se a transcrição da entrevista na sua íntegra e a sua codificação, com a APES (CaroGabalda & Stiles, 2009). De acordo com Manzini

(2008) a transcrição tem o objetivo transpor as informações orais em informações escritas, para que tal aconteça, deve-se escutar várias vezes o mesmo trecho. A análise do processo de assimilação de experiências problemáticas nas respectivas entrevistas foi realizada seguindo os procedimentos propostos por Stiles e Osatuke (2000) para a codificação com a APES.

Os codificadores da APES, uma aluna de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e um aluno de doutoramento em Psicologia Clínica, foram treinados durante cerca de 5 meses nos procedimentos de codificação. O treino foi conduzido por duas Psicólogas doutoradas com experiência na APES. Após os codificadores atingirem um nível de acordo inter-juízes aceitável ( $ICC > .65$ ) em sessões de treino, começaram a codificar as entrevistas das quatro participantes deste estudo, de forma independente.

A codificação teve quatro etapas, sendo que a primeira etapa correspondeu à familiarização do investigador com o material, fazendo anotações que pudessem ser utilizadas mais tarde (Stiles e Osatuke, 2000). Foi nesta etapa que os investigadores ouviram os áudios de forma repetitiva, leram e releeram as transcrições e escreviam notas detalhadas. De seguida, os investigadores identificaram e escolheram os temas e as vozes dominantes e problemáticas de cada participante que surgem ao longo da entrevista (Stiles e Osatuke, 2000). Os temas foram selecionados de acordo com a sua relevância em cada entrevista, ou seja, o que foi mais abordado e o que ocupou mais tempo nas entrevistas. Na terceira etapa recolheu-se um conjunto de excertos acerca do tema previamente escolhido (Stiles & Osatuke, 2000). Após a seleção dos excertos, os mesmos foram codificados de acordo com os níveis correspondentes da escala APES. Os codificadores codificaram um novo excerto sempre que existia uma mudança de tópico, uma mudança de nível APES ou um marcador de assimilação (Honos-Wenn et al., 2003). Os marcadores dizem respeito a padrões de discursos terapêuticos fáceis de reconhecer e que estão

empiricamente ligados aos diferentes níveis de assimilação (Honos-Webb, Surko et al, 1999).

Após a codificação, os codificadores reuniram-se para discutir os desacordos, resolvendo-os por consenso. O número médio de passagens por entrevista nos quatro casos foi 29. Foi importante realizar o cálculo do acordo de forma a estimar a confiabilidade da avaliação realizada pelos dois codificadores. O nível de acordo entre os avaliadores nas classificações finais foi considerado alto ( $ICC > 0,8$ ; Cicchetti, 1994). Com base nas codificações finais, foi calculado o nível médio de assimilação nas quatro entrevistas. No processo de codificação a responsável do presente estudo desconhecia a informação acerca dos resultados dos questionários da qualidade de vida de nenhuma das participantes, em prol da confiabilidade da codificação final.

### **3. Resultados**

O presente estudo teve como objetivo explorar o processo de assimilação de experiências problemáticas em mulheres com cancro da mama e a sua relação com a qualidade de vida e a sintomatologia clínica. Para tal, recorreu-se à codificação com a APES para entender a relação entre a assimilação e a qualidade de vida e a sintomatologia clínica. Foram selecionadas quatro participantes: duas com a melhor qualidade de vida e duas com a pior qualidade de vida. Todas as participantes selecionadas encontram-se em fase pós tratamento.

#### **3.1 Análise do processo de assimilação**

Foram identificados os mesmos quatro temas principais nas entrevistas das quatro participantes, tais foram: (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 e o impacto da doença no seu estilo de vida. O (2) adaptação pretende compreender conteúdos relativos à forma como o cancro da mama influenciou as ligações familiares e sociais da mulher. O tema (3) refere-se ao impacto a nível físico e mudanças na funcionalidade, como a incapacidade de realizar tarefas ou executá-las com maior esforço. Por último o tema (4) diz respeito ao nível profissional ou académico. Não se irá diferenciar a assimilação entre temas, pois esta é muito semelhante nos diferentes casos.

##### **3.1.1 “Rita”**

A “Rita” caracteriza-se como uma pessoa rigorosa, trabalhadora, perfeccionista e exigente. Na análise da entrevista, identificámos como voz dominante “Não posso falhar, tenho de ser sempre forte e não posso depender de ninguém”. 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 e se calhar não havia tanta necessidade disso; Sempre pus o trabalho em primeiro, e nunca quis ah, fraquejar.”*

Como voz problemática identificámos: “Sou culpada pela minha doença”, “Sou culpada por aquilo que me aconteceu”. A voz problemática diz respeito ao seu sentimento de culpa relacionado com a doença, isto porque a “Rita” acredita que o seu ritmo de vida e a sua autoexigência teve como consequência o cancro da mama. Os excertos que comprovam a voz problemática são: “ *Acho que trabalhei demais e dei cabo da minha saúde; E eu sinto que se calhar eu sou a culpada?*”

A análise da entrevista de “Rita” foi realizada pelos dois codificadores tendo chegado a um acordo elevado de ICC= 0,862. Através da análise da APES, “Rita” apresenta um nível médio de assimilação baixo (2,60). Na análise foi possível identificar maioritariamente níveis baixos de assimilação (APES 2 e 3), não tendo sido identificado diferenças significativas nos níveis médios de assimilação para cada tema, variando entre 2,2 e 2,76. A “Rita” reconheceu a existência da experiência problemática (APES 2) como também conseguiu formular o problema (APES 3), porém ainda não está integrada na comunidade de vozes. A entrevistada demonstrou baixo nível de assimilação através da expressão de emoções negativas e vulnerabilidade perante a experiência problemática, indicando dificuldade em adaptar-se à mesma (APES 2). Ao longo da entrevista foi possível observar a voz problemática de culpabilização pela doença, onde a entrevistada exprimiu arrependimento pelo seu estilo de vida exigente e sem tolerância à fraqueza. É possível verificar isto no excerto correspondente ao tema da adaptação à doença, codificado como APES 2, no qual se consegue observar que a “Rita” apresenta dificuldades em assimilar a experiência problemática devido ao seu sentimento de culpabilização e insatisfação com a vida. Isto deve-se às mudanças negativas que sofreu derivado da não assimilação da experiência:

*Entrevistador: Sente alguma culpa por isso?*

*“Rita”:* (Silêncio) *Sim. Porque sempre pus trabalho em primeiro lugar (emociona-se) e nunca quis ah, fraquejar e (...) É quase como eu dediquei-me sempre a tanto a tudo não é? E isto aconteceu-me (...) Acho que trabalhei demais (...) e dei cabo da minha saúde (...) se eu fosse uma pessoa que levasse as coisas mais ou menos ah... mais leves, se calhar não, não teria não teria...*

*Entrevistador: Sente-se culpada*

*“Rita”:* *Houve uma fase que eu estava muito otimista e positiva. Mas o meu desinteresse pela vida aumentou.(...) Porque me sentia sozinha a lutar contra a doença.*

*Entrevistador: Foi essa solidão que a fez começar a perder o otimismo?*

*“Rita”:* *Sim (...) agora eu vivo porque tenho que viver.*

*Entrevistador: Como descreve a sua satisfação com a sua vida de uma forma geral?*

*“Rita”:* *Ainda não estou satisfeita (...) não era isto que queria. E não ponho culpa nela (doença), ponho a culpa em mim.*

No que se refere à voz dominante, ao longo da entrevista manifestou-se através da sua necessidade de ser forte e ter a capacidade de lidar com todos os problemas sozinha. Isto pode ser observado no excerto apresentado a seguir, codificado como APES 3, devido à presença do marcador da expressão e inibição de necessidade, que demonstra que tanto a voz dominante e problemática são salientes. É possível observar a expressão da necessidade da voz problemática e a inibição da mesma pela voz dominante:

*Entrevistador: Falta aquela componente mais afetiva, mais íntima, mais*

*“Rita”:* *Não, não tive. Isso é reconfortante, não é? encostar a cabeça e falar dos problemas e a outra pessoa também ajudar. Essa parte não, não tive essa parte e essa parte, se calhar, era importante.*

*Entrevistador: Portanto sente*

*“Rita”*: *Teria sido importante (...) Se calhar nessa parte falhei por ser tão teimosa e querer fazer sempre tudo sozinha.*

Apesar de existirem maioritariamente níveis baixos de assimilação, foram também identificados alguns níveis 4 da APES na constatação do impacto positivo da experiência problemática, que se pode ilustrar no tema das mudanças sociais, mais especificamente nas relações de amizade.

Em suma, através da entrevista observámos que “Rita” apresenta um baixo nível de assimilação da experiência problemática de cancro da mama.

### **3.1.2 “Maria”**

“Maria” é uma mulher trabalhadora e focada nos projetos de vida, e apresenta como voz dominante “Tinha de ser mãe para ser feliz”. A “Maria” acreditava que não conseguiria ser feliz se não fosse mãe e por isso era exposta a vários tratamentos de fertilidade para conseguir cumprir o seu objetivo, o qual nunca se proporcionou. Como se comprova pelos excertos: *“Achava que para ser feliz eu tinha que ser mãe”* e *“Eu vivia quase obcecada”*.

Como voz problemática identificámos “A minha vida pode terminar”. A voz problemática confronta a voz dominante que acredita que necessita de ser mãe para se sentir completa, tendo visto através da doença oncológica que já teria tudo para ser feliz, encarando esta experiência como uma lição de vida. Como comprovam os próximos excertos: *“Foi uma lição de vida”*; *“... me fez parar pra ver que realmente é preciso viver um dia de cada vez”* e *“Sinto-me uma pessoa feliz”*.

A análise à entrevista realizada a “Maria” foi codificada com um acordo muito elevado ICC =.903. O nível médio de assimilação de “Maria” foi de 5,20, sendo classificado como nível elevado de assimilação. Na análise, os níveis de assimilação

identificados foram maioritariamente elevados (APES 5 e 6), não tendo sido observado diferenças significativas nos níveis médios de assimilação entre os temas, variando entre 5 e 6. Estes níveis de assimilação reconhecem a tentativa de um novo comportamento (APES 5) como também uma mudança intra pessoal (APES 6), sugerindo que a voz problemática foi integrada e assimilada. Ao longo da entrevista, os níveis de assimilação foram alternando, tendo sido identificados níveis 4 a 6. O excerto a seguir apresentado, codificado com APES 4, corresponde ao tema da adaptação à doença e demonstra o momento em que a “Maria” recua e integra a voz problemática do seu desejo de ser mãe na comunidade de vozes. Neste excerto é possível observar que, a participante compreendeu que não necessita de ser mãe para poder ser feliz, comparando a experiência dos tratamentos de infertilidade mais dolorosa do que o cancro da mama:

*“Maria”: porque eu não sentia nada, eu fiquei numa bolha. Ah, a sensação que eu tinha é que eu estava a passar um pesadelo e que podia estar a dormir, eu queria acordar (...) e aquilo tava a ser duro demais pra ser verdade (...) eu só disse “Eu gosto muito de viver” (emociona-se). Nunca me passou pela cabeça que eu iria morrer, não, nunca. Mas eu naquele momento percebi que eu gosto tanto de cá andar, de viver e que eu tinha, que o que viria pela frente não seria bom (...). Eu sofri acho que sofri muito mais psicologicamente pelo facto de sofrer de infertilidade e de nunca ter conseguido engravidar do que propriamente encarar um cancro. Ah, parece se calhar pode parecer estranho mas é a realidade. Então eu... eu disse ao meu marido “eu gosto muito de viver, eu gosto é pra mim viver é tudo.”*

Desta forma, a partir deste excerto verificámos o surgimento de uma nova forma de pensamento, o qual auxiliou na adaptação à doença oncológica. Apesar do diagnóstico inesperado e das sequelas dos tratamentos, a “Maria” demonstrou ao longo do processo muito otimismo e vontade de viver. Para melhorar a sua adaptação à doença, “Maria”

decidiu mudar o seu comportamento em prol do seu bem-estar, podendo ser visível algumas dessas alterações. Isto é sinal de um nível elevado de assimilação, podendo-se observar no excerto seguinte, codificado como APES 5 devido à identificação do desejo de mudança e a da decisão de “Maria” de agir de forma diferente:

*“Maria”:* há um ano atrás eu era uma pessoa muito mais ansiosa, agora não, agora não, (...) eu sentia que era bastante ansiosa, cada vez, era não, ficava muito ansiosa quando tinha que fazer um exame.(...) depois do meu pai falecer, eu eu entrei, eu chorei, eu eu, é verdade, eu fartei-me de chorar para ir fazer um uma simples ecografia. Eu estava em pânico. Eu tremia tanto tanto tanto, eu acho que me lembro, eu pensei eu não tinha necessidade daquilo mas foi uma crise de ansiedade porque eu estava numa crise de ansiedade e eu e eu achei, eu pensei não, eu não sou assim, eu não posso ser assim porque isto não me faz nada bem.

Ao longo da entrevista compreendemos que “Maria” já nota em si algumas mudanças interpessoais. Para além disso, entendemos que “Maria” resolveu a experiência problemática e que essa resolução foi percebida. Isto é indicativo de um nível elevado de assimilação, o qual corresponde ao nível 6 da APES, mais especificamente ao marcador: notar mudanças. Como sugere o excerto:

*“Maria”:* (...) eu encarei isto como uma lição de vida, pelo positivo, não pelo negativo.

*Entrevistador:* (...) acabou por tirar mais ganhos não é, deste deste processo...

*“Maria”:* Sim, de uma certa forma. Não vou dizer que sofri muito, sofri mas eu acho que até com o sofrimento a gente aprende porque aprendemos a dar valor ao que é bom porque sabemos o que não é bom. E é assim, não posso dizer que não tive filhos por causa disso, não, porque a gente não tinha conseguido engravidar antes disso tudo, por isso não, não me tirou essa...Sim, não, não me tirou a alegria de viver, pelo contrário,

*acho que me deu devolveu a alegria de viver. Sim, acho que sim, acho que...este processo de redescobrir-me. É o que eu costumo, foi o que eu lhe disse, eu pra mim isto foi uma lição de vida.*

*Entrevistador: E... e atualmente de que forma é que encara a sua vida com um diagnóstico de cancro de mama?*

*“Maria”: (silêncio) Uma vencedora.*

Desta forma compreende-se que apesar dos efeitos negativos da experiência problemática, a entrevistada apresenta um alto nível de assimilação.

### **3.1.3 “Helena”**

A “Helena” é uma pessoa dedicada à família, tem necessidade de estar sempre ativa e é muito exigente no trabalho. Na entrevista foi identificado como voz dominante “Tenho de ser forte, tenho de estar sempre bem para cuidar dos outros. Tenho de conseguir tudo”. A “Helena” acredita que necessita de adotar uma postura que não admite fraquejar, porém alguns eventos negativos da sua vida rodearam-na de tristeza e negatividade, ao qual ela acredita que a sua doença poderá advir dessas emoções. Podendo-se observar nos seguintes excertos: *“pergunto-me se esta doença surge nesse sentido das minhas emoções tão negativas tão... ter estado tão infeliz durante tanto tempo”*.

Como voz problemática foi identificada: “Eu sou frágil e vulnerável” “O cancro deixou-me vulnerável”. Esta voz despertou “Helena” para a consciência das suas limitações.

A entrevista foi analisada e codificada pelos dois investigadores tendo chegado a um acordo muito elevado de ICC=.903. O nível médio de assimilação (4,37) de “Helena” classificado como nível um bom nível de assimilação.

Através da análise com a APES foi possível identificar maioritariamente níveis moderados de assimilação (APES 4 e 5), o nível médio de assimilação entre os temas foi semelhante variando entre 4 e 4,5. Estes níveis sugerem que “Helena” compreendeu a experiência problemática (APES 4) como também apresentou esforços de mudança (APES 5). Isto foi entendido ao longo da entrevista, como sugere o excerto seguinte, codificado como APES 5 através da noção de problema quase resolvido, mas não totalmente. A “Helena” reconhece a tentativa de um novo comportamento e aplica insight ao problema, porém sem sucesso total:

*“Helena”: Olhe, eu atualmente realmente vivo cada vez mais um dia de cada vez é assim, hoje é hoje não é? Os miúdos às vezes, e o meu hoje, ao bocadinho dizia-me assim “já estás aqui a pensar naquilo que vais fazer amanhã, calma, vive”... e é verdade é um dia de cada vez, amanhã logo se verá. Ah... E não vou dizer que não está presente às vezes na minha cabeça ah, aquela questão que me colocou no questionário se eu penso na idade em que vou morrer, está sim senhora isso não vou mentir. Penso muitas vezes nisso e às vezes dou por mim a pensar assim: “meu deus será que vou conseguir ver a minha filha assim já grande, casada ou assim? Será que?” Penso nisso, é verdade*

*Entrevistador: Essa preocupação não é?*

*“Helena”: É uma preocupação, é uma preocupação. Ah... será que daqui a cinco anos isto vai estar mais ou menos tranquilo? ou aparecerá outra coisa? Também me passa pela cabeça poucas vezes ainda bem, felizmente. Mas passa*

*Entrevistador: E quando essas coisas lhe passam pela cabeça qual é que é a resposta?*

*“Helena”: Ah... olhe eu tento ir fazer uma coisa que gosto muito, nem há respostas, eu pego vou para a minha máquina de costura e é logo o que eu faço (...) para não ter que pensar só nisso...*

Para além disso, foram também identificados vários excertos com APES 6, correspondentes à adaptação de “Helena” à doença oncológica, sugerindo que, a mesma, nota mudanças intrapessoais. “Helena” demonstra ao longo da entrevista um elevado nível de assimilação onde se observou mudanças a nível intra e interpessoal, como também a perceção da resolução da experiência problemática:

*“Helena”: eu até acho que me consegui ah... consegui ultrapassar algumas barreiras que eu tinha e até consigo por exemplo falar com pessoas antigamente quando falava com pessoas que tinham tido cancro, já também estavam a ter cancro da mama ou outro tipo de cancro eu ficava muito mais sensível com elas quase não conseguia falar e neste momento sinto que ultrapassei essa minha barreira e sinto que eu posso ajudar essa pessoa e e já não estou assim .Sinto-me fortalecida nesse nessa perspetiva em relação à doença, sinto-me muito fortalecida, consigo encarar talvez por passar pelo que passei e por ter conseguido passar mais ou menos bem ah... quero mostrar aos outros que eles também vão conseguir passar por isso bem. Portanto não é nenhum bicho de sete cabeças que as coisas se conseguem basta querermos e termos força de vontade e estarmos rodeados de pessoas que também que nos possam dar essa energia, essa energia positiva que é tão boa.*

### 3.1.4 “Filipa”

“Filipa” é uma mulher exigente com projetos de vida planeados, tendo como voz dominante “A minha vida vai ser de acordo com os meus planos”. A participante recebeu o diagnóstico numa fase de transição de vida solteira para a vida de casada, tendo planos que queria cumprir. Porém foi-lhe diagnosticado a doença oncológica nesse período. Afirma que: *“não me sinto a mesma que era antes”*. Assim é possível compreender que a voz problemática identificada foi “A minha doença mudou o rumo da minha vida. O cancro fez-me falhar na vida”. A doença oncológica teve um grande impacto negativo na vida da “Filipa” ao que ela refere: *“acho que tinha mais vida do que fiquei depois”*.

O acordo da análise da entrevista foi elevado com um ICC = 0,800. O nível médio de assimilação de “Filipa” foi de 2,42, sendo classificado como um baixo nível de assimilação. Na análise verificámos maioritariamente níveis de assimilação baixos (APES 2), no qual a participante tem consciência da experiência problemática e descreve as suas emoções negativas e pensamentos dolorosos a ela associados. No que se refere aos temas, os níveis médios de assimilação são semelhantes entre eles, variando entre 2 e 2,53. No que se refere à assimilação ao longo da entrevista, foram identificados níveis de assimilação bastante baixos, podendo-se observar pensamentos indesejáveis, com cariz de evitamento em relação à voz problemática, como se pode ilustrar através do excerto codificado como APES 1:

*Entrevistador: também me disse que está a tentar ser mãe. É um projeto de vida também que sempre quis não é? como é que se está a sentir em relação a isso?*

*“Filipa” - Bastante mal, mas era um assunto que eu não queria falar. “Eu não sei se vou poder ter filhos, porque eu não... me sinto a mesma que era antes”*.

Ao longo da entrevista foi possível verificar maioritariamente excertos codificados como APES 2, através da expressão das emoções negativas de “Filipa”, nas quais se verificou uma discrepância entre a voz problemática e a voz dominante, como se pode verificar nos próximos excertos:

*“Filipa”*: Há uma mudança drástica, mesmo em termos de-de alegria (...) Ah... mas eu acho que tinha mais vida do que fiquei depois. Acho que passei por fases muito más, fases que... tinha inclusivamente medo de... sair à rua sozinha. (pausa) Porque eu tinha ataques de pânico só de pensar, por exemplo, porque eu tinha que ir a uma consulta e ia sozinha.

*Entrevistador*: Posso lhe perguntar qual é que é o significado que a doença tem para si?

*“Filipa”*: (Pausa) É o monstro que tirou os meus seios.

Pode-se concluir que a “Filipa” apresenta um nível baixo de assimilação da experiência problemática. Porém foi possível verificar aspetos positivos do impacto da doença como a aproximação conjugal e o apoio da família.

### 3.2 Análise da assimilação, qualidade de vida e sintomatologia clínica

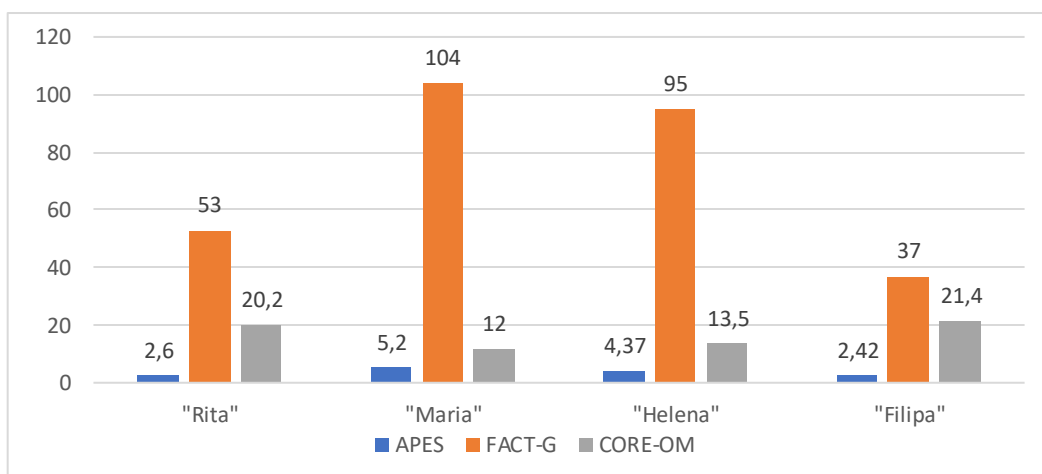


Figura 1- Análise da assimilação, qualidade de vida e sintomatologia clínica das participantes

Torna-se possível verificar através dos resultados expostos na figura 1, que “Rita” e “Filipa” apresentam um nível médio de assimilação baixo (2,60 e 2,42 respectivamente). Enquanto nas participantes “Maria” e “Helena” foram identificados níveis médios de assimilação elevados (5,2 e 4,37 respectivamente).

No que se refere ao instrumento FACT-G, os resultados podem variar entre (0 a 108), compreendendo que quanto maior for o resultado melhor será a qualidade de vida. Neste caso, identifica-se que “Maria” e “Helena” apresentam valores elevados neste instrumento (104 e 95, respectivamente), sugerindo uma elevada qualidade de vida. Enquanto “Rita” e “Filipa” apresentaram valores mais baixos (53 e 37 respectivamente), sugerindo uma qualidade de vida inferior.

No que diz respeito ao CORE-OM, este instrumento diferencia a população geral e a população clínica através do ponto de corte (10). Todas as participantes pertencem à população clínica, porém “Maria” e “Helena” apresentam valores baixos e perto do ponto de corte sugerindo que sejam níveis baixos de sintomatologia clínica.

Em suma, parece existir uma relação entre o nível de assimilação da experiência problemática com a qualidade de vida e a sintomatologia clínica. As participantes com o nível mais baixo de assimilação têm uma qualidade de vida inferior comparada com as participantes com o nível de assimilação mais elevado. No que se refere à sintomatologia clínica, todas as participantes apresentam pontuação mais elevada que o ponto de corte (10), porém as participantes “Maria” e “Helena” apresentam valores mais baixos no CORE-OM, sugerindo que níveis mais elevados na APES estão associados a sintomatologia clínica mais baixa. Desta forma pode-se observar que parece existir uma associação entre os níveis da APES com a baixa intensidade de sintomas e elevada qualidade de vida.

#### 4. Discussão

O cancro da mama é uma experiência potencialmente traumática que tem impacto negativo na qualidade e satisfação de vida (Silva et al., 2011). Para tal, torna-se importante compreender se a assimilação desta experiência problemática se associa com a qualidade de vida e com a sintomatologia clínica. De acordo com os estudos em psicoterapia com a APES, estes apontam para uma relação entre o bem-estar psicológico com níveis elevados de assimilação de experiências problemáticas (Basto et al., 2016; Detert et al., 2006; Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda, 2011; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Stiles, Shapiro et al, 1995; Stiles et al., 1991). Desta forma, o presente estudo pretendeu explorar o nível de assimilação da experiência do cancro da mama na população oncológica, com o fim de compreender a relação entre a assimilação e a qualidade de vida e a sintomatologia clínica. A exploração desta temática, pretendeu dar contributo para a intervenção psicoterapêutica junto desta população.

Para tal, estudou-se quatro entrevistas realizadas a mulheres com cancro da mama, nas quais analisou-se os níveis de assimilação em cada uma. Através da análise, foram verificados predominantemente níveis de assimilação mais baixos (APES 2 e 3) nas participantes “Rita” e “Filipa”. No caso de “Rita” os níveis baixos de assimilação poderão ser consequência do sentimento de culpa e de arrependimento, que são muito comuns em mulheres com cancro da mama após o tratamento (LoConte & Pitts, 2004; Sabiston & Castonguay, 2014; Tracy & Robins, 2004). Os níveis baixos de assimilação foram identificados através dos sentimentos de vulnerabilidade e através do discurso de emoções negativas. Desta forma compreende-se que “Rita” apresenta um baixo nível de assimilação, o que significa que ainda não integrou a experiência problemática na comunidade de vozes. No caso de “Filipa”, os baixos níveis de assimilação foram

identificados através do evitamento de pensamentos dolorosos, que poderão estar relacionados com as repercussões psicológicas comuns na fase de pós tratamento (Rossi & Santos, 2003). Compreendeu-se que a sua baixa assimilação pode estar associada à privação da conquista dos planos de vida, o que levou à culpabilização da doença oncológica pela sua baixa qualidade de vida. A não assimilação da experiência problemática no caso de “Rita” e “Filipa” dificultou no processo de adaptação e aceitação da doença oncológica.

No que se refere às participantes “Maria” e “Helena”, foram verificados maioritariamente níveis elevados de assimilação (APES 5 e 6), os quais estão associados a uma melhor qualidade de vida. Os elevados níveis de assimilação de “Maria” e “Helena” são demonstrados através de um maior insight sobre a experiência problemática e da presença de mudanças intrapessoais acerca da mesma. O elevado nível de assimilação poderá estar relacionado com a atitude positiva e otimista que apresentaram ao longo do processo de adaptação à doença, resultando numa excelente qualidade de vida. A partir destes resultados, compreende-se benéfico o reconhecimento da realidade patológica, o qual conduz à aceitação do diagnóstico e do tratamento (Ramos, 2016). Para além disso, entende-se que o processo de aceitação da doença ajuda a diminuir a incidência de perturbações psicológicas e melhora o prognóstico como se observa nestes casos (Hopwood & Stephens, 2000). Assim, consegue-se entender que a adaptação à doença impulsionou para a progressão da assimilação e da qualidade de vida. Conclui-se que ambas as participantes assimilaram e integraram a experiência problemática na comunidade de vozes.

Analisou-se também a relação entre a assimilação de experiências problemáticas e a qualidade de vida, através do questionário FACT-G. Verificou-se que quanto maior for o nível de assimilação (APES 5 e 6), melhor será a qualidade de vida. Isto foi

observado no caso da “Maria” e de “Helena”. No caso de “Rita” e “Filipa” foram verificados níveis de assimilação mais baixos (APES 2) e uma pior qualidade de vida. Posteriormente, foi analisada a relação entre a assimilação e a sintomatologia clínica através do questionário CORE-OM, no qual sugere que quanto melhor for o nível de assimilação menor será a sintomatologia clínica. Concluiu-se que existe uma associação entre os níveis de assimilação mais elevados com uma melhor qualidade de vida e menor sintomatologia clínica.

Esta associação da assimilação das vozes problemáticas no self, com as mudanças positivas nas mulheres vão de encontro aos estudos existentes no contexto psicoterapêutico (Basto et al., 2016; Detert et al., 2006; Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda, 2011; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Stiles, Shapiro et al, 1995; Stiles et al., 1991). Desta forma, pode-se concluir que níveis elevados de assimilação aparentam estar associados a uma melhor qualidade de vida e menor sintomatologia clínica.

Observou-se que as quatro mulheres na mesma fase da doença (pós-tratamento) e de faixa etária semelhante, demonstram formas diferentes de observar a mesma experiência problemática. Segundo Nicolussi e Sawada (2011) estas diferenças podem ser justificadas devido às diferentes vivências e interpretações de cada uma. Estas diferenças poderão advir tanto da presença ou ausência do suporte familiar, social e emocional, que tem a capacidade de reduzir o stress e aumentar o bem-estar emocional, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, como também das características individuais de cada uma (Adam et al., 2020; Nicolussi e Sawada 2011). Apesar das diferenças, foi verificado através do questionário CORE-OM a presença de sintomatologia clínica nas quatro participantes, sendo comum na fase do pós-tratamento, onde a mulher sofre a nível físico, psicológico, social e espiritual (Chumdaeng et al,

2020). Caso isto não seja detetado pode condicionar a qualidade de vida, como nos casos de “Rita” e “Filipa”.

Concluiu-se que existe uma relação entre o nível de assimilação e a qualidade de vida e sintomatologia clínica, o que vai de encontro com a literatura. Desta forma, compreende-se que a utilização da APES pode ser útil para a melhoria destas mulheres. Compreende-se necessário que estas mulheres tenham um acompanhamento psicológico que auxilie na assimilação da experiência problemática do cancro da mama. Por fim, através do presente estudo compreendeu-se a necessidade da utilização da APES em psicoterapia de forma a melhorar a qualidade de vida das mulheres.

## **5. Conclusões, implicações para a prática clínica, limitações, futuros estudos**

O presente estudo pretendeu explorar a relação entre a assimilação e a qualidade de vida e sintomatologia clínica nas mulheres com cancro da mama, de forma a ser possível compreender de que forma a assimilação poderá estar associada com a melhoria da qualidade de vida. Para tal foram analisadas as entrevistas realizadas a quatro participantes, duas com muito boa qualidade de vida e duas com uma baixa qualidade de vida.

A principal conclusão retirada deste estudo é que parece existir uma associação entre níveis de assimilação mais elevados a uma melhor qualidade de vida e intensidade mais baixa de sintomatologia clínica.

No que diz respeito às principais limitações do estudo foram: (a) o facto do estudo ser transversal e apenas ter analisado um momento, não se podendo compreender se o nível de assimilação se mantinha ao longo do tempo; (b) a falta de prática na aplicação do modelo de assimilação de experiências problemáticas, a qual dificultou no processo de codificação e análise e (c) o tamanho da amostra não permitiu explorar a relação estatística de associação ou predição. Apesar disto, o presente estudo contribuiu para a investigação do modelo de assimilação de experiências problemáticas na população oncológica, os quais eram escassos

Conclui-se, desta forma, que os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro aos estudos prévios, relativos à relação entre a assimilação e o bem-estar psicológico (Basto et al., 2016; Detert et al., 2006; Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda, 2011; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Stiles, Shapiro et al, 1995; Stiles et al., 1991). Porém, de forma a ser possível compreender mais acerca do processo de assimilação e mudança junto desta população ao longo do

tempo, torna-se necessário realizarem mais estudos semelhantes com uma amostra maior. A presente dissertação poderá ser um ponto de partida para estudos futuros acerca do modelo de assimilação de experiências problemáticas na população oncológica, para além de que é um contributo para os estudos na área. Por fim, a partir da conclusão deste estudo compreende-se que poderia ser interessante para as mulheres com níveis de assimilação mais baixo receber acompanhamento psicológico de forma a melhorar a sua qualidade de vida e diminuir a sintomatologia clínica. Dessa forma, aconselha-se o acompanhamento psicológico junto desta população de forma a ser possível melhorar a sua qualidade de vida.

## 6. Referências Bibliográficas

- Adam, A., & Koranteng, F.(2020). Availability, accessibility, and impact of social support on breast cancer treatment among breast cancer patients in Kumasi, Ghana: A qualitative study. *PLoS ONE*, *15*(4) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231691>
- Adler, N. E., & Page, A. E. K. (Eds.). (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. The National Academies Press
- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y., (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, *65* (3), 196-202. Doi: 10.1023/a:1010661530585
- Albuquerque, K. A., & Pimenta, C.A.M. (2014). Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Revista brasileira de enfermagem REBEn*, *67* (5), 744-751
- Alquraan, L., Alzoubi, K. H., Rababa'h, S., Karasneh, R., Al-azzam, S., & Al-Azayih, A.(2020). Prevalence of Depression and the Quality-of-Life of Breast Cancer Patients in Jordan. *J Multidiscip Healthc*, *13*, 1455-1462 [doi.org/10.2147/JMDH.S277243](https://doi.org/10.2147/JMDH.S277243)
- Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Kreutz, D. M. G., Emery, C. F., Thornton, L. M., Young, D. C., & Carson, W. E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer*, *113* (12), 3450-3458. 10.1002/cncr.23969
- Basto, I., Pinheiro, P., Stiles, W., Rijo, D. & Salgado, J. (2016). Changes in symptom intensity and emotion valence during the process of assimilation of a problematic experience: A quantitative study of a good outcome case of cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, *27*(4), 437-449. 10.1080/10503307.2015.1119325
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelsen, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, *4*, 561-71. 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID: 13688369.

- Bocchetta, M., & Carbone, M. (2004). Epidemiology and molecular pathology at crossroads to establish causation: molecular mechanisms of malignant transformation. *Oncogene* 23, 6484–6491. 10.1038/sj.onc.1207855
- Bottino, S. M. B., Fráguas, R., & Gattaz, W. F., (2009). Depressão e cancer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36 (3), 109-115. 10.1590/S0101-60832009000900007
- Brandão, T., & Matos, P. M. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 98 – 106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>
- Brito, C., Portela, M. C., & Vasconcellos, M. T. L. (2014). Fatores associados à persistência à terapia hormonal com câncer de mama. *Revista Saúde Publica*, 48 (2), 284-295 [doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004799](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004799).
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330-702
- Capelas, M., & Neto, I. (2010). Organização dos serviços. *Manual de cuidados paliativos*. 2.ª Ed, Lisboa: Faculdade Medicina Lisboa
- Caro Gabalda, I. (2014). Linguistic Therapy of Evaluation and the Assimilation Model. *Journal of constructivist psychology*, 27(4), 303–316. 10.1080/10720537.2013.846836
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no Contexto de Terapia Linguística de Avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199-212.
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2013): Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23, 35-53. 10.1080/10503307.2012.721938
- Caro Gabalda, I. (2008). Assimilation of Problematic Experiences in Linguistic Therapy of Evaluation: A Case Study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172
- Carvalho, M. T. (2010). *Avaliação de fatores prognósticos em tumores de mama nos estádios 2A e 3B e sua correlação com sobrevida*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo

- Carver, C., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and social psychology*, 65 (2), 375-390
- Chiou, Y.J., Chiu, N.M., Wang, L. J., Li, S.H., Lee, C.Y., Wu, M.K., Chen, C.C., Wu, Y.S., & Lee, Y. (2016). Prevalence and related factors of psychological distress among cancer inpatients using routine Distress Thermometer and Chinese Health Questionnaire screening. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2765-2773 <https://doi.org/10.2147/NDT.S11866>
- Chumdaeng, S., Soivong, P., Sethabouppha, H., & Chontawan, R. (2020). Health problems among breast cancer survivors after completing conventional treatments: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22, 436 - 444 <https://doi.org/10.1111/nhs.12678>
- Collins, K. K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G., Eilers, M., & Jeffe, D. B. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, 126, 167- 176
- Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Júnior, R. F., & Aldrighi, J. M. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 28 (3), 1806-9339 [doi.org/10.1590/S0100-72032006000300010](https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000300010)
- Dimaggio, G., & Stiles, W. B. (2007). Psychotherapy in light of internal multiplicity. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 119-127. [10.1002/jclp.20335](https://doi.org/10.1002/jclp.20335)
- Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S.M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic Physician*, 8 (3), 2175-2180. [10.19082/2175](https://doi.org/10.19082/2175)
- Engel, J, Kerr, J, Schlesinger-Raab, A, Sauer, H & Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *Breast Journal*, 10(3), 223-231
- Fingeret, M.C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120 (5), 633-641. [10.1002/cncr.28469](https://doi.org/10.1002/cncr.28469)

- Ganz, P. A., Lorna, K., Stanton, A., Krupnik, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E. & Belin, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387
- Haijan – Tilaki, K., & Haijan – Tilaki, E. (2020). Factor structure and reliability of Persian version of hospital anxiety and depression scale in patients with breast cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 176 10.1186/s12955-020-01429-6
- Hashemi, S. M., Hormozi, M., Allahyari, A., Anoushirvani, A. A., Ameri, Z., & Ghasemipour, S. (2020). The prevalence of depression, anxiety, and stress in patients with breast cancer in Southeast Iran in 2019: a cross-sectional study. *Oncology in Clinical Practice*, 16 (2), 104-108. Doi: 10.5603/OCP.2020.0015
- Hjerl, K., Andersen, E. W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortensen, P. B., & Jorgensen, T. (2003). *Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. Psychosomatics*, 44 (1), 24-30. 10.1176/appi.psy.44.1.24. PMID: 12515834.
- Holland, K. D., & Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology & Health*, 18 (1), 15-29
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of Assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35, 23 –33. 10.1037/h0087682
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (2002). Assimilative Integration and Responsive Use on the Assimilation Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 406-420.
- 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., Greenberg, L. & Goldman, R. (1998). Assimilation Analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8(3), 264-286. 10.1093/ptr/8.3.264

- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448–460. 10.1037/0022-0167.46.4.448
- 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
- Justo, J. M. (2014). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. Em Climepsi Editores, *Territórios da psicologia oncológica* (pp) Maria do Rosário Dias e Estrella Dura
- Lindholm, L., Rehnsfeldt, A., Arman, M., & Hamrin, E. (2002). Significant others experience of suffering when living with women with breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16 (3), 248- 255. 10.1046/j.1471-6712.2002.00093.x
- Livneh, H. (2001) Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework. *Rehabilitation Counseling*, 44 (3), 151-160. 10.1177/003435520104400305
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83 (1), 12–20. 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x
- LoConte, N.K., Else-Quest, N.M., Eickhoff, J., Hyde, J., & Schiller, J.H. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical Lung Cancer*, 9, 171–178. [10.3816/CLC.2008.n.026](https://doi.org/10.3816/CLC.2008.n.026)
- Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F.M., & Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82 (1), 100-108. 10.1016/j.maturitas.2015.04.010
- Mahdavi, A., Mousavimoghadam, S. R., Aghaei, Y. M. M., & Abedin, M.(2019). Effect of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotional Expressiveness and Defense Mechanisms of Women With Breast Cancer. *Archives of breast cancer*, 6 (1), 35-41. 10.32768/abc.2019635-41

- Mann, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples psychosocial adaptation to cancer. *Cancer, 112* (11), 2541-2555. 10.1002/cncr.23450
- Manne, S.; Ostroff, J.; Winkel, G.; Goldstein, L.; Fox, K. & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine. 66.* 442-454.
- Montarezi, A. (2007). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 27,* 32.
- Mosher, J. M., & Stiles, W. B. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy Theory Research & Practice, 46*(4), 432-47. doi:10.1037/a0017955
- Newman, D., & Beail, N. (2002). Monitoring Change in Psychotherapy with People with intellectual disabilities: the application of the assimilation of problematic experiences scale. *Journal of applied research in intellectual disabilities, 15,* 48- 60. 10.1046/j.1360-2322.2002.00103.x
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro.* Climepsi Editores
- Okaidat, A., Hmedat, A., & Al-Badarneh, A. (2020, Abril 7-9) Breast Cancer and Anxiety: A Relationship Study. 11<sup>th</sup> International Conference on Information and Communication Systems (ICICS), Jordan. 10.1109/ICICS49469.2020.239545
- Osatuke, K., Humphreys, C. L., Glick, M. J., Graff-Reed, R. L., Mack, L. T., & Stiles, W. B. (2005). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice, 78,* 21-44. 10.1348/147608304X22364
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, J. W., Zisook, S., & Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research, 21,* 41-53. 10.1080/10503307.2010.508760
- Osatuke, K., & Stiles, W. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology, 19*(4), 287-319

- 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
- Paredes, A. C., & Pereira, M. (2016). Modelos teóricos sobre o processo de adaptação à doença. Em Climepsi Editores, *Caleidoscópio de Olhares em Psicologia Oncológica: Teoria e Intervenção* (pp.). Maria da Graça Pereira
- Park, H., & Kim, K. (2020). Impact of Psycho-Social Factors on Fatigue among Breast Cancer Patients Who Are Currently Undergoing Radiotherapy. *International journal of environmental research and public health*, 17, 6092 [10.3390/ijerph17176092](https://doi.org/10.3390/ijerph17176092)
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 53-73
- Pedras, S., Ferreira, D., & Pereira, M. G. (2016). Modelos teóricos sobre o processo de adaptação à doença. Em Climepsi Editores, *Caleidoscópio de Olhares em Psicologia Oncológica: Teoria e Intervenção* (pp.). Maria da Graça Pereira
- Peres, R. S., & Santos, M.A. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em psico-oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (4), 611-620
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-56
- Pitts, V. (2004). Illness and internet empowerment: Writing and reading breast cancer in cyberspace. *Health*, 8, 33–59. [10.1177/1363459304038794](https://doi.org/10.1177/1363459304038794)
- Ribeiro, G. S., Campos, C. S., & Anjos, A. C. Y. (2019). Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. *Cuidado é fundamental*, 11 (4), 849-856. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.849-856>
- Rodrigues, N. S., Orsini, M. R. C. A., Machado, A. A., Montiel, J. M., Bartholomeu, D., & Tertuliano, I. W. (2017). Importância do acompanhamento psicológico em mulher mastectomizada: artigo de revisão. *ACM*, 46 (1), 164-172
- Rossi, L., & Santos, M.A.(2003). Repercussões psicológicas do adocimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23 (4), 32-41

Sabiston, C.M., & Castonguay, A.L. (2014). Self-conscious emotions. In R. Eklund & G. Tenenbaum (Eds.), *Encyclopedia of sport and exercise psychology* (pp. 623–626). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Saeedi, N. R., Sharbaf, H. A., Ebrahimabad, M. J. A., & Kareshki, H. (2019). Psychological consequences of breast cancer in iran: a meta-analysis. *Iran J. Public Health, 48* (5), 816-824

Sahuquillo, G. M., Pérez, A. B., & Beltrán, A. S.(2020). Estudio de la efetividad de la intervención psicológica en pacientes com cáncer de mama localizado. *Psicooncologia, 17* (1), 59-71. <https://doi.org/10.5209/psic.68241>

Schwartz, G. F., Veronesi, U., Clough, K. B., Dixon, J. M., Fentiman, I. S., Heywang-Köbrunner, S. H., & Palazzo, J. P. (2007). Consensus conference on breast conservation. *Seminars in Breast Disease, 10*, 178-185. 10.1053/j.sembd.2007.10.005

Silva, L.C. (2008). Cancer de mama e sofrimento psicológico: aspetos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo, 13* (2) 321-237

Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 29*, 64-67.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y), *Consulting Psychologists Press*.

Sprangers, M. A., Regt, E. B., Andries, F., Van Agt, H. M., Bijil, R. V., Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G. I., Miedema, H. S., Tjihuis, M. A., & Haes, H. C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *J Clin Epidemiol, 53* (9), 895-907. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00204-3

Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in Psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9* (1), 1-21

Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 462-465. doi:10.1037//0033-3204.38.4.462

Stiles, W. B. (2011). Coming to Terms. *Psychotherapy Research, 21*, 367-384.

Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experience by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420

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*, 28, 195-206

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

Swinton, J. (2003). *Spirituality and mental health care: rediscovering a forgotten dimension*. Londres: Jessica Kingsley Publishers

Toledo, G., Ochoa, C. Y., & Farias, A. J. (2020). Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer*. Doi: 0.1007/s00520-020-05722

Tracy, J.L., & Robins, R.W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103–125. doi:10.1207/s15327965pli1502\_01

Travado, L., Reis, J.C., (2013). Breast cancer meanings: a cognitive-developmental study. *Psychooncology*, 22 (9), 2016-2023. doi: 10.1002/pon.3246

U. S. National Institutes of Health, National Cancer Institute. 20 Novembro 2019 (of access) <<https://training.seer.cancer.gov/>>

Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. Cancerol*, 50 (1), 55-63