



Instituto Português de Oncologia – Porto



Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto



Thomas Jefferson University - USA

AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL DA MULHER COM CANCRO DA MAMA SUBMETIDA A MASTECTOMIA E A QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E ADJUVANTE

ANABELA MARIA PAIVA VALE LEITÃO NUNES

Dissertação de Mestrado em Oncologia

2008



Instituto Português de Oncologia – Porto



Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto



Thomas Jefferson University - USA

ANABELA MARIA PAIVA VALE LEITÃO NUNES

**AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL DA MULHER COM CANCRO
DA MAMA SUBMETIDA A MASTECTOMIA E A QUIMIOTERAPIA
NEOADJUVANTE E ADJUVANTE**

(Descrição de factores que promovem o ajustamento psicossocial)

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Oncologia submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar do Porto.

Orientador – Doutor Vitor José Lopes
Rodrigues

Categoria – Professor Associado

Afiliação – Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra

Co-orientadora – Mestre Ana Maria Lopes
Pereira

Categoria – Enfermeira Graduada

Afiliação – Instituto Português de
Oncologia de Coimbra Francisco Gentil –
Entidade Pública Empresarial.

“Anseio por cumprir uma nobre
tarefa, mas o meu principal
dever é cumprir pequenas
tarefas como se fossem
grandes e nobres”

Helen Keller (s.d.)

Aos meus três amores, Alexandre, André e António, pela paciência e compreensão, pela forma como aceitaram a minha falta de tempo e disponibilidade.

Aos meus pais e sogros, pelo tempo, pela disponibilidade e por todo o apoio dispensados em momentos de maior angústia.

Para todos aqueles que contribuem para a minha alegria de viver e dão sentido à minha vida.

AGRADECIMENTOS

A concretização de um estudo desta natureza envolve, inevitavelmente, o acompanhamento de várias pessoas significativas. Estando conscientes de que não poderemos nomear todos aqueles que nos apoiaram e nos incentivaram, expressamos um profundo e sincero agradecimento a algumas pessoas em particular:

Ao Professor Doutor Vítor Rodrigues, por ter aceite a orientação desta dissertação, pelo apoio nesta caminhada, palavras de incentivo e reconhecimento do trabalho realizado.

À Mestre Ana Maria Pereira, pela co-orientação com exigência e esclarecimentos neste percurso, assim como pelo tempo disponibilizado para partilhar todas as angústias sentidas.

Ao Director do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Entidade Privada Empresarial, pela autorização para a colheita dos dados necessários para a realização do estudo.

A toda a Equipa do Hospital de Dia de Oncologia Médica, do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial, pela simpatia e boa vontade com que nos apoiaram.

A todas as mulheres com quem confirmámos (ainda mais) o valor da “vida”, pela sua amável disponibilidade e partilha, o que tornou possível este estudo.

À Sra. Professora Fátima Luzio pelo carinho, disponibilidade, esclarecimentos, apoio e incentivo demonstrados, apesar do seu tempo tão preenchido.

À Dra. Maria Manuel Breda e à Dra. Marília Gomes o indiscutível apoio, disponibilidade, amizade e incentivo.

À Dra. Emília Albuquerque, pelo tempo dispensado no esclarecimento de dúvidas, contribuindo para atingir a meta.

À Dra. Zulmira Santos e à Dra. Piedade Leão, por depositarem confiança no nosso trabalho, pela força transmitida e pelo incentivo em alcançar a meta estabelecida.

À Dra. Anabela Costa e à Dra. Gabriela Sousa, a disponibilidade para esclarecer as dúvidas que foram surgindo, relativamente aos protocolos utilizados na patologia diagnosticada na nossa amostra.

À Mestre Eduarda Cavaleiro, os esclarecimentos relativos ao Registo Oncológico.

A todas as amigas que, com doçura e verdadeira amizade, nos incentivaram a ultrapassar as diversas barreiras com que nos deparámos. Obrigada pelo incentivo e confiança que em nós depositaram e pela força que transmitiram.

A todos os que nos apoiaram, nos incentivaram e contribuíram, directa, ou indirectamente, para a conclusão deste estudo. Um sincero Bem-Haja a todos os que o tornaram possível.

SIGLAS

EAPD: Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença

EAPD-AA: Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença - Auto avaliação

EUA: Estados Unidos da América

FAC: Fluoracilo, Doxorubicina e Ciclofosfamida

FEC: Fluoracilo, Epirubicina e Ciclofosfamida

IARC: International Agency for Research on Cancer

IPOFGC-EPE: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra –
Entidade Pública Empresarial

OE: Ordem dos Enfermeiros

PAIS-SR: Psychosocial Adjustment to Illness Scale - Self Report

ROR: Registo Oncológico Regional

TMN: Tamanho, Nódulos e Metástases

TMO: Transplante de Medula Óssea

RESUMO

As doenças crónicas, nomeadamente as do foro oncológico, apresentam-se como um dos principais desafios que a sociedade enfrenta actualmente. Entre estas doenças, o cancro da mama destaca-se pela sua prevalência e impacto nas várias esferas da vida quotidiana.

Reconhecendo esta realidade, propomo-nos olhar de perto o processo de ajustamento psicossocial de mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante. Pretendemos, igualmente, caracterizar o referido processo nos domínios da *Orientação para os Cuidados de Saúde, Ambiente Vocacional, Ambiente Doméstico, Relacionamento Sexual, Relacionamento com a Família Alargada, Ambiente Social e Perturbações Psicológicas*.

Para alcançar tais objectivos, desenvolvemos um estudo de natureza descritiva com recurso aos seguintes instrumentos: 1) *Questionário Sócio-demográfico e Clínico*, preenchido através de entrevista; 2) *Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença*, versão de auto-avaliação (EAPD-AA).

A amostra é constituída por 26 doentes mastectomizadas, com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos, a efectuarem quimioterapia adjuvante no Hospital de Dia do Serviço de Oncologia Médica do IPOFGC-EPE, no período de 26 de Janeiro a 22 de Junho de 2007.

Os resultados encontrados indicam que, de uma forma geral, as mulheres que compõem a amostra apresentam um bom ajustamento psicossocial à sua doença. No conjunto dos domínios considerados, o *Ambiente Social* revelou-se como um dos que mais contribui para este resultado positivo, seguido da *Orientação para os Cuidados de Saúde*, em consonância com as *Perturbações Psicológicas* e o *Relacionamento Sexual*. A análise dos resultados revela, ainda, que o *Relacionamento com a Família Alargada*, o *Ambiente Doméstico* e o *Ambiente Vocacional* são os domínios onde o ajustamento está mais dificultado. Relativamente às variáveis sociodemográficas consideradas, apurámos que estas não influenciam de forma significativa o processo de ajustamento à doença.

O estudo faculta um melhor conhecimento de alguns factores envolvidos no ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama, tornando possível apresentar algumas implicações práticas deste estudo, que alertam para a importância de adoptar intervenções globais e personalizadas, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com este diagnóstico.

ABSTRACT

Chronic illness, especially of the oncological kind, is regarded as one of the main challenges faced by society today. Breast cancer is particularly prominent not only by its prevalence but also by its effect on all daily life domains.

Being aware of this fact, I will closely observe the psychosocial adjustment to illness of those women who, suffering from breast cancer, have undergone mastectomy and both adjuvant and neoadjuvant chemotherapy. It is also my purpose to characterize the referred adjustment process according to the following fields: Health Care Orientation, Vocational Environment, Domestic Environment, Sexual Relationships, Extended Family Relationships, Social Environment and Psychological Distress.

In order to attain such aims, a descriptive study based on the following material has been developed:

- a) a clinical and socio-demographic questionnaire;
- b) a self-report version of the Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS).

The sample studied includes twenty-six mastectomized patients aged between 26 and 55 years old who underwent neoadjuvant chemotherapy at the Medical Oncology Service's Day Hospital of the IPOFGC-EPE from 26 January to 22 June, 2007.

Results point, generally, to a positive psychosocial adjustment of the women to their illness, being the Social Environment the main responsible, followed by the Health Care Orientation, the Psychological Distress and the Sexual Relationships areas. On the other hand, the Extended Family Relationships, the Domestic Environment and the Vocational Environment proved to be fields in which the adjustment is more problematic. As for the socio-demographic factors, they have no relevant influence on the adjustment process to illness.

In conclusion, the present study allowed the acknowledgement of some of the factors involved in the psychosocial adjustment of women suffering from breast cancer. It has also made possible to present some of its practical impact, raising awareness to the importance of adopting both general and personalized measures so as to improve the quality of life of such women.

RÉSUMÉ

Les maladies chroniques, et plus particulièrement les maladies oncologiques, représentent un des principaux défis que la société affronte actuellement. Parmi ces maladies, le cancer du sein se détache par sa prépondérance et par son impact dans les différents domaines de la vie quotidienne.

Reconnaissant cette réalité, nous nous proposons de regarder de près le procédé d'ajustement psychosocial des femmes atteintes d'un cancer du sein, soumises à une mastectomie et à une chimiothérapie néo adjuvante et adjuvante. Nous prétendons, également, caractériser le procédé évoqué ci-dessus, dans les domaines de l'orientation pour les soins de santé, le milieu de la vocation (professionnelle) milieu domestique, sexualité, rapport avec la famille élargie, milieu social et perturbations psychologiques.

Pour atteindre de tels objectifs, nous effectuons une étude de nature descriptive avec comme recours les éléments suivants : 1) Questionnaire sociodémographique et clinique rempli lors d'une entrevue ; 2) Echelle d'ajustement psychosocial à la maladie, version de auto-évaluation (EAPD-AA).

L'échantillon est constitué de 26 malades mastectomisées, entre 26 et 55 ans effectuant chimiothérapie adjuvante à l'hôpital de jour du service d'oncologie médicale du (IPOFGC-EPE), du 26 janvier au 22 juin 2007.

Les résultats obtenus indiquent que d'une manière générale, les femmes qui font partie de l'échantillon ont un bon ajustement psychosocial à leur maladie.

Dans l'ensemble des domaines considérés, le milieu social s'est révélé être celui qui a le plus contribué à ce résultat positif, suivi de l'orientation pour les soins de santé, en consonance avec les perturbations psychologiques et la sexualité.

L'analyse des résultats révèle, aussi, que le rapport avec le milieu domestique et le milieu vocationnel sont les domaines où l'ajustement est le plus difficile. Relativement aux variations sociodémographiques considérées, nous avons constaté que celles-ci n'influencent pas de façon significative le procédé d'ajustement à la maladie.

L'étude permet une meilleure connaissance de certains facteurs liés à l'ajustement psychosocial des femmes atteintes de cancer du sein, rendant possible la présentation de quelques implications pratiques de cette étude, qui alertent sur l'importance d'adopter des interventions globales et personnalisées de manière à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des femmes avec ce diagnostic.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
CAPÍTULO I – CANCRO DA MAMA	20
1 – EPIDEMIOLOGIA, PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DO CANCRO DA MAMA	21
2 - DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO CANCRO DA MAMA	23
3 - ETIOLOGIA E FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS AO CANCRO DA MAMA	28
4 - ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O CANCRO DA MAMA	32
4.1 - QUIMIOTERAPIA	32
4.2 – CIRURGIA	34
4.3 – RADIOTERAPIA	35
4.4 - TERAPIA HORMONAL	36
5- ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS RESULTANTES DO CANCRO DA MAMA E DO SEU TRATAMENTO	38
CAPÍTULO II – AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA CRÓNICA	43
1- DEFINIÇÃO DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA CRÓNICA	44
1.1 – INVESTIGAÇÕES REALIZADAS SOBRE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA CRÓNICA	51
2- FACTORES RELACIONADOS COM O AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA	53
2.1- OS DOMÍNIOS DA ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA	55
3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL NA MULHER COM CANCRO DA MAMA	72
SEGUNDA PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	78
1 – OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	79
2- METODOLOGIA	81
2.1- OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	81
2.2 – SELECÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	83
2.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	91
2.3.1 - Pré-teste	96
2.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA COLHEITA DE DADOS	97

2.5- TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	99
3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	101
3.1- ESTATÍSTICA DESCRITIVA	101
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	133
5 - PRINCIPAIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO	149
6 – IMPLICAÇÕES PARA O FUTURO	151
CONCLUSÃO	154
BIBLIOGRAFIA	157

ANEXOS

ANEXO 1: Questionário Sócio-demográfico e Clínico

ANEXO 2: Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença – Auto Avaliação

ANEXO 3: Norma utilizada para transformar os scores “puros” obtidos em T-Scores
(norma publicada e adequada à nossa população “cancro múltiplo”)

ANEXO 4: Pré-teste do Questionário Sócio-demográfico e Clínico

ANEXO 5: Autorização para aplicação do Instrumento da Colheita de dados

ANEXO 6: Consentimento Informado

ANEXO 7: Índices de Consistência Interna da Escala de Ajustamento Psicossocial
à Doença, por itens constituintes

ANEXO 8: Análise Descritiva das pontuações obtidas (scores “puros”) em todos os
itens da Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença

ANEXO 9: Dados das frequências e percentagens obtidos para cada item da
Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição das participantes por idade, estado civil e local onde habita	86
Quadro 2: Distribuição dos elementos do agregado familiar das participantes do estudo	87
Quadro 3: Caracterização do agregado familiar das participantes	88
Quadro 4: Distribuição das participantes de acordo com as Habilitações Académicas, Profissão e Situação Laboral	89
Quadro 5: Distribuição das respostas das participantes à questão: “Como ocupava os tempos livres antes de lhe ter sido diagnosticada a doença?”	90
Quadro 6: Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença e respectivos Domínios	94
Quadro 7: Índices de consistência interna da EAPD: Versão original e Versão Portuguesa	100
Quadro 8: Análise descritiva das pontuações obtidas (Scores “puros”) na escala EAPD por domínios	102
Quadro 9: Análise descritiva das pontuações obtidas (T-Scores) na escala EAPD	103
Quadro 10: Distribuição das participantes de acordo com as variáveis: Diagnóstico da doença, Tempo após o diagnóstico e Tempo após a cirurgia.	105
Quadro 11: Distribuição das respostas das participantes à questão: “O que considera ter sido mais difícil desde que confirmou o diagnóstico?”	106
Quadro 12: Caracterização das respostas das participantes à questão: “O que considera ter sido mais difícil desde que confirmou o diagnóstico?”	107
Quadro 13: Caracterização das respostas das participantes à questão: “ Quem ou o que a tem ajudado mais desde que confirmou o diagnóstico?”	108
Quadro 14: Distribuição das respostas das participantes à questão: “ Quem ou o que a tem ajudado mais desde que confirmou o diagnóstico?”	109
Quadro 15: Distribuição das respostas das participantes à questão: Antes de ter conhecimento da sua doença, alguma vez tomou medicamentos para o sistema nervoso ou para o esgotamento?”	110
Quadro 16: Médias, desvios padrão, máximos e mínimos obtidos na EAPD total e domínios por estado civil das participantes	122

Quadro 17: Frequência da Actividade Sexual e Interesse Sexual das participantes após o diagnóstico (n=20)	125
Quadro 18: Interesse Sexual e Distorção da Imagem Corporal das participantes após o diagnóstico (n=22)	125
Quadro 19: Qualidade do Relacionamento com a Família alargada e Comunicação/Contacto com esta (n=25)	126
Quadro 20: Qualidade do Relacionamento com a Família alargada e Interesse em Interagir com esta (n=26)	127
Quadro 21: Interesse em Actividades de Lazer e Participação nessas Actividades após o diagnóstico (n=20)	129
Quadro 22: Pontuações totais na EAPD das participantes por grupos etários	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pontuações no domínio Orientação para os Cuidados de Saúde da EAPD de acordo com as informações das participantes em relação à sua doença.	116
Gráfico 2: Pontuações no domínio Orientação para os Cuidados de Saúde de acordo com as expectativas em relação à doença e ao tratamento das participantes.	117
Gráfico 3: Média das Pontuações totais da EAPD de acordo com as expectativas em relação à doença e tratamento das participantes	118
Gráfico 4: Pontuações e número de participantes por pontuação no domínio Ambiente Vocacional de acordo com o (des) investimento vocacional das participantes.	119
Gráfico 5: Pontuações médias no domínio e na EAPD global consoante o investimento profissional das participantes	120
Gráfico 6: Distribuição das participantes de acordo com o seu estado civil pelas pontuações obtidas na EAPD global	121
Gráfico 7: Relacionamento Conjugal e Actividade Sexual das participantes após o diagnóstico	124
Gráfico 8: Distribuição das participantes de acordo com a auto-estima provocada pela doença pelas pontuações obtidas na EAPD global	130
Gráfico 9: Pontuações totais na EAPD das participantes por grupos etários	131
Gráfico 10: Pontuações totais na EAPD das participantes por grupos correspondentes aos meses passados após o diagnóstico	132

INTRODUÇÃO

Actualmente, as doenças crónicas permanecem como um factor de *stress* acentuado, nomeadamente a doença oncológica. Esta patologia tem sido alvo de inúmeros estudos em diversos campos, nomeadamente a nível da sua etiologia, tratamento e implicações psicossociais. Apesar do seu aparecimento por vezes ser silencioso, o decurso da doença oncológica implica inevitáveis sintomas físicos e alterações funcionais. Sentimentos de grande ansiedade, depressão, cólera, vergonha e baixa auto-estima, poderão surgir e interferir negativamente nas relações interpessoais a vários níveis, nomeadamente entre o doente, os membros da sua família, o seu núcleo de amigos, o seu ambiente profissional, entre outros. As características pessoais, o ambiente sócio-demográfico, o ambiente físico e sócio-cultural envolvente, a própria doença, as representações sociais e emocionais acerca da mesma, interferem totalmente na forma como a pessoa doente, e a sua família, encararão todo o percurso necessário. Neste âmbito, o perfil epidemiológico do cancro da mama constitui uma grande preocupação para a saúde pública, sendo actualmente uma das formas mais comuns de neoplasia no sexo feminino e a segunda causa de morte em Portugal.

O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e das ciências, paralelamente com o aumento da incidência do cancro tem tido, como um dos efeitos, o aumento da sobrevivência de doentes com esta patologia, tornando-se imperativo procurar responder às suas necessidades biopsicossociais e emocionais, respeitando a vontade e a dignidade de cada ser humano. Esta patologia implica, muitas vezes, uma mastectomia associada a quimioterapia, entre outras abordagens terapêuticas, que representam e causam diversos níveis de sofrimento. As alterações inerentes a todo este contexto, atingem a mulher em diversos níveis nomeadamente, a sua feminilidade, a sua imagem, a sua auto-estima e até o mais profundo do seu ser. Acrescenta-se a este quadro, um trajecto hospitalar onde a mulher presencia outros processos de doença muito dolorosos, o que poderá acentuar as suas incertezas. Neste contexto, é indiscutível a importância do apoio da família e amigos na adaptação a esta situação de doença, no sentido em que este apoio contribui para atenuar os sentimentos negativos e a angústia que surgem perante todas as alterações resultantes do processo de doença/tratamentos. Mas, não é só a mulher que necessita de se ajustar à sua situação de doença, uma vez que a doença de um membro se repercute no sistema familiar e social. Esta realidade, que presenciamos diariamente no contexto da nossa prática profissional, assim como a certeza de que lidar com a doença é um processo que envolve várias dimensões da pessoa, motivaram a eleição do tema “Ajustamento psicossocial da mulher com cancro

da mama submetida a mastectomia e quimioterapia neoadjuvante e adjuvante” para apresentação de um estudo, que se insere no Curso de Mestrado em Oncologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto, fazendo parte do plano de estudos conduzidos à realização de uma dissertação original.

Sentimos, em todo este contexto, como necessário, clarificar que ajustamento psicossocial apresentam as mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, na Instituição onde exercemos actividade profissional. Desta forma, objectivamos descrever o ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e quimioterapia neoadjuvante e adjuvante no Instituto Português de Oncologia de Coimbra - E.P.E., assim como caracterizar o seu ajustamento psicossocial nos domínios da Orientação para os Cuidados de Saúde, Ambiente Vocacional, Ambiente Doméstico, Relacionamento Sexual, Relacionamento com a Família Alargada, Ambiente Social e Perturbações Psicológicas. Urge esclarecer de que forma as mulheres com cancro da mama enfrentam o indiscutível sofrimento a que estão sujeitas, de que forma ajustam as alterações ocorridas no seu contexto familiar, conjugal, social, nas suas diversas facetas, contribuindo para a abordagem do ser humano num todo que é a Pessoa. Para alcançar os objectivos formulados, efectuámos uma pesquisa da literatura existente acerca do tema, reconhecendo existirem diversos estudos em Inglaterra e nos Estados Unidos, acerca do tema, mas que em Portugal a bibliografia é muito reduzida, na área em causa. Na verdade, o conceito de ajustamento não se encontra muito divulgado a nível Europeu derivando, este, de trabalhos realizados nos EUA sobre adaptação/ajustamento a situações de grande *stress*. Ao longo da pesquisa bibliográfica, foi possível clarificar a utilização do conceito de adaptação no mesmo contexto de ajustamento, o que torna permissível a utilização dos dois conceitos em idênticos contextos. A eleição da Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença, de Leonard Derogatis (1983), deve-se ao facto de a mesma se direccionar a contextos de doença grave, designadamente a doentes com cancro. No nosso estudo, utilizamos a versão portuguesa, traduzida e adaptada por Renata Schildberger (1993). A referida escala envolve 7 Domínios, nomeadamente (1) a Orientação para os Cuidados de Saúde, (2) o Ambiente Vocacional, (3) o Ambiente Doméstico, (4) o Relacionamento Sexual, (5) o Relacionamento com a Família Alargada, (6) o Ambiente Social e (7) as Perturbações Psicológicas, permitindo uma avaliação muito completa dos diversos domínios que poderão contribuir para o ajustamento psicossocial ao cancro.

Este instrumento tem sido utilizado através de uma série de protocolos de investigação clínica, nomeadamente por Oldenburg, Mac Donald & Perkins, 1988

(Derogatis 1990:31), através dos quais aferiram que a Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença (original PAIS: Psycossocial Adjustment Scale Disease) funciona como instrumento de predição do ajustamento à doença. A Escala seleccionada apresenta-se como um estímulo gratificante, tendo em conta que os factores que interferem no ajustamento psicossocial à doença são difíceis de mensurar.

Seleccionámos uma amostra que abrangesse as fases mais significativas ao longo do processo terapêutico, nomeadamente o diagnóstico, a quimioterapia e a mastectomia. Na impossibilidade de aplicar a Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença em diferentes momentos do percurso de diagnóstico e tratamento da mulher com cancro da mama, procurámos, através da colheita dos dados sócio-demográficos e clínicos, enriquecer a caracterização da nossa amostra.

Uma pesquisa exige que as acções a desenvolver ao longo do seu percurso sejam efectivamente planeadas, com o objectivo de alcançar o conjunto das metas estabelecidas e a eficiência desejada na investigação. Desta forma, apresentamos numa primeira parte, o enquadramento teórico relativo ao cancro da mama, nomeadamente epidemiologia, definição, diagnóstico e classificação, etiologia e factores de risco e abordagens terapêuticas, e alterações significativas resultantes do cancro da mama e do seu tratamento, num primeiro capítulo. No segundo capítulo da parte teórica, abordamos a definição de ajustamento psicossocial à doença crónica, factores relacionados com a adaptação psicossocial à doença e a contextualização do ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama.

A segunda parte direcciona-se para o estudo empírico, que integra os objectivos e questões de investigação, a metodologia, a apresentação e análise dos dados, a discussão dos resultados obtidos, tendo por base um quadro de referência e a nossa experiência. Apresentamos, ainda, as principais limitações do estudo e as sugestões para futuras investigações.

Conscientes de que não existem trabalhos perfeitos procuramos, mesmo que indirectamente, através deste, contribuir para o enriquecimento dos cuidados holísticos, no âmbito da oncologia, com maior especificidade às mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, mantendo presente a esperança, se não de cura em algumas situações, pelo menos de alívio do grande sofrimento psicossocial.

PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – CANCRO DA MAMA

“A história de ter cancro é uma história de discórdia. Discórdia com a notícia, discórdia com (...) o prognóstico, (...) mas, acima de tudo, discórdia com a falta de sorte discórdia com a morte. Assim foi a minha história e, mesmo hoje, continuo a discordar” (Matos, 1998)

A palavra Cancro é uma denominação que possibilita reconhecer de forma genérica, o vasto conjunto de doenças designadas por tumores malignos (Ribeiro, 2005). Estes serão muito diversos, uma vez que apresentam causas, evolução e tratamentos diferentes, consoante cada tipo de tumor. Contudo, todos os tipos de cancro têm em comum a divisão celular descontrolada das células, levando ao desequilíbrio orgânico (Schwartzmann, 1991). O choque e o *stress* que se seguem, ao diagnóstico, são comuns (Ogden, 1999).

Vivem, em todo o mundo, milhões de pessoas com o diagnóstico de cancro da mama (Patrão e Leal, 2004). Ainda que não se saiba com total exactidão como evitar este tipo de cancro, o mesmo poderá ser detectado precocemente, o que possibilitará a administração do tratamento mais adequado. Esta rapidez de actuação poderá levar a um prolongamento do tempo de vida, ou pelo menos da qualidade de vida, uma vez que quanto mais cedo for detectado um cancro, maior a probabilidade de cura (Cavaleiro, 2001). O cancro da mama pode ser tratado por diferentes especialidades, nomeadamente pelo cirurgião, pelo oncologista, pelo radioterapeuta, entre outros. Neste contexto, a pessoa doente será acompanhada por diferentes médicos, das diferentes especialidades, dependendo de cada tipo de tratamento que necessite de realizar, o que leva a inúmeras consultas e tratamentos, aumentando ainda mais a sua ansiedade.

A revisão da literatura, que se segue, permite-nos conhecer a dimensão e universalidade do problema, através de um aprofundamento da temática em estudo, facilitando a posterior sistematização do problema de investigação.

1 – EPIDEMIOLOGIA, PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DO CANCRO DA MAMA

O cancro na mama é a localização neoplásica maligna mais frequente, em todo o mundo (Patrão e Leal, 2004). Os cancros da mama, do pulmão e do tubo gastrointestinal, em conjunto, segundo Ribeiro (2005), representam mais de 50% da incidência anual de cancro.

O cancro da mama afecta um elevadíssimo número de mulheres, sendo “*a forma de neoplasia mais comum entre as mulheres na Europa, com um número estimado de meio milhão de novos casos e 150.000 mortes por ano no espaço europeu*” (EURO-ONCOLOGY Monitor, 1999:21). Segundo a mesma fonte, esta assustadora realidade revela a importância das questões relacionadas com o cancro da mama, nomeadamente as inovações terapêuticas, as actualizações da investigação clínica, a necessidade de informação correcta, o envolvimento adequado da pessoa doente (e familiar mais próximo) na terapêutica a instituir e todo o apoio psicossocial necessário.

De acordo com os dados do Plano Nacional da Saúde, da Direcção Geral de Saúde, citando Soares (2005: 9) “*estima-se a ocorrência em Portugal de 1700 mortes/ano pela doença verificando-se um aumento sustentado de novos diagnósticos (de 49,5 para 61,1/100.000 mulheres no espaço de 6 anos, 1991/97)*”. O cancro da mama é, possivelmente, a patologia mais temida pelas mulheres, devido à sua frequência, o que o torna responsável por um número significativo de óbitos entre as mulheres adultas (Cavaleiro, 2001) e consequente impacto psicológico que provoca. Em 1999, segundo Jardines (2000), referido por Cavaleiro (2001), o cancro da mama representava cerca de 32% das mulheres com cancro, sendo considerado o cancro feminino mais comum.

As estimativas da International Agency for Research on Cancer (IARC) para Portugal, no ano 2000, citando Patrão e Leal (2004: 54) “*(...) apontavam para o aparecimento de 4324 novos casos por cancro da mama, que corresponde a um risco incidência de 3,9/100.000 (mulheres dos 0/64 anos). Relativamente à mortalidade por cancro da mama, a IARC, apontava 1596 casos, o que indica um risco de 1,2/100.000 (mulheres 0/64 anos)*”. Ainda segundo Patrão e Leal (2004), desde os anos 70/80 tem aumentado, na Europa, o número de mulheres sobreviventes (aos 5 anos). Esta realidade deve-se a diferentes causas, nomeadamente com o estágio na fase do diagnóstico e o tipo de tratamento. Os programas de rastreio de cancro da mama têm contribuído, grandemente, para um diagnóstico precoce e melhores resultados de tratamento (Cavaleiro, 2001).

O Registo Oncológico Regional (ROR), da Região Centro, relativamente ao ano de 1994, assinalou 580 novos casos de cancro da mama, o que corresponde a 10,01% em relação a todos os cancros encontrados. Nesse mesmo ano, a taxa de incidência do cancro da mama foi de 63,77‰. Segundo a mesma fonte, registaram-se 1032 novos casos de cancro da mama em 2001, o que corresponde a 13,44% do total dos cancros diagnosticados. A taxa de incidência relativa ao ano de 2001 é de 83,18 ‰. Constatamos que, o cancro da mama, em relação ao total de cancros diagnosticados no intervalo de tempo de 1994 a 2001, apresentou uma variação positiva de 3.43%.

O número de casos de cancro da mama masculina diagnosticados em 2001 foi de 10, com uma taxa de incidência de 0,86% por cada 100 mil habitantes. Neste contexto, iremos incorrer o nosso trabalho apenas sobre a mulher com cancro da mama, uma vez que para além da incidência, o contexto clínico do cancro da mama no homem é diferente do cancro da mama na mulher.

2 - DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO CANCRO DA MAMA

O reconhecimento de uma doença, a confirmação de um diagnóstico, e até o prognóstico de qualquer tipo de cancro, está fundamentalmente ligado ao estudo anatomopatológico, actuação essencial no estudo conciso das neoplasias. Este permitirá reconhecer o seu tipo histológico e diferenciação, assim como a sensibilidade terapêutica dos tumores, o que é indispensável para a decisão da terapêutica mais adequada face ao cancro diagnosticado.

- **Definição de cancro da mama**

O cancro é uma doença provocada por uma reprodução anormal (descontrolada) de células que, ao invadir tecidos e órgãos do organismo, provocam alterações orgânicas graves. O cancro surge em resultado da transmissão de mensagens “erradas” dos genes para as células, sendo estas incapazes de desempenhar as funções da célula mãe. Os genes promotores do cancro são designados de **oncogenes** (Schwartzmann, 1991; Kamb, Skolnick, 1998; Sabel, Sondak e Sussman, 2007). A anatomia patológica apresenta diversas designações para o cancro, dependendo do tipo de células avaliadas. Uma das terminologias mais aplicadas, por ser mais comum, é o carcinoma, que consiste num tumor maligno que se desenvolve nos tecidos epiteliais. O cancro da mama consiste, desta forma, num grupo de células alteradas (neoplásicas) que se desenvolve nas células epiteliais do tecido mamário, através da perda da capacidade, por parte das células, de comandar e limitar o seu próprio crescimento, o que leva a uma divisão rápida e aleatória, dessas mesmas células, que apresentam multiplicação desordenada e capacidade de invasão. A etapa mais longa da doença é denominada de fase de indução. Posteriormente, a proliferação anormal de células pode levar à formação local de um tumor maligno podendo, ou não, aparecer um espessamento, massa (tumor) ou “uma elevação” na mama lesada. Segundo Mendelsohn (1991), citando Ribeiro (2005:252), “os termos cancro, neoplasia e tumor maligno são usualmente utilizados como sinónimos na literatura técnica”. As células neoplásicas que romperam o seu tecido podem invadir e danificar os tecidos e órgãos circundantes, podendo proliferar para outros órgãos do corpo, atingindo um vaso sanguíneo ou um canal linfático, onde pequenos grupos de células do cancro se podem desprender, depositando-se eventualmente noutras partes do corpo, designando-se, este processo, por metastização. Neste caso, no novo tumor, encontrar-se-ão células anormais do tumor primário.

- **Diagnóstico do cancro da mama**

O diagnóstico precoce do cancro da mama pode ser efectuado antes de haver qualquer tipo de sinais ou sintomas, através de programas de rastreio do cancro da mama (Cavaleiro, 2001; Razavi e Delvaux, 2002), nos quais se realiza a mamografia. Esta permite-nos saber o tamanho, a localização e as características de um nódulo com apenas alguns milímetros (quando não se detecta na palpação), o que favorecerá o prognóstico, a recuperação e a reabilitação. É recomendável que as mulheres, a partir dos 40 anos, façam uma mamografia anual ou de 2 em 2 anos, dependendo dos antecedentes de risco, embora o intervalo mais adequado entre os rastreios seja controverso (idem). O diagnóstico, posterior à mamografia, é efectuado através de citologia (aspiração de líquido, com agulha fina) e de biopsia. A aspiração de líquido com uma agulha fina, facilita o estudo de massas superficiais e palpáveis da mama (Sabel, 2007). Esta actuação também pode ser designada por citologia (estudo citopatológico), o que vai permitir determinar as características celulares. Através da biopsia, também se estudarão os receptores hormonais (estrogénio e progesterona), de forma a confirmar se as hormonas estão, ou não, a estimular o crescimento do tumor. A biopsia pode ser realizada por agulha grossa (ABBI), core biopsia (retirando-se apenas um fragmento do tumor) e por biopsia ecoguiada, após fixação de um “arpão”, quando o seu reduzido tamanho não permite uma abordagem segura (Pereira, 2006).

Apesar da mamografia ser a melhor forma para detectar o tumor em estadio inicial, também se poderão associar outros recursos na detecção precoce do cancro da mama, tais como a palpação da mama (efectuada por especialista) e o auto-exame, realizado mensalmente pela mulher. Alguns autores defendem o auto-exame como o *“principal meio de detecção em mais de 90% dos cânceres [sic] de mama”* (Brunner e Suddarth, 1990: 991), embora Cavaleiro (2001) refira que não existem muitos estudos que comprovem este benefício. Apesar desta realidade, a mesma autora afirma que quem executa o auto-exame, consegue apresentar tumores primários de menores dimensões e um menor número de gânglios axilares envolvidos. As mulheres que efectuam o auto-exame da mama apresentam uma sobrevivência de 75% aos 5 anos, contra 57% das mulheres que não o praticam (Cavaleiro, 2001). No auto-exame em frente ao espelho, a mulher conseguirá observar assimetria e elevação da mama lesada, podendo também haver retracção do mamilo, entre outras alterações visíveis, respeitante ao tipo de carcinoma. Esta prática é útil e não tem nenhuma contra-indicação, excepto a existência de falsos positivos que levam a exames desnecessários e a possibilidade de aumento da ansiedade (idem).

Se o exame citológico e histológico confirmar cancro da mama, em simultâneo com uma avaliação anterior da anamnese, radiografia do esqueleto, possível ecografia, cintigrafia óssea, análises clínicas e provas de função hepática (para aferir o estágio da doença) é discutida a melhor abordagem terapêutica antes do tratamento ser instituído (Rosenthal, Carignan e Smith, 1995: 114). Esta prática é designada de estadiamento clínico, sempre articulado com o estadiamento patológico. Um exame ginecológico também deverá ser sempre associado para uma completa avaliação.

- **Classificação do cancro da mama**

Quase todos os tumores malignos da mama têm origem nos ductos ou nos lóbulos da mama, que são tecidos glandulares. Os dois tipos mais frequentes são o **carcinoma ductal** e o **carcinoma lobular** mas, actualmente, alguns autores referem que, tanto o cancro da mama lobular como o ductal invasivo, surgem da unidade lobular do ducto terminal. Contudo, os tipos histológicos do carcinoma da mama poderão ser apresentados da seguinte forma:

Ductais

Ductal *in situ*: o termo *in situ* define o cancro da mama precoce, quando se encontra limitado aos ductos (carcinoma ductal *in situ*); este é o tumor da mama não invasivo mais frequente (Newman e Sabel, 2007); esta é também a segunda etapa da progressão da doença, que se caracteriza pela existência da lesão cancerosa microscópica, localizada no tecido de origem. Nesta fase podem não aparecer sinais nem sintomas na mulher. A doente deve ser envolvida na decisão acerca da abordagem terapêutica mais adequada à sua situação específica (Newman e Sabel, 2007).

Ductal invasivo: este é o cancro invasivo da mama mais frequente. Tem origem nos ductos e invade o estroma mamário. Nesta fase pode disseminar-se através dos vasos linfáticos ou sanguíneos, atingindo outros órgãos.

Lobulares

Lobular *in situ*: embora não seja um verdadeiro cancro, este tumor é classificado como um cancro da mama não invasivo, mas é tido em conta como uma lesão pré-maligna. Nesta fase podem não aparecer sinais nem sintomas na mulher. Alguns autores defendem a mastectomia radical bilateral aquando da confirmação deste tipo de patologia, seguida de reconstrução, o que se relaciona com as suas características específicas (Newman e Sabel, 2007).

Lobular invasivo: tem origem nos lóbulos (unidades produtoras de leite) da mama. Pode metastizar.

Outros

Carcinoma Metaplásico (associado a mutações BRCA1 e BRCA2) e Carcinoma inflamatório da mama (mesmo não sendo um subtipo histológico), este é um cancro agressivo, correspondendo a cerca de 1% a 3% de todos os cancros da mama. Outros tipos mais raros de cancro da mama são o Carcinoma Medular, o Carcinoma Mucinoso, o Carcinoma Tubular (pouco agressivo) e o Tumor Filóide Maligno, entre outros.

O planeamento do tratamento está dependente do estágio (extensão) da doença. No cancro da mama, o estadiamento baseia-se no tamanho do tumor (T), na disseminação do tumor para os gânglios linfáticos da axila homolateral à mama (N) e na sua metastização para outras partes do corpo (M), ou seja, consiste na avaliação da extensão do tumor a nível local, assim como a pesquisa da presença de metástases a nível regional ou à distância, mas também tendo presente a história anterior da doença. Segundo Crane (2000) e Baum&Schipper (2005), este estadiamento é efectuado de acordo com o sistema de classificação TNM, método desenvolvido por Pierre Denoix (Costa *et al*, 2005). Os estádios apresentados segundo Shaughness (2007), com base nesta classificação, são os seguintes:

- Estádio 0: carcinoma *in situ*, até 0,5 cm, nódulos regionais/axilares negativos, sem metástases à distância.
- Estádio I: quando o tumor mede mais de 0,5 e é menor de 2cm, sem qualquer evidência de se ter espalhado pelos gânglios axilares próximos e sem metástases à distância.
- Estádio II: este estágio divide-se no IIA e IIB, pelo que apresentamos, de seguida, as suas diferentes características.

Estádio IIA – pode incluir T0N1M0 (sem evidência de tumor primário, mas com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares ou gânglios sentinela, intramamários, microscópicos, detectados por biopsia, sem metástases à distância); T1N1M0 (implica tumor até 2cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares ou gânglios sentinela, intramamários, microscópicos, detectados por biopsia, sem metástases à distância); T2N1M0 (inclui tumores de 2 até 5cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares ou gânglios sentinela, intramamários, microscópicos, detectados por biopsia, sem metástases à distância);

Estádio IIB – pode incluir T2N1M0 (tumores de 2 até 5cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares ou gânglios sentinela, intramamários, microscópicos, detectados por biopsia, sem metástases à distância) e T3N0M0 (tumor com mais de 5 cm, mas com gânglios axilares negativos e sem metástases à distância);

- Estádio III: este estágio distingue três subgrupos que a seguir se apresentam:

Estádio IIIA – pode incluir T0N2M0 (sem tumor primário evidente, com envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, sem metástases à distância); T1N2M0 (tamanho do tumor maior do que 0,5 e menor do que 2cm, com envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, sem metástases à distância); T2N2M0 (tumores de 2 até 5cm de tamanho, com envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, sem metástases à distância); T3N1M0 (tamanho do tumor maior do que 5 cm, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares ou gânglios sentinela, intramamários, microscópicos, detectados por biopsia, sem metástases à distância); T3N2M0 (quando o tumor tem mais de 5cm e há envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, dos gânglios linfáticos da axila do lado da mama afectada, sem metástases à distância);

- Estádio IIIB – pode incluir T4N0M0 (refere-se a um tumor que pode apresentar qualquer um dos tamanhos, sem qualquer evidência de se ter espalhado pelos gânglios axilares próximos e sem metástases à distância); T4N1M0 refere-se a um tumor que pode apresentar qualquer um dos tamanhos, com envolvimento de 1 a 3 gânglios axilares ou gânglios sentinela, intramamários, microscópicos, detectados por biopsia, sem metástases à distância); T4N2M0 (refere-se a um tumor que pode apresentar qualquer um dos tamanhos, com envolvimento de 4 a 9 gânglios, quer axilares, quer intramamários, sem metástases à distância);

Estádio IIIC – inclui todos os tamanhos, com metastização de mais de 10 gânglios, mas sem metastização à distância (qualquer T, N3M0);

- Estádio IV: qualquer T, qualquer número de gânglios envolvidos e com metástases à distância (como por exemplo no fígado, ossos, pulmão, pele ou outras partes do corpo).

A identificação do estágio é crucial para tornar exequível a decisão do tratamento mais adequado (Sabel, 2007), além de outros factores clínicos, nomeadamente a história anterior de cancro da mama.

3 - ETIOLOGIA E FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS AO CANCRO DA MAMA

A mama é um órgão glandular, constituído por vários lóbulos e ductos colectores. As suas secreções são drenadas para o mamilo. Na adolescência, o tecido mamário é firme e lobular enquanto que na menopausa esse tecido se apresenta fibroso e granular. Na segunda metade do ciclo menstrual, podem surgir sintomas como ingurgitamento, maior sensibilidade dolorosa e até pequenos “nódulos” - irregularidades granulares ou finamente nodulares (Brunner e Suddarth, 1990: 987), decorrentes de hiperplasia e involução, que desaparecem após a menstruação. Ou seja, a mama normalmente sofre alterações durante o ciclo menstrual, a lactação e a menopausa, sendo importante distinguir essas modificações de eventuais alterações patológicas. As lesões benignas mais frequentes, segundo Brunner e Suddarth (1990: 987) “*são a doença fibrocística (dos 20 aos 45 anos), o fibroadenoma (dos 20 aos 39 anos) e o papiloma intraductal (dos 35 aos 45 anos)*”. O cancro da mama manifesta-se particularmente durante e após a menopausa, aumentando a sua incidência com a idade (Cavaleiro, 2001). De acordo com Brunner e Suddarth (1990: 987), “*cerca de 75% dos cânceres de mama ocorrem em pacientes acima dos 40 anos; menos de 2% ocorrem antes dos 30 anos*”. Segundo as anotações do ROR da Região Centro, em 2001, a taxa de incidência do grupo etário dos 25 aos 29 anos é de 8,07‰ para uma taxa de incidência de 168,84‰ para o grupo etário dos 50 aos 54 anos, o que vai de encontro ao anteriormente referido.

Diversas investigações têm comprovado que não existe uma causa exclusiva para o aparecimento de cancro da mama, tratando-se de uma doença influenciada por inúmeros factores, a maioria dos quais ainda desconhecidos (Crane, 2000), sendo considerada uma doença heterogénea. Alguns factores de risco são descritos nalgumas pesquisas mas, citando Crane (2000: 91), segundo “*um estudo prospectivo do American Câncer Society, 75% dos cancros da mama detectados ocorreram em mulheres que não tinham nenhum dos factores de risco mundialmente reconhecidos*”. No entanto, estudos epidemiológicos têm estabelecido riscos associados ao cancro da mama (Cavaleiro, 2001; Bennett, 2002; Baum e Schipper, 2005), nomeadamente a idade, o stress, a variação geográfica (maior incidência nos países do Ocidente, África e Sul da Ásia), os factores genéticos/história familiar, os factores socio-económicos, a idade da menarca, a idade da primeira gravidez, a obesidade, o uso de contraceptivos orais, o uso de terapia hormonal de substituição, o consumo de álcool, de outras drogas e as dietas, (Razavi e

Delvaux, 2002; Baum e Schipper; 2005). Neste contexto, Crane (2000) refere ainda o género, história pessoal de cancro, esclarecendo também a história familiar de cancro (mãe, irmã e/ou filha) e genética (mutações dos genes supressores de tumor, BRCA1 e BRCA2), menarca precoce e menopausa tardia, história reprodutiva (nuliparidade ou uma primeira gravidez tardia), doença benigna da mama (com maior interesse as lesões proliferativas com atipia ou hiperplasia atípica), dieta rica em gorduras.

Poderemos ainda acrescentar o tabaco, radiação ionizante (Schwartzmann, 1991), alguns químicos, alguns vírus (idem), radiação ultravioleta. Com o progresso da moderna investigação da genética, Baum e Schipper (2005) referem que têm emergido conhecimentos na relação entre os genes paternos e o carcinoma da mama, nomeadamente o BRCA1, que se localiza no cromossoma 17q21 e o BRCA2 que se localiza no cromossoma 13q13, estando, os seus portadores, sujeitos a elevado risco de desenvolver cancro da mama, mesmo que não haja história familiar desta patologia (Razavi e Delvaux, 2002; Baum e Schipper, 2005). Outros estudos procuram uma possível relação entre estes genes e o *stress* (Halbert et al, 2004).

Contudo, estes genes não são os únicos relacionados com o desenvolvimento do cancro da mama. CHEK2 é uma variação na sequência comum de ADN, que confere um pequeno aumento do risco para o cancro da mama. Este é um dos componentes que reconhece e repara o ADN defeituoso e parece activar o BRCA1. Alguns estudos realizados *in vitro* sugerem que o aumento da expressão da proteína HER2 intervém na transformação oncogénica. Parece que a amplificação do gene HER2 aumenta a sua transcrição, originando níveis aumentados de ARN_m HER2 e o aumento da síntese proteica do HER2. Isto resulta no crescimento celular desordenado e em transformação oncogénica, em determinadas situações, dando origem ao cancro. Uma mulher com cancro da mama, que apresente HER2 positivo, tem um tumor mais agressivo, geralmente mais indiferenciado, que responde a terapêutica alvo (nomeadamente trestuzumab). Também as mutações da proteína p53 (síndrome Li-Fraumeni - nas crianças), quando presentes numa menina que alcança a idade adulta, levarão a que esta apresente um risco aumentado de 90% para o cancro da mama (Baum e Schipper, 2005).

Alguns estudos procuram também uma relação entre factores psicossociais (como por exemplo o *stress*) e a etiologia do cancro da mama (Fox, 1998; Fernandes, 2000). Outros estudos procuraram relação entre factores psicológicos e a promoção e progressão do cancro, defendendo que as variáveis psicológicas afectam a função imunitária (Redd e Jacobsen, 1988). Neste contexto, Watson e Greer (1998), Razavi e Delvaux (2002), defendem a influência dos factores psicossociais sobre a incidência e a

progressão do cancro, nomeadamente a nível da personalidade, acontecimentos de vida stressantes, sistemas de *coping* e da função imunitária. Presentemente, encontramos uma diversidade de livros de auto-ajuda (Brofman, 1998; Swindoll, 2001; Neto et al, 2004), que reforçam a ideia de que o pensamento positivo pode resultar como estratégia adequada no tratamento, e até prevenção, das doenças.

Também alguns estudos têm sido realizados relativamente à psiconeuroimunologia, procurando comprovar a influência das variáveis psicológicas, comportamentais e sociais no sistema imunitário (Bovbjerg e Valdimarsdottir, 1998). Os estudos de Futterman *et al* e Goodkin *et al*, citando Mendes (2002: 181), “*encontraram que os estilos passivos de coping, de evitamento, estavam associados com pior estado imunológico tanto em amostras de doentes como de indivíduos saudáveis*”, assim como os estudos de Petrie, Booth e Pennebaker, que mencionam existir “*uma relação entre um pior estado imunológico após uma situação de stress naqueles indivíduos que tem menores níveis de apoio social e menos oportunidade de falar com outros*” (Mendes, 2002:181). Poderemos referir três factores moderadores do *stress*, nomeadamente o Apoio Social, as Estratégias de *Coping* e o Locus de Controlo, relacionando-os com a ideia de que “*não é a mudança em si mesma que importa, mas antes o significado atribuído a esses acontecimentos pelas pessoas que os vivenciaram*” (Mendes, 2002:181), que influencia o sistema imunitário. Outros autores também defendem a relação e a importância da classificação pessoal que cada um atribuiu ao factor de *stress*, entre outros factores (Ogden, 1999).

Também têm sido estabelecidas ligações entre o sistema endócrino e o sistema imunológico (Helgeson, Cohen e Fritz, 1998; Mendes, 2002; Damásio, 2003), sendo formulada, em diversas investigações, a hipótese de que os factores psicossociais afectam a vulnerabilidade à doença, através da desregulação do sistema imunológico (Fernandes, 2000). A mesma autora, de acordo com Cooper (1988), apresenta a hipótese de que a depressão poderá contribuir, como factor de grande importância, para o desenvolvimento de cancro. Ou seja, pode existir uma positiva relação entre depressão e cancro, mas esta não tem sido confirmada pela confusão que se gera entre os sinais e sintomas provocados pela depressão e os sinais e sintomas provocados pela doença oncológica em si (Mendes, 2002).

Alguns autores referem que existem vários tipos de *stressores* diários (possivelmente associados a sofrimento psicológico), que podem conduzir a “*um estado stressante crónico, com elevação dos níveis de prolactina e estrogénio. Estas hormonas são conhecidas pelo seu efeito estimulador das células imunitárias activadoras dos mecanismos imunológicos associados a uma acentuada resposta inflamatória,*

conduzindo a um surto de doença” (Figueiredo, 2004:16), o que certamente se relacionará com diversos tipos de doença. Na verdade, com base nas teorias psicanalíticas, poderíamos referir a hipótese de existir uma relação positiva entre o desenvolvimento do cancro da mama e a influência de factores psicossociais. No entanto, devido à difícil operacionalização dos conceitos envolvidos, não tem sido possível confirmar a positividade dessa relação (Fernandes, 2000; Mendes, 2002).

4 - ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O CANCRO DA MAMA

“ A melhor oncologia é uma sinfonia em que cada instrumento toca harmoniosamente e não em tom desafinado”. (autor desconhecido)

Alguns avanços se têm verificado relativamente ao tratamento deste tipo de cancro conhecendo-se, presentemente, que o cancro da mama exige ser considerado, na fase de diagnóstico, como doença sistémica, o que justifica a utilização de quimioterapia, radioterapia e manipulação hormonal como complemento da cirurgia, para um aumento da sobrevivência (Crane, 2000:89). Na maioria dos casos, a abordagem terapêutica do cancro da mama inclui uma combinação de cirurgia (conservadora ou radical), de radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, antiestrogénios ou uma ooforectomia (se existirem receptores hormonais positivos, especialmente para os estrogénios). A escolha da abordagem terapêutica está relacionada com o estágio da doença, o tipo do tumor e o estado geral de saúde da paciente, pelo que a sua abordagem deve ser multidisciplinar. Quando a doença surge com perdas irreparáveis, como é o caso da mastectomia, a mulher com cancro da mama vê-se confrontada com sucessivas adaptações aos diversos procedimentos terapêuticos, desenvolvendo na maioria dos casos, grande vulnerabilidade biopsicossocial. Esta realidade remete-nos para a necessidade de envolver outras estratégias terapêuticas, nomeadamente o desenvolvimento de mecanismos de *coping* (Vos *et al*, 2004).

4.1 - QUIMIOTERAPIA

Por quimioterapia antineoplásica compreende-se um conjunto de “*agentes químicos isolados ou em combinação, com o objectivo de tratar, a nível sistémico, os tumores malignos*” (Bonassa, 1998:1) que interferem de forma variável na doença, podendo provocar efeitos secundários no organismo do doente. Pode ser administrada por via endovenosa, ou por via oral. Esta forma de tratamento, outrora considerada como o último recurso, é actualmente responsável por um aumento da sobrevivência numa variedade de neoplasias e desempenha um papel crucial na cura do cancro, prolongamento da vida e alívio dos sintomas (Caseiro *et al*, 1997: XXV). Poderemos referir quatro diferentes administrações de drogas antineoplásicas (quanto ao “*timing*”

da sua administração) nomeadamente, a quimioterapia “*primária ou neoadjuvante*”, a “*adjuvante*”, a “*de indução*” e a “*paliativa*”.

A quimioterapia “*primária ou neoadjuvante*” objectiva a redução do tumor (por exemplo no carcinoma da mama localizado), para tornar a cirurgia menos agressiva e melhorar a oxigenação dos tecidos, maximizando o efeito do tratamento por radioterapia (Filho e Ferreira, 1991; DeVita, 1997). Ou seja, a quimioterapia neoadjuvante objectiva a redução tumoral e axilar (quando axila é positiva), de forma significativa, contribuindo para alcançar, posteriormente, melhores resultados (Lopes, 2005).

A quimioterapia “*adjuvante*” consiste na terapêutica antineoplásica administrada após a remoção de um tumor primário sem evidência de doença metastática aquando do seu estadiamento, visando a destruição de possíveis micrometástases nos casos de alto risco de recidiva (Filho e Ferreira, 1991; Lopes, 2005; Gartner, 2007), nomeadamente a doente com carcinoma da mama estágio II (estas apresentarão menor risco de recidiva se tratadas com quimioterapia ou hormonoterapia adjuvante). No entanto, o mesmo autor refere que esta opção terapêutica deve ter em conta cada subgrupo de risco, analisando custo/benefício, devido aos efeitos secundários indesejáveis.

A quimioterapia de “*indução*” é utilizada como tratamento primário em doentes com carcinoma avançado, sem outra alternativa terapêutica.

A quimioterapia “*paliativa*” é dirigida ao alívio de sintomas, quando já não é possível controlar a doença (Baum e Schipper, 2005).

Relativamente aos protocolos mais utilizados na quimioterapia adjuvante do cancro da mama, estes implicam associações de vários citostáticos, sempre com antraciclina. O protocolo mais utilizado na Oncologia Médica do IPOFGC-EPE é o “FEC”, constituído por fluoracilo, epirrubicina e ciclofosfamida. Habitualmente, o número de ciclos efectuados é de 6, com intervalo de três semanas, entre cada um, podendo variar de acordo com a evolução clínica de cada doente. Os efeitos secundários da quimioterapia merecem uma abordagem específica.

- **Efeitos secundários da quimioterapia**

Um dos efeitos secundários mais frequente é a ocorrência de alopecia (mais evidente com a administração de antraciclina), mais usual à 3ª ou 4ª semana, sendo também possível observar-se mudança na textura e cor do cabelo, assim como hiperpigmentação (mais visível a nível das unhas).

A curto prazo, a toxicidade aguda mais frequente é a digestiva que se traduz por náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, obstipação, fadiga, mucosite e estomatite. Todos estes efeitos são difíceis de deliberar por também estarem associados a factores psicológicos (Jerónimo e Henriques, 2002), diferindo francamente de mulher para mulher, a intensidade e frequência com que ocorrem, não sendo igual para nenhuma doente. Ou seja, os sintomas como náuseas e vômitos, estarão relacionados com as características individuais (nomeadamente a idade e o sexo, sendo mais frequente nas mulheres mais jovens), mas também com o tipo de quimioterapia (Bonassa, 1998; Gartner, 2007), com a dose e a combinação de medicamentos. No caso de mucosite/estomatite esta poderá estar relacionada, por exemplo, com as antraciclinas e o 5FU, surgindo, habitualmente, cerca de 5 a 10 dias após o tratamento (Jerónimo e Henriques, 2002). Também a depressão medular é um efeito secundário frequente e relevante na quimioterapia citostática, podendo ocorrer entre sete a quinze dias após a administração dos citostáticos, designando-se o período do nível mais baixo dos valores hematológicos por Nadir (Caseiro *et al*, 1997). De forma a prevenir possíveis complicações derivadas da leucopenia e da trombocitopenia (Lopes, 2005), as doentes deverão conhecer os sinais de alerta, nomeadamente o aparecimento de febre ou hemorragia.

A longo prazo, ou seja, após o cessar dos tratamentos de quimioterapia, a toxicidade poderá traduzir-se por cardiotoxicidade, disfunção reprodutiva e sexual, toxicidade pulmonar, renal e vesical e neurotoxicidade (posteriormente com possíveis alterações cognitivas).

4.2 – CIRURGIA

A cirurgia oncológica pode ter diversas finalidades, nomeadamente profilática (no caso de identificação dos genes BRCA1 e BRCA2, ou no caso de carcinoma lobular *in situ*), diagnóstica, terapêutica, paliativa, (Sabel, 2007) ou o controlo de situações de emergência oncológica. Após o estadiamento do carcinoma da mama será, provavelmente, necessário um tratamento cirúrgico. Os tipos de intervenção cirúrgica podem ser diversos.

O papel mais importante encontrado no tratamento cirúrgico do cancro deve-se a John Hunter (1728-1793), sendo considerado como o pai da ciência cirúrgica (*cit in* Sabel, 2007). Com a introdução da anestesia geral em 1842 e o desenvolvimento dos princípios de assepsia, descritos por Lister em 1867, segundo Sabel (2007), foi possível desenvolver, nas décadas seguintes, alguns princípios da cirurgia oncológica. O mesmo autor acrescenta que a abordagem cirúrgica de Halsted, como terapêutica padrão no

tratamento do carcinoma da mama, através da mastectomia radical, data de 1891. Já na primeira década do século XX, esta abordagem cirúrgica era seguida de radioterapia pós-operatória (Menke e Biazus, 1991). Apenas na década de 70 houve modificação da tendência para esta intervenção radical, fruto de um melhor conhecimento da história natural da doença, entre outros factores.

Em 1980, Fisher defendia a biopsia extemporânea, com redução da agressividade da mastectomia radical, graças aos marcadores genéticos. As variações nas abordagens cirúrgicas têm sido graduais, mas relevantes. Felizmente, hoje a medicina já dispõe da linfocintografia para detecção do Gânglio Sentinela, o que significa um avanço na segurança da abordagem cirúrgica.

Segundo Shaughnessy (2007) as abordagens cirúrgicas no caso do cancro da mama, podem envolver a **Tumorectomia (ou Quadrantectomia)**, também designada por **cirurgia conservadora**, que se baseia na ressecção do quadrante mamário envolvido (mais frequentemente o quadrante superior externo), marcação do leito tumoral com clips e dissecação dos gânglios axilares. Esta opção terapêutica deve ser complementada com a irradiação do tecido mamário residual.

Caso não seja efectuada dissecação dos gânglios axilares, estes deverão ser irradiados. Este tipo de abordagem é mais frequente no caso de cancro da mama não invasivo, nomeadamente no ductal *in situ*.

Outra abordagem cirúrgica possível, é a **Mastectomia Radical Modificada tipo Madden**, que consiste na remoção total da mama, em conjunto com os gânglios axilares.

4.3 – RADIOTERAPIA

A descoberta dos radioisótopos por Becquerel em 1898 (Ray e Sabel, 2007) contribuiu para a utilização da radioterapia no tratamento da doença oncológica. O seu efectivo valor destaca-se nos tratamentos primários e paliativos.

A radiação ionizante pode ser definida como uma energia com suficiente potência, capaz de ejectar electrões que vão danificar moléculas cruciais para a sobrevivência da célula, resultando na sua morte. A radioterapia oncológica é uma especialidade que combina as acções da radiação física, a célula e o tumor biológico e a clínica oncológica, com vista a “esterilizar” os resíduos microscópicos da doença (Ray e Sabel, 2007).

A evolução positivamente significativa da radiobiologia (Hellman, 1997) tem contribuído grandemente para o tratamento local e loco-regional de alguns tipos de cancro (como é o caso do cancro da mama do estágio I até ao estágio III), através de

radiações ionizantes, graças à sua capacidade de interferir no crescimento celular. O ADN cromossómico apresentará uma quebra na sua estrutura, impedindo a célula de continuar a sua divisão celular. Para que tal se verifique, as radiações ionizantes são direccionadas especificamente sobre a massa tumoral (a nível local) e sobre as cadeias ganglionares adjacentes, para as quais é maior a probabilidade de disseminação das células tumorais (loco-regional). As bases da selecção do fraccionamento e administração das radiações ionizantes estão relacionadas com quatro processos radiobiológicos conhecidos pelos 4 Rs (Ray e Sabel, 2007), nomeadamente a Reparação do dano subletal, a Repopulação, a Redistribuição/reclassificação e a Reoxigenação. O uso de Radioterapia é decidido após a mastectomia estando, esta decisão, dependente das margens do tumor, do número de gânglios invadidos e da ruptura, ou não, das cápsulas ganglionares. Caso seja necessário o seu uso, a dose pretendida pode ser administrada de forma fraccionada (cerca de 30 fracções de 2 Gy), ao longo de tratamentos diários, cinco dias por semana, durante cerca de seis semanas. Poderá ser necessária a administração de outras doses (Hellman, 1997).

O grau de lesão e os decorrentes efeitos secundários estão claramente relacionados com a dose, duração dos tratamentos, energia e tipo de radiação utilizada, a dimensão da zona irradiada e os níveis de tolerância individual.

Entre os efeitos secundários mais frequentes, encontramos a fadiga, alterações hematopoiéticas, radiodermites e outros efeitos directamente relacionados com a zona irradiada (Ogden, 2004; Ray e Sabel, 2007).

A informação, o ensino, o suporte emocional, o despiste de efeitos secundários e uma adequada actuação perante o acompanhamento da doente submetida a radioterapia (Diegues e Pires, 1997) são detalhes de grande valor por parte dos profissionais de saúde, no contributo para um melhor bem-estar da doente (Ogden, 2004).

4.4 - TERAPIA HORMONAL

A Hormonoterapia tem como finalidade impedir que as células malignas continuem a receber a hormona que estimula o seu crescimento. Ou seja, através da hormonoterapia pretende-se alterar os níveis de hormonas femininas produzidos pelo organismo, ou impedir que as hormonas actuem e facilitem a progressão das células cancerígenas. Esta alternativa terapêutica visa, sobretudo, aumentar o intervalo livre de doença e a sobrevivência global, sendo utilizada como terapêutica adjuvante no cancro da mama inicial, ou como terapêutica paliativa no caso da doença avançada.

Grandes avanços têm sido efectuados no tratamento hormonal, na quimioterapia sistémica e na terapêutica alvo (tais como os modificadores da resposta biológica, nomeadamente o trastuzumab – Herceptin®, segundo Loureiro *et al* (1999). A hormonoterapia, quanto ao mecanismo de acção, classifica-se em (1) terapêutica ablativa (ovarectomia, orquidectomia), (2) terapêutica aditiva (androgénios, estrogénios, progestinas), (3) terapêutica competitiva (antiestrogénios) e (4) terapêutica inibitória (inibidores da aromatase, análogos LHRH). Um dos antiestrogénios mais utilizados como tratamento adjuvante da mulher com cancro da mama é o Tamoxifeno, que actua através do bloqueio dos receptores de estrogénios (Erlichman, 1997; Shaughnessy, 2007). As mulheres pré-menopausicas, cujo tumor é hormonodependente, deverão se mantidas em amenorreia (2 a 5 anos). A mulher que não se mantiver amenorreica apesar da quimioterapia, poderá ter de efectuar castração química, decisão tomada apenas após a confirmação deste dado clínica, obtido através de doseamentos hormonais.

Antes de se decidir um tratamento definitivo, deve-se ter em conta as possíveis combinações dos diferentes tratamentos, pois esta opção poderá contribuir para um aumento das possibilidades de cura.

Muitos esforços têm sido dirigidos, através de diversos estudos (Crane, 2000:89), à procura de tratamentos cada vez mais eficientes que se traduzam na redução da mortalidade. Neste contexto, alguns autores (Santos, 2006) têm procurado relacionar o apoio psicossocial como uma forma de aumentar a sobrevivência das mulheres com cancro da mama. Embora essa hipótese seja difícil de confirmar, devido às variáveis envolvidas, pelo menos é certa a melhoria da qualidade de vida das mesmas (Santos, 2006). As alterações físicas e psicológicas das mulheres com esta patologia, justificam todos os esforços no sentido de diminuir o seu sofrimento, como confirmaremos ao longo dos próximos capítulos.

5- ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS RESULTANTES DO CANCRO DA MAMA E DO SEU TRATAMENTO

“Não há imagem corporal sem personalidade” (Schilder, 1994)

Após a recepção do diagnóstico de cancro da mama, cada pessoa estabelece um percurso particularmente individualizado (Ogden, 1999), vivendo com a sua doença durante variáveis períodos de tempo, pelo que necessitará de se ajustar ao impacto da doença e às diferentes consequências (Irvine *et al*, 1991). No caso de uma mulher com cancro da mama sem sinais nem sintomas, o diagnóstico de cancro da mama causa sentimentos de confusão e perda de controlo da sua vida, vulnerabilidade, pessimismo, isolamento, sensação de culpa, preocupações existenciais, surgindo incertezas acerca do seu futuro e, muitas vezes, o receio da morte, o que poderá interferir nas relações familiares, sociais e profissionais (Spencer, Carver, Price, 1998; Razavi e Delvaux, 2002). Com base em Burton e Watson (1998), inicialmente o diagnóstico é acompanhado de choque, levando algumas pessoas a desenvolverem sentimentos de culpa pela sua própria doença, assim como pelo sofrimento que vão causar à família. Algumas pessoas chegam mesmo a sentir vergonha por terem cancro, o que as leva ao isolamento e à incapacidade de comunicarem os seus sentimentos.

A mulher com cancro da mama é uma pessoa com um corpo doente, com uma mente que pensa e um “coração que sofre”, o que afecta atitudes, capacidades, interesses, sonhos e esperanças. Tornam-se fundamentais ajustes consecutivos (Burton e Watson, 1998) uma vez que há perdas comuns, nomeadamente:

- perda da integridade física resultante da doença e dos tratamentos;
- o risco da perda de entes queridos, através da rejeição de alguns amigos e familiares (não esquecendo a separação ao longo dos internamentos e tratamentos);
- algumas perdas transitórias da capacidade para executar actividades de rotina, especificamente os cuidados pessoais, algumas tarefas domésticas e entretenimentos (e algumas definitivas, tais como não poder executar tarefas mais “pesadas”);
- perdas financeiras resultantes dos gastos associados aos tratamentos, com consequentes faltas ao emprego (com o risco da sua perda);
- diminuição ou perda da auto-estima;
- possível perda das convicções religiosas e do sentido da imortalidade.

Os tratamentos a que é submetida a mulher com cancro da mama, trazem alterações da **Imagem Corporal**, relacionadas com a mastectomia e com a alopecia (Razavi e Delvaux, 2002). A amputação a que a mulher é submetida coloca, para além da ameaça à vida, o problema “*do luto pela perda de uma parte do corpo com conotações muito especiais quanto à auto-estima, sexualidade e feminilidade*” (Marques *et al*, 1991: 39). Os mesmos autores, com base em diversos estudos, referem que no caso da mastectomia radical é significativa a ocorrência de depressão, ansiedade, baixa auto-estima e deterioração no funcionamento sexual, acrescentando, com base em Maguire (1980) “*que o diagnóstico de depressão duplicava nas doentes recebendo quimioterapia adjuvante por cancro da mama*” (Marques *et al*, 1991: 40).

O corpo, como elemento principal da expressividade do ser humano, pode assumir diferentes traduções, podendo até contradizer-se a si próprio. A vivência corporal implica, deste modo, a existência biológica e a existência pessoal, que se pode designar de “*fusão entre a alma e o corpo*” (Oliveira, 2004: 25). A mesma autora, com base na opinião de Merleau-Ponty (1996), refere que a existência do Homem navega entre o corpo e o “*eu*”, numa afinidade recíproca entre o “*corpo e o espírito*”, sendo o corpo considerado o “*espelho do nosso ser*”. Ou seja, cada pessoa pode experienciar o seu corpo “*como um reflexo do seu próprio eu*” (Oliveira, 2004: 25). Na mesma linha, parece haver na, literatura, um desacordo relativo à definição de imagem corporal, defendendo-se que este termo não deverá ser usado para representar um constructo unidimensional, mas sim um constructo multidimensional. Este conceito permanece ambíguo, embora haja inúmeros estudos em que o tema é abordado (*idem*). Já em 1935, com base em princípios psicanalíticos (Schilder, 2004) se atribuía uma dimensão integral à imagem corporal, através da qual se estabeleciam estreitas relações entre a imagem corporal e a psicanálise (apresentando total ligação entre aspectos neurofisiológicos, sociais e afectivos). Segundo o mesmo autor, o termo imagem corporal significa que não estamos perante uma mera sensação ou imaginação, mas sim que existe uma percepção do corpo, embora esta nos chegue através dos sentidos. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação, nem uma simples percepção (Oliveira, 2004).

A imagem corporal é relatada por Schilder (2004) como as relações intra e interpessoais, as emoções e os sentimentos do indivíduo para consigo, para com os outros e para com o ambiente, sendo, desta forma, importante compreender que cada gesto e cada movimento, está envolto num universo de representações composto pela história de cada um. Neste contexto, Oliveira (2004) notifica que os sentimentos e as

experiências, individuais, de imagens corporais, se encontram de tal forma enredados, que algumas pessoas poderão projectar culpa no seu próprio corpo, em função de imperfeições percebidas noutros aspectos de si próprias. Ou seja, as pessoas com tendência para adoptar uma visão negativa quanto à sua imagem corporal, apresentar-se-ão mais vulneráveis às experiências negativas do seu *eu*, entendendo-se por *eu*, uma imagem (consciente e/ou inconsciente), que a pessoa elabora acerca de si própria, ao longo da sua vida (Ferreira, 2004). Esta imagem, pessoal, este *eu*, abrange o acumular das experiências adquiridas desde a infância (boas e/ou más), numa relação contínua e permanente entre a própria pessoa com o seu corpo e com todos os que lhe são mais próximos. A qualidade dessas experiências e a aptidão para as elaborar e delas colher benefício, permitem-nos avaliar a medida da estima que a pessoa sustenta em relação a si mesma, acrescentando que sem uma estima positiva, não pode existir bem-estar psíquico (Alarcão, 1989). A doença física encontra-se, desta forma, intimamente ligada à vivência corporal subjectiva e, psicologicamente, essa afecção representa uma ameaça para a integridade do seu *eu*. Neste contexto, compreende-se que as atitudes de defesa, na fase da tomada de consciência do diagnóstico, possam ser um mecanismo necessário, desde que a doente integre a situação de doença ao longo do tempo, sem consequências, exacerbadamente negativas, para o seu *eu*.

Outros estudos investigam a relação entre o cancro e o Auto-conceito, sendo este visto como um sistema cognitivo, avaliativo e comportamental (Helgeson, Cohen e Fritz, 1998; Bruges, 2001). Neste contexto, há estudos que concluíram que o baixo auto-conceito físico em doentes, num tempo inferior ou igual a 3 meses após a mastectomia, estava correlacionada com a “*depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal e hostilidade*” (Vicente e Marques, 2003: 32). Em relação à componente cognitiva, Bruges (2001) faz referência ao aspecto perceptivo do auto conceito, que designa por auto-imagem, sendo esta constituída por três subcomponentes, nomeadamente (1) a auto-imagem real, (2) a ideal e (3) a social. A primeira refere-se à percepção que a pessoa tem das suas próprias características e atributos. A *auto-imagem ideal* engloba a representação/percepção que a pessoa possui acerca das aspirações nos diversos aspectos da sua vida (ao que aspira ser). A *auto-imagem social* relaciona-se com a crença acerca de si mesma, em função da opinião dos que a rodeiam.

O sistema avaliativo engloba, no Autoconceito, a auto-estima, constituindo esta um processo de auto-avaliação, através do qual a própria pessoa se julga numa escala de valores, o que determina comportamentos. Ou seja, a escala de valores pessoais, interfere na adopção de comportamentos de aceitação e/ou de rejeição. A auto-estima constitui, segundo Rogers (*cit in* Bruges, 2001), o núcleo da personalidade. O *eu* busca

consideração e reconhecimento, pelos que nos rodeiam. Neste sentido, compreende-se que a alteração da imagem corporal provocada pela alopecia e pela mastectomia possa trazer alterações do auto-conceito e, consequentemente, da auto-estima.

Curiosamente, em relação aos aspectos neurofisiológicos, Winograd (2004) defende que Freud, já em 1888, referia uma relação entre a Neurologia e a Psicologia surgindo posteriormente a formalização, do ponto de vista freudiano, sobre o problema das relações corpo-alma. Nas diversas dimensões que se prendem com a imagem da mulher, não é possível esquecer que “*a aparência expressa a personalidade de cada um*” (Oliveira, 2004: 29), pois revela escolhas, decisões e valores, condicionados por alguns termos socialmente interligados tais como “Mulher”, “Bela” e “Imagem”, palavras que provocam uma imagem de sonho. Considera-se, como um dado adquirido, que o seio é um símbolo de feminilidade e de atractivo sexual, mas também um princípio de vida (através do aleitamento) representando a identidade feminina. Neste contexto, a **mastectomia** agride a mulher na sua identidade. O grau desta agressão estará dependente do tipo de relação que a mulher mantém com o seu corpo e a forma como encara a alteração física a que foi sujeita (Burton e Watson, 1998), assim como do meio sócio-cultural onde se encontra inserida (Oliveira, 2004). Mas a amputação da mama não é o único motivo da alteração da imagem (embora seja o único definitivo, apesar da possibilidade de uma reconstituição mamária), estando também presente a **alopécia**, como um dos efeitos secundários mais temido, ao longo dos ciclos de quimioterapia, talvez pelo mesmo motivo: a alteração da auto-imagem. Contudo, não poderemos deixar de salientar as alterações da sensibilidade, do paladar, as náuseas, entre muitos outros efeitos secundários inerentes à quimioterapia (Burton e Watson, 1998).

Desta forma, compreende-se que receber, em determinado momento da vida, um diagnóstico de cancro da mama, exigirá a necessidade de integrar “ (...) *o controlo da doença nas actividades da vida diária, as expectativas do que pode acontecer se esse controlo for mal feito, as emoções que evocam (...)*” (Ribeiro, 2005: 219 e 220), uma vez que a palavra cancro ainda carrega consigo um estigma negativo e de irreversibilidade (Matos, 1998; Bruges, 2001), continuando a ser, para muitos, sinónimo de sofrimento e até sentença de morte. Ogden (1999) apresenta uma teoria de adaptação cognitiva (à doença), com implicações positivas no processo de *coping*, com base em estudos de Taylor e col. (1984), envolvendo mulheres com cancro da mama. Nesta teoria, considera-se a necessidade de (1) procurar uma causa para doença, (2) perceber as implicações que esta teve na sua vida, (3) procura de mestria (com o desenvolvimento de uma atitude positiva perante a doença) e (4) desenvolver a sua auto-estima. Este modelo de *coping* procura promover a adaptação à doença crónica.

Muitas questões se colocam ao longo de todas as fases, mas particularmente na fase de gestão da má notícia recebida, mudando radicalmente as perspectivas de vida (Burton e Watson, 1998). No caso da mulher mastectomizada, Razavi e Delvaux (2002) referem que cerca de 3 a 12 meses após a intervenção, a alteração do seu esquema corporal é a sua maior preocupação. Contudo, segundo Spencer, Carver e Price (1998) e Razavi e Delvaux (2002), o *distress* emocional que é mais elevado na fase de diagnóstico, flutua ao longo dos posteriores tratamentos, referindo uma diminuição significativa dos sintomas psicológicos cerca de 4 a 6 meses após o diagnóstico. Segundo Spencer, Carver e Price (1998), o *stress* psicológico e somático, a ansiedade sobre separação e morte, diminuem gradualmente ao longo do primeiro ano após a recepção do diagnóstico, embora alguns receios se mantenham ao longo de muitos anos após o terminar dos tratamentos.

CAPÍTULO II – AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA CRÓNICA

*“O aspecto positivo das crises é a oportunidade de dar lugar ao crescimento”
(Marchand, 2001)*

Reconhecemos que qualquer doença orgânica transporta repercussões psicológicas, possíveis de identificar, tanto no doente como na família. Contudo, algumas doenças, consideradas pela sociedade como mais graves, como é o caso do cancro, exigem um ajustamento pessoal, familiar e comunitário (quase permanente) a inúmeras adversidades. Em muitas situações, o meio social favorece um ajustamento mais adequado, promovendo o equilíbrio emocional e mental da mulher ao longo do processo de tratamento e recuperação. No entanto, importa referir que os processos de ajustamento são muito diversificados, dependendo de vários factores e variando de pessoa para pessoa (Razavi e Delvaux, 2002).

Nas últimas décadas, numerosas publicações abordaram os efeitos psicológicos e emocionais do cancro, procurando identificar respostas psicológicas ao carcinoma da mama (Vicente e Marques, 2003). A literatura disponível traduz o crescente interesse pela temática do ajustamento psicossocial, apresentando também alguns modelos de adaptação à doença crónica (Livneh e Parker, 2005), o que demonstra enorme utilidade, uma vez que a ausência da integração de cuidados complementares na procura do bem-estar da doente, pode ter como consequência uma redução da participação da mesma no seu tratamento, o que não contribui para uma maior eficácia da terapêutica instituída.

O medo que a palavra “cancro” provoca será, possivelmente, igual ou superior relativamente ao efectivo diagnóstico, uma vez que, às dimensões psicossociais desta patologia não poderemos deixar de incluir algumas associações deturpadas, condicionadas por experiências anteriores e pelos significados inconscientes que esta palavra representa (Eizirik e Ferreira, 1991; Razavi e Delvaux, 2002; Raminhos, 2004). Segundo Eizirik e Ferreira (1991) antes da comunicação do diagnóstico, a colheita de dados da anamnese deveria envolver a identificação dos traços de personalidade do doente, da auto-imagem e da localização do tumor e ter em conta a idade do doente, uma vez que todos estes factores são determinantes no processo de adaptação à doença.

1- DEFINIÇÃO DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA CRÓNICA

Nas sociedades contemporâneas, a doença perspectiva uma *crise*; esta crise encerra oportunidades e riscos. Por um lado, oportunidade de redefinição de projectos de vida e de um novo bem-estar; por outro, risco de bloqueio e de sofrimento.

Por doença podemos entender qualquer alteração no estado de saúde. A saúde é um estado de bem-estar físico, de conforto emocional e espiritual, com controlo do sofrimento (OE, 2001). Este estado é, simultaneamente, a representação mental da condição individual, tratando-se, portanto, de um estado subjectivo (Bennett, 2002). Ou seja, o *bem-estar físico* está, geralmente, associado ao *bem-estar psicológico*, mas o *bem-estar psicológico* pode aparecer associado a uma doença física (se esta não apresentar sintomas de mal-estar ou dor).

Entende-se *bem-estar físico* como “a ausência de dores ou sintomas de desconforto físico indesejáveis ou incapacitantes das actividades privadas ou sociais do indivíduo” (Geada, 1996:191). Contudo, não podemos dissociar: (1) o *bem-estar emocional*, que se baseia na ausência de sofrimento psicológico do indivíduo, qualquer que seja a causa, nomeadamente, o *stress*, medos, perdas (entre outras); (2) o *bem-estar interpessoal*, pelo qual se entende o grau de satisfação que a pessoa retira das suas relações interpessoais (este grau de satisfação está dependente das características da personalidade e dos mecanismos de defesa e de *coping*); (3) o *bem-estar social*, que envolve o clima cultural e social onde o sujeito se insere e onde interage (implica os aspectos sociológicos, ambientais, económicos e políticos).

Os itens referidos estão directamente relacionados com o *bem-estar* e a qualidade de vida “*susceptíveis de criar as condições para a plena auto-realização pessoal de que falava Maslow (1954) na sua pirâmide hierárquica de necessidades humanas*” (Geada, 1996:191 e 192). Desta forma, o conceito de doença não é um estado ou uma condição estável, mas envolve um conceito vital que se apresenta sujeito a constante avaliação e mudança, envolvendo múltiplos aspectos, nomeadamente psicológicos, sociais e biológicos. Este é um conceito difícil de objectivar e, consequentemente, de medir (Sorensen e Luckmann, 1998).

Neste contexto, saúde não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença (OE, 2001), sendo, na verdade, um reflexo de um processo dinâmico e contínuo, na tentativa de alcançar o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. Importa referir que os conceitos de saúde e de doença são variáveis, pelo que é desejável que procuremos

conhecer o significado destes conceitos de cada ser que cuidamos (Bennett, 2002). Segundo Joyce-Moniz e Barros (1994), as representações que a pessoa possui, acerca da doença, explicam as suas atitudes e comportamentos em relação à mesma, referindo que a mudança dessas representações implicará uma modificação nas atitudes.

Neste contexto, Ribeiro (2005), com base em Barondess (1979) e Thorensen e Eagleston (1985), apresenta-nos uma concepção de doença muito interessante, assentando em três termos utilizados pela língua inglesa – *disease*, *illness*, *sickness* – e que “em português se poderiam expressar como, *ter uma doença*, *sentir-se doente* e *comportar-se como doente*. O primeiro termo – **disease**, *ter uma doença* –, pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou por uma sua combinação (...). Trata-se de uma ruptura na estrutura, ou função, de uma parte do corpo, de um sistema ou subsistema. O segundo termo – **illness**, *sentir-se doente* – não é um acontecimento biológico, é um acontecimento humano. Isto é, consiste numa configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interação do indivíduo com o seu meio (...). O terceiro termo – **sickness**, *comportar-se como doente* – é uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis” (Ribeiro, 2005:85). De acordo com esta concepção, é possível uma pessoa sentir-se doente sem ter nenhuma doença; pelo contrário, também é possível identificar doenças em pessoas que manifestam boa saúde (Geada, 1996).

A forma como cada pessoa encara a sua situação de doença, estará relacionada com diversos factores, nomeadamente, com os hábitos de vida, com as crenças e valores, o contexto social, a personalidade e os mecanismos de *coping* que caracterizam essa pessoa como ser único (Bennett, 2002). Com base em Kiely (1972), Joyce-Moniz e Barros (1994: 234) referem que a compreensão individual da doença poderá influenciar as iniciativas de “*confronto («coping») com essa doença*. Genericamente, as significações de confronto antecipam a redução, a eliminação ou a transformação dos sintomas e o curso da doença”. Existe uma implicação mútua entre as significações de doença e as estratégias de confronto, sendo que a ideia de doença só é emocionalmente aceite se, simultaneamente, integrar ideias de tratamento, cura e reabilitação, referindo Joyce-Moniz e Barros (1994).

Os mesmos autores, com base em Lazarus, referem que os processos emocionais dependem das representações avaliativas dos sintomas físicos, assim como das representações dos recursos para os confrontar. Os cinco componentes estruturais ou *esquemas* da representação conjunta da doença e do seu confronto, formalizados por

diversos autores, são apresentados por Joyce-Moniz e Barros (1994: 234), da seguinte forma:

- a) Ideias que levam à **identificação** e nomeação da doença e dos respectivos sintomas;
- b) Ideias sobre as **causas**, ou seja, sobre a forma de contrair a doença;
- c) Ideias sobre a **duração** do processo;
- d) Ideias sobre as **consequências** ou sequelas;
- e) Ideias sobre a respectiva **cura**, induzindo o confronto activo, tratamento e recuperação.

Algumas doenças crónicas, como o cancro provocam “(...) *mal-estar – **illness** – e aqueles que têm estas doenças adoptam, frequentemente, um papel de doentes – **sickness***” (Ribeiro, 2005:87). Curiosamente, muitas doenças crónicas têm pouco impacto na vida das pessoas, tornando a sua gestão relativamente simples, mas noutros casos “(...) *podem provocar problemas delicados, justificando a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades para gerir o dia-a-dia*” (idem). Ainda segundo o mesmo autor, Giovannini *et al.* (1986), evidenciam algumas áreas problemáticas que caracterizam a experiência subjectiva da doença crónica, nomeadamente o risco de crise, a gestão da terapia e do estilo de vida renovado, a reestruturação do tempo, o isolamento social e o contexto familiar.

De acordo com Rocha (1997:160), “*os aspectos psicológicos estão implicados em 90% a 95% das doenças como factores primários ou secundários*”, uma vez que as doenças crónicas se definem por doenças sem cura ou de longa duração conduzindo, a médio ou longo prazo, à morte. Esta perspectiva de doença obriga a pessoa doente a gerir a doença em vez da cura.

No caso das doenças oncológicas, surge a necessidade, incontestável, de procurar atenuar o impacto negativo associado ao cancro. Neste contexto, a oncologia psicossocial tem desenvolvido um campo específico de estudo e de prática, procurando proporcionar modelos de intervenção nesta área (Durá e Ibañez, 2000; MacCray, 2000).

Relativamente ao impacto psicossocial induzido pelo cancro Weisman e Worden (*cit in* MacCray, 2000) identificaram algumas preocupações predominantes nos doentes, nomeadamente: a preocupação com a saúde, a auto-avaliação, o trabalho e a situação económica, a família, a religião, os parceiros, os amigos e as preocupações existenciais. A idade e a fase da vida tendem a afectar a percepção, a compreensão e a aceitação da doença; o diagnóstico de cancro numa pessoa jovem é visto como mais devastador do que numa pessoa idosa, que já terá cumprido as principais etapas da sua vida (MacCray,

2000). Outros agentes de *stress* interferem no ajustamento à doença, tais como os períodos de transição no ciclo de vida (por exemplo, o casamento ou o nascimento de uma criança), os recursos económicos disponíveis, entre outros. As respostas físicas e psicossociais relacionam-se com o grau de ameaça sentido, variando o processo de adaptação ao longo do tempo e de acordo com o significado pessoal atribuído ao cancro (idem).

Definição de ajustamento psicossocial

Por ajustamento entende-se um acto ou efeito de se ajustar, de se adaptar (Dicionário Universal, 1999).

De acordo com Doron e Françoise, ajustamento remete-nos para “os *meios psíquicos e comportamentais que um indivíduo é capaz de interpor entre uma agressão e o seu organismo, de modo a enfrentar o problema encontrado e a reduzir a importância do stress sofrido. Os psicólogos distinguem as estratégias de acção das estratégias de defesa. As primeiras visam resolver o problema, ao passo que as segundas são intrapsíquicas e tentam controlar a emoção gerada pela situação causadora (negação, intelectualização, reinterpretação, etc.). As estratégias de ajustamento variam bastante de indivíduo de um momento para o outro, mesmo para um acontecimento idêntico*” (Doron e Françoise, 2001: 42).

O ajustamento psicossocial varia de acordo com o contexto, implicando o envolvimento de mais do que um processo intrapsíquico, incluindo as interações entre o próprio e os outros representantes do seu ambiente sócio-cultural. Essas interações são usualmente adquiridas através de padrões de comportamento, designados de *papéis* (Derogatis e Derogatis, 1990). Segundo os mesmos autores, e com base em Kaplan-deNour, Murawski e Zyzanski, a natureza do ajustamento psicossocial do doente pode ser tão importante quanto o estado (grau) da doença física, na determinação da qualidade da experiência de estar doente, havendo uma forte associação entre os principais domínios do ajustamento psicossocial e os papéis comportamentais (o papel de profissional, de pai, de mãe, de marido, etc.).

O ajustamento ao cancro pode ser definido pela forma como se desenvolvem as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais da pessoa que recebe o diagnóstico (Burton e Watson, 1998; Vicente e Marques, 2003).

Com base em Stanton (2001), Revenson e Tennen (2007) descrevem cinco conceptualizações relativas ao ajustamento a doenças crónicas, especificamente o

domínio sobre a doença, a preservação do estatuto pessoal, a compreensão dos diferentes domínios da qualidade de vida, a ausência de desordem psicológica e baixos aspectos negativos. Estas conceptualizações revelam que a palavra ajustamento envolve múltiplos domínios, nomeadamente a nível interpessoal, cognitivo, emocional, físico e comportamental. Neste contexto, poderemos referir que o ajustamento psicossocial à doença envolve a forma como a pessoa enfrenta os desafios que surgem, em harmonia com os diferentes apoios sociais e toda a colectividade humana onde a pessoa se encontra inserida; é desejável que o indivíduo foque a sua atenção numa adaptação positiva, evitando o isolamento social e o fatalismo, adoptando a expressão das suas emoções, uma vez que “ *a expressão de emoções, mesmo negativas, na altura do diagnóstico e depois do ajustamento inicial ao cancro, atitudes como “espírito de luta” ou negação, bem como bom suporte social, estão associados a um melhor prognóstico*” (Marques *et al.*, 1991: 42), ou, pelo menos, a uma melhor qualidade de vida (Moorey e Greer, 2002; Oliveira, 2004).

Alguns modelos de adaptação psicossocial à doença crónica são referenciados na literatura, salientando os elementos que participam nessa adaptação, nomeadamente: (1) elementos intrapessoais (os mecanismos de *coping*, experiências anteriores ao aparecimento da doença, avaliações cognitivas), (2) elementos interpessoais (influência das redes sociais, barreiras do meio ambiente, as disponibilidades terapêuticas, os recursos de reabilitação) e (3) outros componentes independentes da estrutura e dinamismo dos elementos anteriores (Livneh e Parker, 2005).

Importa referir que os mecanismos de *coping* (ou de confronto) são entendidos como um conjunto de esforços pessoais, de variada natureza, desenvolvidos para lidar com uma situação difícil. Estes esforços podem ser de natureza variada e nem sempre implicam a resolução do problema, uma vez que a sua eficácia não se encontra apenas dependente dos recursos individuais, mas também da própria situação/problema (Santos, Ribeiro, Guimarães, 2003).

Ciclo de Vida e Desenvolvimento Humano

O estudo do crescimento e desenvolvimento humano é uma matéria relativamente recente e em evolução. As diferentes teorias facilitam a organização dos complexos factores do desenvolvimento humano, mesmo não reflectindo a realidade objectiva. Contudo, temos de nos basear no respeito pelas diferentes teorias e visões alternativas do mundo (Sorensen e Luckmann, 1998). Por exemplo, o ciclo de vida humano pode ser interpretado das seguintes formas, segundo os mesmos autores:

- Em linha recta (de maneira linear). A vida começa com a concepção, continua no nascimento, infância, adolescência e idade adulta, terminando com a morte;
- Em ciclos (visão cíclica). A vida é entendida como uma série de ciclos, através dos quais todos os seres vivos evoluem, podendo os mesmos repetirem-se ao longo da vida;
- Em formas de vida sujeitas a reencarnação e a evolução constante;
- Outras, na sociedade ocidental, nomeadamente, alterações da percepção da identidade pessoal, se uma grande mudança ocorrer na vida.

Diversos factores influenciam o desenvolvimento, nomeadamente a adaptação, a motivação, a aprendizagem, a socialização e as diferenças individuais, reconhecendo que *“a adaptação assegura a sobrevivência, (...), a motivação é a força ou o processo que inicia ou explica o comportamento, (...) a aprendizagem é um processo complexo pelo qual as pessoas adquirem conhecimentos e competências (...) e a socialização é uma forma particular de aprendizagem através da qual os indivíduos aprendem as regras, atitudes e normas do grupo social no qual vivem”* (Sorensen e Luckmann, 1998: 226) e as diferenças individuais ocorrem *“entre pessoas em todos os domínios, incluindo crescimento físico e capacidades, autoconceito, capacidades cognitivas e talento artístico”* (Sorensen e Luckmann, 1998: 227).

Existe concordância relativamente à base fisiológica do crescimento e do desenvolvimento humano, mas o mesmo não acontece em relação à compreensão do desenvolvimento psicossocial. Isoladamente, nenhuma das teorias psicossociais do desenvolvimento humano explica todos os seus ângulos (Sorensen e Luckmann, 1998). Estas teorias englobam três categorias, especificamente, a psicodinâmica, a cognitiva e a comportamental. As teorias psicodinâmicas admitem a presença de diferentes níveis de consciência, designadamente o consciente, o subconsciente e o inconsciente. Neste contexto, Erikson adoptou algumas teorias de Freud, mas centra-se especificamente no *ego*, que, segundo Sorensen e Luckmann (1998: 230) é *“a estrutura da personalidade que protege o indivíduo, e é baseado na realidade”*. Cada indivíduo é considerado, por Erikson, citando Sorensen e Luckmann (1998: 230) como um ciclo de vida numa *“comunidade de ciclos de vida”*, onde cada crise resolvida de forma positiva, facilita a resolução da crise do estadio seguinte. As teorias cognitivas estão relacionadas *“com o desenvolvimento da capacidade do pensamento e raciocínio”* (idem).

A perspectiva do ciclo de vida constitui-se, assim, como um modelo de desenvolvimento co-extensivo à duração da vida, defendendo que este se caracteriza por perdas e ganhos, com avanços e retrocessos, contrariando a teoria de que a vida adulta e a 3ª idade são fases caracterizadas pelo declínio intelectual (Marchand, 2001). Esta concepção de desenvolvimento caracteriza-se por ser *multidireccional* (existindo múltiplas vias através das quais o desenvolvimento se efectua), *multidimensional* (ou seja, o desenvolvimento ocorre em diferentes dimensões: física, intelectual e social) e *contextual* (ou seja, o desenvolvimento resulta de complexas interacções entre o sujeito e o contexto em que se insere, exercendo - o contexto - um papel determinante no desenvolvimento da pessoa). Os diferentes períodos de desenvolvimento articulam-se entre si, uma vez que o desenvolvimento se efectua por estádios. Constituindo a vida adulta o mais comprido período de desenvolvimento, o desempenho das tarefas familiares, profissionais, sociais, entre outras, vai sofrendo alterações inerentes a cada fase do ciclo de vida.

O desempenho das diversas tarefas específicas da vida adulta está totalmente relacionado com o desenvolvimento do *Eu* e com o desenvolvimento cognitivo dos sujeitos. Neste contexto, alguns investigadores defendem que o desenvolvimento se faz por estádios em direcção a objectivos ou metas e outros falam “*em mudanças (Levinson), não significando tais mudanças maior maturidade ou maior integridade*” (Marchand, 2001: 21). Uma das teorias de mudança mais conhecidas, segundo o mesmo autor, é a das estações da vida adulta de Daniel Levinson que advoga que a vida adulta passa por sucessivas eras (estações) com características específicas que podem não significar, contudo, uma progressão no desenvolvimento.

Alarcão (1989) referia que, a nível das implicações psicossociais, a doença oncológica envolve a imagem interior, ou seja, a imagem que o indivíduo fez de si próprio, ao longo da sua existência. Essa mesma imagem engloba o peso das experiências adquiridas desde a infância (boas ou más) na relação da pessoa com o seu corpo, com a sua individualidade e com os que se relaciona de forma mais próxima.

Naturalmente, o papel do profissional de saúde é muito importante nos processos de ajustamento, já que podem clarificar a rede de suporte do doente estimulando uma comunicação aberta entre doente, família e comunidade, assim como o desenvolvimento de relações interpessoais positivas, com base em estratégias de intervenção bem definidas (Vicente e Marques, 2003).

Uma “*medição realista do ajustamento psicossocial tem que ser de natureza multidimensional para reflectir as áreas mais importantes que possam ter influência*

positiva ou negativa no ajustamento de um indivíduo à sua doença” (Schildberger, 1993:7), tendo sido, o conceito de ajustamento psicossocial, concebido como sendo composto de múltiplos domínios (Derogatis e Derogatis, 1990).

1.1 – INVESTIGAÇÕES REALIZADAS SOBRE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA CRÓNICA

A necessidade de contribuir para um enriquecimento efectivo das abordagens terapêuticas e um maior bem-estar dos doentes, tem levado a investigar as condições psicológicas, a qualidade de vida e a forma como as pessoas se ajustam às adversidades com que se deparam após um diagnóstico de cancro. Neste campo, diversos são os estudos (Irvine, 1991; Almeida *et al*, 1998; MacCray, 2000), embora poucos objectivem especificamente o ajustamento psicossocial à doença, havendo alguma dificuldade em encontrar estudos científicos, com resultados quantitativos, sobre o tema.

Segundo Patrão e Leal (2004), o Relatório da IARC (2003) aponta um caminho de investigação, ao definir áreas de interesse de investigação, referindo que *“(...) pouco é conhecido sobre as necessidades psicossociais dos pacientes com cancro quando passam pelo diagnóstico e tratamento da doença, e depois ao longo do tempo de sobrevivência. Por isso aponta a necessidade de se realizarem investigações que: identifiquem factores no pré-tratamento e no tratamento que se relacionem com problemas psicológicos; e perceber as consequências psicológicas de todo o percurso de tratamentos, e o impacto na qualidade de vida – de forma a desenvolver estratégias preventivas adequadas”* (Patrão e Leal, 2004: 54).

No livro *“O doente oncológico e a sua Família”*, Pereira e Lopes (2002) mencionam a necessidade de colocar em prática um conjunto de intervenções para as diferentes fases da doença oncológica, procurando facilitar a intervenção psicológica e promover a qualidade de vida do doente e da sua família.

Segundo Dias (1997), Font *et al*. (1987), apresentaram um contributo na área da adaptação psicossocial ao cancro da mama (num estudo com 150 doentes), ao avaliar a ansiedade vivenciada pelas doentes em cinco momentos distintos (fase do diagnóstico, da terapia adjuvante, no período livre de doença, na primeira recidiva e fase avançada da doença), concluindo que o elevado nível de ansiedade está mais presente na fase imediata ao diagnóstico, confirmando-se a diminuição desses níveis, posteriormente, apesar de ainda ser necessário enfrentar os efeitos secundários da quimioterapia.

Num estudo com pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (TMO), Almeida *et al.* (1998), procuraram avaliar as condições psicológicas e a qualidade de vida dos doentes, nomeadamente em relação ao desempenho físico, ao estado psicológico e à interacção social. Estes autores referem que várias pesquisas registam uma diversidade de efeitos psicossociais decorrentes da doença, nos quais se incluem a disfunção sexual, dificuldades nas relações sociais e relacionamento interpessoal, ansiedade, depressão, baixa auto-estima, limitação em relação às actividades recreativas, entre outras, que dificultam o processo de adaptação do doente. Este estudo foi efectuado em dois momentos de recuperação dos doentes submetidos a TMO, visando uma compreensão dos seus recursos disponíveis no ajustamento psicossocial à sua doença.

Também Irvine *et al.* (1991) apresentam vários estudos sobre o ajustamento psicossocial no cancro da mama, enunciando vários itens intervenientes no referido processo e alertando para a necessidade de implementar serviços de apoio psicossocial. Os diversos estudos apresentados foram organizados com base em conceitos directamente relacionados com o nosso trabalho. Os mesmos autores, referem que num estudo de Jamison *et al.* (1978), dirigido à avaliação do ajustamento emocional e social à mastectomia, concluem que as mulheres casadas há vários anos apresentam um melhor ajustamento emocional.

Num estudo envolvendo 86 mulheres com cancro da mama, Bloom e Spiegel (1984), cit in Irvine *et al.* (1991), revelam que o suporte familiar e o funcionamento social influenciam indirectamente as perspectivas de vida. O *coping*, o auto-conceito, as perspectivas de vida e a actividade social são responsáveis por 53% da variância do funcionamento social.

Um outro estudo, envolvendo 205 doentes com carcinoma da mama primário, procurou identificar os factores relacionados com o sofrimento psicológico nos 18 meses seguintes ao início do tratamento do cancro da mama. Foi possível concluir que o número de acontecimentos de vida stressantes, anteriores ao diagnóstico de cancro da mama e em associação com história prévia de depressão, é indicador de risco de sofrimento psicológico (Maunsell, Brisson e Deschênes, 1992). Os mesmos autores concluíram que a idade, a escolaridade e o estado civil têm pouca, ou nenhuma relação, com os níveis de sofrimento psicológico.

2-FACTORES RELACIONADOS COM O AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA

“Se há coisa que se eterniza é a bondade com que um homem pode tratar o outro homem” (Rui de Carvalho, s.d.)

Quando uma pessoa recebe a confirmação de um diagnóstico de cancro, é confrontada com um conjunto de desconhecidas e temíveis situações, passando por sucessivos níveis de angústia. Apesar de todos os receios com que é confrontado, ainda se espera que o doente seja capaz de participar activamente no seu tratamento e recuperação. Para que tal objectivo seja alcançado, é necessário que o doente se ajuste à sua situação de doença, dependendo este ajustamento de inúmeros factores. Os contextos pessoais, familiar, social, profissional, espiritual, entre outros, interferem na (in) adaptação sendo que, quanto melhor o ajustamento, maior a qualidade de vida do doente.

Alguns autores consideram que é o *“coping e o stress, e não o stress em si”*, que influenciam o bem-estar psicológico, o funcionamento social e a saúde somática (Santos e Ribeiro, 2000).

Segundo Burton e Watson (1998), alguns factores psicossociais estão associados a um maior risco de desenvolver problemas psicológicos, nomeadamente os seguintes:

- História prévia de doença psiquiátrica;
- Carência de suporte familiar e de amigos;
- Recusa das alterações físicas associadas à doença/ tratamentos;
- Inexistência de envolvimento em actividades que gerem satisfação;
- Experiência adversa anterior de cancro na família;
- Baixas expectativas relativas à eficácia dos tratamentos;
- Problemas conjugais prévios;
- Diagnóstico em idade muito jovem.

Com base em Ferreira (2004), Rocha (2007) aponta os preconceitos culturais (envolvendo mitos acerca do cancro), a personalidade, o padrão de comportamento, o suporte social, as representações da doença e os estilos de *coping* como factores decisivos na (in) adaptação à doença. Mas mais processos estarão envolvidos no ajustamento à doença crónica, nomeadamente o meio sócio-cultural, étnico, o suporte interpessoal, entre outros (Stanton, Revenson e Tennen, 2007).

Estratégias de coping

Por estratégias de *coping* entendem-se os esforços individuais para lidar com os problemas e as emoções, geradoras de *stress*.

Stanton, Revenson e Tennen (2007) referem que Lazarus e Folkman (1988) definem o *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais desencadeados para dar resposta às exigências internas ou externas, que são avaliadas como atingindo ou ultrapassando os recursos do sujeito. O *coping*, ou confronto, consiste na procura da resolução do problema, considerando-se alternativas, procurando manter a esperança, efectuando mudanças que permitam um ajustamento contínuo perante as diferentes adversidades.

A implementação de estratégias de *coping* implica um conjunto de comportamentos e pensamentos (factores cognitivos, comportamentais e afectivos) que a pessoa utiliza na sua integração com o meio em que se insere, de forma a manter um equilíbrio (Watson e Greer, 1998). De acordo com esta orientação, o *stress* é resultado do desequilíbrio entre os recursos da pessoa e as solicitações do contexto em que se insere.

Com base em Lahlou e Consoli, Mendes (2002) refere que as capacidades de adaptação ao *stress* são melhores nos indivíduos que possuem um *locus* de controlo interno do que nos indivíduos que possuem um *locus* de controlo externo, constituindo, este último, um factor de vulnerabilidade. Assim sendo, o *coping* não é um traço de personalidade, estável, que se aplica às situações de vida em geral, mas sim um processo dinâmico que implica mudanças em função de avaliações e reavaliações contínuas (Ribeiro e Santos, 2001; Rocha, 2007).

Bennett (2002), com base em trabalhos de Moos e Schaefer, apresentou uma categorização das estratégias de *coping* nomeadamente, (1) o ***coping centrado na avaliação***, que envolve a tentativa individual de gerir a situação por níveis, tornando-a mais controlável; (2) o ***coping centrado no problema***, que inclui a procura e utilização de informação e apoio, para alcançar objectivos, tais como, o de alterar a fonte de *stress* (o que vai de encontro à opinião de Anagnostopoulou *et al*, 2004); (3) o ***coping centrado na emoção*** procurando envolver a expressão emocional e a aceitação da doença, de forma a manter a esperança, regulando a tensão e a emoção, alterando o significado atribuído à fonte de *stress* (o que também vai de encontro à opinião de Anagnostopoulou *et al*, 2004).

Coping, emoções e ajustamento

As emoções são conjuntos complexos de respostas químicas e neuronais que dizem respeito à vida de um organismo, tendo por finalidade ajudar esse organismo a manter a vida (Damásio, 2003). A aprendizagem e a cultura podem alterar a expressão de emoções, revestindo-as de novos significados, mas “*as emoções são processos biologicamente determinados, dependentes de dispositivos cerebrais estabelecidos de forma inata e sedimentados por uma longa história evolucionária*” (Damásio, 2003: 72). De acordo com o mesmo autor, as emoções iniciam o seu impacto na mente e podem ser (1) primárias ou universais (englobando a alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão), (2) secundárias ou sociais (implicam a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho) e (3) as emoções de fundo (tais como o bem-estar ou o mal-estar, a calma ou a tensão, irritação, entusiasmo).

Curiosamente, segundo Damásio (2003), apenas nos finais do século XIX se deu um lugar privilegiado à emoção, em discursos científicos (de Darwin, James e Freud). Contudo, ao longo da maior parte do século XX a emoção foi considerada demasiado *subjectiva, fugidia e vaga*, estando no pólo oposto da razão (esta considerada a mais excelente capacidade humana). Uma vez que a emoção não era racional, também não seria racional estudá-la. Felizmente, durante a última década esta situação alterou-se, observando-se, presentemente, uma preocupação por parte das neurociências em eleger as emoções como um dos seus temas de estudo.

As reacções emocionais ao diagnóstico de cancro da mama são, segundo Ogden (2004), influenciadas pela forma como o diagnóstico é transmitido e pela personalidade da doente. Nesta linha de pensamento, é frequente desencadearem-se emoções intensas, tais como o medo, a ansiedade, a raiva, o pânico, a culpa, a depressão, sendo vulgar haver oscilações do humor.

2.1- OS DOMÍNIOS DA ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA

A primeira tentativa formal para mensurar o ajustamento psicossocial data de 1950, no âmbito do acompanhamento de doentes psiquiátricos (Derogatis e Derogatis, 1990:1). Segundo os mesmos autores, alguns protótipos de escalas de ajustamento psicossocial foram aperfeiçoados ao longo dos anos, até se ter conseguido alcançar um inventário de auto-avaliação, designadamente a PAIS, traduzida por Schildberger (1993).

Segundo Derogatis e Derogatis (1990), a medida realista do ajustamento psicossocial deve representar a sua natureza ***multidimensional***. Um grande progresso

efectuado nessa direcção é apresentado através da *Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença* que se direcciona especificamente à avaliação desse ajustamento, embora inicialmente se considerasse estar mais direccionado à avaliação da qualidade de vida do doente com doença crónica (Schildberger, 1993). A EAPD considera o ajustamento psicossocial em 7 grandes áreas que poderão contribuir, de diferente forma, para o ajustamento psicossocial global à doença.

• **Orientação Para Os Cuidados De Saúde**

A Orientação para os Cuidados de Saúde procura definir a postura do doente face aos cuidados de saúde, avaliando se este domínio promoverá um ajustamento positivo, ou negativo, à doença e ao seu tratamento. A atitude do doente em relação ao tratamento, as suas expectativas actuais acerca da doença, a procura (ou não) de informação, os cuidados que demonstra na participação do seu tratamento, concedem-nos indícios acerca da forma como a pessoa enfrenta os desafios com que se depara.

Os oito itens avaliados neste primeiro domínio são os seguintes:

- *Orientação geral para os cuidados da saúde;*
- *Cuidados de Saúde - Doença Actual;*
- *Atitude geral em relação à medicina e aos médicos;*
- *Atitude em relação ao tratamento actual e aos médicos;*
- *Expectativas do doente acerca da doença actual;*
- *Informação do doente sobre a doença actual;*
- *Expectativas do doente sobre o tratamento;*
- *Informação que o doente tem sobre o tratamento.*

A comunicação do diagnóstico é, indiscutivelmente, um momento de elevada angústia. Diversos estudos referem que o elevado nível de ansiedade tende a diminuir na fase posterior ao diagnóstico, apesar da adaptação aos efeitos secundários da quimioterapia (Dias, 1997).

Segundo a mesma autora, a informação a dar ao doente oncológico constitui um dilema histórico que tem motivado diversos estudos. Actualmente, verifica-se a tendência para alargar a informação dada ao doente, mas o princípio básico de manter a esperança do doente mantém-se consensual.

Com base em Schwartzmann (1991) e Oken (1961), Dias (1997) considera ser indispensável avaliar a inteligência e a estabilidade emocional das doentes antes de revelar a informação relativa à sua doença. Em diversos estudos alusivos à informação prestada a mulheres com cancro da mama os resultados são discrepantes em relação à

qualidade da informação oferecida, o que pode ser explicado pela existência de diferentes necessidades de informação. De facto, as necessidades informativas divergem de pessoa para pessoa, devendo o profissional de saúde actuar de acordo com a necessidade específica de cada um, tendo em conta não só a comunicação do diagnóstico mas também informações acerca dos tratamentos e efeitos secundários dos mesmos (Rowland e Massie, 1998).

A este propósito, Bennett (2002) refere, com base na metodologia cognitiva de Leventhal e colaboradores, que numa primeira fase (chamada de representação da doença) o doente se baseia na informação retirada de várias fontes: sinais e sintomas de doença, informação dos médicos e informação/experiências de outras pessoas do meio social do indivíduo, sobre o diagnóstico e a natureza da doença. Essa representação pode variar ao longo do decurso da doença, dependendo das diferenças individuais. Com base em Holland e Mastrovito (1980), Bennett (2002) refere que as mulheres querem participar no seu tratamento, sentindo-se mais responsáveis nos cuidados relativos à sua saúde.

Segundo Dias (1997), parece ser possível que, a curto prazo, a informação prestada possa acarretar efeitos negativos para a doente, contudo, a longo prazo, poderá contribuir para uma melhoria dos níveis de ajustamento psicossocial, atitude que facilitaria uma melhor adaptação da doente. Apesar de se verificar um aumento da ansiedade após a confirmação do diagnóstico de cancro, os benefícios são, posteriormente, compensadores.

Neste contexto, existe um conjunto de estudos com doentes oncológicos (sendo a maioria doentes com cancro da mama) que reforçam a ideia de que a informação prestada acerca do diagnóstico pode conduzir, inicialmente, a um aumento da ansiedade, distúrbios psicológicos (medo, choque psíquico), auto-culpabilização, diminuição da auto-confiança, entre outras reacções emocionais negativas, com efeitos negativos a curto prazo. Contudo, a médio e longo prazo “*parece melhorar as relações conjugais e sexuais assim como as relações familiares e sociais*” (Dias, 1997: 59), podendo, “*contribuir para a melhoria dos níveis de adaptação psicossocial*” (idem).

A mesma autora, com base em Durá (1990), refere que, quando a informação prestada obedece aos princípios da *congruência*, da *sequencialidade* e *sistematização*, essa mesma informação exerce, simultaneamente, uma relevante função ao nível do ajustamento psicossocial das doentes com cancro da mama (Burton e Watson, 1998), com a manifestação de efeitos positivos essencialmente na actividade laboral, no trabalho doméstico, nas relações conjugais e sociais.

De acordo com os resultados de um estudo efectuado pela “Caring about Women and Cancer” (Euro-Oncology, 1999), numa sondagem europeia efectuada em 9.706 mulheres com cancro da mama, os factores que mais inquietam as mulheres jovens (foram consideradas as que têm menos de 45 anos) são:

- a forma como o diagnóstico é explicado;
- a falta de oportunidade para colocar questões;
- a inutilidade e quantidade de informação que lhes é fornecida.

Estes dados levam-nos a considerar que se as doentes forem convenientemente informadas acerca da sua doença e das consequências dos tratamentos, são mais capazes de enfrentar as dificuldades e os desconfortos inerentes aos efeitos dos mesmos; uma atitude contrária pode provocar desânimo e depressão (Burton e Watson, 1998).

Segundo Joyce-Moniz e Barros (1994) a adesão ao tratamento proposto é um dos processos de confronto com a doença, referindo a existência de três tipos de adesão: (1) **adesão como norma**, em que a não-adesão é vista como “o não cumprimento” das prescrições médicas, sendo considerado um desvio inadaptativo; (2) **adesão como interiorização**, em que a adopção de crenças positivas acerca do tratamento leva ao compromisso de adesão; e (3) **adesão como dialéctica activa ou transaccional**, em que não há imposição do tratamento mas sim uma partilha de crenças, deveres e responsabilidades.

Os mesmos autores, com base em Hollander (1956) apresentam o *Modelo de Participação Mútua*, que se baseia na concordância por parte do doente e do médico em seguirem os mesmos objectivos e critérios de tratamento, o que conduz a um maior envolvimento e responsabilidade por parte de ambos. Neste contexto, Rowland e Massie (1998) referem que experiências clínicas demonstram que o envolvimento de toda a equipa oncológica (inclusivamente um cirurgião plástico, um profissional de saúde mental e uma enfermeira de investigação clínica) providenciaria um acompanhamento dirigido às necessidades específicas de cada mulher, proporcionando os esclarecimentos adequados e seleccionando, em conjunto com a doente, o tratamento mais adequado à sua situação específica. Desta forma, podemos alcançar maior satisfação nos cuidados de saúde e, conseqüentemente, um melhor ajustamento psicológico havendo, presentemente, alguns estudos que comprovam essa relação positiva (Bettencourt *et al.*, 2007).

- **Ambiente Vocacional**

Na vida diária, as pessoas sentem-se gratificadas e realizadas no seu desempenho vocacional, pois este permite reconhecimento social pelas interações que promove. Na EAPD este domínio incide sobre a qualidade da execução de um trabalho, assim como a satisfação e o interesse por essa ocupação profissional; foi delineado com o objectivo de reflectir o impacto que a doença tem no ajustamento profissional. Importa esclarecer que o conceito “profissional” é definido com flexibilidade, podendo indicar o trabalho, a escola, ou a casa, consoante o mais próximo da realidade de cada doente. Os seis itens seguintes estão associados com a natureza do ajustamento vocacional:

- *Dificuldades no desempenho profissional;*
- *Avaliação pessoal de desempenho;*
- *Absentismo do trabalho;*
- *Investimento vocacional;*
- *Objectivos profissionais/vocacionais;*
- *Conflitos interpessoais.*

Segundo Derogatis e Derogatis (1990), este domínio foi considerado para despistar eventuais rupturas ao nível do desempenho e da satisfação vocacional, atribuíveis à doença. Neste contexto, Razavi e Delvaux (2002) também referem os problemas económicos, culturais e sociais como factores de risco para agravar a dificuldade no ajustamento à doença.

No caso da doente estar reformada, procuramos ter em conta outras ocupações, nomeadamente *part-times*. No caso da doente estar desempregada, procuramos avaliar o impacto que a doença tem no interesse, objectivos e capacidade de obter um novo emprego.

Quando as relações profissionais providenciam um suporte emocional, ajudam a confrontar os problemas, proporcionando uma rede social de segurança capaz de combater eficazmente os problemas psicológicos associados ao cancro (Moorey e Greer, 2002). Contudo, segundo Kornblith (1998), com base em diversos estudos, ainda persistem algumas discriminações nos locais de trabalho, em resultado do cancro, devido aos mitos, tais como o cancro reduzir a produtividade e ser fisicamente contagioso.

- **Ambiente Doméstico**

O suporte familiar e social é fundamental no combate ao sofrimento provocado pelas alterações físicas e emocionais que a doença traz.

Este domínio engloba o relacionamento conjugal e familiar, tendo como objectivo identificar problemas de adaptação do doente e da sua unidade familiar relativamente à doença. Os oito itens que compreendem esta secção medem vários aspectos da vivência familiar, nomeadamente:

- *Qualidade do relacionamento conjugal;*
- *Qualidade do relacionamento com os outros co-habitantes;*
- *Dificuldades na execução das tarefas domésticas;*
- *Adaptação familiar;*
- *Comunicação familiar;*
- *Dependência;*
- *Incapacidade física;*
- *Recursos financeiros.*

A doença oncológica afecta a família em diversos domínios, implicando desequilíbrios geradores de ansiedade, irritabilidade ou depressão (Burton e Watson, 1998; Raminhos, 2003). Por vezes o doente reprime os seus sentimentos, para não preocupar a família (Marques *et al.*, 1991). Uma forma de atenuar esta atitude negativa é proporcionando esclarecimentos adequados e dirigidos a cada doente, desmistificando os seus medos e, se possível, envolvendo a família através de intervenções efectivas (Clark, McGee e Preston, 1997; Zabora, 1998).

Existe alguma lacuna de estudos envolvendo o impacto da doença oncológica sobre a família e a importância das suas interacções relacionais, defendendo-se o planeamento de intervenções de apoio centradas em todo o núcleo familiar, uma vez que nesta fase de incerteza, a família necessita de restabelecer a crença de que têm algum controlo sobre a doença (Santos, 2006).

O ajustamento familiar à doença do seu elemento está dependente da organização familiar, do número de elementos envolvidos, a existência, ou não de filhos, da intensidade das relações, entre outros factores (Lederberg, 1998). Não podemos deixar de referir, neste contexto, a possível necessidade de acompanhamento dos filhos das mulheres com cancro da mama, uma vez que podem surgir perturbações de comportamento, sintomas psicológicos, diminuição do rendimento escolar, entre outras complicações psicossociais, que importa prevenir.

Alguns estudos referem que a existência de uma relação conjugal positiva, está associada com uma saúde mental mais positiva, relacionada com emoções e relações íntimas mais satisfatórias (Omne-Pontén *et al.*, 1995; Helgeson, Cohen e Fritz, 1998). O cônjuge e os restantes elementos da família também têm de aprender a lidar com o diagnóstico e com os tratamentos, esperando-se o desenvolvimento de capacidades para enfrentar com êxito, e em conjunto com a doente, as dificuldades diárias.

No momento da admissão hospitalar, é importante esclarecer qual é a pessoa mais significativa para a mulher, de forma a proporcionar o seu envolvimento no processo de suporte (Burton e Watson, 1998). Os doentes que apresentam um risco elevado de problemas psicológicos exigem um maior cuidado e atenção na abordagem e acompanhamento terapêuticos (Holand *et al.*, 1998).

Um doente que se encontra separado ou divorciado apresenta um maior risco de desenvolver problemas psicológicos, quando comparados com os que vivem um relacionamento conjugal estável. Um bom relacionamento conjugal, associado a uma boa comunicação, traduz baixa incidência de afastamento emocional. Pelo contrário, quando a relação conjugal é pobre, esta é uma fonte muito significativa de *stress* e de sofrimento. Neste contexto, Burton e Watson (1998) apresentam, com base em Greenberg (1995), quatro tipos de casais que previsivelmente terão maiores dificuldades de adaptação a situações difíceis, nomeadamente: (1) relações imaturas; (2) relações de dependência e/ou hostis; (3) relações com agressões físicas; e (4) “relações estranhas”, caracterizadas por distanciamento emocional entre o casal.

Também o cônjuge do doente com cancro pode sofrer uma série de problemas psicossomáticos e emocionais, tais como, distúrbios do sono, diminuição do apetite, problemas de concentração, cefaleias, fadiga e até a exaustão, pelo que também devem ser alvo da atenção da equipa de saúde (Burton e Watson, 1998).

- **Relacionamento Sexual**

A alteração da imagem corporal é sentida de forma muito diferente por cada pessoa, mas será indiscutível que a mastectomia e a alopecia influenciam a percepção da feminilidade da mulher, colocando em causa o seu bem-estar psicológico e o seu relacionamento sexual com o companheiro.

Neste contexto, o domínio “relacionamento sexual” pretende avaliar quaisquer alterações na qualidade do funcionamento sexual associadas à doença. Os itens são apresentados numa sequência progressiva, começando por focar a atenção na qualidade

das relações interpessoais e dirigindo-se, depois, para casos mais específicos da relação sexual. Os 6 itens que avaliam o interesse sexual são:

- *Qualidade do relacionamento sexual interpessoal;*
- *Interesse sexual;*
- *Frequência da actividade sexual;*
- *Satisfação sexual;*
- *Disfunção sexual;*
- *Conflitos interpessoais relacionados com sexo.*

A disfunção relacional e sexual pode ser consequência da doença e/ou dos tratamentos (mastectomia, alopecia, fadiga, entre outros), levando a mulher a sentir-se menos atraente (Santos e Abrantes, 1996; Burton e Watson, 1998; Beckjord e Compas, 2007). Estes factores podem causar diminuição do interesse sexual, por possível alteração da função de reprodução, assim como da função sexual derivada, por exemplo da secura da mucosa vaginal causada por quimioterapia e/ou hormonoterapia (Santos e Abrantes, 1996; Kornblith, 1998; Razavi e Delvaux, 2002).

Segundo Santos e Abrantes (1996), o cancro da mama tem impacto na imagem corporal, na sexualidade e na forma como a mulher olha para si mesma. Por exemplo, um dos medos frequentes da mulher mastectomizada é o afastamento do companheiro em virtude da mutilação a que foi sujeita, por vezes antecipando uma possível rejeição, mesmo que esse medo seja infundado; contudo, esse receio pode evitar o contacto íntimo do casal, contribuindo para um verdadeiro afastamento sexual e conjugal.

Os efeitos secundários da quimioterapia também reduzem acentuadamente o desejo sexual por fadiga, mal-estar, entre outros sintomas. As mulheres mais novas, consideradas pré-menopausicas, também se confrontam com a castração química, (quando o cancro é hormonodependente) e com a diminuição da libido e do orgasmo (Santos e Abrantes, 1996).

Num estudo realizado com mulheres mastectomizadas, Vicente e Marques (2003) referem que quando questionadas acerca das suas relações mais íntimas, 90% das doentes mastectomizadas (num tempo inferior ou igual a três meses) referiam encontrar-se bastante perturbadas, 30 % das mulheres mastectomizadas (num tempo superior ou igual a 12 meses) ainda se referiam bastante perturbadas, mas 40 % já referiam essas relações como satisfatórias; 80% do grupo de mulheres mastectomizadas (num tempo superior ou igual a 5 anos) qualificavam as suas relações íntimas como satisfatórias.

Ao estudar a qualidade de vida sexual de 191 mulheres com cancro da mama primário, Beckjord e Compas (2007) encontraram 60% da amostra com perturbação na

sua qualidade de vida sexual, sendo essa alteração mais significativa nas mulheres mais jovens submetidas a quimioterapia, assim como nas mulheres com um diagnóstico mais grave.

Segundo Kornblith (1998), além da menopausa induzida, a mulher ainda se confronta com o impacto inicial da mastectomia, podendo atenuar-se este sofrimento com uma possível reconstrução mamária (Rowland e Massie, 1998). Segundo Schover (1998), a reconstrução mamária contribui significativamente na preservação da satisfação sexual.

Uma relação caracterizada por padrões comunicacionais ricos tende a manter-se, mesmo até à morte (Lederberg, 1998). Neste contexto, Burton e Watson (1998) referem que as consequências físicas e sexuais relacionadas com a doença e os tratamentos deveriam ser discutidas com a doente e com o seu companheiro, contribuindo para uma melhoria da comunicação entre o casal. A este propósito, os autores referem um estudo realizado com companheiros de mulheres mastectomizadas, em que aqueles esclareceram que não tiveram oportunidade de discutir as suas preocupações com ninguém, sentindo que não foram envolvidos na decisão acerca da cirurgia, apresentando-se muitos ansiosos ou até deprimidos.

- **Relacionamento com a Família Alargada**

Avaliar o impacto da doença na comunicação, na qualidade das relações, na relação com a família, assim como outras variáveis que traduzem a rede de interacções típicas com a família alargada, é o objectivo principal deste item. Pretende medir qualquer alteração das relações familiares que resulte da experiência da doença. Esta avaliação deve ter em consideração os padrões típicos prévios das interacções e não apenas a relação em termos absolutos, uma vez que algumas pessoas têm, habitualmente, relações muito próximas da sua família alargada, ao contrário de outras, devido, por exemplo, a limitações geográficas.

Este domínio engloba a medição de 5 seguintes itens:

- *Comunicação;*
- *Interesse em interagir;*
- *Dependência física da família alargada;*
- *Dependência social da família alargada;*
- *Qualidade do relacionamento.*

Com base em Kornblith (1998), os poucos estudos existentes envolvendo o relacionamento com a família alargada, demonstram que se encontram famílias com níveis de relação elevados, integrais, envolvendo irmãos, pais, filhos, com mudanças positivas. Pelo contrário, outros resultados demonstram impacto negativo em relações familiares desta natureza. Quando a mulher decide tomar uma decisão terapêutica sozinha, na tentativa de proteger os seus familiares, simultaneamente cria distância emocional em relação aos mesmos, reduzindo as possibilidades de suporte emocional mútuo. Pelo contrário, quando há envolvimento nas informações fornecidas e as responsabilidades das decisões tomadas são partilhadas, a experiência de doença contribui para um crescimento familiar e satisfação de ambos os elementos (Omne-Pontén *et al.*, 1995; Lederberg, 1998). Neste contexto, Vos *et al.* (2004), referem que as doentes com cancro da mama, que desfrutam de um adequado apoio da família e amigos mais chegados, apresentam um melhor ajustamento, assim como uma maior sensação de bem-estar e menos sintomas depressivos.

- **Ambiente Social**

A debilidade física provocada pela doença, ou algum outro tipo de limitação, pode impedir a pessoa de concretizar as suas actividades diárias, mas poderá não alterar o seu interesse por essas mesmas actividades. Desta forma, Derogatis e Derogatis (1990) refere que as actividades sociais poderão ser fragmentadas em categorias “individuais”, “familiares” e “sociais”, avaliando o interesse e a actividade actual em cada categoria através dos diferentes itens.

Uma vez que o ambiente social é muito abrangente, são consideradas as actividades individuais, familiares, ou em grupo, as actividades de lazer, as ocupações sociais actuais da doente e o impacto da doença nessas mesmas actividades, através dos 6 itens seguintes:

- *Interesse em actividades de lazer individual;*
- *Actividades de lazer individual;*
- *Interesse por essas actividades com a família;*
- *Participação nessas actividades;*
- *Interesse por actividades de carácter social;*
- *Participação em actividades sociais.*

Para melhor compreender as restrições que a pessoa doente experimenta em relação a estes itens, é necessário ter o padrão das suas actividades de lazer anteriormente à sua situação de doença, definindo lazer como as actividades realizadas

no tempo livre (Santos, Ribeiro e Guimarães; 2003). Os mesmos autores referem que outras características essenciais do lazer envolvem a *liberdade* e a *capacidade de construção pessoal de sentido*, através das acções individuais.

O uso do lazer como estratégia adaptativa pode permitir melhorar a energia e encontrar novas formas para lidar com os desafios da vida, permitindo escapar a acontecimentos que provocam *stress* e sofrimento, ou ainda, facultando o tempo necessário para uma reorganização que possibilite lidar melhor com as dificuldades (Santos, Ribeiro e Guimarães, 2003). Parece que algumas actividades de lazer podem possibilitar uma melhoria do humor positivo, funcionando como redutor do *stress*.

A rede de suporte social é considerada por como um dos factores que melhor predizem o ajustamento, sendo que um suporte social pobre é indicador de dificuldades acrescidas na adaptação à doença e aos tratamentos (Helgeson, Cohen e Fritz, 1998; Burton e Watson, 1998).

Segundo Burton e Watson (1998), com base em Creagan (1997), um suporte social efectivo pode melhorar/aumentar o tempo de sobrevivência, teoria igualmente defendida por Maunsell, Brisson e Deschênes (1995).

Apesar do elevado número de estudos demonstrarem os benefícios da ajuda social, Simões (2002) defende que ainda estão pobremente definidos os objectivos específicos a atingir através da ajuda social. O mesmo autor refere que Barrera (1986), considera que a ajuda social deve satisfazer as 6 necessidades que a seguir apresentamos:

- Ajuda material (dar, ou emprestar, dinheiro ou bens);
- Assistência comportamental (ajudar a realizar tarefas);
- Apoio emocional e interacção íntima nos problemas importantes (escutar, dar segurança, promover autonomia);
- Supervisionar (informar, dar apoio);
- *Feedback* (sobre pensamentos, sentimentos e comportamentos);
- Interacção social positiva (proporcionar diversão e relaxamento).

Neste contexto, Simões (2002) acrescenta que Cohen e Brook (1993) indicam que a percepção que o indivíduo possui acerca da disponibilidade dos recursos, e da ajuda social, é mais importante do que a sua efectiva utilização, acrescentando que a fonte e o tipo de recursos são muito relevantes na determinação do seu impacto psicológico.

Matos e Ferreira (2000), ao construírem uma *Escala de Apoio Social*, citando Ferreira (2004, 33) “concluíram que o estado civil, a profissão, a escolaridade, a idade e o sexo, são variáveis de grande interferência no apoio social ao nível das dimensões apoio

emocional, apoio informativo e instrumental”. Daqui resulta a necessidade de avaliar o apoio efectivo que o doente tem, de forma a proceder a um adequado acompanhamento, identificando as suas reais necessidades com vista a elaborar um “projecto individual” que promova as interacções e a ajuda social (Ferreira, 2004).

Num estudo envolvendo 224 mulheres com cancro da mama, concluiu-se que aquelas que tinham mais do que dois confidentes (marido, filhos, outros elementos familiares, amigos, namorados, colegas, enfermeiras, psiquiatra, psicólogo, entre outros) têm maior probabilidade de possuir um bom suporte social, relativamente às mulheres que afirmaram ter apenas um confidente (Maunsell, Brisson e Deschênes, 1995).

Com base em Ganz *et al.* (2003), citando Cantinelli *et al.* (2006: 8) as doentes com cancro da mama que receberam suporte psicológico consecutivo, toleraram melhor os tratamentos, apresentando ao 15º mês “*menores prejuízos na sua vida pessoal e social*” do que as mulheres que não receberam suporte.

- **Perturbação Psicológica**

Em grande parte da literatura relativa ao ajustamento a doenças crónicas, nomeadamente ao cancro, parece existir altos níveis de ansiedade e até de depressão (Sellick e Crooks, 1999). Neste contexto, com base em Ferreira (2004), podemos afirmar que a doente passa por um processo de sofrimento, em várias dimensões, nomeadamente a nível do corpo (fonte física), a nível das relações interpessoais (fonte sócio-cultural), a nível da vontade (fonte espiritual) e a nível da unidade e coerência do “eu” (fonte psicológica). Neste contexto, a Psico-Oncologia tem apresentado algumas propostas de intervenção que previnam o sofrimento psicológico dos doentes com cancro (Durá e Ibañez, 2000).

A avaliação das perturbações psicológicas permite-nos estimar possíveis sequelas associadas à doença. Neste contexto, Derogatis e Derogatis (1990) definem que algumas perturbações poderão ser o resultado directo da doença tais como os 7 itens que a seguir se apresentam:

- *Ansiedade;*
- *Depressão;*
- *Hostilidade;*
- *Culpa;*
- *Preocupação;*
- *Auto-desvalorização;*
- *Distorção da imagem corporal.*

De salientar que alguns conceitos poderão ser mal interpretados, conduzindo a avaliações erradas, pelo que é importante distinguir entre tristeza, ansiedade e depressão para uma correcta avaliação psicossocial (MacCray, 2000; Razavi e Delvaux, 2002).

Segundo MacCray (2000), a **tristeza** é uma resposta normal a uma situação de perda, quer seja real, quer seja potencial. Quando a tristeza se torna desconfortável para o doente e para quem o rodeia, poderão surgir uma série de sinais e sintomas que incluem o humor triste ou deprimido, entre outros. Neste contexto, pode-se desenvolver uma depressão, como uma reacção de sofrimento no confronto com o diagnóstico do cancro, caso não haja o reconhecimento da situação e um acompanhamento adequado.

Podemos considerar a **ansiedade** como uma inquietação, angústia, impaciência, que causa sofrimento espiritual e emocional (Dicionário Universal, 1999).

A **depressão**, por seu lado, constitui uma entidade psicopatológica bem definida, exigindo intervenção especializada e, eventualmente, apoio farmacológico.

Alguns estudos referem que, apesar das dificuldades sentidas, a maioria das sobreviventes de cancro da mama, mencionam mudanças psicológicas positivas nas suas vidas, em resultado da sua doença. Narram mudanças na sua filosofia de vida e nos seus valores, considerando que a vida não é uma infinita experiência, dando agora prioridade a uma segunda oportunidade de viver. Neste contexto, Kornblith (1998) aborda alguns efeitos positivos da força espiritual e religiosa destas doentes, assim como a expressão optimista acerca do futuro, como um grande contributo para a diminuição do medo da morte e, conseqüentemente, para um melhor ajustamento.

Musick *et al.* (1998) mencionam alguns estudos cujos resultados implicam que as crenças religiosas intrínsecas estão associadas a uma melhor saúde mental. Quando a religião não está directamente relacionada com uma melhor saúde mental é, pelo menos, benéfica para combater com segurança, os nefastos efeitos de acontecimentos difíceis de vida.

Com suporte em inúmeros autores, Musick *et al.* (1998) referem que as crenças religiosas ajudam as pessoas a confrontarem, com mais segurança e com mais optimismo, a doença. Com base em Johnson e Spilka (1991), os mesmos autores referem um estudo que incluiu 103 mulheres com cancro da mama, sendo que apenas 2 consideraram que a religião não as ajudou a lidar com a doença. Outros estudos têm demonstrado que as doentes que apresentam um elevado nível espiritual tendem a apresentar uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, *“o suporte religioso pode servir de mediador à forma como os doentes reagem, pois a crença em Deus pode*

permitir ao doente aceitar melhor a sua situação e manter a sua esperança” (Ferreira, 2004: 30).

As reacções de ajustamento ao *stress* podem ser “*educáveis*”, uma vez que essas reacções são determinadas geneticamente, mas também adquiridas, reforçando a ideia de que “*os factores de reactividade individual susceptíveis de modificar as respostas observadas após a exposição ao stress não devem ser negligenciadas, de acordo com Vuitton*” (Mendes: 2002, 181). Ou seja, importa saber até que ponto se podem prevenir algumas alterações provocadas por *stress* acentuado, através de intervenções apropriadas de diminuição da ansiedade, uma vez que já se compreende que o circuito imunológico-cerebral é a chave mediadora dos efeitos do *stress* e que este tem uma relação estreita com a depressão (Mendes, 2002).

Neste âmbito, Razavi e Delvaux (2002) apresentam 3 níveis de *stress* que traduzem os possíveis níveis de adaptação ao cancro. Na *Fase I*, o doente apresenta tensão e capacidade de adaptação; na *Fase II*, o doente apresenta-se fatigado, começando a apresentar dificuldades de adaptação; na *Fase III*, o doente perde o controle da situação, surgindo problemas de adaptação. Os mesmos autores referem que, com os estudos existentes acerca dos mecanismos de adaptação à doença oncológica, não é possível prever a adaptação (melhor, ou pior) do doente com cancro. Contudo, consideram como factores preditivos de vulnerabilidade psicológica a personalidade, a ansiedade e o pessimismo pré-morbido.

A literatura refere com frequência a necessidade de permitir a expressão das emoções, como uma das melhores formas de diminuir a ansiedade e, conseqüentemente, contribuir para o ajustamento ao cancro. A este propósito, segundo Razavi e Delvaux (2002), Redd e Jacobsen (1988) referem que a qualidade da relação terapêutica médico-doente, bem como um adequado suporte familiar e social são factores preditivos de um ajustamento positivo.

Os estudos referidos alertam, inequivocamente, para a relevância das variáveis psicológicas no processo de adaptação à doença crónica.

2.2 - INVESTIGAÇÕES REALIZADAS COM A ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA

Em Portugal, Renata Schildberger (1993) recorreu à *Escala de Ajustamento Psicossocial* num estudo exploratório sobre a qualidade de vida em sujeitos com

espondilite anquilosante (Monografia de fim de curso apresentada na área de *Psicologia Clínica*, no *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*). Renata Schildberger alertou para a inexistência deste tipo de instrumentos validados para a população portuguesa, razão pela qual o seu estudo teve como principal objectivo a adaptação da *Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença* para a Língua Portuguesa, com a necessária investigação quanto às suas qualidades psicométricas (Schildberger, 1993).

A mesma autora refere que as aplicações mais adequadas do instrumento citado são “*aquelas em que se pretende avaliar o ajustamento psicossocial de sujeitos com doenças crónicas*” (Schildberger, 1993: 61). No estudo realizado foram encontradas elevadas correlações entre os itens do *Desempenho Profissional* (ou *Ambiente Vocacional*) e os itens da sub-escala *Perturbações Psicológicas*, particularmente os que correspondem à ansiedade, à depressão e à hostilidade. Também as expectativas acerca da doença, a disfunção sexual e o interesse pelas actividades de tempos livres (*Ambiente Social*), “*estão altamente associadas as perturbações psicológicas*” (Schildberger;1993:85), demonstrando dificuldades no ajustamento nestas áreas.

Figueiredo *et al.* (2004), num estudo sobre a importância da depressão e do ajustamento psicossocial à artrite reumatóide, explorou a relação entre o estadio clínico e o ajustamento psicossocial à patologia, procurando identificar a prevalência de *Depressão Major* na amostra estudada, bem como a relação entre a presença, ou ausência, de depressão e o ajustamento psicossocial à doença. Nesta investigação, “*três grupos de investigadores concluíram que os doentes com um suporte adequado tendem a ter uma melhor evolução*” (Figueiredo *et al.*, 2004:15). É referido, no mesmo trabalho, que o impacto psicossocial da artrite reumatóide se encontra relacionado com a postura do doente face aos cuidados de saúde, as alterações sofridas no desempenho profissional, as dificuldades de adaptação à doença, o reflexo destas na vida pessoal, familiar e social e as mudanças no desempenho sexual.

Encontramos a aplicação da *Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença* num estudo com o objectivo de analisar diversos aspectos psicossociais da qualidade de vida de doentes com cancro da laringe, submetidos a cirurgia (Méndez, Bouzas Gonzales-Botas, 1997), em comparação com um grupo de controlo. Os resultados mostraram que os doentes operados ao cancro da laringe não tinham pior qualidade de vida do que os doentes tratados a outras neoplasias. Avaliando por ordem de importância, a sua adaptação seria melhor, quanto menos agressiva fosse a técnica cirúrgica efectuada, se não fosse necessário efectuar traqueostomia nem radioterapia (posteriormente), se conservam a voz e se não necessitaram de alterar a sua profissão/ocupação (anterior à cirurgia), depois da intervenção (idem).

Podemos enunciar alguns resultados apresentados por Irvine *et al.* (1991), em que foram aplicadas diversas escalas, incluindo a *Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença* (EAPD/PAIS). Estes autores mencionam um estudo de Northhouse e Swain (1987), em que as doentes referem um número significativamente maior de problemas de ajustamento (do que os maridos) no *score* total da referida escala, nomeadamente dificuldades vocacionais, domésticas e sociais. No mesmo estudo, as mulheres mais novas referem mais sofrimento, logo após a cirurgia, do que as mulheres mais velhas.

Com base em Irvine *et al.* (1991) podemos referir que Irving e Brown (1984) aplicaram a EAPD a 15 mulheres com cancro da mama, referindo que doentes ajustadas enunciam um melhor suporte social, maior estabilidade nas relações sociais e profissionais, assim como uma maior afirmação das suas crenças e amizades. Segundo os mesmos autores, em 1988, Northhouse realizou um estudo com 100 mulheres com cancro da mama, aplicando várias escalas (nomeadamente a PAIS) também a 50 maridos, em dois momentos diferentes (3 e 30 dias após a cirurgia), concluindo que as variáveis de suporte contribuem para uma maior variância de níveis de ajustamento nas doentes, do que as variáveis médicas ou geográficas. Relações sociais não significativas foram encontradas entre a dimensão familiar ou social e outros *scores* do ajustamento, indicadores dos diferentes tempos após a cirurgia (Irvine *et al.*, 1991).

O *coping* e o ajustamento psicossocial nos doentes onco-hematológicos, foi objecto de estudo por Rocha (2007). A autora procurou avaliar o ajustamento psicossocial destes doentes, através da aplicação da PAIS-SR, assim como as estratégias de *coping* mais utilizadas pela amostra, para lidar com a doença e os tratamentos (através da aplicação de outra escala). Com uma amostra de conveniência, composta por 30 doentes oncológicos, a autora concluiu que os doentes onco-hematológicos recorrem mais à estratégia de aceitação (reconhecendo que a doença é real), procuram enfrentar a doença utilizando estratégias de *coping* activo, havendo poucos a apresentarem uma atitude de negação, ou de auto-culpabilização. A autora refere também que as estratégias menos usadas são as de *coping* comportamental passivo, tais como o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias. Os resultados obtidos, na opinião da autora, indicam que os doentes onco-hematológicos, na sua maioria, apresentam um mau ajustamento psicossocial, sendo apenas uma minoria a apresentar um ajustamento adequado. Esta conclusão contraria o que foi observado (através do contacto social estabelecido durante a investigação), levando a autora a não encontrar relação entre as estratégias de *coping* utilizadas por esta amostra e o seu ajustamento psicossocial à sua doença. Segundo Rocha (2007), uma amostra muito

limitada e o facto dos dados terem sido recolhidos em internamento, podem justificar estas conclusões.

Apesar de alguns resultados levantarem dificuldades na sua interpretação, não poderemos deixar de referir o frequente recurso à EAPD, bem como as suas qualidades na avaliação de doentes crónicos.

3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL NA MULHER COM CANCRO DA MAMA

O diagnóstico e tratamento do cancro da mama podem implicar repercussões emocionais profundamente negativas se não houver um adequado apoio, com vista a um melhor ajustamento. Neste sentido, é fundamental identificar os doentes em risco de mau ajustamento, de forma a garantir-lhes uma adequada orientação (Irvine *et al.*, 1991).

Relativamente ao cancro da mama, Anagnostopoulos, Vaslamatzis e Markidis (2004) procuraram identificar estratégias de *coping* em mulheres com esta patologia. Concluíram que, perante a confirmação do diagnóstico, as doentes não apresentam tendência para se auto-responsabilizar, uma vez que necessitam de investir no processo de ajustamento, o que, possivelmente, se traduz na necessidade de evitar a culpa, a baixa auto-estima e a distância social.

Os mesmos autores consideram o *coping* como uma “ferramenta intrapessoal” que contribui para o ajustamento psicossocial a acontecimentos de vida stressantes. Através de uma das hipóteses colocadas no seu estudo, demonstraram que o *coping de desprendimento*, focado na emoção (negação, evitamento, distanciamento, afastamento, retracção social), é associado a uma maior perturbação psicológica e baixo ajustamento psicossocial ao cancro. Pelo contrário, o *coping de ligação*, focado na emoção (expressão de emoções, suporte social), é associado à diminuição de *stress* psicossocial. Concluem também que as mulheres com cancro da mama, no que diz respeito à frequência no uso de formas de *coping* focadas no problema, não diferem significativamente das doentes com doença benigna da mama, ou de doentes com outras patologias oncológicas. A única estratégia de *coping* que distingue as doentes com cancro da mama dos grupos de controlo é a estratégia focada na emoção de auto-culpa, onde estas doentes têm *scores* significativamente mais baixos.

Anagnostopoulos, Vaslamatzis e Markidis (2004) concluem que raramente as doentes com cancro da mama se culpam pela sua doença, e que a distribuição das estratégias de *coping* não difere significativamente ao longo da doença. Os mesmos autores, referem que Meyerowitz (1980) menciona que a maior parte das mulheres encontram formas de *coping* e retornam aos seus níveis pré-mórbidos de funcionamento. Esta conclusão está de acordo com um outro estudo prospectivo realizado por Kornblith (2003).

Em 2004, Vos *et al.* concluíram que as mulheres ao utilizarem o estilo de *coping* focado na doença/problema, mostram níveis de sofrimento mais elevados, referindo uma imagem corporal mais negativa.

Relativamente aos factores que influenciam o ajustamento psicossocial ao cancro da mama, Holland e Mastrovito (1980), assim como Rowland e Massie (1998), mencionam o momento do ciclo de vida em que a doença surge e é diagnosticada, a auto-imagem que a mulher possui, a existência, ou não, de companheiro, entre outras variáveis psicossociais como elementos decisivos no processo de ajustamento. Segundo Thomas e Marks (1995), a aceitação e a reestruturação positiva são as estratégias de *coping* mais utilizadas num grupo de mulheres com cancro da mama, seguidas de outras cinco estratégias de *coping* (nomeadamente um *coping* activo, suporte social, religião, lazer e projectos). Contudo, os mesmos autores encararam esta mensuração como incongruente, sugerindo que as estratégias de coping poderão estar relacionadas com uma questão cultural.

O significado do diagnóstico não pode ser subestimado, podendo surgir uma grande variedade de respostas à medida que a doente e a família se tentam adaptar (André e Rosa, 1997; Bruges, 2001; Vicente e Marques, 2003). Este é, indiscutivelmente, um momento de grande *stress*.

Neste contexto, com base em Greer *et al.* (1979) e em Watson *et al.* (1994), Burton e Watson (1998), apresentam alguns estilos de *coping*, que se podem identificar entre mulheres com cancro da mama, nomeadamente:

- **Espírito de luta.** Tendência para olhar a doença como um desafio, prevenindo a tristeza e o desânimo, o que vai de encontro do referido por Marques *et al.* (1991);
- **Desesperança.** Tendência para sentir uma perda total, criando incapacidade para fazer algo acerca da doença;
- **Aceitação estóica.** Tendência para olhar os acontecimentos de forma passiva;
- **Recusa.** Tendência para bloquear a consciência da ameaça, negando claramente a sua doença;
- **Preocupação ansiosa.** Tendência para focar a atenção na doença, permitindo que esta domine a vida, aumentando, consequentemente a ansiedade;
- **Fatalismo.** Tendência para aceitar tudo de forma passiva, negando participar nas decisões acerca da doença;

- **Evitamento cognitivo.** Tendência para procurar caminhos para evitar pensamentos e bloqueando as preocupações. Este estilo difere da recusa, no sentido em que a mulher tem consciência da doença mas nega pensar nela.

Os autores referem que estas categorias não representam todas as estratégias de *coping*, pretendendo apenas clarificar algumas das estratégias mais adoptadas por mulheres com cancro da mama.

Durante a fase de diagnóstico, o choque, a incerteza e muitas outras emoções podem ocorrer, seguindo-se a exaustão (Burton e Watson, 1998; Raminhos, 2003). Ainda assim, alguns autores alertam para o facto de ser na fase dos tratamentos que as mulheres sofrem mais alterações psico-emocionais; eventualmente porque é nesta fase que a doente se apresenta mais ambivalente, questionando o valor de tanto sofrimento, mas reconhecendo, simultaneamente que esses tratamentos são a sua esperança (Figueiredo, Ferreira e Figueiredo, 2001). Neste contexto, Santos (2006) refere que o período desde a cirurgia até ao início dos tratamentos adjuvantes é manifestamente um período caracterizado por perturbações nas relações sociais, ansiedade e irritabilidade.

Em 1993, Taylor concluiu que as mulheres com cancro da mama tendem a responder à doença de três formas: “(...) primeiro, procuravam por um sentido enquanto tentavam compreender por que tinham tido cancro. Em segundo lugar, tentavam ganhar alguma sensação de domínio acreditando que conseguiam controlar a doença e eventuais recaídas. Por último, iniciavam um processo de valorização pessoal” (Ribeiro, 2005:258).

A procura de um sentido e a necessidade de atribuir significado ao acontecimento, insere-se no processo normal de adaptação a uma situação de *stress*, para a qual se activam os mecanismos de *coping* disponíveis. Estes esforços estarão em constante mudança. Neste contexto, Marchand (2001) promove a compreensão dessas mudanças, através da descrição e explicações de diferentes autores sobre o desenvolvimento do adulto num todo.

Desenvolvimento do ajustamento

Citando Marchand (2001:19 e 20), “(...) a idade pode ter várias dimensões: (1) a dimensão cronológica, definida pelo tempo que decorre desde o nascimento até à morte; (2) a dimensão biológica, que se refere aos diversos níveis de maturidade física; (3) a

dimensão psicológica, associada à evolução dos processos cognitivos, emotivos, etc.; (4) a dimensão funcional, referente à capacidade de adaptação às exigências sociais ; e (5) a dimensão social, relacionada com os papéis, hábitos e expectativas quanto à participação social”. Este autor considera que a idade funcional é um critério mais correcto para caracterizar as diferentes fases da vida adulta do que a idade cronológica. Neste contexto, de acordo com Whitbourne e Weinstock (1979), quando pensamos, ou mencionamos um comportamento específico de um sujeito adulto, estamos a referir-nos a condutas, tais como “*por exemplo, a capacidade de assumir responsabilidades, de raciocinar e de tomar decisões lógicas, de encarar e superar frustrações, de aceitar os papéis atribuídos pela sociedade – que definem a maturidade psicológica*” (Marchand; 2001: 20 e 21), sendo este o critério mais utilizado pelos autores que estudam o desenvolvimento sócio-cognitivo, em geral, e do adulto, em particular.

Muitos investigadores têm demonstrado interesse pelos diferentes aspectos do desenvolvimento, analisando as estruturas e os períodos de transição que caracterizam a vida adulta, o desenvolvimento das relações interpessoais ao longo da vida adulta (nomeadamente das relações familiares), as tarefas de desenvolvimento específicas da vida adulta e o desenvolvimento da identidade, do juízo moral, da cognição, da memória e da sabedoria (Marchand, 2001). Em qualquer momento da vida as pessoas têm potencial para se desenvolverem.

Uma vez concluída a primeira transição (dos 17 aos 22 anos), a pessoa entra no início da vida adulta (22-45 anos), caracterizando-se esta fase por simultâneas contradições, tensões mas também de grande energia, segundo Marchand (2001), com base em Levinson (1990), considerando, biologicamente, os 20 e 30 anos de idade o ponto máximo do ciclo de vida. A idade do jovem adulto, em termos sociais e psicológicos, caracteriza-se pela formação de um *nicho* na sociedade, com o estabelecimento de uma família, podendo ser uma época de grande satisfação em termos de amor, de sexualidade, de vida familiar, de carreira profissional, de criatividade, de realização de importantes objectivos de vida, mas também pode ser uma época de grandes tensões, com variados encargos. Neste contexto, a situação de cancro da mama vem provocar grandes incertezas, inseguranças e sofrimento.

A fase seguinte é denominada a fase de *estabelecimento* (33-40), altura em que se desenvolve a segunda estrutura de vida. Em concordância com Levinson *et al.* (1978), “*os sujeitos procuram investir nos vários componentes da estrutura (trabalho, família, comunidade, interesses individuais, amigos) e realizar as suas aspirações e objectivos*” (Marchand, 2001: 25). Esta constitui uma fase em que os sujeitos se confrontam com a realização de duas tarefas cruciais designadamente a consolidação de uma posição na

sociedade, com o pressuposto desenvolvimento de raízes (ou seja, um consistente vínculo com a família, com a profissão e com a comunidade), e ainda o aperfeiçoamento da estrutura anterior (Marchand, 2001). Nesta fase, as consequências do diagnóstico de cancro da mama irão ter repercussões a nível familiar, social e vocacional.

A fase seguinte é designada de *transição para a meia-idade (midlife transition)*, englobando os 40 aos 45 anos, sendo esta o culminar da vida de jovem adulto e a introdução da meia-idade, em que o sujeito reconsidera a forma como tem interagido com a sua família e com todo o seu ambiente social. Apesar de poderem ser necessárias algumas mudanças, este processo pode ser vivido serenamente.

A entrada para a meia-idade pode corresponder ao início de um sucessivo decréscimo das capacidades biológicas mantendo-se, contudo, energia suficiente para uma actividade produtiva, com elevada satisfação pessoal estando essa satisfação relacionada com as estruturas anteriores.

O período entre os 50 e os 55 anos engloba a avaliação da estrutura de vida da meia-idade e a fase seguinte, podendo ser de satisfação, se os sujeitos “*adaptarem as estruturas de vida às mudanças de papéis e do eu*” (Marchand, 2001: 27).

A este propósito, impõe-se uma breve referência à *Teoria do Desenvolvimento do Eu*, de Jane Loevinger (1976, 1985). Esta teoria considera a existência de 8 estadios e 2 níveis (ou 10 estadios) ao longo dos quais “*o Eu, e o sentimento de identidade, se vão desenvolvendo, graças a complexas interacções entre os impulsos, o carácter, as relações interpessoais e a cognição*” (Marchand, 2001: 34). A *Teoria do Desenvolvimento do Eu* integra-se na forma como as mulheres gerem a sua relação com os outros; se sentem bem-estar consigo próprias, com o seu *eu*, certamente que manterão um bem-estar com o seu círculo de amigos, do qual resultará um melhor ajustamento à doença.

Na *Teoria de Desenvolvimento da Identidade* de Erikson (um dos primeiros autores a estudar o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida), o desenvolvimento resulta da interacção entre instintos inatos e exigências sociais, sendo a ideia central desta teoria, a gradual emergência no sentido da identidade. O sujeito deve resolver com sucesso as oito crises que vão surgindo ao longo da vida, de forma a conseguir desenvolver uma identidade total. Neste contexto, verifica-se que à medida que o sujeito se desenvolve “*a sociedade vai colocando novas – e cada vez mais complexas – exigências, às quais se deve adaptar. Cada nova exigência provoca uma crise que o sujeito terá que resolver*” (Marchand, 2001: 28), existindo duas possibilidades opostas – uma óptima e outra menos adequada, ou negativa – de solucionar essa crise. A formação

de uma identidade própria, segura, com sucesso nas sucessivas etapas, da vida, traduzir-se-ão, certamente, em soluções adequadas.

A capacidade de confronto com a realidade de doença, estará relacionada com as diversas fases do ciclo de vida (ou seja, se tem filhos ou não, situação profissional estado civil), como foram sentidas e ultrapassadas, de que forma contribuíram para a construção de um *eu* e de uma Identidade (Figueiredo, Ferreira e Figueiredo, 2001). Se há uma estrutura firme, certamente a doente alcança uma ajuda construtiva e sábia. É indiscutível a importância dos aspectos cognitivos e de personalidade, assim como os aspectos comportamentais, na forma de lidar com situações de grande *stress*.

No caso da mulher com cancro da mama, perante os diversos tipos de tratamento que tem de realizar, há numerosas adaptações a executar. Deste modo, MacCray (2000) refere que Weisman e Worden descreveram 4 estadios psicossociais, que poderão ser apreciados em conjunto com o estado físico da doença designadamente o **compromisso existencial** (estadio I), que se enquadra nos primeiros cem dias, a **mitigação** e a **acomodação** (tempo necessário à cura - estadio II), o **declínio e deterioração** (prognóstico limitado – estadio III) e a fase **pré-terminal e terminal** (estadio IV).

Para Ogden (2004), as mulheres com cancro da mama procuram manter o seu bem-estar psicológico através de diferentes mecanismos tais como a negação ou o recalcamento (recusa de falar sobre o assunto) causado pelo choque inicial, a procura de significado, de mestria (tentativa de conseguir o controlo da doença) e a tentativa de aumentar a auto-estima. Na verdade, o significado da doença e consequente reacção ao diagnóstico, estará dependente da própria personalidade, dos recursos internos, valores e padrões emocionais da pessoa (Figueiredo, Ferreira e Figueiredo, 2001; Ogden, 2004).

Segundo Ogden (2004), algumas mulheres consideram que a experiência do cancro da mama tem mais impacto a nível emocional e espiritual do que a nível físico. Outros estudos (Patrão e Leal, 2004) também salientam o *stress*, os acontecimentos de vida, os estilos de *coping* e a personalidade, como factores psicossociais associados ao “*adoecer da mama*”.

Nas respostas adaptativas ao diagnóstico de cancro, os doentes beneficiam do acompanhamento de um médico assistente que os conhece, acompanha, oferece apoio, empatiza e esclarece, numa relação de confiança e de continuidade (Marques *et al*, 1991). Outros autores consideram que o acompanhamento por uma enfermeira especialista, nomeadamente no suporte de informação, de esclarecimentos e suporte emocional, poderá prevenir a morbilidade psiquiátrica (Maguire, 1995), auxiliando a desenvolver mecanismos de *coping* relativamente à doença.

SEGUNDA PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1 – OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Ao longo da primeira parte deste trabalho, procurámos dedicar especial atenção a todas as componentes que envolvem o cancro da mama, nomeadamente os tratamentos e os seus efeitos secundários, assim como ao enquadramento destas vicissitudes na vida da mulher com este diagnóstico. Neste contexto, procurámos compreender as diversas vertentes que envolvem o ajustamento da mulher ao cancro da mama, tais como o seu ambiente familiar, social e vocacional, o seu lazer e a forma como se sente perante as alterações físicas e psicológicas a que está sujeita, assim como uma abordagem teórica das diferentes possibilidades de resposta, por parte das mesmas, ao seu diagnóstico. Desta forma, como objectivo geral, pretendemos compreender como se ajustam as mulheres com cancro da mama à sua doença, na nossa Instituição, procurando conhecer, simultaneamente, quais os factores que facilitaram, ou dificultaram, esse ajustamento

Este novo capítulo tem por objectivo, apresentar a metodologia utilizada para a realização deste estudo, pelo que o iniciamos com a apresentação dos objectivos e das questões de investigação, dos critérios da selecção da amostra e sua caracterização, os procedimentos na colheita de dados, o instrumento utilizado, concluindo com a apresentação e análise dos dados e a discussão dos resultados.

Uma vez que esta pesquisa se insere na área das Ciências Sociais e Humanas, pretendemos efectuar um estudo descritivo e analítico, de forma a descrever e caracterizar o ajustamento psicossocial das mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, recorrendo à metodologia quantitativa, uma vez que o *“estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”* (Fortin, 1999: 163). Este tipo de estudo envolve a descrição do fenómeno em estudo, sendo necessário especificar os conceitos decorrentes do fenómeno e a elaboração de um quadro conceptual que permita definir a perspectiva do estudo e a ligação entre os conceitos e a sua descrição (Fortin, 1999). Nesta linha, esta descrição dos conceitos (ou variáveis) conduzirá a uma tradução da significação teórica dos resultados alcançados no estudo (idem).

As ciências sociais não possuem ainda, em geral, códigos e instrumentos exclusivos, mas necessitamos de produzir ideias determinadas e consistentes sobre as

instituições e as situações colectivas, que possam racionalizar e orientar a sua prática profissional.

- **Objectivos**

Este estudo pretende conhecer a forma como a mulher com cancro da mama, a ser tratada no Instituto Português de Oncologia, se ajusta à sua doença. Neste contexto, este estudo apresenta os seguintes objectivos:

- Descrever o ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama, submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante.
- Caracterizar o ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama, submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, nos domínios da Orientação para os Cuidados de Saúde, Ambiente Vocacional, Ambiente Doméstico, Relacionamento Sexual, Relacionamento com a Família Alargada, Ambiente Social e Perturbações Psicológicas.

- **Questões de Investigação**

O percurso a efectuar deverá facilitar a conclusão das respostas pretendidas. Para tal, pensamos que as seguintes questões nos poderão fornecer auxílio para avaliar o impacto do cancro da mama na mulher:

1: Qual o ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama, submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante?

2: Em que domínios da EAPD a mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, apresenta melhor ajustamento, nomeadamente a nível da:

- Orientação para os Cuidados de Saúde;
- Ambiente Vocacional;
- Ambiente Doméstico;
- Relacionamento Sexual;
- Relacionamento com a Família Alargada;
- Ambiente Social;
- Perturbações Psicológicas.

2- METODOLOGIA

O rigor, a sistematização, a descrição e a clarificação dos fenómenos, são características que toda a investigação deve ter presente. No contexto das dimensões a investigar, utilizou-se uma abordagem quantitativa. Apesar do número da amostra ser reduzido, esta abordagem objectiva mensurar as questões que orientam o estudo. Mesmo correndo o risco de não ser a opção mais benéfica, a tentativa de quantificar um número de elementos da amostra tão reduzido, funciona como um dos critérios metodológicos adoptado. Relativamente ao número da amostra, ao longo da apresentação das respostas poderá haver uma oscilação da sua unidade total, o que estará de acordo com a ausência de resposta ou com outro motivo, em função de cada caso, que será adequadamente esclarecido.

Após revisão bibliográfica e reflexão acerca do tema, apercebemo-nos da necessidade de acrescentar algumas perguntas abertas, apresentadas através de um breve questionário, de forma a conhecer um pouco mais das vivências pessoais de cada mulher, que aceitou participar no estudo. As questões colocadas permitem-nos descrever a amostra, a nível sócio-demográfico, e ainda confirmar alguns dados que comprovam as respostas posteriormente produzidas. Procurou-se, neste contexto, um instrumento capaz de avaliar os principais aspectos psicossociais nos quais uma doença como o cancro da mama interfere, uma escala completa, que permita uma informação, da forma mais fidedigna possível, sobre os itens que se pretendem conhecer melhor, procurando que as fontes de erro se apresentem controladas com sucesso (Fortin, 1999). Desta forma, necessitamos de apresentar o desenho do estudo, uma vez que um desenho de investigação permite delinear um plano lógico, construído pelo investigador, de forma a obter respostas válidas às questões de investigação elaboradas, permitindo controlar potenciais fontes de enviesamento, que podem interferir nos resultados obtidos (Fortin, 1999). Um desenho de investigação, permite também especificar as directrizes da colheita de dados e a sua análise, assegurando um controlo sobre as variáveis em estudo.

2.1- OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Sendo as variáveis qualidades, propriedades ou características das pessoas ou situações estudadas, estas são classificadas segundo a sua utilização num estudo. Os

dados colhidos têm como finalidade medir as variáveis, ao assumirem valores diferentes, revelados por categorias. Deste modo, as variáveis em estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação referidas, tendo sido utilizadas três tipos de variáveis nomeadamente, variável dependente (ou central), sócio-demográficas e clínicas.

- **Variável Dependente**

Considera-se, como variável dependente, o *ajustamento* psicossocial da mulher com cancro da mama à sua doença, contribuindo para a sua operacionalização as 7 dimensões abrangidas pela escala, nomeadamente:

- a orientação para os cuidados;
- o ambiente vocacional;
- o ambiente doméstico;
- o relacionamento sexual;
- o relacionamento com a família alargada;
- o ambiente social;
- as perturbações psicológicas.

- **Variáveis Sócio-Demográficas**

Estas variáveis são relevantes para caracterizar a população do estudo, conhecendo como esta se integra na sociedade, considerando como variáveis sócio-demográficas, as seguintes:

- Idade – calculada a partir da data de nascimento registada no bilhete de identidade;
- Estado Civil – avaliada pela opção seleccionada na questão de resposta fechada, de entre as opções solteira, casada, união de facto, divorciada, separada de facto ou viúva;
- Situação Profissional – situação de emprego registada à data da recolha de dados, avaliada através das diferentes opções de resposta fechada, entre as opções activa, baixa, desempregada, estudantes, doméstica e reformada;
- Habilitações Literárias – avaliadas por uma questão de resposta fechada de entre as opções Ensino Primário, Ensino Preparatório, Ensino Secundário, Profissionalizante, Ensino Superior e Outro;

- Agregado Familiar – confirmado através de uma questão de resposta fechada, dirigida ao Grau de Parentesco das pessoas que partilham do seu domicílio e a sua idade;
- Profissão – confirmada através de uma questão aberta;
- Ocupação de tempos livres – questão avaliada através de pergunta aberta sobre ocupação dos tempos livres, anteriormente ao diagnóstico da doença;
- Local de Residência, comprovada através de uma pergunta fechada, de entre as opções Cidade, Vila e Aldeia.

- **Variáveis Clínicas**

Estas variáveis dizem respeito a características pessoais que serão relevantes para o ajustamento psicossocial, nomeadamente:

- Conhecimento do diagnóstico – avaliado pela opção seleccionada na questão de resposta fechada, de entre as opções sim ou não, e o pedido de confirmação através de uma pergunta aberta;
- História de doença nervosa - avaliada pela opção seleccionada na questão de resposta fechada sobre anterior doença do sistema nervoso, com as opções sim ou não;
- Tempo decorrido desde o conhecimento do diagnóstico, confirmado através de uma pergunta, solicitando data do mês e do ano;
- Tempo decorrido desde a intervenção cirúrgica, comprovado através da questão sobre a data da operação;
- Dificuldades pessoais - O que sente ter sido mais difícil, a nível pessoal, desde a confirmação do diagnóstico, através de uma pergunta aberta;
- Facilitadores da adaptação à doença - O que, ou quem, considera ter contribuído mais para ajudar a superar as maiores dificuldades com que se deparou, através de uma pergunta aberta.

2.2 – SELECÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi seleccionada por conveniência, segundo critérios específicos, de forma a alcançar os objectivos definidos para este trabalho de pesquisa. Neste contexto, a selecção da amostra foi efectuada através da escolha antecipada, de mulheres com

carcinoma da mama invasivo, a realizarem tratamento de quimioterapia adjuvante, entre o 1º e o 5º, com protocolo constituído por antraciclina (Farmorrubicina ou Doxorrubicina), por Ciclofosfamida (Endoxan) e Fluorouracilo (5Fu), tratamento conhecido pelas siglas FEC ou FAC, no Hospital de Dia de Oncologia Médica do IPOCFG – EPE. Este protocolo baseia-se em ensaios clínicos e é efectuado segundo as *Guidelines* da *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN). As mulheres englobadas na amostra do nosso estudo são portadoras de Carcinoma Mamário Invasivo, tipo ductal NOS, entre grau I e grau III de Scharff e Bloom, sendo uma amostra não probabilística.

Consideramos entre o 1º e o 5º tratamento adjuvante, pois o tempo decorrido desde o diagnóstico, mastectomia e primeiros tratamentos já permitirá uma apreciação da forma como a mulher se ajustou à sua situação de doença tendo já começado a “(...) *aceitar o diagnóstico e a integrá-lo nas suas vidas, sobretudo se contaram com o apoio de terapeutas, família e amigos*” (Pereira e Lopes, 2002:39), encontrando-se, possivelmente, na fase da *atenuação* e do *ajustamento* (tempo necessário à cura - estadio II), na opinião de McCray (2000).

Neste trabalho de investigação só serão abrangidas pessoas do género feminino, uma vez que o cancro da mama no sexo masculino envolve outras componentes.

Tendo presente que na realidade das medições empíricas os *scores* e as relações podem ser afectadas por muitos parâmetros importantes das respondentes, tais como, o diagnóstico e tipo de doença, evolução, estágio da doença, idade, sexo, entre muitas outras, houve grande preocupação em delimitar factores de inclusão, que excluíssem o mais fielmente possível, fontes de enviesamento. Contudo, é prudente ter presente a possibilidade de não se conseguir obter uma reprodução empírica perfeita do padrão dimensional teórico.

De realçar que, na amostra deste estudo, todas as mulheres foram submetidas aos mesmos tratamentos, em tempos idênticos, e igualmente sujeitas a mastectomia, excluindo-se as mulheres submetidas a tumorectomia. Ou seja, **os critérios de inclusão** das doentes no estudo são:

1. Ter sido diagnosticado cancro da mama primário, de acordo com os critérios de classificação TNM;
2. Ter diagnóstico de carcinoma da mama invasivo;
3. Ter idade compreendida entre os 25 e os 55 anos.
4. Ter efectuado quimioterapia neoadjuvante;
5. Ter sido submetida a mastectomia;

6. Estar a realizar entre o 1º e o 5º tratamento de quimioterapia adjuvante no Hospital de Dia do Oncologia Médica do Instituto Português de Oncologia de Coimbra – EPE.

Foram considerados como Critérios de exclusão os seguintes itens:

1. Doentes submetidas a tumorectomia;
2. Doentes que não realizaram quimioterapia neoadjuvante;
3. Apresentar alterações patológicas graves do foro neurológico ou psiquiátrico, ou outra manifestação de incapacidade para ler, interpretar e responder por escrito.

Assim, iniciámos a colheita de dados no dia 26 de Janeiro de 2007 e terminámos no dia 22 de Junho do mesmo ano, tendo contado com a participação de 27 elementos. Contudo, a amostra do estudo envolve apenas 26 elementos, uma vez que uma das mulheres inquiridas colaborou de livre vontade na entrevista, mas posteriormente apresentou o questionário muito incompleto, motivo que levou à sua anulação.

- **Características Sócio-demográficas dos elementos da Amostra**

De forma a facilitar a caracterização da amostra, apresentamos as características sócio-demográficas da mesma.

A amostra é constituída por 26 mulheres, com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos de idade (Quadro 1), sendo a média de 43.85 (± 7.48) anos, valor próximo da mediana (44.5 anos) e da moda (42 anos).

Outra variável caracterizadora da população em estudo, o estado civil (Quadro 1), permite distribuir, a amostra, da seguinte forma: 84.6% (n=22) das participantes são casadas, 7.7% (n=2) são divorciadas, 3.8% (n=1) apresentam-se em regime de união de facto e igualmente 3.8% (n=1) são solteiras.

No que diz respeito ao local onde residem (Quadro 1), o mesmo foi dividido em três categorias: Cidade; Vila e Aldeia. Assim, de acordo com esta categoria, a maioria das participantes habitam na cidade 46.2% (n=12), seguidas de 38.5% (n=10) que habitam numa vila e apenas 15.4% (n=4) são residentes na aldeia.

Quadro 1: Distribuição das participantes por idade, estado civil e local onde habita

Idade		
Média		43.85
Desvio Padrão		7.46
Mínimo		26
Máximo		55
Mediana		44,5
Moda		42
Classes das Idades	n	%
25-29	1	3.8
30-34	2	7.7
35-39	3	11.5
40-44	7	26.9
45-49	6	23.1
50-54	6	23.1
55-59	1	3.8
Estado Civil		
Solteiro	1	3.8
Casado	22	84.6
Divorciado	2	7.7
União de Facto	1	3.8
Local onde habita		
Cidade	12	46.2
Vila	10	38.5
Aldeia	4	15.4
Total	26	100.0

No que se refere ao agregado familiar das mulheres participantes neste estudo (Quadro 2), duas (n=2) referem viver sozinhas (7.7%)¹ mas, a maioria da amostra, conta com a presença diária do marido (84.6%)² no seu agregado familiar, com quem divide o espaço onde habita. Independentemente do estado civil³, existem 19 mulheres (73.1%) que referem os seus filhos como constituintes exclusivos ou em associação com o

¹ Uma das participantes é divorciada. Outra, embora casada, encontra-se a viver longe do marido, este emigrado.

² De referir que esta percentagem corresponde à percentagem das participantes deste estudo casadas, mas existe nesta resposta 1 participante que vive afastada do marido, e outra que o menciona por se encontrar num regime de união de facto.

³ Existe na amostra 1 participante divorciada que têm um filho à sua responsabilidade.

cônjuge do seu agregado familiar. Em termos de número de filhos, as participantes mães deste estudo (19) apresentam um número de filhos pertencentes ao agregado familiar distribuído apenas por duas possibilidades, nomeadamente com 1 filho (15;78.9%), ou com 2 filhos (4;21.1%).

Em relação a outras pessoas que constituem o agregado familiar das participantes, existe 1 participante que, a par do marido e do filho, ainda conta no seu agregado familiar com os seus pais (3.8%), outra com a neta (3.8%) e a única participante solteira da amostra afirma viver com a mãe e o irmão (3.8%).

Quadro 2: Distribuição dos elementos do agregado familiar das participantes do estudo

<u>Quem constitui o agregado familiar?</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Cônjuge		
Sim	22	84.6
Não	4	15.4
Total	26	100.0
Filhos		
Não	7	26.9
Sim	19	73.1
Total	26	100.0
Número de filhos		
Um	15	78.9
Dois	4	21.1
Total	19	100.0
Outras pessoas do agregado familiar		
Pais	1	33.3
Mãe e irmão	1	33.3
Neta	1	33.3
Total	3	100.0

A apresentação do Quadro 3 facilita a compreensão das características específicas dos diferentes agregados familiares dos elementos da nossa amostra.

Quadro 3: Caracterização do agregado familiar das participantes

Caracterização do Agregado Familiar	N	%
Marido e um filho	13	50,00
Marido e dois filhos	3	11,54
Sozinha	1	3,85
Mãe e irmão	1	3,85
Marido, um filho, pai e mãe	1	3,85
Marido	4	15,38
Marido, dois filhos e neta	1	3,85
Filho	1	3,85
Pai e mãe	1	3,85
Total	26	100.02

Em relação às habilitações académicas (Quadro 4) das participantes deste estudo, o Ensino Primário representa 38.5% (n=10) da nossa amostra, o Ensino Secundário representa 23.1% (n=6), o ensino Preparatório e Ensino Superior representam 15.4% (n=4) e, por último, o Ensino Profissionalizante com 7.7% (n=2).

Já a variável situação laboral (Quadro 4) distribui a amostra da seguinte forma: 15 (57.7%) das participantes encontram-se presentemente de baixa, 6 (23.1%) encontram-se no activo, 3 (11.5%); são domésticas e, por fim, estudantes e desempregadas apresentam a mesma medida de 1 (3.8%) cada.

De acordo com as habilitações académicas e com a situação laboral, encontram-se representadas diversas profissões, na nossa amostra, que podem ser consultadas no quadro que se segue.

Quadro 4: Distribuição das participantes de acordo com as Habilitações Académicas, Profissão e Situação Laboral

	n	%
Habilitações Académicas		
Ensino Primário	10	38.5
Ensino Preparatório	4	15.4
Ensino Secundário	6	23.1
Ensino Profissionalizante	2	7.7
Ensino Superior	4	15.4
Total	26	100.0
Profissão		
Auxiliar de acção médica	2	7.7
Auxiliar de acção educativa	1	3.8
Professora	4	15.4
Operária fabril/ têxtil/ metalúrgica/ artesã	6	23.1
Servente limpeza	1	3.8
Medidora orçamentista	1	3.8
Contabilista	1	3.8
Comerciante	1	3.8
Administrativa /escriturária/secretária	3	11.5
Restauração	1	3.8
Costureira	1	3.8
Doméstica	3	11.5
Estudante	1	3.8
Total	26	100.0
Situação Laboral		
Empregada / Activa	6	23.1
Baixa	15	57.7
Desempregada	1	3.8
Doméstica	3	11.5
Estudante	1	3.8
Total	26	100.0

A maioria das participantes deste estudo (quadro 4) encontra-se numa situação de baixa (facto frequente em períodos de tratamento como a quimioterapia). Contudo, observamos que algumas mulheres continuam no activo (o que se poderá explicar pela diferença de efeitos secundários entre as mesmas).

No que diz respeito à forma como ocupavam os seus tempos livres (Quadro 5) antes de lhe ser diagnosticada a doença, encontramos diversas actividades de lazer entre as participantes.

Quadro 5: Distribuição das respostas das participantes à questão: “Como ocupava os tempos livres antes de lhe ter sido diagnosticada a doença?”

Formas de ocupar os Tempos livres	n	%
Sem tempos livres	4	16.0
Passear (com marido, filhos, amigos, familiares, vizinhos)	3	12.0
Tv /Cinema	1	4.0
Trabalho no campo/agricultura	1	4.0
Funções sociais	1	4.0
Lida da casa	1	4.0
Jardinagem	1	4.0
Prestar apoio à família	1	4.0
Passear + Desporto	1	4.0
Passear + Lida da casa	1	4.0
Tv /Cinema + Trabalho de campo/agricultura	1	4.0
Passear + Tv /Cinema	2	8.0
Passear + Tv /Cinema + Ler	3	12.0
Passear + Tv /Cinema + Viajar	1	4.0
Ler + Grupo coral	1	4.0
Passear + Trabalhos manuais + Desporto + Lida da casa	1	4.0
Ler + Viajar + Ouvir música	1	4.0
Total	25	100.0

Apenas 4 (16%) afirmam não dispor de tempos livres, anteriormente ao diagnóstico da doença. As restantes participantes que responderam à questão, num total de 25, elegeram como forma de ocupar os seus tempos livres diferentes actividades, nomeadamente, passear na companhia do marido, filhos, amigos, familiares e/ou vizinhos (12; 48%), assistir programas de TV e/ou ir ao cinema (8; 32%), ler (5; 20%), fazer a lida da casa (3; 12%), trabalhar no campo/agricultura, praticar desporto, viajar (2; 8%) ou ainda a jardinagem, as funções sociais, os trabalhos manuais, a participação num grupo coral, ouvir música e prestar apoio à família (1;4%).

2.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O comportamento humano é complexo e mutável, mas poderá ser mensurável através de escalas nominais e ordinais.

O método estatístico fundamenta-se na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências sociais. As explicações obtidas mediante a utilização do método estatístico não podem ser consideradas absolutamente verdadeiras, mas dotadas de boa probabilidade de serem verdadeiras. A pesquisa social pode decorrer com base no desejo de conhecer para agir. Não existe um questionário perfeito mas procurou-se uma aproximação às realidades vividas.

Para a recolha de dados recorreremos à utilização de um questionário constituído por duas partes. A primeira parte envolve questões relativas à caracterização da amostra e de modo a assegurar a colheita de informação acerca das variáveis sócio-demográficas e as denominadas de variáveis clínicas (nomeadamente a natureza da doença presente, entre outras), com algumas perguntas abertas e algumas perguntas fechadas, de acordo com as sugestões referenciadas por Derogatis e Derogatis (1990) e que foi preenchida através de uma entrevista estruturada (Anexo 1).

O questionário, através da entrevista, pretende criar a oportunidade de as pessoas poderem apresentar algumas respostas livres do apertado controlo das categorias práticas, o que favorece a relação terapêutica (Magalhães, 1994) pelo que consideramos indiscutivelmente enriquecedora a pergunta aberta.

A segunda parte é constituída pela Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença, de Auto-avaliação (EAPD-AA), de Derogatis e Derogatis (1990), traduzida e adaptada por Renata Schildberger e Carvalho Teixeira (1993) preenchida individualmente (Anexo 2). Este instrumento é facilmente aplicável numa larga gama de contextos de avaliação. Provavelmente a característica positiva que mais se realça na auto-avaliação resulta de que os dados básicos para a avaliação são debitados por uma única fonte – os próprios entrevistados (Schildberger e Teixeira, 1994). Em geral, a Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença é apropriada para avaliar qualquer condição médica que tenha um componente psicossocial identificável, e que tenha um impacto suficientemente severo para influenciar (permitindo ser medido) a integridade interpessoal e psicológica do doente, sugerindo uma excelente sensibilidade ao longo de uma variada gama de contextos médicos (Derogatis e Derogatis, 1990).

A Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença mede a orientação para os cuidados de saúde, ambiente vocacional, ambiente doméstico, relacionamento sexual, relações familiares alargadas, ambiente social e sofrimento/distress psicológico.

Esta escala objectiva “*avaliar a qualidade do ajustamento psicossocial de um paciente a uma doença actual*” (Schildberger: 1993, 20), podendo ser aplicada ao cônjuge, aos pais ou a outros familiares próximos do doente para determinar o ajustamento à doença crónica do seu familiar.

A EAPD foi construída pelo Dr. Leonard Derogatis e colaboradores, em 1978, nos Estados Unidos como uma entrevista semi-estruturada, segundo refere Schildberger (1993). A presente versão de Auto-Avaliação foi elaborada posteriormente, em 1983, conforme a mesma autora, estando esta escala dirigida ao próprio doente, sendo necessário ser preenchida pela própria pessoa, o que se verifica ser uma grande vantagem na colheita de dados. Segundo Schildberger (1993), a versão de auto-avaliação (EAPD-AA) deve ser preenchida directamente pelo doente, demorando cerca de 30 a 45 minutos a completar.

Relativamente ao estudo da fidelidade, a autora refere que a EAPD apresenta coeficientes de fidelidade elevados, podendo afirmar-se que esta possui consistência interna. No que respeita ao estudo da sensibilidade, a mesma autora verificou existirem apenas 4 itens que se correlacionam com o total, com valores inferiores a 0.20, o que significa que estes itens da sub-escala 1 beneficiariam de reformulação, correspondendo estes à orientação geral para os cuidados de saúde, aos cuidados com a doença actual, as expectativas do doente acerca do tratamento e a informação que o doente tem acerca do tratamento.

A *Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença* foi utilizado por Evans *et al.* em 1988, entre muitos outros autores (*cit in* Derogatis, 1990), para aferir diferenças no ajustamento entre doentes com cancro a sofrer de depressão e tratados correctamente e doentes similares que não receberam tratamento idêntico. Estes e muitos outros autores progrediram muito além da validação inicial, contribuindo para um corpo substancial de dados empíricos que suportam a validação e a sensibilidade da *Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença* (EAPD).

Os sete principais domínios mensuráveis da EAPD representam uma estrutura que foi repetidamente identificada como tendo elevada relevância preditiva para o ajustamento numa doença. Cada domínio é operacionalmente definido por uma série de questões ou itens que são relativamente homogêneos na avaliação da estrutura do domínio, cada um com uma gama de avaliação única para a área destinada.

De salientar que a tradução exacta dos domínios/subescalas não corresponde totalmente às opções adoptadas por Schildberger (1993). Apesar da autora referida ter traduzido e adaptado a Escala (EAPD) segundo rigorosos critérios, apresentamos a nossa tradução com base no Manual de Derogatis e Derogatis (1990), uma vez que existem estudos, com a aplicação da mesma escala, com traduções que diferem da de Schildberger (1993).

A Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença, versão de Auto-Avaliação, reflecte o ajustamento psicossocial em 7 grandes domínios, que apresentamos de uma forma conceptual no quadro 6, para facilitar a visão global do conteúdo de investigação:

Quadro 6: Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença e respectivos Domínios

EAPD	
Domínios	Itens referentes a cada Domínio
	1.1 Orientação geral para os cuidados da saúde 1.2 Cuidados de Saúde - Doença Actual 1.3 Atitude geral em relação à medicina e aos médicos 1.4 Atitude em relação ao tratamento actual e aos médicos 1.5 Expectativas do doente acerca da doença actual 1.6 Informação do doente sobre a doença actual 1.7 Expectativas do doente sobre o tratamento 1.8 Informação que o doente tem sobre o tratamento
II. Ambiente Vocacional 6 Itens	2.1 Dificuldades no desempenho profissional 2.2 Avaliação pessoal de desempenho 2.3 Absentismo do trabalho 2.4 Investimento vocacional 2.5 Objectivos profissionais/vocacionais 2.6 Conflitos interpessoais
III. Ambiente doméstico 8 Itens	3.1 Qualidade do relacionamento conjugal 3.2 Qualidade do relacionamento com os outros co-habitantes 3.3 Dificuldades na execução das tarefas domésticas 3.4 Adaptação familiar 3.5 Comunicação familiar 3.6 Dependência 3.7 Incapacidade física 3.8 Recursos financeiros
IV. Relacionamento Sexual 6 Itens	4.1 Qualidade do relacionamento sexual interpessoal 4.2 Interesse sexual 4.3 Frequência da actividade sexual 4.4 Satisfação sexual 4.5 Disfunção sexual 4.6 Conflitos interpessoais relacionados com sexo
V. Relacionamento com a Família Alargada 5 Itens	5.1 Comunicação 5.2 Interesse em interagir 5.3 Dependência física da família alargada 5.4 Dependência social da família alargada 5.5 Qualidade do relacionamento
VI. Ambiente Social 6 Itens	6.1 Interesse em actividades de lazer individual 6.2 Actividades de lazer individual 6.3 Interesse por essas actividades com a família 6.4 Participação nessas actividades 6.5 Interesse por actividades de carácter social 6.6 Participação em actividades sociais
VII. Perturbações Psicológicas 7 Itens	7.1 Ansiedade 7.2 Depressão 7.3 Hostilidade 7.4 Culpa 7.5 Preocupação 7.6 Auto-desvalorização 7.7 Distorção da imagem corporal

A Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença de Auto-Avaliação (EAPD-AA) consta de 46 itens que reflectem o ajustamento psicossocial em 7 grandes áreas já referidas. A *orientação para os cuidados de saúde* engloba 8 itens, apreciando a atitude da pessoa face à sua doença, a qualidade da informação recebida e a natureza das expectativas acerca da doença e do seu tratamento. O *ambiente vocacional* envolve 6 itens que incidem sobre a qualidade do desempenho profissional, assim como a satisfação e interesse pelo trabalho/profissão. O *ambiente doméstico* determina o impacto financeiro da doença, os efeitos da incapacidade física na família, a qualidade do relacionamento e a comunicação intra-familiares, através de 8 itens. O *relacionamento sexual* é estimado por 6 itens que informam acerca da manutenção do interesse e qualidade do desempenho sexual, a frequência e os níveis de satisfação e prazer na actividade sexual. O *relacionamento com a família alargada* pretende identificar possíveis problemas de comunicação, qualidade das relações, interesse na interacção, associados à doença, entre a pessoa doente e a família alargada, através de 5 itens. O *ambiente social* ao longo de 6 itens, procura traduzir até que ponto a doença alterou o interesse e o desempenho de actividades de tempos livres, ou de lazer. As perturbações psicológicas, compostas por 7 itens “(...) *pretendem medir os indicadores significativos de perturbações psicológicas associadas à doença, tais como: ansiedade, depressão, agressividade/hostilidade, baixa de auto-estima, alterações da imagem corporal e sentimentos de culpa inadequados*” (Schildberger e Teixeira, 1994:376).

A respectiva escala “(...) *possui uma boa fidelidade e sensibilidade*” relativamente às qualidades métricas, mas os referidos autores consideram também que “(...) *seria desejável fazerem-se novas aplicações da escala a outras populações de sujeitos com doenças crónicas*” (Schildberger e Teixeira, 1994:375). A escolha desta escala deve-se ao facto desta “(...) *permitir recolher dados que possam vir a ser úteis na elaboração de programas de intervenção psicológica tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida*” (*idem*), ou seja, este instrumento adapta-se ao contexto da investigação. Não conhecemos estudos de validação do instrumento seleccionado na população portuguesa, mas foi nossa preocupação estudar o desempenho psicométrico deste instrumento na amostra obtida, através da análise da população seleccionada (Alferes, 1997). Não se pretende validar a escala, com o número de amostra alcançado, mas sim analisar e descrever a população efectiva da Instituição onde exercemos a nossa actividade profissional.

A selecção desta escala está relacionada com o facto de a mesma permitir uma mensuração operacional viável de domínios que influenciam o bem-estar subjectivo das mulheres com cancro da mama, sem constrangimentos determinados pelo tempo e pelo

custo reduzido, facilitando a adesão das respondentes (Derogatis e Derogatis, 1990). Os domínios da Escala de Adaptação Psicossocial à Doença foram, segundo os autores, repetidamente testados para assegurar terem relevância no ajustamento global à doença, proporcionando uma avaliação compreensiva da evolução do ajustamento individual à sua doença. A natureza desse ajustamento é o objectivo mais produtivo dessa escala, sendo a sua aplicação mais dirigida a condições de doença crónica ou prolongada, uma vez que os distúrbios agudos e o trauma, pela sua natureza, tendem a ter menos significado psicossocial e um componente médico mais significativo.

A escala solicita às utentes que se reportem aos 30 dias que antecedem o preenchimento da escala e que escolham a resposta que melhor descreve a experiência pessoal, de entre 4 possibilidades de resposta. Uma pequena excepção ao esquema temporal da escala encontra-se nas questões #1 e #3 da secção I, que inquiram sobre as atitudes *típicas* da doente sobre a saúde e a qualidade dos cuidados médicos e não tanto com as atitudes tomadas nos últimos 30 dias. Todos os restantes itens deverão estar presentes no contexto dos últimos 30 dias incluindo o próprio dia do preenchimento da escala.

Esta escala procura avaliar o ajustamento psicossocial ao cancro da mama, doença que caracteriza o nosso grupo de estudo, sendo constituída por 46 itens, estes agrupados por diferentes domínios, cada um com quatro possibilidades de resposta (opções de A a D), com pontuações que oscilam entre os zero e os três valores (0-3), atribuídas de forma específica a cada item, consoante este seja um item par ou um item ímpar⁴ (a direcção da escala é alternada em uma série de itens para reduzir as respostas induzidas). A soma dos itens correspondentes a cada domínio permite obter o *score* total desse mesmo domínio, valor que deverá ser transformado em T-Score, pela utilização das normas publicadas⁵. A norma utilizada para converter pontuações brutas em T-Scores pode ser consultada em anexo (Anexo 3).

As perguntas da escala EAPD pretendem avaliar a qualidade de ajustamento em cada uma das áreas que constituem os domínios da escala. Pontuações (*scores*) mais elevadas traduzem piores ajustamentos. O autor da escala afirma que um resultado total igual ou superior a 62 (nota T) revela um mau ajustamento psicossocial à doença (Derogatis&Derogatis, 1990). Este valor reflecte uma pontuação sob a forma de T-Score.

⁴ Nos itens ímpares os scores de ajustamento obtêm a seguinte pontuação: a=0; b=1; c=2; e d=3. Já nos itens pares a pontuação é invertida sendo que a=3; b=2; c=1 e d=0.

⁵ Estão disponíveis até à data 7 normas para a EAPD possíveis de utilizar nos seguintes doentes: EAPD - A: Cancro do pulmão; B: Doentes renais em diálise; C: Doentes queimados; D: Doentes com hipertensão. E ainda EAPD – AA (auto -avaliação) – AA: Doentes cardíacos; BB: Doentes com cancros múltiplos; CC: Doentes Diabéticos).

Os scores “puros” obtidos foram transformados em T-Scores utilizando para tal a norma publicada e adequada à nossa população. De referir que em caso de não resposta “missing values”, ou perguntas não aplicáveis às participantes, assumiram-se, para esse conjunto de itens, pontuações iguais a zero valores, por normas de cotação da escala.

2.3.1- Pré-teste

A primeira parte do questionário foi sujeita a um pré-teste do Questionário Sócio-demográfico e Clínico, aplicado a 6 mulheres submetidas a mastectomia, a efectuarem quimioterapia adjuvante, no Hospital de Dia de Oncologia Médica, da Instituição onde se realizou o estudo.

Apesar de não se registarem dificuldades significativas nas respostas, foi retirada a questão número 12, que dizia respeito à existência, ou não, de familiares ou pessoas próximas com doenças semelhantes à inquirida, uma vez que esta questão não pode esclarecer, de forma aberta e clara, que é relativa ao cancro da mama, o que levou a divergências nas respostas. Ou seja, as respostas envolveram a referência a diversos cancros (nomeadamente leucemia, melanoma, cancro da próstata, entre outras). Desta forma, adaptámos a primeira parte do questionário, apresentando apenas 14 questões (Anexo 1), em vez das 15 questões iniciais (Anexo 4). Relativamente ao local de residência, a questão foi reajustada, colocando as opções cidade, vila e aldeia, em vez de pergunta aberta, por ter havido uma resposta diferente do objectivo principal.

2.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA COLHEITA DE DADOS

Como já referimos anteriormente, iniciámos a colheita de dados no dia 26 de Janeiro de 2007 e terminámos no dia 22 de Junho do mesmo ano. O método utilizado foi a aplicação de questionário, cuja primeira parte foi preenchida através de entrevista e a segunda parte da aplicação do questionário de auto-administração.

Para tal, procedemos a um pedido formal ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição elegida, no sentido de autorizar a aplicação dos instrumentos seleccionados para a colheita de dados (Anexo 5), assim como a um pedido de autorização ao tradutor da Escala. Esclarecemos que os resultados do estudo serão posteriormente disponibilizados, oferecendo um exemplar à Biblioteca da nossa Instituição. Efectuámos, simultaneamente, um contacto informal com a Directora e com o Enfermeiro responsável do Hospital de Dia, comunicando-lhes a nossa intenção e

solicitando o seu consentimento. Após a autorização do Presidente do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da referida instituição, foi seleccionada a amostra deste estudo no Hospital de Dia de Oncologia Médica do Instituto Português de Oncologia de Coimbra – EPE, com base no diagnóstico, tipo de tratamento e idade (por nos parecer que desta selecção se poderia atenuar alguns factores de enviesamento), sendo os dados confirmados através do processo da doente, antes da aplicação do instrumento da colheita de dados.

Para proceder à aplicação do questionário, efectuámos uma revisão do Manual II (Derogatis e Derogatis, 1990). As questões da entrevista dirigem-se a avaliar a qualidade de ajustamento em cada uma das áreas essenciais de ajustamento tendo procurado, desta forma, assegurar a natureza da doença diagnosticada, a idade, o sexo, a profissão da entrevistada, o seu agregado familiar, as suas actividades sociais e de lazer (Derogatis e Derogatis, 1990:4), ou seja, a população seleccionada insere-se na população considerada como a mais adequada para a aplicação deste instrumento (nomeadamente doença crónica ou prolongada), como é o caso de cancro da mama.

No dia em que a doente, anteriormente identificada, comparecia para tratamento, a enfermeira do Hospital de Dia contactava-nos a confirmar a presença da doente, aquando do início do tratamento. Quando era possível, aguardávamos pessoalmente, no Hospital de Dia de Oncologia Médica, a chegada da doente. Após a apresentação inicial, solicitámos autorização para dialogar um pouco e explicitámos os objectivos do nosso estudo. Questionámos acerca da disposição efectiva para responder a algumas questões e, após autorização, comprovámos, em conjunto com a doente, a mesma perfazer os critérios de inclusão no estudo. Esclarecemos sobre o preenchimento do questionário da escala e a importância da colaboração para a realização do estudo. Quando se apercebiam de que a escala era um pouco longa, apresentavam alguma renitência. Contudo, de forma explícita, clarificámos a possibilidade de, a todo o momento, poderem interromper o seu preenchimento, caso assim o desejassem, quer por apresentarem qualquer problema impeditivo (nomeadamente efeitos adversos ao tratamento), quer pela sua própria vontade. Antes de iniciarem o preenchimento da escala, apresentámos as instruções relativas ao adequado preenchimento da mesma, informando a respondente de que poderia e deveria solicitar algum esclarecimento, quando alguma questão não se adequasse a si mesma, agradecendo simultaneamente o tempo dispensado. Em consonância, foram efectuados os esclarecimentos solicitados, tendo sido garantida a confidencialidade e o anonimato das informações, assim como foi esclarecido o direito a recusar participar no estudo, devendo a participação no estudo ser voluntária (Anexo 6). Posteriormente, as doentes não se limitaram a responder às questões da entrevista

inicial, uma vez que o momento da entrevista lhes permitiu transmitir livremente a sua vivência pessoal aproveitando, simultaneamente, para partilhar alguns receios e até esclarecer algumas dúvidas que, aparentemente simples, eram de extrema importância para uma maior tranquilidade sua (esta abordagem inicial contribuiu para uma mais fácil adesão à escala para a quase totalidade das mulheres).

Ao demonstrarem aceitar participar no estudo, fornecemos uma esferográfica para o auto-preenchimento da mesma. O seu preenchimento foi praticamente efectuado na sua totalidade. As questões da escala às quais não responderam, estão relacionadas com dúvidas acerca da resposta que mais se assemelhava à sua situação, optando por não responder. Os questionários foram respondidos ao longo da administração do tratamento de quimioterapia adjuvante, momento considerado oportuno, uma vez que *“ajudava a passar o tempo”*, como chegou a ser referido por algumas respondentes. O tempo médio necessário para o seu preenchimento variou entre 30 e 50 minutos, um pouco mais do está descrito pelo autor, que refere serem necessários entre 15 a 20 minutos (Derogatis e Derogatis, 1990), mas dentro do tempo necessário que Schildberger (1993) refere. Ao longo deste tempo, permanecemos razoavelmente próximo, de forma a estarmos disponíveis para responder a algumas questões que a doente necessitasse de colocar.

Algumas dificuldades surgiram na compreensão de algumas questões, tendo sido solicitada ajuda por parte das respondentes para o seu preenchimento. Voltámos a clarificar que as respostas seriam confidenciais, e tentámos esclarecer qualquer dúvida que pudesse impedir a escolha de uma resposta, devido a qualquer motivo pessoal sem, contudo, influenciar as respostas (a Escala Ajustamento Psicossocial à Doença foi preenchida individualmente, visto ser uma escala de auto-avaliação).

Aquando da entrega do questionário, algumas doentes agradeceram o facto de ter contribuído para ajudar a passar mais rapidamente o tempo de tratamento (que é de cerca de 3 horas), de forma um pouco mais agradável.

Apenas uma doente recusou responder ao questionário, apresentando-se muito chorosa. Foi efectuado encaminhamento para a respectiva médica, dado negar outro tipo de apoio.

2.5- TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Qualquer estudo que comporte valores numéricos, deve começar pela utilização das estatísticas descritivas, na análise dos dados, de forma a permitir descrever as

características da amostra elegida, assim como os valores obtidos pela medida das variáveis (Fortin, 1999). Nesse mesmo contexto, as estatísticas descritivas devem incluir as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.

Após a aplicação e posterior recolha dos questionários, os respectivos dados foram sujeitos a um tratamento estatístico utilizando o programa estatístico SPSS (Statistic Package Social Science), versão 14. As variáveis em estudo foram analisadas descritivamente a partir das frequências absolutas e relativas, das medidas de tendência central (média aritmética, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão).

Na análise das variáveis contínuas, utilizou-se o coeficiente de Cronbach para teste da consistência interna da EAPD, que se confirma, o que vai de encontro aos resultados de um estudo efectuado por Wilhelmsen *et al* (1994), com 557 doentes.

Estudo Psicométrico

O estudo psicométrico da escala utilizada exige a caracterização da consistência interna da mesma. Avaliada através do coeficiente α (alfa) de Cronbach, a consistência interna da EAPD, foi estudada para cada um dos seus domínios, por se tratar de um instrumento multidimensional, e para cada item. Analisamos por isso, neste capítulo, a EAPD de acordo com as suas capacidades psicométricas na nossa amostra.

Quadro 7: Índices de consistência interna da EAPD: Versão original e Versão Portuguesa

EAPD	Consistência Interna: Alfa de Cronbach	
	Original N= 17	Versão Portuguesa
Domínios	Estimativa de Fiabilidade++	N=26
Total	.86	.82
Orientação para os cuidados de Saúde	.74	.24
Ambiente Vocacional	.68	.80
Ambiente Doméstico	.61	.22
Relacionamento Sexual	.86	.85
Relacionamento com a Família Alargada	.56	.71
Ambiente Social	.82	.84
Perturbações Psicológicas	.84	.84

Verifica-se, na nossa amostra, um bom índice de consistência interna (Quadro 7), em termos globais da escala $\alpha = 0,82$, sendo que são os domínios, a *Orientação para os Cuidados de Saúde* e o *Ambiente Doméstico*, os que apresentam índices de consistência interna menores. Ainda assim, uma análise por itens permite verificar elevados índices de consistência interna, nunca inferiores a 0,80, o que sugere boa consistência interna da EAPD (Anexo 7).

Contudo, estes resultados deverão ser interpretados com algum cuidado, dada a pequena dimensão da amostra em relação ao número de itens da escala (46 itens).

Embora a globalidade da escala traduza bons índices de consistência interna, o que se continua a verificar para muitos dos seus domínios, alfas menos satisfatórios nas subescalas da EAPD obrigam-nos a pensar na hipótese da tradução da escala, como um dos aspectos possíveis de justificar o facto, ou mesmo na necessidade de adequar a aplicação, da mesma, à população em estudo. Neste contexto, é de salientar que 2 das participantes do estudo referiram sentir esta escala como muito negativa, identificando-se pouco ou nada com algumas possibilidades de resposta.

3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação dos dados pretende ter um carácter essencialmente descritivo, de acordo com os objectivos do nosso estudo, de forma a dar resposta às questões que orientaram esta investigação. Assim, reserva-se a interpretação dos resultados obtidos para o capítulo da discussão, onde procuraremos salientar os mais significativos.

Muitos processos estão envolvidos no ajustamento à doença crónica (Stanton, Revenson e Tennen, 2007). Não os conseguindo esgotar, procuraremos aprofundar o conhecimento da nossa amostra.

3.1- ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A análise dos resultados incidiu, numa primeira abordagem, sobre **qual o ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama**, submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, no IPOCFG-EPE, com a finalidade de alcançar o primeiro objectivo. Desta forma, passamos a descrever os resultados obtidos.

A análise descritiva das pontuações obtidas (Scores “puros”) na escala EAPD por domínios é apresentada no quadro 8.

A análise descritiva das pontuações obtidas (scores “puros”) em todos os itens da escala da EAPD é apresentada em anexo (Anexo 8), nomeadamente as pontuações médias por domínios das 26 participantes deste estudo, os máximos e mínimos possíveis de pontuação e os obtidos, de forma a dar resposta à primeira questão colocada.

Quadro 8: Análise descritiva das pontuações obtidas (Scores “puros”) na escala EAPD por domínios

Domínios da EAPD N=26	Média	DP	Máx	Mín	Máx	Mín
			Obtido		Possível	
Orientação para os Cuidados de Saúde	5.05	2.61	11	0	27	0
Ambiente Vocacional	6.73	4.88	15	0	18	0
Ambiente Doméstico	6.31	2.39	11	0	24	0
Relacionamento Sexual	4.61	3.51	12	0	18	0
Relacionamento com a Família alargada	1.84	2.57	4	0	15	0
Ambiente Social	3.03	4.02	5	0	18	0
Perturbações Psicológicas	5.69	4.16	17	0	21	0

Em termos de domínios (quadro 8), ou subescalas da EAPD, o *Ambiente Vocacional* assume-se, na nossa amostra, como a subescala com maior peso no valor total, seguida do *Ambiente Doméstico*, das *Perturbações Psicológicas*, da *Orientação para os Cuidados de Saúde*, do *Relacionamento Sexual*, do *Ambiente Social* e do *Relacionamento com a Família Alargada*.

Quadro 9: Análise descritiva das pontuações obtidas (T-Scores) na escala EAPD

n=26	Média	DP	Máximo	Mínimo
EAPD Total				
Domínios				
Orientação para os Cuidados de Saúde	50.65	9.02	70	29
Ambiente Vocacional	59.04	7.26	70	45
Ambiente Doméstico	55.50	6.95	67	42
Relacionamento Sexual	53.08	7.88	70	40
Relacionamento com a Família Alargada	55.29	7.01	63	46
Ambiente Social	42.35	13.59	70	28
Perturbações Psicológicas	52.69	11.08	76	34

As normas de interpretação desta escala permitem afirmar que quanto maior é a pontuação (scores) por domínios e, conseqüentemente, a pontuação global (score total), pior é o ajustamento à doença. Assegurando, o autor, que um resultado total igual ou superior a 62 (nota T) revela um mau ajustamento psicossocial à doença, podemos declarar que as mulheres mastectomizadas, submetidas a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, da nossa amostra (Quadro 9), apresentam um bom ajustamento global ao cancro da mama, uma vez que nenhum dos elementos da amostra apresenta um valor igual ou superior a 62.

De forma a facilitar a compreensão global dos itens envolvidos neste resultado, dado o reduzido número de elementos da amostra, anunciamos as respostas mais frequentes para cada item, apresentadas em anexo (Anexo 9).

Para uma melhor percepção dos resultados obtidos, necessitamos de conhecer as características clínicas da amostra do nosso estudo, que apresentamos a seguir.

- **Características Clínicas dos elementos da Amostra**

Questionadas sobre o diagnóstico da sua doença (Quadro 10), a maioria das participantes deste estudo afirma conhecer esse diagnóstico (25; 96.2%), descrevendo-o como carcinoma da mama (21; 84%), doença maligna (2; 8%), ou tumor (1; 4%). Apenas

uma participante não conseguiu verbalizar o seu diagnóstico ainda que tenha afirmado possuir conhecimento do mesmo.

No que diz respeito ao tempo que separa as participantes, do estudo, desde o momento do diagnóstico até à cirurgia, o Quadro 10 permite conhecer esses espaços temporais, em número de meses. Um número significativo de participantes (9;34.6%) teve conhecimento do seu diagnóstico 8 meses antes do preenchimento deste questionário. Em percentagens iguais, ou seja, 19.2% (n=5) da amostra, teve conhecimento do seu diagnóstico 7 e 9 meses antes. Encontramos 15.4% (n=4) com a confirmação do diagnóstico cerca de 6 meses antes, 7.7% (n=2) refere conhecer o seu diagnóstico há 10 meses e 3.8% (n=1) teve conhecimento do diagnóstico há 5 meses.

Em relação ao tempo após a cirurgia (quadro 10), o preenchimento deste questionário acontece para 46.2% (n=12) das participantes após 2 meses da intervenção, 34.6% (n=9) das mulheres preencheu o questionário após 3 meses da mastectomia. Para igual percentagem de 7.7% (n=2), o preenchimento do questionário ocorreu 1 e 4 meses depois da cirurgia e para 3.8% (n=1) decorreram 5 meses sobre o mesmo.

Quadro 10: Distribuição das participantes de acordo com as variáveis: Diagnóstico da doença, Tempo após o diagnóstico e Tempo após a cirurgia.

	n	%
Sabe qual é a sua doença?		
Carcinoma da mama/ Cancro da Mama	21	80.7
Doença Maligna	2	7.7
Tumor	2	7.7
Não sabe verbalizar	1	3.9
Tempo após o diagnóstico		
5 Meses	1	3.8
6 Meses	4	15.4
7 Meses	5	19.2
8 Meses	9	34.6
9 Meses	5	19.2
10 Meses	2	7.7
Tempo após a cirurgia		
1 Meses	2	7.7
2 Meses	12	46.2
3 Meses	9	34.6
4 Meses	2	7.7
5 Meses	1	3.8
Total	26	100.0

Interrogadas sobre o que consideram ter sido mais difícil, desde a confirmação do diagnóstico (Quadro 11), a maioria das participantes refere a alopecia (n=15) como o mais difícil de ultrapassar. Outras mulheres mencionam outros efeitos secundários do tratamento (n=10) e, ainda, o facto de receber e dar a notícia do diagnóstico (n=5). Outras respostas como a morosidade do tratamento (n=3), seguido da recidiva (n=2) e do relacionamento sexual (n=2), a mastectomia, a quimioterapia, as viagens, ou os problemas financeiros decorrentes e/ou agravados depois do diagnóstico são também referidas, embora por um menor número de participantes, na sua maioria com n=1.

Quadro 11: Distribuição das respostas das participantes à questão: “O que considera ter sido mais difícil desde que confirmou o diagnóstico?”

O que considera ter sido mais difícil após o diagnóstico?	n	%
Alopécia	15	61.5
Outros Efeitos Secundários do tratamento	10	38.5
Receber/dar a notícia	5	19.2
Morosidade do tratamento /angústia	3	11.5
Recidiva	2	7.7
Relacionamento Sexual	2	7.7
Mastectomia	1	3.8
Quimioterapia	1	3.8
Viagens	1	3.8
Problemas financeiros decorrentes e/ou agravados depois do diagnóstico	1	3.8

De mencionar que às participantes foi dada liberdade de apresentarem mais do que uma dificuldade, pelo que, mais do que apresentar as respostas a esta questão, pretende-se dar uma contagem das associações que se verificaram em resposta à referida questão, através do quadro que se segue.

Quadro 12: Caracterização das respostas das participantes à questão: “O que considera ter sido mais difícil desde que confirmou o diagnóstico?”

O que considera ter sido mais difícil após o diagnóstico?	n	%
Alopécia	6	23.1
Outros Efeitos Secundários do tratamento	2	7.7
Receber/dar a notícia	1	3.8
Morosidade do tratamento /angústia	1	3.8
Relacionamento Sexual	2	7.7
Alopécia + Outros Efeitos Secundários do tratamento	5	19.2
Alopécia + Outros Efeitos Secundários do tratamento + Receber/Dar a notícia	1	3.8
Alopécia + Mastectomia	1	3.8
Alopécia + Quimioterapia	1	3.8
Alopécia + Recidiva	1	3.8
Outros Efeitos Secundários do tratamento + Receber/ Dar a notícia	1	3.8
Receber/ Dar a notícia + Morosidade do tratamento	1	3.8
Receber/ Dar a notícia + Problemas financeiros	1	3.8
Recidiva + Morosidade do tratamento	1	3.8
Outros Efeitos Secundários do tratamento + Viagens	1	3.8
Total	26	100.0

Fomos confirmando, como se verifica no quadro anteriormente apresentado (quadro 12), que as respostas não são singulares. As participantes do estudo enumeram, na sua maioria (53.4%), mais do que uma dificuldade após o diagnóstico, facto que podemos atribuir ao tempo do mesmo⁶.

Inquiridas sobre quem, ou o que, as tem ajudado a ultrapassar as maiores dificuldades da doença, 24 das participantes referem pessoas que se mostraram essenciais para ultrapassar a situação do diagnóstico, e 12 referem circunstâncias que declararam serem facilitadoras dessa mesma condição. Assim, o Quadro 13 permite conhecer respostas únicas e associações de respostas, das participantes, à seguinte questão: “Quem ou o que a tem ajudado mais desde que confirmou o diagnóstico?”

⁶ O tempo máximo que se verifica, entre a colheita de dados e o diagnóstico, é de 10 meses.

Quadro 13: Caracterização das respostas das participantes à questão: “ Quem ou o que a tem ajudado mais desde que confirmou o diagnóstico?”

Quem a tem ajudado mais?	n	%
Filho(a)s	2	8.3
Família	1	4.2
Amigos	3	12.5
Marido	2	8.3
Profissionais do IPO	4	16.7
Família + Amigos	4	16.7
Família + Testemunhos próximos	1	4.2
Amigos + Testemunhos próximos	1	4.2
Amigos + Profissionais do IPO	1	4.2
Filhos +Família + Marido	1	4.2
Filhos +Amigos +Marido	2	8.3
Família +Amigos +Marido	1	4.2
Família +Amigos+Profissionais IPO	1	4.2
Total	24	100.0

O que a tem ajudado mais?	N	%
Optimismo/confiança	1	8.3
Fé	4	33.3
Relações Sociais enriquecidas	2	16.7
Optimismo/confiança + Fé	2	16.7
Optimismo/confiança + Relações Sociais enriquecidas	1	8.3
Fé + Relações Sociais enriquecidas	1	8.3
Relações Sociais + Relações Familiares enriquecidas	1	8.3
Total	12	100.0

Uma análise do quadro apresentado permite reconhecer a importância dos amigos (13; 54.2%), da família em geral (10; 41.7%), do marido (6; 25%)⁷ e dos filhos (5; 20.8%), como pessoas essenciais para ajudar a ultrapassar as maiores dificuldades

⁷ De referir que das 26 participantes do estudo, 22 são casadas e 1 encontra-se em regime de união de facto.

sentidas. De forma a facilitar essa leitura, apresentamos a distribuição dessas respostas no Quadro 14.

Neste contexto, não foram esquecidos os Profissionais do IPO (e verbalmente todos os funcionários e voluntárias) como exemplo de dedicação e profissionalismo para seis das participantes e o testemunho de pessoas próximas com experiência de doenças similares, mencionados como facilitadores desta situação (2; 8.3%).

Algumas participantes deste estudo referem que esta situação de doença enriqueceu as suas Relações Sociais e/ou Familiares (5; 41.7%) e que é nestas Relações e no Optimismo/confiança com que encaram a sua situação (4; 33.3%) que encontram algum suporte. Mas, é principalmente na Fé que sentem (7; 58.3%) que encontram o maior suporte para enfrentar o diagnóstico e consequentes tratamentos.

Quadro 14: Distribuição das respostas das participantes à questão: “ Quem ou o que a tem ajudado mais desde que confirmou o diagnóstico?”

Quem ou o que a tem ajudado mais desde que confirmou o diagnóstico?	N	%
Amigos	13	50.0
Família em geral	10	38.5
Filho(a)s	5	19.2
Marido	6	23.1
Profissionais do IPO	6	23.1
Testemunhos próximos	2	7.7
Optimismo/confiança	4	15.4
Fé	7	26.9
Relações Sociais e/ou Familiares	5	19.2

Em relação à questão “Antes de ter conhecimento da sua doença, alguma vez tomou medicamentos para o sistema nervoso ou para o esgotamento?” , a maioria das participantes, ou seja, 73.1% (n=19) afirma nunca o ter feito, sendo que apenas 26.9% (n=7) confirmam ter recorrido a este tipo de medicação. Informalmente, duas participantes relatam que o facto de já andarem a tomar medicação para o sistema nervoso, contribuiu para aceitarem mais facilmente as adversidades da doença.

Quadro 15: Distribuição das respostas das participantes à questão: Antes de ter conhecimento da sua doença, alguma vez tomou medicamentos para o sistema nervoso ou para o esgotamento?”

Antes de ter conhecimento da sua doença, alguma vez tomou medicamentos para o sistema nervoso ou para o esgotamento?	N	%
Sim	19	73.1
Não	7	26.9
Total	26	100.0

Uma vez caracterizada a nossa amostra, expomos os resultados que mais se salientam, por item.

Relativamente ao domínio **Orientação geral para os cuidados de saúde**, 50% (n=13) da nossa amostra respondeu que se preocupa muito com a própria saúde e lhe presta uma atenção muito especial.

Em relação à questão que engloba os “Cuidados de saúde perante a sua doença actual”, 69,2% (n=18) refere que dá muita atenção ao tratamento da sua actual doença e faz tudo ao seu alcance para se auto-cuidar.

A “Atitude geral em relação à medicina e aos médicos” encontra-se direccionada por 61,5% (n=16) para a opção de que os cuidados médicos nunca foram tão bons como agora e os médicos fazem um excelente trabalho.

A mesma percentagem de 61,5% verifica-se nas “Atitudes em relação ao tratamento actual e aos médicos”, em que um n=16 responde que o tratamento e os profissionais de saúde foram excelentes. Contudo, verbalmente, algumas participantes referiram dificuldade nesta resposta porque não gostam do tratamento. A opção por esta resposta deve-se ao facto de ser a opção que mais se aproxima da verdade e não por ser totalmente verdade.

Para 42,3% da amostra (n=11), as “Expectativas acerca da doença actual” estão direccionadas para a certeza de que a participante vai rapidamente ultrapassar a doença e os problemas inerentes e voltar a ser como antigamente.

Em relação à “Informação da doente sobre a doença actual”, 53,8% (n=14) consideram-se bastante bem informadas, e acham que se quiserem mais esclarecimentos, poderão sempre obtê-los.

As “Expectativas da doente sobre o tratamento” direccionam-se, para 53,8% da amostra (n=14), para a resposta “acredito na capacidade do meu médico e dos profissionais de saúde para administrarem devidamente o meu tratamento e sinto que é o melhor tratamento que podia receber”, em relação a 38,5% que se direccionam para a resposta “não gosto de certas partes do meu tratamento, que são bastante desagradáveis, mas os meus médicos dizem-me que, de qualquer forma, devo passar por elas”. Verbalmente, algumas doentes referiram não gostar do seu tratamento, mas acreditam que seja o melhor para o seu caso clínico.

Relativamente à “Informação que a doente tem acerca do seu tratamento”, a informação é bastante completa e actualizada para 76,9% (n=20).

Outros itens se destacam no domínio **Ambiente Vocacional**. Em relação às “Dificuldades que possam ter surgido no ambiente onde exerce funções (trabalho, estudo, outras)” 50% (n=13) da amostra refere que a doença a impediu totalmente de exercer a sua actividade vocacional, curiosamente seguida de 26,9% (n=7), que referem ter tido problemas no seu desempenho de funções mas, insignificantes.

A “Avaliação pessoal da sua capacidade física para o desempenho vocacional”, é respondido por n=9 (34,6) como possuindo uma capacidade adequada, seguido de n=7 (26,9%) cuja resposta é um mau desempenho das suas funções, 19,2% (n=5) da amostra consideram não as desempenhar muito bem e apenas n=2 (7,7%) responderam conseguir desempenhar muito bem as suas funções vocacionais.

Em relação ao absentismo vocacional apresentado nos últimos 30 dias anteriores ao preenchimento do questionário, 53,8% (n=14), responderam apresentar um absentismo superior a duas semanas.

Sobre qual a importância do trabalho vocacional presentemente, 61,5 % (n=16) da amostra considera que o mesmo apresenta igual ou maior importância do que antes da doença.

Sobre a necessidade, ou não, de mudar os objectivos vocacionais, para 50% (n=13), os objectivos são os mesmos, contrapondo com 26,9% (n= 7), que referem ter alterado por completo os seus objectivos.

Outras dimensões são conhecidas no **Ambiente Doméstico**.

Para 88,5% (n=23) da amostra, a doença não provocou nenhum aumento de conflitos interpessoais.

A “Qualidade do relacionamento conjugal” é considerada como boa para 53,8% (n=14) da amostra e razoável para 30,8% (n=8).

A “Qualidade do relacionamento com os outros co-habitantes” é considerada como boa, para 88,5% (n=23) da amostra.

Em relação às “Dificuldades na execução das tarefas domésticas” 34,6% (n=9), referem problemas moderados, nem todos ultrapassáveis, enquanto que 30,8% (n=8) referem pequenos problemas, facilmente ultrapassáveis.

Em relação às “Áreas em que a doença interferiu nas tarefas domésticas”, 65,4% (n=17) considera que a família se apresentou sem problemas em ajudar, relativamente a 34,6% (n=9) em que parece que a família tratou de tudo, com excepção de pequenos detalhes.

Sobre a possibilidade da doença ter diminuído a “Comunicação com os membros do domicílio”, 88,5% (n=23), refere não ter havido diminuição na comunicação.

Relativamente “à necessidade de ajuda/dependência” 73,1 % (n=19) considera não sentir que necessita de ajuda ou que a ajuda de que necessita é dada pela sua família ou amigos.

A questão dirigida à possibilidade de poder ter surgido alguma incapacidade física devido à doença, esclarece que 46,2% (n=12) da nossa amostra refere uma ligeira incapacidade e 30,8% (n=8) refere uma moderada incapacidade física.

Questionada sobre possíveis dificuldades financeiras resultantes de gastos com a doença, 38,5% (n=10) seleccionaram o item problemas financeiros moderados e 26,9% (n=7) referem graves dificuldades financeiras resultantes da sua doença.

O domínio **Relacionamento Sexual** envolve outros itens.

Abordadas, sobre possíveis problemas num relacionamento interpessoal, em decurso da doença, 80,8% (n=21), referem não ter havido qualquer alteração no seu relacionamento conjugal. Contudo 11,5% (n=3) não responderam à questão. Nesta questão houve quem, verbalmente, referisse não poder responder porque agora se sente mais unida a nível conjugal, do que antes da doença, não se enquadrando em nenhuma das opções de resposta apresentadas pela escala.

Para 42,3% (n=11) houve uma ligeira perda de interesse pela vida sexual, em resultado da doença e para 30,8% (n=8) houve uma diferença marcante no desejo de vida sexual.

A “Frequência da actividade sexual” apresenta um ligeiro decréscimo da actividade sexual para 38,5% (n=10), em resultado da doença.

Das 19 mulheres que responderam à questão sobre a “Satisfação Sexual” 34,6% do total, (n=9), referem ligeira perda de prazer e satisfação sexual enquanto que 23,1% (n=6) referem perda considerável de prazer e satisfação sexual.

Relativamente à “Disfunção Sexual” 46,2% (n=12) referem ligeiros problemas com a sua actividade sexual.

Questionadas sobre a possibilidade de terem surgido “Conflitos interpessoais em função do relacionamento sexual”, 61,5% (n=16) referem não terem surgido nenhuma discussão, mas 19,2% (n=5) não responderam e a mesma percentagem da amostra, 19,2%, refere algumas discussões resultantes do relacionamento sexual.

No contexto do **Relacionamento com a Família Alargada**, mostramos os seguintes resultados. Em relação ao “Contacto com os membros da família alargada”, 76,9% (n=20) da amostra referem o mesmo contacto ou até mais frequente desde a doença.

O Interesse em conviver com os membros da família alargada é o mesmo ou maior para 92,3% (n=24), desde a doença.

Relativamente à “Necessidade de ajuda por parte da família alargada”, 50% (n=13) da amostra refere não necessitar de ajuda, considerando que lhe dão a assistência de que necessita.

Questionadas sobre se a “doença limitou o convívio com a família alargada”, 57,7% (n=15) consideram ter havido ligeiro ou nenhum decréscimo do convívio, causado pela doença. O convívio com a família alargada foi reduzido significativamente apenas para 7,7% (n=2).

O Qualidade do Relacionamento com a família alargada é considerado bom para 84,6% (n=22).

O domínio **Ambiente Social** envolve os itens que apresentamos de seguida.

O Interesse em actividades de lazer individual permanece o mesmo desde a doença, para 84,6% (n=22).

Em relação às Actividades de lazer individual, a participação da nossa amostra continua igual à situação anterior à doença, para 57,7% (n=15).

O “Interesse por essas actividades com a família”, permanece o mesmo anteriormente à doença, para 76,9% (n=20). Contudo, a participação nessas actividades continua igual apenas para 61,5% (n=16).

Relativamente ao “Interesse por actividades de carácter social (tais como grupos de igreja, clubes, idas ao cinema, etc)”, 73,1% (n=19) da nossa amostra refere o mesmo nível de interesse como anteriormente. Contudo, a participação nessas Actividades Sociais permanece inalterada apenas para 69,2% (n=18) da nossa amostra.

O último domínio da EAPD implica o conhecimento de **Perturbação Psicológica**. Na questão relativa “à forma como se tem sentido (se tensa, receosa, nervosa ou ansiosa)”, 34,6% (n=9) nega esses sintomas, seguido de 30,8% (n=8) que refere sentir, um pouco, alguns desses sintomas. Igual percentagem de 30,8% refere bastante essa sintomatologia e apenas 3,8% (n=1) refere sentir-se extremamente nervosa (ou ansiosa, tensa ou receosa).

Questionada sobre se “tem sentido tristeza, falta de interesse pelas coisas ou desespero”, 46,2% (n=12) da nossa amostra nega essa sintomatologia, seguida de 42,3% (n=11) que refere um pouco essa sintomatologia, com 7,7% (n=2) a referir sentir bastante essa sintomatologia e 3,8% (n=1) refere sentir extremamente esses sintomas.

Em relação à “possibilidade de se sentir zangada, irritada ou com dificuldade de controlar o seu temperamento”, 42,3% (n=11) nega esses sintomas, com a mesma percentagem de 42,3% a referir que sentem um pouco esses sintomas, seguido de 11,5% (n=3) que referem sentir bastante esses sintomas e 3,8% (n=1) refere sentir-se extremamente zangada, irritada ou com dificuldade em controlar o seu temperamento.

Na questão relativa à possibilidade de se sentir culpada, ou que deixou ficar mal as pessoas, uma percentagem significativa da amostra 76,9% (n=20), negam o sentimento de culpa, seguido de 11,5% (n=3), que se sentem um pouco culpadas.

Alguma “preocupação com a doença ou com outros assuntos”, é referida por 42,3% (n=11) da nossa amostra, seguida de 30,8% (n=8) que se sentem bastante preocupadas, 15,4% (n=4) negam preocupação com a doença ou outros assuntos e 11,5% (n=3) referem extrema preocupação.

À questão “recentemente, tem-se sentido em baixo ou menos válida como pessoa” 42,3% (n=11) negam esse sentimento, com igual percentagem a referir sentir-se um pouco em baixo ou um pouco menos válida como pessoa. Nesta questão, 11,5%

(n=3) optou por “bastante” e 3,8% refere sentir-se extremamente em baixo ou menos válida como pessoa.

A preocupação com o facto da doença ter modificado a aparência de forma a torná-la menos atraente, é negativa para 53,8% (n=14), seguida de 26,9% (n=7) da amostra, que refere alguma preocupação e 19,2% (n=5) refere sentir-se bastante preocupada com a modificação da aparência.

A **segunda questão de investigação** colocada pretende dar resposta ao segundo objectivo do nosso estudo ou seja, caracterizar o ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama, submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, nos diversos domínios da EAPD, pelo que iremos descrever os domínios em que os elementos da nossa amostra apresentam melhor ajustamento.

Como podemos confirmar no Quadro 9, página 103, em termos de domínios da escala EAPD, que as pontuações menores (que traduzem melhores ajustamentos) se verificam nos domínios *Ambiente Social* (média 42.35), *Orientação para os Cuidados de Saúde* (média 50.65), *Perturbações Psicológicas* (média 52.69) e *Relacionamento Sexual* (média 53.08). Pontuações acima dos 62 valores a nível dos domínios, segundo o autor, traduzem maus ajustamentos à doença. Em média, apresentam piores ajustamentos na nossa amostra os domínios: *Relacionamento com a família alargada* (média 55.29), *Ambiente Doméstico* (média 55.50) e *Ambiente Vocacional* (média 59.04), embora não possam ser considerados maus ajustamentos.

Dado o reduzido número de elementos da amostra, elegemos algumas questões em cada um dos domínios, as quais consideramos serem mais pertinentes, em termos de frequências, mesmo que as conclusões não apresentem significado estatístico (além da nossa amostra).

Domínio I: Orientação para os Cuidados de Saúde

- **Informação da doente sobre a sua doença actual**

Questionadas sobre o facto de se sentirem informadas e esclarecidas o suficiente acerca da sua doença, nenhuma das participantes referiu ter poucas informações acerca da mesma. A maioria das participantes do nosso estudo, afirma-se bem informada 53.8% (n=14) e 38.5% (n=10) consideram-se muito bem informadas quanto à sua doença. Apenas 2 participantes (7.7%) referem dispor de algumas informações, porém gostariam de saber mais acerca da mesma.

As pontuações obtidas ao nível do domínio Orientação para os Cuidados de Saúde, a que pertence a questão, dão conta de um bom ajustamento de todas as participantes, divididas por três grupos: as que se afirmam muito bem informadas (as mais bem ajustadas, com pontuações médias de 47.8) as bem informadas (pontuações médias, no domínio referente à questão, de 52.2) e as que dispõem de alguma informação (média das pontuações no domínio Orientação para os Cuidados de Saúde é igual a 54).

O gráfico que se segue (gráfico 1) pretende dar a conhecer as pontuações das participantes e o número de participantes com essa pontuação no domínio da escala EAPD, consoante o grupo a que pertencem, de acordo com a sua resposta relativa à informação de que dispõem, sobre a sua doença. Desta forma, existem, na nossa amostra, 2 participantes que afirmam possuir algumas informações sobre a sua doença, que pontuam ambas no domínio referente à questão com valor de 54; no grupo das “bem informadas”, 4 participantes pontuam nos 51; 2 das participantes pontuam nos 35, 57 e 60 de média, respectivamente, e 1 participante por cada valor no domínio 42, 48, 63 e 70. Já no grupo das participantes que se afirmam muito bem informadas acerca da sua doença, a distribuição dos valores totais obtidos, para o domínio, faz-se entre os valores 29 e 57.

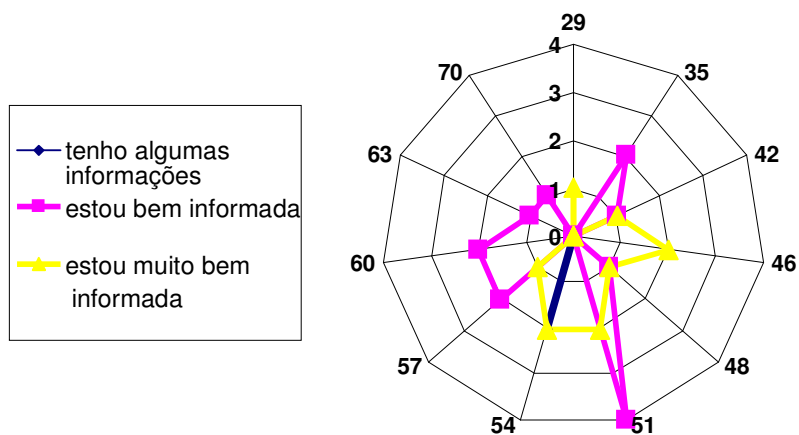


Gráfico 1: Pontuações no domínio Orientação para os Cuidados de Saúde da EAPD de acordo com as informações das participantes em relação à sua doença.

No que diz respeito às pontuações na escala total, entre as participantes deste estudo, a sua distribuição por grupos de resposta à questão, mostra médias muito próximas entre os três grupos (*tenho algumas informações*: 53.5; *estou bem informada*: 55.8 e *estou muito bem informada*: 52.6).

- **Expectativas da doente acerca da sua doença e do seu tratamento**

De entre as 26 participantes do presente estudo, a maioria mantém expectativas positivas sobre a sua doença actual e consequente tratamento. Assim, analisando a resposta à questão 5 da parte I da EAPD, relacionada com as expectativas da doente em relação à doença e tratamento, podemos referir que 42.3% (n=11) das participantes afirmam sentir que vão ultrapassar rapidamente a doença e voltar a ser como antigamente, 30.8% (n=8) revelam-se empenhadas em consegui-lo, esforçando-se o mais possível, apesar do cansaço físico e mental e 26.9% (n=7) sentem que brevemente ultrapassarão a doença e voltarão a ser como antes.

Interessou conhecer, de acordo com as diferentes respostas a esta questão, as pontuações na subescala/domínio Orientação para os Cuidados de Saúde, assim como as pontuações globais da escala EAPD. Assim, os gráficos que se seguem pretendem dar a conhecer as pontuações obtidas de acordo com as suas respostas a esta questão.

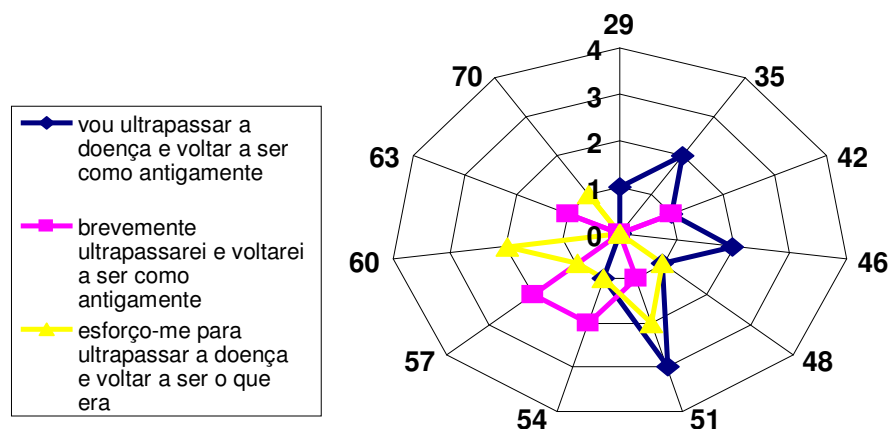


Gráfico 2: Pontuações no domínio Orientação para os Cuidados de Saúde de acordo com as expectativas em relação à doença e ao tratamento das participantes.

Atitudes e expectativas mais positivas em relação à doença e tratamento traduzem pontuações mais baixas, no domínio ao qual se refere a questão. As participantes que se mostram capazes de conseguir ultrapassar a doença e voltar a ser como antigamente, pontuam em média, neste domínio, nos 44.3 valores (sendo que as 11 participantes que respondem desta forma, obtêm pontuações entre os 29 e os 54

valores, de acordo com a seguinte distribuição apresentada no gráfico 2: encontramos 1 participante para os valores de 29, 42, 48 e 54; para 35 e 46 valores, encontramos 2 participantes e verificamos, ainda, existirem 3 participantes com 51 valores, o que se traduz num excelente ajustamento em termos de domínio, já que o limiar entre o bom e o mau ajustamento se situa, segundo o autor, nos 62 valores, pontuação score em termos de domínio. Abaixo deste valor pontuam ainda em média as participantes que se mostram certas que em breve conseguirão ultrapassar a doença (54 é score médio obtido para o domínio, com $n=7$). São as participantes ($n=8$) que revelam uma atitude menos positiva, as que mais pontuam e que pior ajustamento apresentam, neste domínio (pontuação média de 56.38).

No que diz respeito às pontuações totais obtidas na escala para estas participantes, mantêm-se as mesmas diferenças entre as participantes, pelo que se apresentam, no gráfico que se segue, as pontuações médias totais da escala EAPD das participantes de acordo com as suas respostas à questão objecto de análise:

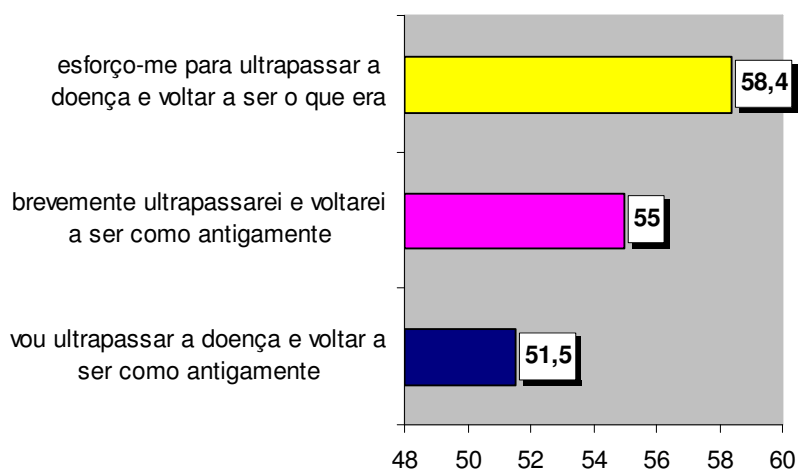


Gráfico 3: Média das Pontuações totais da EAPD de acordo com as expectativas em relação à doença e tratamento das participantes.

Atitudes e expectativas menos positivas em relação à doença e seu tratamento influenciam não só as pontuações do domínio Orientação para os Cuidados de Saúde como a pontuação total da EAPD entre as 26 participantes do estudo. São as participantes que manifestam expectativas mais positivas as que obtêm médias inferiores na pontuação total da escala, traduzindo assim, um melhor ajustamento psicossocial à doença.

Domínio II: Ambiente Vocacional

- **O investimento profissional das participantes deste estudo manteve-se inalterado mesmo após o diagnóstico da doença?**

Em resposta a esta questão⁸, a maioria das participantes assume uma continuidade no seu investimento vocacional afirmando atribuir ao seu trabalho igual ou até maior importância (61.5%; n=16) comparativamente ao antes e depois do diagnóstico. Ainda assim, 15.4% (n=4) assumem que, presentemente, o seu trabalho lhes merece pouca ou nenhuma importância. Verificamos ainda que 7.7% (n=2) assume que o trabalho se tornou, após o diagnóstico, sensivelmente menos importante e para 3.8% (n=1) das participantes, o trabalho é, presentemente, muito menos importante.

O gráfico que se segue revela as pontuações no domínio Ambiente Vocacional e o número de participantes com essa pontuação, por grupos resultantes da resposta à questão em análise.

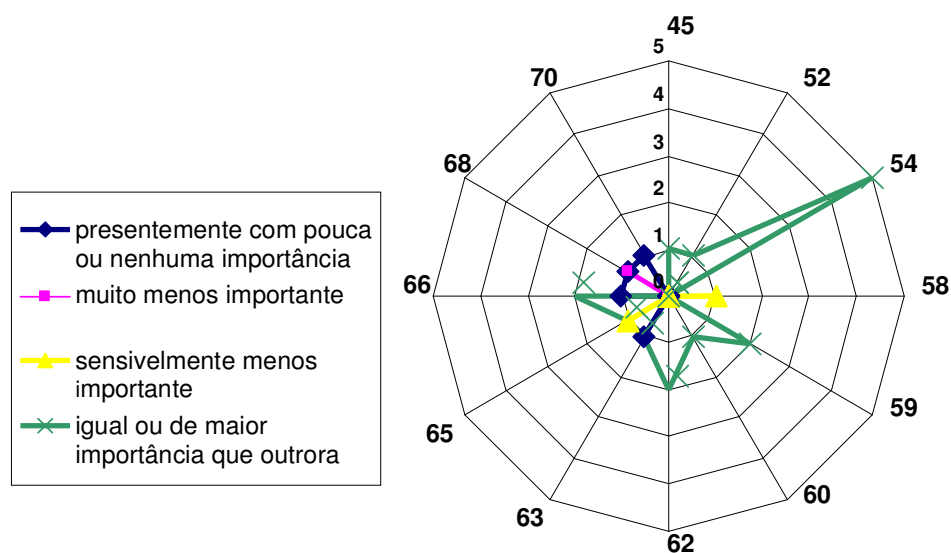


Gráfico 4: Pontuações e número de participantes por pontuação no domínio Ambiente Vocacional de acordo com o (des) investimento vocacional das participantes.

Em termos de médias obtidas ao nível do domínio, e da totalidade da escala de ajustamento, nos três grupos, de acordo com o (des) investimento vocacional, obtiveram-se os seguintes resultados: alguns grupos apresentam um mau ajustamento em termos

⁸ Não respondem a esta questão (Parte II, p.4) 3 participantes, pelo que o n=23. Interessou verificar a situação profissional das não respondentes sendo que duas são domésticas e a outra se encontra desempregada.

de ambiente vocacional (médias superiores a 62 valores), embora sejam as mulheres que não desinvestiram na sua vida profissional (e que continuam a tratar o seu trabalho de igual forma ou até de forma superior em termos de investimento) que se encontram melhores ajustadas neste domínio (média 58.1), seguidas do grupo que sente, nesta fase da doença, o trabalho como *sensivelmente menos importante* (média 61.5). Contrariamente ao que seria de esperar, as mulheres mais desajustadas no domínio, não são aquelas que o *afirmam presentemente com pouca ou nenhuma importância* (média 66.8), mas as que presentemente atribuem ao trabalho muito menos importância (média 68).

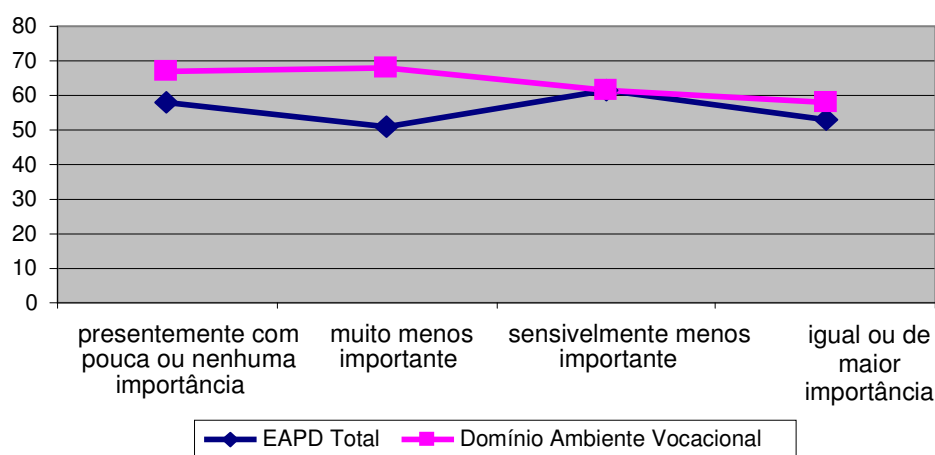


Gráfico 5: Pontuações médias no domínio e na EAPD global consoante o investimento profissional das participantes

Este item revela-se pouco decisivo em termos de domínio *Ambiente Vocacional* e sem significado nos valores da escala global: o grupo de mulheres que pior ajustamento apresentam, neste domínio (as que referem que o seu trabalho no momento se assume *muito menos importante*) são as que melhor ajustamento apresentam na escala em termos globais, facto que confirma os valores médios (59.04 ± 7.26) obtidos para o domínio Ambiente Vocacional (Quadro 9) como sendo o pior dos sete existentes na escala em termos de ajustamento psicossocial à doença entre as participantes.

Domínio III: Ambiente Doméstico

- Qual o relacionamento conjugal das participantes?

O estado civil das participantes, dividido pelas categorias existentes na amostra, permitiu distribuir a mesma da seguinte forma: solteira ($n=1;3.8\%$), casada ($n=22;84.6\%$), divorciada ($n=2;7.7\%$) e em regime de união de facto ($n=1;3.8\%$).

As pontuações obtidas para a escala EAPD pelos diferentes grupos presentes na amostra (de acordo com o estado civil) não se revelam muito discrepantes entre si. O gráfico que se segue pretende fazer a descrição em termos de frequências das pontuações totais obtidas por grupos na escala utilizada.

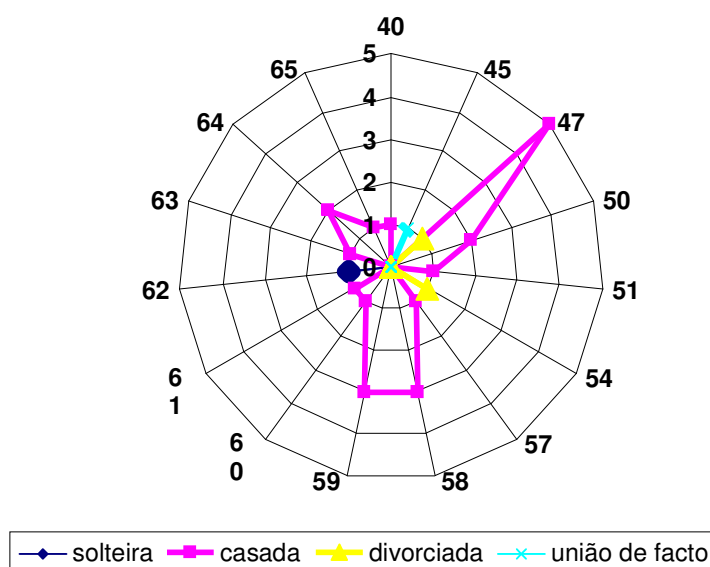


Gráfico 6: Distribuição das participantes de acordo com o seu estado civil pelas pontuações obtidas na EAPD global

As pontuações médias obtidas nos grupos foram: 62.0 para a participante solteira; 55.1 para as participantes casadas, 50.5 para as divorciadas e para a participante em regime de união de facto 45.0.

Dado o número de participantes em determinadas categorias ser muito reduzido, e existindo a possibilidade de transformar a variável para melhor trabalhar a questão, a variável estado civil foi recodificada em dois grandes grupos: as mulheres com companheiro ($n=22;88.6\%$) e as mulheres sem companheiro ($n=3;11.4\%$). As pontuações

médias obtidas (na escala global e por domínios) para estes dois novos grupos, correspondentes às participantes por estado civil, apresentam-se de seguida.

Quadro 16: Médias, desvios padrão, máximos e mínimos obtidos na EAPD total e domínios por estado civil das participantes.

	Grupos	$\bar{X}$	dp	Min	Máx
EAPD Total	S/ Companheiro	54.33	7.51	47	62
DOMÍNIOS	C/ Companheiro	54.61	7.30	40	65
1.Orientação Saúde	S/ Companheiro	42.33	12.70	35	57
	C/ Companheiro	51.74	8.19	29	70
2. Ambiente Vocacional	S/ Companheiro	61.33	8.08	52	66
	C/ Companheiro	58.74	7.29	45	70
3. Ambiente Doméstico	S/ Companheiro	54.00	6.24	49	61
	C/ Companheiro	55.70	7.15	42	67
4. Relacionamento Sexual	S/ Companheiro	42.33	4.04	40	47
	C/ Companheiro	54.48	7.17	40	70
5.Relacionamento com a Família Alargada	S/ Companheiro	51.67	9.86	46	63
	C/ Companheiro	55.48	6.73	46	63
6. Ambiente Social	S/ Companheiro	53.33	14.43	45	70
	C/ Companheiro	40.91	13.13	28	60
7. Perturbações Psicológicas	S/ Companheiro	58.67	18.04	40	76
	C/ Companheiro	51.91	10.22	34	72

Na escala global não se verificam diferenças entre os dois grupos, isto em termos de médias das pontuações globais obtidas na escala. Com médias muito aproximadas (S/companheiro 54.33 ± 7.51 ; C/ Companheiro 54.61 ± 7.30) os dois grupos apresentam quase que igual ajustamento psicossocial à doença, na escala global, sendo que o mesmo se revela um bom ajustamento. No que diz respeito aos domínios da escala, pontuam de forma mais elevada as participantes sem companheiro, com 61.33, no domínio *Ambiente Vocacional*⁹. No mesmo domínio, temos o grupo das participantes com companheiro, respectivamente com 58.74, seguido do domínio *Perturbações Psicológicas*, no grupo sem companheiro, com 58.67, o *Ambiente Doméstico* com

⁹ Este resultado deve ser interpretado atendendo ao facto de que 2 das 3 participantes que constituem o grupo correspondente na amostra as participantes S/companheiro se encontram de baixa.

companheiro, com média de 55.70 e o *Relacionamento com a Família Alargada*, no grupo de mulheres com companheiro, com 55.48, apresentando as pontuações mais elevadas. No que diz respeito aos que pontuam de forma menos elevada nos domínios da escala, relativamente ao estado civil, aparece o grupo de participantes com companheiro, no *Ambiente Social*, com 40.91, seguido dos domínios *Orientação para os Cuidados de saúde* e o *Ambiente Doméstico*, ambos no grupo de mulheres sem companheiro, com igual média de 42.33 e ainda o grupo de mulheres sem companheiro no *Relacionamento com a Família Alargada*, com 51.67, logo seguido do grupo de participantes com companheiro do domínio *Orientação para os Cuidados de Saúde*, com 51.74 e 51.91 para o grupo de mulheres com companheiro, no domínio *Perturbações Psicológicas*.

Domínio IV: Relacionamento Sexual

- **Houve alteração do relacionamento conjugal e/ou (des) interesse pela actividade sexual?**

Das 26 participantes do estudo apenas 20 responderam às duas questões que pretendemos cruzar neste espaço do trabalho.

O gráfico seguinte permite comprovar que o considerável decréscimo da prática sexual e/ou mesmo o cessar da mesma, não se explica por alterações no relacionamento conjugal. A verdade é que a maioria das participantes (n=18; 90%) afirma não ter verificado, após o diagnóstico, alterações na qualidade do relacionamento conjugal. Contudo, 10 (55.6%) dessas participantes verificaram um *ligeiro decréscimo da actividade sexual* e, 5 (27.8%), referem um *considerável decréscimo* da mesma. Neste grupo existem mesmo 2 (11.1%)¹⁰ participantes que confirmam a *paragem das actividades sexuais* com o seu companheiro após o diagnóstico.

¹⁰ Das 20 participantes que responderam às mesmas.

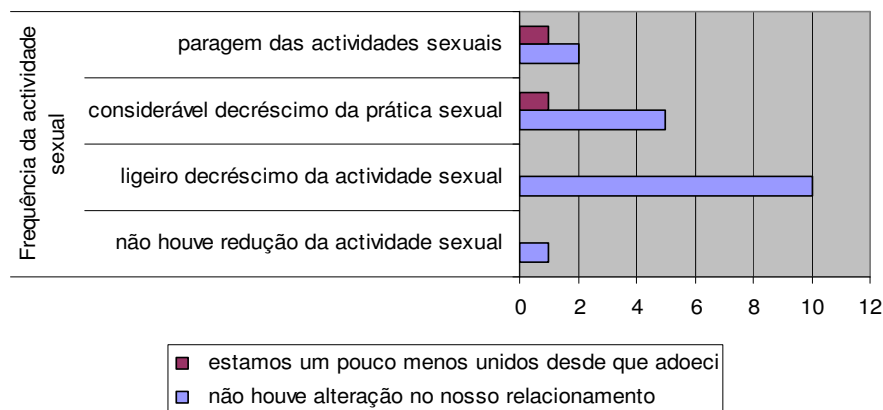


Gráfico 7: Relacionamento Conjugal e Actividade Sexual das participantes após o diagnóstico

No que diz respeito às variáveis actividade sexual e interesse sexual, apenas uma participante (5%) não regista diferenças na sua actividade sexual após o diagnóstico, sendo a mesma que afirma não ter sofrido alterações no seu interesse pela actividade sexual. Numa análise também a esta questão, verificamos que todas as outras participantes verificam diferenças a este nível, no sentido da diminuição do interesse sexual após o diagnóstico, facto que conduz à alteração da actividade sexual do casal. O quadro que se segue regista o cruzamento das respostas¹¹, a estas duas questões que se mostram extremamente relacionadas, na nossa amostra.

¹¹ Das 20 participantes que responderam às mesmas.

Quadro 17: Frequência da Actividade Sexual e Interesse Sexual das participantes após o diagnóstico (n=20)

Interesse Sexual	Frequência da actividade sexual				Total
	Não houve redução da actividade sexual	Ligeiro decréscimo da actividade sexual	Considerável decréscimo da prática sexual	Paragem das actividades sexuais	
Sem interesse pela vida sexual depois de ter adoecido	0	0	1	1	2
Diferença marcante no desejo de vida sexual	0	1	5	2	8
Ligeira perda de interesse pela vida sexual	1	8	0	0	9
Não houve perda de interesse pela vida sexual	0	1	0	0	1

Entre a alteração do interesse sexual e a alteração da auto-imagem, procuramos, de seguida, analisar o item da escala que avalia o interesse sexual, cruzando-o com o item que avalia a auto-imagem das participantes. Na área relacionada com a auto-imagem, seleccionamos o item que avalia a distorção corporal. Neste contexto, verificamos que as participantes que responderam aos dois itens (n=22; 84.6%) distribuem as suas respostas da forma como observamos no quadro seguinte.

Quadro 18: Interesse Sexual e Distorção da Imagem Corporal das participantes após o diagnóstico (n=22)

Interesse Sexual	Distorção da imagem corporal			Total
	Não, de forma nenhuma	Um pouco	Bastante	
Sem interesse pela vida sexual depois de ter adoecido	2	0	0	2
Diferença marcante no desejo de vida sexual	5	1	2	8
Ligeira perda de interesse pela vida sexual	3	6	2	11
Não houve perda de interesse pela vida sexual	0	0	1	1

A análise do quadro anterior, referente ao cruzamento de dois itens da escala EAPD¹², revela que o menor interesse sexual verificado para a maioria das participantes do nosso estudo não se deve apenas ao facto de as mesmas se sentirem menos atraentes. Ou seja, as 21 participantes, que apresentam diferenças ao nível do seu interesse sexual (agora mais reduzido ou nenhum), próximo de metade (52.4%), ou melhor 11, preocupam-se pelo menos *um pouco* com a questão da modificação da sua aparência física, em resultado da doença e 10 (47.6%) referem não se preocupar com este facto (*não, de forma nenhuma*). A única participante que afirma manter o seu interesse sexual revela-se mesmo *bastante preocupada* com a sua aparência física em resultado da doença.

Domínio V: Relacionamento com a Família Alargada

- **Qual a qualidade do relacionamento com a família alargada?**
- **O diagnóstico diminuiu o interesse de convívio das participantes com a família alargada?**

O contacto/comunicação com a família alargada após o diagnóstico manteve-se para todas as participantes (com um n=25) pelo menos igual, sendo que as respostas presentes na amostra se distribuem pelas duas possibilidades do item da EAPD: “o mesmo contacto, ou até mais frequente” e “contacto um pouco mais frequente”, independentemente da qualidade do relacionamento.

Quadro 19: Qualidade do Relacionamento com a Família alargada e Comunicação/Contacto com esta (n=25)

Qualidade do Relacionamento	Comunicação/Contacto		Total
	Igual ou mais frequente	Um pouco mais frequente	
Bom	18	4	22
Razoável	1	0	1
Muito mal	1	1	2

¹² Item relacionado com o Interesse Sexual (Parte IV p.5/EAPD) e Item Relacionado com a distorção da imagem corporal (Parte VII p.7/EAPD).

Apenas 2 (8%) das participantes referem um relacionamento difícil com a família alargada, sendo que 1 afirma manter igual relacionamento (que já poderia ser breve antes do diagnóstico) e a outra refere um aumento dos contactos.

Comparando ainda a qualidade do relacionamento com o interesse das participantes em interagir com a família alargada após o diagnóstico, obtivemos os seguintes resultados:

Quadro 20: Qualidade do Relacionamento com a Família alargada e Interesse em Interagir com esta (n=26)

Qualidade do Relacionamento	Interesse em Interagir/Conviver			Total
	pouco ou nenhum interesse	o interesse é ligeiramente menor	o mesmo interesse ou maior	
Bom	0	1	21	22
Razoável	0	0	2	2
Muito mal	1	0	1	2

O interesse na interacção com a família alargada, após o diagnóstico, mantém-se igual, ou até maior, para 95.5% (n=21) das participantes que com ela mantêm um bom relacionamento. O interesse diminui, no grupo das que mantêm um bom relacionamento, apenas para uma participante. As participantes com um relacionamento que classificam de razoável com a família alargada, mostram o mesmo interesse ou maior em conviver com esta (n=2; 7.7%). Já quem se relaciona muito mal com a família alargada (n=2), divide a sua resposta entre: *pouco ou nenhum* interesse e o *mesmo interesse ou maior* em interagir com ela.

O diagnóstico, para as participantes do nosso estudo, não alterou o interesse nem o contacto com a família alargada, antes pelo contrário, os dados demonstram um aumento desse interesse e da comunicação, para quem apresenta uma boa qualidade no relacionamento.

Domínio VI: Ambiente Social

- **O diagnóstico alterou os tempos livres das participantes deste estudo?**

O domínio *Ambiente Social* mede as possíveis alterações que a doença imprimiu no interesse e desempenho das actividades de tempos livres. A questão relativa à forma como as participantes ocupavam os seus tempos livres antes do diagnóstico, constava do questionário sócio-demográfico e as respostas à mesma foram anteriormente apresentadas na secção reservada à caracterização da amostra (Quadro 5). Com esta questão pretendia-se identificar os tempos livres/tempos de lazer, de forma a confirmar as alterações neste domínio.

Das 25 participantes que responderam à questão: “Como ocupava os seus tempos livres antes de lhe ser diagnosticada a doença?”, apenas 16% refere que não tinha tempos livres, pelo que as restantes 84% apresentam actividades diversas como forma de os ocupar. Já durante o preenchimento da EAPD, as participantes foram confrontadas com duas questões que interessa aqui trabalhar: o seu presente interesse por essas actividades e a sua actual participação nas mesmas¹³.

Sinalizadas as participantes sem tempos livres, no sentido de averiguar a sua coerência nas respostas da EAPD relacionadas com esta questão, verificamos que para estas 4 participantes (n=16%), o interesse e a participação neste tipo de actividades se mantêm igual antes e depois do diagnóstico, o que nos sugere que continuam sem ocupar os seus tempos livres, que referem não ter. Face a esta resposta, interessou conhecer a situação profissional destas mulheres, sendo que apenas uma se encontra no activo, outra (1) está de momento desempregada e duas apresentam-se de baixa, devido à doença. Ficamos sem perceber se esta falta de tempo deixou de existir dada a actual situação profissional destas participantes, ou se continuam mesmo sem hábito de ocupar os seus tempos livres.

Das 21 participantes que referiram ocupações para os tempos livres¹⁴ no questionário sócio-demográfico, 20 respondem às duas questões da EAPD. Observamos os seguintes resultados, no Quadro 21:

¹³ Questões do domínio Ambiente Social: parte VI da EAPD, p. 7 respectivamente.

¹⁴ Foram eliminadas desta análise, as participantes que não responderam à questão ou que referiram não ter tempos livres.

Quadro 21: Interesse em Actividades de Lazer e Participação nessas Actividades após o diagnóstico (n=20)

Interesse em actividades de lazer individual	Participação nessas actividades			
	Pouca / Nenhuma participação	Diminuição significativa	Diminuição ligeira	Igual participação
O mesmo nível de interesse como anteriormente	1	2	4	11
Ligeiramente menos interesse que anteriormente	1	0	0	0
Significativamente menos interesse do que anteriormente	0	0	1	0

O diagnóstico modificou o interesse nestas actividades apenas para 20% (n=2) das participantes, implicando uma diminuição ligeira ou significativa do mesmo, acompanhada respectivamente de uma acentuada ou ligeira diminuição ao nível da participação nestas actividades.

Para a maioria das participantes (n=18; 90%), o interesse nestas actividades não foi alterado pelo diagnóstico, sendo que para 61.1% (n=11) a participação nas actividades também não foi afectada. Contudo, no mesmo grupo, há mulheres que afirmam que embora mantendo o interesse nestas actividades, a participação nas mesmas sofreu ligeira redução para n=4 (22.2%), significativa diminuição para n=2 (11.1%), ou mesmo acentuado decréscimo e/ou cessação para n=1 (5.5%), em termos de participação.

Domínio VII: Perturbações Psicológicas

- **Que auto-estima apresentam as participantes?**

Neste domínio interessou-nos comparar o facto de as participantes se sentirem “em baixo”, ou menos válidas enquanto pessoas, com os resultados ao nível das pontuações médias obtidas na EAPD global, por grupos de resposta. As possibilidades de resposta à questão foram utilizadas na totalidade pelas participantes do estudo, que mostraram obter médias mais baixas, e por isso melhores ajustamentos, quando revelam igual auto-estima, apesar da doença (n=11; 48.1 ± 4.42). As que sentem a sua auto-estima *um pouco* afectada pelo seu diagnóstico, pontuam melhor (58.32 ± 4.87) do que as que reconhecem a sua auto-estima *bastante* ou *extremamente* afectada por igual motivo

(igual média nos dois grupos: 62.0; $n=3$ e $n=1$ respectivamente). O gráfico abaixo permite visualizar as pontuações obtidas pelas participantes na EAPD global, por grupos de resposta à questão relativa à auto - estima.

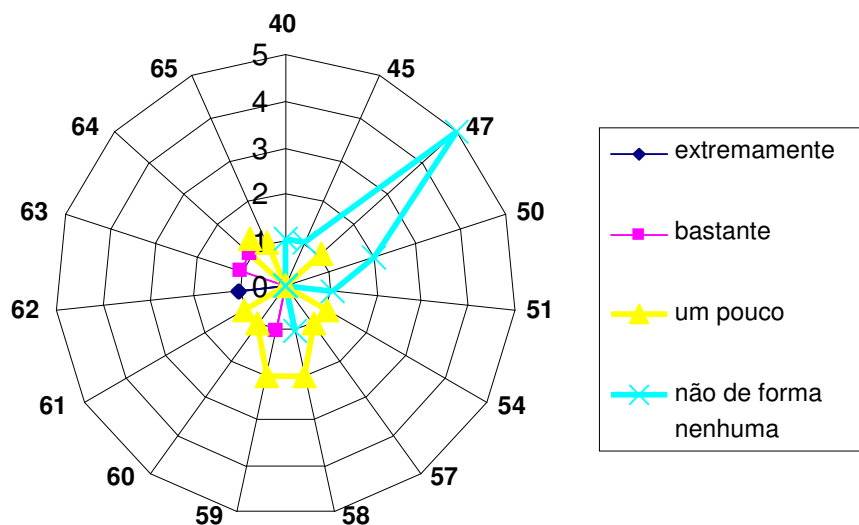


Gráfico 8: Distribuição das participantes de acordo com a auto-estima provocada pela doença pelas pontuações obtidas na EAPD global

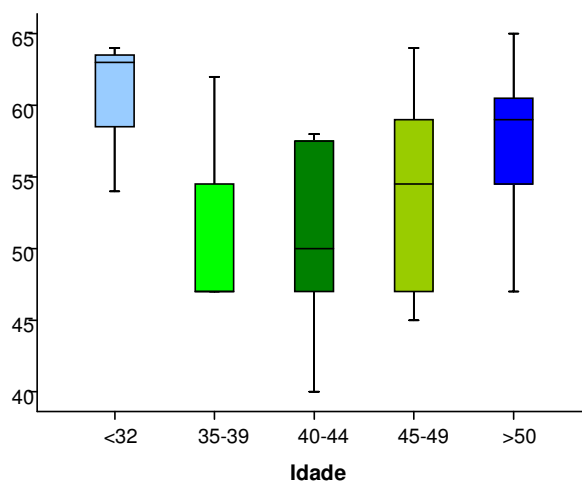
Efectivamente, a análise das respostas das participantes, à questão em estudo, demonstra a importância da auto-estima, no ajustamento psicossocial à doença. Embora não seja possível efectivar algum tipo de relação, constatamos que o grupo de mulheres com maior auto-estima apresenta melhor ajustamento, sendo que o contrário também se verifica na nossa amostra.

O quadro e o gráfico, que se seguem, permitem conhecer as pontuações totais da escala EAPD entre as participantes, consoante a classe de idades a que pertencem.

Quadro 22: Pontuações totais na EAPD das participantes por grupos etários

Idade das Participantes	Média	dp	Min	Máx
<32	60.33	5.59	54	64
35-39	52.00	8.66	47	62
40-44	51.67	7.34	40	58
45-49	53.00	7.33	45	64
> 50	57.29	6.39	47	65

Neste contexto, uma análise em termos de frequências, permite-nos concluir que são as mais novas (<32; 60.33) e as mais velhas (> 50; 57.29) que apresentam piores ajustamentos¹⁵ (maiores scores totais) à doença. Com melhores ajustamentos à doença aparece o grupo das mulheres com idades compreendidas entre os 40-44 anos, que se encontram próximas das outras duas classes etárias, nomeadamente 35-39 e 45-49 anos, ambas com um bom ajustamento.

**Gráfico 9: Pontuações totais na EAPD das participantes por grupos etários**

¹⁵ Os autores da escala (Derogatis&Derogatis, 1990) afirmam que um resultado total igual ou superior a 62 (nota T) revela um mau ajustamento psicossocial à doença, pelo que em nenhum dos grupos podemos afirmar que exista um mau ajustamento à mesma.

Interessou-nos ainda, **avaliar o tempo decorrido após o diagnóstico**.

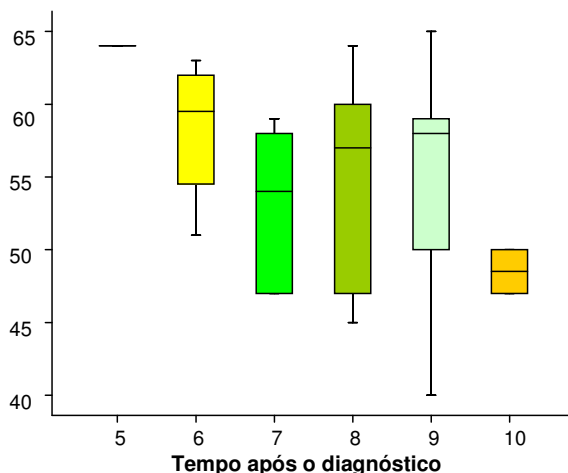


Gráfico 10: Pontuações totais na EAPD das participantes por grupos correspondentes aos meses passados após o diagnóstico

A qualidade do ajustamento ao cancro da mama é melhor no grupo das mulheres que confirmaram o diagnóstico há 7 meses ($=53.0 \pm 5.79$), relativamente às que apenas o confirmaram há 6 meses ($X=58.25 \pm 5.25$). Mas o mesmo já não se verifica em relação às que conhecem o diagnóstico há 8 meses ($X=54.2 \pm 7.59$) ou 9 meses ($X=54.4 \pm 9.66$). São apenas 2 as participantes presentes na amostra que se separam do momento do diagnóstico em 10 meses, e estas são as participantes que menores pontuações obtiveram em termos de score da pontuação total da escala ($X=48.5 \pm 2.12$), o que se traduz num melhor ajustamento. Contudo, todas as pontuações médias obtidas reflectem um bom ajustamento psicossocial das participantes do estudo à sua doença, independentemente do número de meses a que esta lhe foi diagnosticada.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apreciação crítica, dos resultados, permite-nos a constatação dos seus significados estatísticos e a sua utilidade, sem perder “de vista” a questão de investigação (Ribeiro, 1999).

Pretendemos confrontar os resultados entre si com o quadro teórico de referência, procurando evidenciar os que consideramos mais relevantes, com base na estrutura usada no capítulo anterior. Todos estes resultados devem ser interpretados com cuidado, devido à reduzida dimensão da amostra, embora sejam fidedignos para a amostra estudada.

Os melhores ajustamentos, na nossa amostra, iniciam-se nos domínios *Ambiente Social*, *Orientação para os Cuidados de Saúde*, *Perturbações Psicológicas* e *Relacionamento Sexual*, *Relacionamento com a família alargada*, *Ambiente Doméstico*, terminando no *Ambiente Vocacional*, sem nenhum ser considerado mau ajustamento, de acordo com o valor do Score Total referido por Derogatis e Derogatis (1990), o que estará de acordo com toda a bibliografia pesquisada, que atribui ao apoio social um papel preponderante no ajustamento psicossocial à doença crónica.

As participantes que menores pontuações obtiveram em termos de score da pontuação total da escala (o que se traduz num melhor ajustamento), são as que se separam do momento do diagnóstico em 10 meses, o que significa uma diminuição gradual e significativa da ansiedade, ao longo do primeiro ano após o conhecimento do diagnóstico, o que está de acordo com alguns autores, ao referirem que o primeiro ano após o diagnóstico é o período mais crítico, que exige o desenvolvimento permanente de estratégias de ajustamento (Patrão e Leal, 2004). Certamente que este intervalo de tempo permitiu apreender o que consideram, as participantes, ter sido o mais difícil desde que confirmaram o diagnóstico, sendo que, a maioria refere a alopecia, seguindo-se de outros efeitos secundários do tratamento e o facto de receber e dar a notícia do diagnóstico, o que está de acordo com Costa e Santos (1997). Contudo, independentemente do número de meses após o diagnóstico, todas as pontuações médias obtidas reflectem um bom ajustamento psicossocial das participantes do estudo à sua doença.

A alopecia é considerada uma preocupação evidente para as mulheres mastectomizadas a realizarem quimioterapia, devido à alteração física que esta lhes provoca, alterando a sua feminilidade, o que vai de encontro à opinião de Costa e Santos (1997). A realidade do diagnóstico torna-se mais evidente quando a mulher inicia a

quimioterapia, sendo esta apontada como uma das preocupações mais fortemente sentida pelas mulheres com cancro da mama, devido às inúmeras alterações que provoca. A alopecia constitui uma nova agressão à feminilidade da mulher, mais até do que a mastectomia, como é referido por Oliveira (2004).

Apesar de tudo, as mulheres também depõem esperança e confiança nos tratamentos, quer na mastectomia quer na quimioterapia, o que vai de encontro a Ogden (2004). Porém, outras respostas como a morosidade do tratamento, o medo da recidiva, o relacionamento sexual com o parceiro, a mastectomia, a quimioterapia, os problemas financeiros decorrentes e/ou agravados depois do diagnóstico, são também referidas, embora por um menor número de participantes, o que está de acordo com Oliveira (2004). A mesma autora refere que grande parte dos sentimentos descritos por mulheres submetidas a mastectomia permitiram confirmar que, após a cirurgia, a mulher apresenta maior vulnerabilidade, manifestando uma grande insegurança e preocupação em relação à sua aparência física, o que também se relaciona com a alopecia (Irvine *et al*, 1991).

Não descurando o facto de receber e dar a notícia do diagnóstico ser uma das maiores dificuldades referidas pelas mulheres, esta poderá estar relacionada com a necessidade que a mesma sente de proteger os seus entes mais queridos do sofrimento, nomeadamente os pais e os filhos em particular, indo de encontro ao estudo de Oliveira (2004).

De mencionar que às participantes foi dada liberdade de apresentarem mais do que uma dificuldade, de forma a conseguirmos obter uma resposta mais completa e fiel das maiores dificuldades sentidas pelas mulheres com esta patologia, uma vez que *“aquilo que parece ser o mais fácil e ajustado discutir com a mulher, pode não ser aquilo com que ela possa estar mais preocupada”* (Oliveira, 2004). Esta questão permite-nos averiguar que, apesar das circunstâncias clínicas serem muito idênticas, cada pessoa percebe e confronta as dificuldades segundo a sua personalidade, os acontecimentos de vida, as estratégias anteriormente desenvolvidas, entre outros motivos, como defende Ogden (1999). De acordo com a opinião de Livneh e Parker (2005), parece-nos poder afirmar que, no global da nossa amostra, as mulheres fazem uma atribuição positiva, à sua situação clínica, apesar dos seus efeitos negativos, o que vai de encontro aos resultados encontrados por Santos (2006). Ou seja, embora as estratégias de ajustamento variem bastante de indivíduo e de um momento para o outro, parece-nos que as participantes da nossa amostra, confrontam o cancro da mama não como um trauma, mas sim como uma transição psicossocial que, ao implicar uma reestruturação na forma de olhar o mundo, pode dar lugar ao crescimento, com um novo projecto de vida, adoptando estratégias mais de tipo *Espírito de Luta/Aceitação* da doença.

A maioria das participantes referem pessoas que se mostraram essenciais para ultrapassar a situação do diagnóstico, nomeadamente o marido, os filhos, a família em geral e os amigos, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Costa e Santos (1997) ao mencionarem que as mulheres com cancro da mama consideram o marido e os filhos *“como as pessoas que lhe deram mais apoio”*. Neste âmbito, reconhece-se também a importância dos amigos, da família em geral, do marido e dos filhos, como pessoas essenciais para ajudar a superar as vicissitudes causadas pela doença oncológica, como concluiu Santos (2006). Indo de encontro à opinião da mesma autora e de Oliveira (2004), talvez o “pensar nos filhos” funcione como motivação para superar as dificuldades encontradas. Também os Profissionais de Saúde e todos os funcionários da instituição em causa, são referidos pelas participantes como um contributo positivo para a adaptação à sua situação de doença, através do seu exemplo de dedicação e profissionalismo, o que vai de encontro à opinião de Marques *et al* (1991). Quando trabalham em conjunto, cada membro da equipa interdisciplinar consegue alcançar uma ajuda mais assertiva, eficiente e eficaz para com o doente e família. O trabalho multidisciplinar é imprescindível. De acordo com a opinião de McCray (2000:894) *“ Os enfermeiros, dos diversos campos, contribuem para os cuidados psicossociais, ora directa ora indirectamente por referências e coordenação dos mesmos”*, podendo identificar vários diagnósticos de enfermagem, ou problemas associados aos cuidados psicossociais, em resultado das avaliações obtidas em conjunto com outros membros da equipa. Este trabalho interdisciplinar visualiza-se como essencial para uma mudança de atitudes, dirigidas a uma abordagem psicossocial, em simultâneo com as restantes abordagens terapêuticas.

Mas, cerca de metade dos elementos da amostra referem, também, circunstâncias idênticas às suas como um auxílio muito positivo na sua situação específica, nomeadamente, o testemunho de pessoas próximas com experiência de doenças similares, o que se revela ser um factor facilitador do ajustamento à doença, como se verifica no estudo de Oliveira (2004). Ou seja, também o apoio de outras mulheres com cancro da mama, mesmo que sem relação de proximidade familiar ou afectiva, contribuem positivamente no ajustamento à doença, através da sua experiência e escuta das maiores preocupações da mulher, desmistificando grandes receios e dúvidas com que são confrontadas (Oliveira, 2004).

Muitas participantes, deste estudo, referem que esta situação de doença enriqueceu as suas relações Sociais e/ou Familiares e que é no Optimismo, mas principalmente na Fé que sentem, que encontram o maior suporte para enfrentar o diagnóstico e consequentes tratamentos o que está de acordo com a opinião de Thomas

e Marks (1995), o que também vai de encontro ao que Oliveira (2004) expõe, esclarecendo que o apoio na Fé (numa religião, ou no transcendente), foi uma das formas a que a mulher, com cancro da mama, recorreu para lidar com o sofrimento e com a angústia provocados pela sua doença. Neste contexto, a expressão optimista acerca do futuro, os efeitos positivos da força espiritual e religiosa dos doentes com cancro, diminuem grandemente o medo da morte e, conseqüentemente, contribuem para um melhor ajustamento, como nos refere Kornblith (1998) e para uma melhor saúde mental, como defendem Musick *et al* (1998). Alguns estudos com doentes com cancro da mama, concluem que estas ao procurarem mais o apoio religioso do que o apoio familiar, tentam evitar preocupar a família, uma vez que a crença em Deus pode contribuir para a doente aceitar melhor a sua situação, manter a sua esperança e segurança, enfrentando com mais optimismo a sua doença, segundo Musick *et al* (1998) e Ferreira (2004).

De uma forma global, parece-nos poder afirmar que as participantes do nosso estudo, terão recorrido às diferentes estratégias de confronto mencionadas por diversos autores (Soares *et al*, 2000; Bennett, 2002; Anagnostopoulos, Vaslamatzis e Markidis, 2004), nomeadamente as estratégias de *coping* activo, havendo poucos a apresentarem uma atitude de “negação”, ou de “auto-culpabilização”, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Rocha (2007).

Domínio I: Orientação para os Cuidados de Saúde

As pontuações obtidas ao nível deste domínio, revelam um bom ajustamento de todas as participantes, o que se traduz na sua colaboração no tratamento da sua doença actual, uma vez que referem, de uma forma global, colaborar no que está ao seu alcance para se auto-cuidar. Parece que as participantes apresentam, no geral, esforços cognitivos e comportamentais, desencadeados para dar resposta às exigências a que estão sujeitas, o que está de acordo com Santos e Ribeiro (2000).

A forma como cada mulher enfrenta os tratamentos é diferente, consoante o significado/importância que tem para cada uma a alopecia, que se encontra sempre associada ao tipo de tratamentos a que foram submetidas. Neste contexto, consideramos o ciclo de vida em que se encontra, como um dos factores que interfere no processo de confronto e adaptação à doença, como referem Marchand (2001) e Figueiredo, Ferreira e Figueiredo (2001).

Na sua globalidade, a atitude geral das participantes, em relação à medicina e aos médicos, demonstra a sua confiança nos profissionais de saúde, o que contribui como um bom suporte emocional e social, capaz de promover uma maior eficácia da terapêutica

instituída (Marques *et al*, 1991), apesar das mesmas referirem o seu desagrado relativamente aos tratamentos citostáticos instituídos.

Embora ainda existam muitas associações deturpadas a esta doença (Eiziriki&Ferreira, 1991; Razavi e Delvaux, 2002; Raminhos, 2004), um razoável número da nossa amostra acredita que vai rapidamente ultrapassar a doença e os problemas inerentes e voltar a ser como antigamente, o que vai de encontro à opinião de Lopes (2005).

Em relação à informação da doente sobre a sua doença actual, nenhuma das participantes referiu ter poucas informações acerca da mesma (sendo que a maioria considera estar bem informada). Consideram que poderão obter mais esclarecimentos se assim necessitarem, o que pode sugerir que, por vezes, a informação pode ser apreendida consoante a capacidade de aceitação da real situação, o que vai de encontro à opinião de Dias (1997). De igual modo, a informação também pode ser apreendida segundo a sua reacção emocional. Ou seja, certamente que cada mulher recebe e integra a informação de que é capaz, em cada momento. Na verdade, consideramos que, de acordo com Rowland e Massie (1998), as necessidades informativas diferem de pessoa para pessoa. Mas esta percepção de estarem bem informadas poderá ter contribuído para bons níveis de adaptação psicossocial, como defende Dias (1997) e Burton&Watson (1998), apresentando melhor ajustamento, as que se afirmam muito bem informadas, do que as que referem apenas dispor de alguma informação, o que está de acordo com os resultados do estudo de Oliveira (2004). Contudo, a doente pode passar por diferentes níveis de informação (desde a suspeita, o conhecimento ambíguo, o total conhecimento), que se pode traduzir em diferentes níveis de ajustamento psicossocial. Na verdade, não conseguimos confirmar que tipo de informação apreendeu a doente, nem que significado lhe atribui. Nesta circunstância, a procura de informação acerca dos tratamentos e da sua doença pode surgir como uma estratégia de adaptação utilizada pela mulher, o que poderá ter a ver com “*um certo espírito de luta*” (Oliveira; 2004:161), o que pode contribuir para a sensação de maior segurança. No entanto, a procura de informação pode ser ambivalente, referindo Rocha (2007) que os doentes, ao aceitarem a sua doença como real, se adaptam melhor aos cuidados gerais da sua saúde, nomeadamente às percepções relativas aos profissionais de saúde e à qualidade de informação sobre a doença e o seu tratamento. O testemunho de Matos (1998), reforça a ideia de que a mulher pode considerar saber o suficiente sobre a sua doença, evitando o sofrimento causado por estatísticas menos positivas.

As expectativas acerca da sua doença e do seu tratamento, mantêm-se positivas para a maioria das 26 participantes do presente estudo. Ou seja, algumas participantes

afirmam sentir que vão ultrapassar rapidamente a doença e voltar a ser como antigamente, revelando empenho e esforço pessoal, apesar do cansaço físico e mental para a maioria, o que parece traduzir que a nossa amostra, no geral, apresenta esforços pessoais, de variada natureza, e até um “*espírito de luta*” capaz de atenuar as diversas vicissitudes com que se depara (Soares *et al*, 2000; Bennett, 2002; Santos, Ribeiro e Guimarães, 2003), o que justificará as pontuações mais baixas (e consequente melhor ajustamento psicossocial para a nossa amostra).

Neste contexto, interessa referir que as expectativas das participantes, em relação ao tratamento, parecem encontrar-se muito ligadas ao facto de acreditarem na capacidade do médico e dos profissionais de saúde para administrarem devidamente o tratamento, sentindo que é o melhor tratamento que podiam receber, apesar de não gostarem de certas partes do mesmo, por serem bastante desagradáveis, nomeadamente os efeitos secundários. Esta relação de confiança, de suporte profissional, contribui para um maior nível de auto-estima e consequente melhor ajustamento global, o que está de acordo com Irvine (1991) e Bettencourt *et al* (2007), sendo clara a vantagem de um adequado apoio por parte da equipa oncológica.

Domínio II: Ambiente Vocacional

Neste domínio, as respostas são muito divergentes, uma vez que metade da amostra refere que a doença a impediu totalmente de exercer a sua actividade vocacional, enquanto que algumas participantes referem ter tido alguns problemas no seu desempenho de funções, mas insignificantes. É importante perceber que a avaliação pessoal da capacidade física para o desempenho vocacional das participantes também é muito divergente, algumas referindo um mau desempenho das suas funções vocacionais, enquanto outras responderam conseguir desempenhar muito bem as suas funções vocacionais, embora numa pequena amostra. As respostas não são singulares no nosso estudo, o que se confirma através da bibliografia pesquisada, referindo Costa e Santos (1997) que também um número significativo de mulheres menciona que a cessação das actividades domésticas foi a alteração com maior impacto nas suas vidas, pelo facto de ter alterado o seu papel no meio familiar. Esta realidade poderá justificar o absentismo vocacional apresentado nos últimos 30 dias anteriores ao preenchimento do questionário, para um período de absentismo superior a duas semanas (ou seja, a maioria da amostra deste estudo encontra-se numa situação de baixa). Este facto é frequente em períodos de tratamento com base em quimioterapia, devido aos efeitos secundários do mesmo, contudo, observamos também que algumas mulheres continuam no activo, o que se poderá explicar pela diferença de efeitos secundários entre as mesmas, desde as

náuseas, a fadiga, entre outros. Os efeitos secundários do tratamento provocam, todos no seu conjunto, um impacto acentuado. Contudo, apesar de estarem submetidas ao mesmo tipo de fármacos, as mulheres envolvidas neste estudo referem diferentes sintomas.

Curiosamente, a importância do trabalho vocacional mantém-se igual, ou até com maior importância do que antes da doença, para mais de metade da amostra, mantendo-se os mesmos objectivos vocacionais para metade da amostra, contrapondo com algumas participantes que referem ter alterado por completo os seus objectivos vocacionais, assumindo que, presentemente, o seu trabalho lhes merece pouca ou nenhuma importância. Na verdade, em termos de ambiente vocacional existem médias superiores a 62 valores, o que revela um mau ajustamento, embora sejam as mulheres que não desinvestiram na sua vida profissional (e que continuam a tratar o seu trabalho de igual forma ou até de forma superior em termos de investimento) que se encontram melhor ajustadas neste domínio, seguidas do grupo que sente, nesta fase da doença, o trabalho como *sensivelmente menos importante*. Ou seja, as participantes que referem que o seu trabalho no momento se assume *muito menos importante*, são as que melhor ajustamento apresentam, na escala, em termos globais.

A influência da doença nos papéis que a mulher desempenhava, relativamente ao contexto familiar, social e profissional, parece “recompensado” pelo apoio familiar e social que as mulheres sentem ter recebido. No grupo deste estudo, as mulheres não apresentam tendência ao isolamento, o que pode explicar os resultados obtidos.

Neste domínio, pontuam de forma mais elevada as participantes sem companheiro, do que o grupo das participantes com companheiro, talvez pelo facto das primeiras atribuírem mais valor ao seu desempenho vocacional do que os elementos do grupo com companheiro, que poderão atribuir mais valor à “recompensa” do apoio conjugal.

A ruptura com o desempenho, ou com a satisfação vocacional, pode ter consequências graves na auto-estima da pessoa doente (Derogatis e Derogatis, 1990), pelo que deveremos estimular a participação activa numa ocupação vocacional, de acordo com as limitações associadas a cada fase de tratamento, uma vez que as relações profissionais positivas providenciam um bom suporte emocional, ajudando a confrontar os problemas, como defendem Moorey e Greer (2002). Contudo, parece que ainda poderão persistir algumas discriminações nos locais de trabalho (Kornblith, 1998), o que poderá justificar, de alguma forma, o absentismo da nossa amostra, entre outros factores intrapessoais.

Domínio III: Ambiente Doméstico

As pontuações obtidas para a escala EAPD pelos diferentes grupos presentes na amostra (de acordo com o estado civil) não se revelam muito discrepantes entre si.

Contudo, neste domínio, as participantes com companheiro apresentam pontuações mais elevadas, do que o grupo de mulheres sem companheiro, embora a qualidade do relacionamento conjugal seja considerado como boa para mais de metade da amostra e razoável para um número moderado da amostra. Parece-nos clara a associação entre o suporte conjugal na determinação de um bom ajustamento psicossocial, o que está de acordo com a opinião de Omne-Pontén *et al* (1995), embora, por vezes, a doente reprima os seus sentimentos para não preocupar a sua família, como verificamos através da resposta dada sobre o que foi mais difícil para a participante, desde o momento de diagnóstico. Os profissionais de saúde deverão ter presente que, algumas mulheres, sentem grandes dificuldades em falar na sua situação aos mais próximos, nomeadamente o marido e filhos, se estes existirem, recusando a participação desses membros na Decisão Terapêutica, muitas vezes com o objectivo de os protegerem. Parece-nos que as pontuações mais elevadas nas mulheres com companheiro poderão transmitir a preocupação acrescida destas mulheres, com o intuito de os querer proteger, assim como a restante família, ou até existir dificuldades de se ajustar maritalmente às exigências da doença.

Os cônjuges de mulheres mastectomizadas, ao procurarem ser amorosos, mas evitando a mastectomia, tentam minimizar a situação, pensando ser mais suportável para a mulher, mas essa atitude pode ser interpretada pelas esposas como uma atitude de rejeição e de insensibilidade, criando distância na relação, como refere Lederberg (1998). Na verdade, espera-se que o marido assim como os outros membros do agregado familiar consigam aprender a lidar com as reacções emocionais ao diagnóstico e às alterações inerentes dos tratamentos, em conjunto com a doente, de acordo com Burton e Watson (1998).

Para uma grande maioria das participantes, a qualidade do relacionamento com os outros co-habitantes é considerada como boa. Abordadas sobre possíveis problemas num relacionamento interpessoal, em decurso da doença, a grande maioria refere não ter havido qualquer alteração no seu relacionamento conjugal, havendo quem, verbalmente, referisse não poder responder a esta questão porque agora se sente mais unida a nível conjugal, do que antes da doença, não se enquadrando em nenhuma das opções de resposta apresentadas pela escala. A este respeito importa recordar que alguns estudos

mencionam que a existência de uma relação conjugal positiva, está associada com uma saúde mental mais positiva (Omne-Pontén et al, 1995; Helgeson, Cohen e Fritz, 1998). De facto, grande parte da amostra refere não ter havido diminuição na comunicação com os membros do domicílio, o que se confirma com a resposta, de uma grande maioria da amostra, ao considerar que se necessitar de ajuda, a mesma será dada pela sua família ou amigos.

Em relação às dificuldades na execução das tarefas domésticas, as respostas são muito divergentes referindo, alguns elementos da amostra, pequenos problemas, facilmente ultrapassáveis na execução das tarefas domésticas, enquanto que outras referem grandes dificuldades na execução das mesmas. Esta divergência de respostas poderá estar relacionada com a forma como cada mulher enfrenta os tratamentos, a sua percepção da doença, assim como o significado/importância que tem, para cada uma, a alopecia que se encontra sempre associada aos tratamentos a que foram submetidas, o que está de acordo com os resultados apresentados por Santos (2006).

Também as moderadas a graves dificuldades financeiras, resultantes de gastos com a doença, referidas por perto de metade das participantes, poderão interferir na forma como enfrenta a sua situação de doença, como referem Razavi e Delvaux (2002).

Domínio IV: Relacionamento Sexual

Em relação ao interesse pela vida sexual, para próximo de metade da amostra houve uma ligeira perda do interesse pela vida sexual, em resultado da doença e, para um menor número, houve uma diferença marcante no desejo de vida sexual, o que poderá estar ligado com o ligeiro decréscimo da actividade sexual para um número significativo das participantes, em resultado da doença, o que vem de encontro à opinião de Santos e Abrantes (1996) e Kornblith (1998), assim como aos resultados de Vicente e Marques (2003). Neste contexto, quase metade da amostra menciona ligeiros problemas com a sua actividade sexual, referindo, alguns elementos da amostra, algumas discussões resultantes do relacionamento sexual, embora mais de metade negue qualquer conflito conjugal em função do relacionamento sexual. Estes resultados vão de encontro à opinião de Burton e Watson (1998) ao referirem que as consequências físicas e sexuais relacionadas com a doença e tratamentos deveriam ser discutidas com a doente e o seu cônjuge (ou companheiro), contribuindo para uma melhoria da comunicação entre o casal. Num estudo efectuado com cônjuges de mulheres mastectomizadas, concluiu-se que os problemas sexuais eram comuns (assim como problemas no trabalho e diminuição da vida/relacionamento social), no grupo que referia

não terem discutido as suas preocupações com alguém, sentindo que não foram envolvidos na decisão acerca da cirurgia apresentando-se, muitos deles, ansiosos ou até deprimidos (Burton e Watson, 1998).

Verificamos que, a maioria das mulheres que apresentam ligeiro a considerável decréscimo da actividade sexual, também apresentam ligeira perda de interesse pela vida sexual, ou diferença marcante no desejo de vida sexual, o que se poderá relacionar com os efeitos secundários da quimioterapia, de acordo com Razavi e Delvaux (2002) mas, também com o facto da mulher se sentir menos atraente indo de encontro a Santos e Abrantes (1996), a Kornblith (1998) e a Beckjord e Compas (2007), não havendo um consenso totalmente definido acerca das causas para esta diminuição do interesse sexual. Consideramos, desta forma, haver um conjunto de motivos, não nos podendo limitar apenas a uma ou duas razões, uma vez que, neste estudo, se apura que o menor interesse sexual, para a maioria das participantes, não se deve apenas ao facto de as mesmas se sentirem menos atraentes, mas também com a preocupação em relação à alteração da sua aparência física, em resultado da doença. Ou seja, além da menopausa induzida, algumas participantes ainda se confrontam com o impacto inicial da mastectomia, o que vai de encontro à opinião de Kornblith (1998). Curiosamente, a única participante que afirma manter o seu interesse sexual revela-se mesmo *bastante preocupada* com a sua aparência física em resultado da doença. Neste contexto, ponderamos que, em alguns casos, a reconstrução mamária poderia contribuir significativamente para a preservação do interesse e satisfação sexual, com base na opinião de Schover (1998).

Existem ainda 2 participantes que confirmam a *paragem das actividades sexuais* após o diagnóstico referindo, uma das participantes, não ter havido alteração do relacionamento conjugal e a outra, respondente, estarem menos unidos (marido e mulher) desde a doença, o que poderá ir de encontro ao que aborda Oliveira (2004), ao constatar a existência de medo e insegurança no relacionamento sexual. Consideramos ainda que as alterações encontradas quanto ao relacionamento sexual poderão estar associadas ao relacionamento do casal, anteriormente à doença, como também refere Oliveira (2004). Se esse relacionamento era bom, manteve-se igual, ou ainda melhor, após a mastectomia mas, pelo contrário, se essa relação já era negativa, ou se manteve, ou se agravou, ao longo do tempo após o diagnóstico.

A única participante que afirma manter o seu interesse sexual, poderá revelar a sua grande preocupação com a aparência física, em resultado da doença, uma vez que um dos medos da mulher mastectomizada é o afastamento do companheiro em função da mutilação a que foi sujeita, por vezes antecipando uma possível rejeição, mesmo que

esse medo seja infundado. Esse receio pode evitar o contacto íntimo do casal, contribuindo para um afastamento sexual e conjugal, de acordo com Santos e Abrantes (1996) mas, pelo inverso, com base na opinião de Omne-Pontén *et al* (1995) e de Helgeson, Cohen e Fritz (1998), uma saúde mental mais positiva, encontra-se relacionada com emoções e relações íntimas mais satisfatórias. Não concluímos no nosso estudo, se a alteração da qualidade de vida sexual da amostra estaria relacionada com a idade, como menciona Beckjord e Compas (2007).

Domínio V: Relacionamento com a Família Alargada

Neste domínio, uma grande maioria da amostra, refere o mesmo contacto com os membros da família alargada, ou até mais frequente, desde a doença. O mesmo se verifica em relação ao Interesse em conviver com os membros da família alargada, que se mantém o mesmo, ou até maior, desde a doença, para quase a totalidade da amostra, o que poderá estar aliado ao facto de a qualidade do relacionamento com a família alargada ser considerado boa para grande parte da amostra, o que vai de encontro à opinião de Kornblith (1998). O autor defende existirem famílias de doentes com cancro com níveis de relação elevados, integrais, envolvendo irmãos, pais, filhos, com mudanças positivas. Embora uma percentagem significativa da amostra do nosso estudo, considere ter havido pouco ou nenhum decréscimo do convívio causado pela doença, duas participantes referem que o convívio com a família alargada foi quase eliminado, não sendo possível esclarecer qual o motivo, se a doença ou outro. Talvez a explicação esteja relacionada com o isolamento a que as mulheres com este percurso clínico ficam sujeitas (devido aos efeitos secundários dos tratamentos citostáticos e devido às limitações após a cirurgia).

Avaliando a qualidade do relacionamento com o interesse das participantes em interagir com a família alargada, após o diagnóstico, verificamos que o interesse na interacção com a família alargada se mantém igual, ou até maior, para a maioria das participantes que com ela mantêm um bom relacionamento. Das duas participantes que referem má qualidade de relacionamento com a família alargada, uma refere um aumento de interesse em interagir, enquanto a outra participante refere pouco ou nenhum interesse nessa interacção. Parece-nos poder concluir que o diagnóstico, para as participantes do nosso estudo, não alterou o interesse nem o contacto com a família alargada. Antes pelo contrário, os dados demonstram um aumento desse interesse e da comunicação, para quem apresenta uma boa qualidade no relacionamento. Podemos, desta forma, considerar determinante a qualidade do relacionamento com a Família

alargada como factor importante para o Interesse em Comunicar e em Interagir com esta, mantendo-se, no geral da nossa amostra, uma melhoria dessa relação.

Neste domínio, o grupo de mulheres com companheiro, apresenta pontuação média mais alta (que traduz pior ajustamento), do que o grupo de mulheres sem companheiro, sem se conseguir associar motivos.

Quando a mulher decide tomar uma decisão terapêutica sozinha, na tentativa de proteger os seus familiares, simultaneamente cria distância emocional em relação aos mesmos, reduzindo as possibilidades de suporte emocional mútuo. Pelo contrário, quando há envolvimento nas informações fornecidas e as responsabilidades das decisões tomadas são partilhadas, a experiência de doença contribui para um crescimento familiar e satisfação de ambos os elementos, o que está de acordo com Omne-Pontén *et al* (1995) e com Lederberg (1998). Poderemos referir que os elementos, da nossa amostra, que desfrutam de um adequado apoio da família e amigos mais chegados, apresentam um melhor ajustamento, assim como uma maior sensação de bem-estar e apresentam menores níveis de sintomas depressivos, o que vai de encontro à opinião de Vos *et al* (2004).

Domínio VI: Ambiente Social

O domínio *Ambiente Social* mede as possíveis alterações que a doença imprimiu no interesse e desempenho das actividades de tempos livres, podendo estas actividades serem interpretadas como formas de apoio social, como referem Santos, Ribeiro e Guimarães (2003), uma vez que a rede de suporte social, onde se incluem as estratégias de lazer, é considerada como um dos factores que predizem o ajustamento à doença, o que vai de encontro a Burtson e Watson (1998) e a Helgeson, Cohen e Fritz (1998).

Das participantes que referiram ocuparem os seus tempos livres¹⁶, verificamos que o diagnóstico modifica o seu interesse nessas actividades apenas para duas das participantes, sendo (essa redução de interesse) acompanhada de uma acentuada ou ligeira diminuição ao nível da participação nestas actividades. Mas, para a maioria das participantes, o interesse nessas actividades não foi alterado pelo diagnóstico. Contudo, no mesmo grupo, há mulheres que afirmam que, embora mantendo o interesse nestas actividades, a participação nas mesmas sofreu de ligeira redução a um acentuado decréscimo ou até cessação da sua participação nessas actividades. Não nos é possível clarificar se esta cessação da sua participação em actividades de lazer deixou

¹⁶ Foram eliminadas, desta análise, as participantes que não responderam à questão ou que referiram não ter tempos livres.

de existir dada a sua actual situação profissional, ou se continuam mesmo sem hábito de ocupar os seus tempos livres. Este assunto levanta algumas dúvidas, uma vez que algumas mulheres terão confundido actividades de lazer com as actividades com que se ocupam nos tempos livres.

Apesar de o interesse nas actividades de tempos livres não garantir, por si só, igual participação nessas actividades após o diagnóstico, parece-nos ser uma condição importante para conservar a participação nessas mesmas actividades, dado que as mulheres que percebem ter recursos sociais adequados, ajustam-se melhor à sua doença, indo de encontro à opinião de Spencer, Carver e Price (1998).

O grupo de participantes com companheiro pontuam de forma menos elevada (sendo a pontuação mais baixa do global da escala), do que o grupo das participantes sem companheiro. Apesar de não ser possível estabelecer relações na nossa amostra, sabemos, através de outros estudos, que o estado civil interfere no apoio social ao nível das dimensões apoio emocional, apoio informativo e instrumental (Ferreira, 2004).

Parece que manter o interesse nas actividades de tempos livres é condição importante para conservar a participação nessas mesmas actividades, ainda que o mesmo não garanta, por si só, igual participação após o diagnóstico.

Na questão aberta colocada relativamente aos tempos livres, a diversidade de respostas traduzirá que, para algumas pessoas, não existem tempos de lazer. Contudo, algumas destas actividades poderão resultar “*como uma oportunidade para a auto-expressão*” (Santos, Ribeiro e Guimarães, 2003), contribuindo como um suporte social positivo, talvez através da possibilidade de melhorar o humor positivo e reduzir o stress. Para Alloway e Bebbington (1987), o conceito de suporte social envolve diferentes níveis, formando uma ligação entre os objectivos do mesmo e a função social sentida pela própria pessoa, no conhecimento das suas necessidades, o que poderá justificar os excelentes resultados neste domínio. Dada a importância de um adequado suporte social para o ajustamento da mulher com cancro da mama, de acordo com Burton e Watson (1998) e Cantinelli *et al* (2006), certamente se justificará efectivar apoios na área da psicooncologia, de acordo com os resultados apresentados por Maunsell, Brisson e Deschênes (1995), assim como o estudo de Ferreira (2004).

Domínio VII: Perturbações Psicológicas

O processo de ajustamento pode caracterizar-se por uma série de transições, em função de uma pessoa específica (particular) que, de acordo com o significado que tem para si o cancro, sente de forma diferente, de todos os outros, as suas experiências

anteriores, os seus preconceitos culturais, a sua personalidade, o seu “coping”, entre outros (Cantinelli, 2006). Apesar de serem inúmeros, os factores implicados no ajustamento psicossocial à doença, avaliar as perturbações psicológicas, medir os indicadores significativos de perturbações psicológicas e medir pensamentos disfóricos e sentimentos que acompanham o distúrbio do doente, tais como a ansiedade, a depressão, a agressividade, a hostilidade, a baixa de auto-estima (Figueiredo, Ferreira e Figueiredo, 2001), as alterações da imagem corporal e sentimentos de culpa inadequados, permite-nos estimar possíveis sequelas associadas à doença. De uma forma global, as participantes do nosso estudo apresentam uma abordagem positiva para a sua doença, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Luker *et al* (1997).

Neste contexto, os resultados obtidos relativamente à ansiedade, à tensão, aos receios e ao nervosismo, sentidos pelas participantes, demonstram uma grande diversidade de respostas, desde a negação desses sintomas, seguido do grupo que refere sentir um pouco alguns desses sintomas, com igual percentagem para o grupo que menciona bastante essa sintomatologia, com apenas um dos elementos da amostra a referir sentir-se extremamente nervosa (ou ansiosa, tensa ou receosa). Quase metade do grupo do nosso estudo nega sentir tristeza, falta de interesse pelas coisas ou desespero, para igual número que menciona um pouco essa sintomatologia, em relação a duas pessoas que referem sentir bastante essa sintomatologia e apenas uma participante refere sentir extremamente esses sintomas.

Esta sintomatologia parece estar ligada à “*possibilidade de se sentir zangada, irritada ou com dificuldade de controlar o seu temperamento*”, uma vez que as percentagens são muito idênticas para quem nega esses sintomas, com a mesma frequência do grupo que refere sentir um pouco esses sintomas, seguido de três participantes que referem sentir bastante esses sintomas e apenas uma participante refere sentir-se extremamente zangada, irritada ou com dificuldade em controlar o seu temperamento, recentemente. Contudo, a grande maioria da amostra nega a possibilidade de se sentir culpada, ou que deixou ficar mal as pessoas, seguida de três participantes que referem sentir-se um pouco culpadas. Alguns estudos dirigidos aos mecanismos de adaptação ao cancro, consideram como factores preditivos de vulnerabilidade psicológica a personalidade, a ansiedade e o pessimismo pré-mórbido, não possível de avaliar no nosso estudo.

A preocupação com a doença ou com outros assuntos é evidente para a grande maioria da amostra do nosso estudo o que está de acordo com Oliveira (2004), embora ainda haja algumas participantes que negam preocupação com a doença, ou outros assuntos.

Perto de metade da amostra nega sentir-se “em baixo” ou menos válida como pessoa, com igual número de participantes a referir sentir-se um pouco “em baixo” ou um pouco menos válida como pessoa. Uma das participantes refere sentir-se extremamente em baixo ou menos válida como pessoa, o que poderá estar relacionado com a ausência de um acompanhamento adequado, não permitindo a expressão de emoções e sentimentos, o que agrava ansiedade e a sensação de impotência, como referem Ferreira e Mamede (2003).

Ao contrário do que seria de esperar, a preocupação com o facto da doença ter modificado a aparência de forma a torná-la menos atraente, é negativa para mais de metade das participantes, seguida de uma percentagem significativa que refere alguma preocupação, o que poderá estar relacionado com o significado atribuído à doença, indo de encontro aos resultados do estudo realizado por Luker *et al* (1997), em que as mulheres viram a doença como um desafio, olhando-a como uma experiência de valor. Cinco elementos da amostra referem sentir-se bastante preocupadas com a modificação da aparência, o que vai de encontro ao estudo de Oliveira (2004). Estes resultados estão de acordo com Kornblith (1998), ao referir que na mulher com cancro da mama, uma auto-imagem corporal pobre, traduz um pior ajustamento. Neste contexto, Vicente e Marques (2003), associaram os elevados valores de sintomatologia depressiva e ansiosa 3 meses após a mastectomia, a reacções de sintomatologia mista, nomeadamente a mutilação, a quimioterapia e o prognóstico da doença.

Pareceu-nos ser essencial a forma como as participantes se sentem em relação à sua auto-valorização, uma vez que consideramos que a mesma poderá estar interligada com o ajustamento à doença. Os melhores ajustamentos revelam igual valorização pessoal, mesmo após a doença. As participantes que sentem a sua valorização pessoal *um pouco* afectada pelo seu diagnóstico pontuam melhor do que as que reconhecem a sua valorização pessoal *bastante* ou *extremamente* afectada pelo mesmo motivo, o que está de acordo com os resultados de Oliveira (2004).

Efectivamente, a análise das respostas das participantes do nosso estudo, permite reconhecer a importância da auto - (des) valorização no ajustamento psicossocial à doença. Mulheres com maior auto-valorização apresentam melhor ajustamento, sendo que o contrário também se verifica na nossa amostra. A auto-valorização/auto-estima parece ser determinante para enfrentar um diagnóstico de cancro da mama, confirmando ter este auto-conceito a capacidade de facilitar o ajustamento psicossocial à doença, uma vez que de forma geral, as participantes do nosso estudo procuraram estratégias adaptativas. Embora não seja possível efectivar qualquer tipo de relação, constatamos

que o grupo de mulheres com maior auto-estima apresenta melhor ajustamento, sendo que o contrário também se verifica na nossa amostra, o que vai de encontro ao que referem Anagnostopoulos, Vaslamatzis e Markidis (2004). Talvez as participantes com melhor auto-conceito apresentem menor tendência à solidão, indo de encontro à opinião de Vaz Serra *et al* (1989) *cit in* Oliveira (2004), não permitindo embaraçar toda a sua vida ao se confrontar com factores de grande ansiedade, o que vai de encontro aos resultados apresentados por Oliveira (2004), nos quais refere que, por vezes, a mulher procurava controlar as emoções e os pensamentos positivos de forma a manter optimismo e esperança. Mas também foi na fé e no optimismo que as mulheres encontraram maior suporte na confrontação e ajustamento à sua situação de doença.

Neste domínio, o grupo das participantes sem companheiro pontuam mais do que o grupo de mulheres com companheiro.

Pensamos ser inegável a vantagem de apoio adequado às mulheres com cancro da mama, uma vez que concluímos que a necessidade de permitir a expressão das emoções e sentimentos, a qualidade da relação terapêutica profissional de saúde-doente e um bom suporte familiar e social são factores preditivos de um ajustamento positivo à doença crónica, o que está de acordo com Irvine *et al* (1991) e com o estudo de Figueiredo *et al* (2004). Northouse (1988) concluiu que as variáveis de suporte contribuem para uma maior variância de níveis de ajustamento nas doentes, do que as variáveis médicas ou geográficas (Irvine *et al*, 1991).

Parece-nos ainda poder afirmar que as participantes, de uma forma global, recorrem mais a estratégias de coping adaptativas tais como a aceitação, o suporte emocional, e a estratégias de coping cognitivas, ao procurar um significado para esta nova experiência pessoal, ponderando e reavaliando sobre a doença e sobre os problemas que vão surgindo ao longo desta, o que vai de encontro aos estudos realizados por Oliveira (2004) e por Rocha (2007).

O número da nossa amostra não nos permite confirmar se as variáveis sócio-demográficas e clínicas funcionam como factores significativos do ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama.

5 - PRINCIPAIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Na maioria dos estudos científicos identificam-se algumas limitações, devendo ser ponderadas na apresentação e interpretação dos resultados. A modalidade de auto-avaliação de uma medida psicológica, como a escala usada no nosso estudo, tem muitas características positivas para ser uma boa opção, mas também possui algumas limitações. O problema principal com a forma de auto-teste relaciona-se com o dever assumir-se, tacitamente, a validade “da premissa do inventário” (Wilde, 1972), ou seja, o entrevistado pode e deverá responder às questões com precisão e sem distorções.

Felizmente, as dificuldades referidas anteriormente podem ser ajustadas pela selecção cuidadosa, e a versão do instrumento (PAIS) com entrevistador pode ser uma alternativa face a limitações de visão ou de leitura. Apesar das respostas com erro poderem ser um problema para a auto-avaliação, numerosos estudos indicaram que as distorções “induzidas pela necessidade” e “ganho secundário” parecem colocar menos problemas intrusivos para a avaliação clínica do que anteriormente se pensava, segundo Rorer, Fiske e Normando (*cit in* Derogatis e Derogatis, 1990). Uma das limitações do nosso estudo relaciona-se com o instrumento utilizado, por ser de auto-avaliação, estando sujeitos a erros de interpretação, embora esse risco possa ter sido um pouco minimizado graças à presença permanente da investigadora, de forma a permitir os esclarecimentos necessários.

Algumas respondentes salientaram o facto de considerarem a escala muito negativista, uma vez que não proporciona respostas mais positivas como alternativa, nomeadamente a relação com o marido que melhorou significativamente (desde o diagnóstico, estando agora ainda mais unidos) não estar contemplada como resposta.

O reduzido número de participantes, ou seja, o tamanho da amostra (por ser uma amostra de conveniência), surge como uma limitação a destacar. Este facto relaciona-se com as dificuldades que surgiram na selecção da amostra (nomeadamente o número de mulheres que apresentavam os critérios seleccionados) e com a disponibilidade profissional da investigadora, contribuindo para uma relativa restrição ao nível dos resultados encontrados e para uma restrição clara da generalização dos resultados. Com facilidade reconhecemos que o estudo poderia ser muito mais enriquecido com a participação de um maior número de elementos.

Certamente que é importante referir que a opção por aplicar o questionário apenas a um grupo, também surge como limitação para o nosso estudo, mas esta

decisão deve-se ao facto de se pretender eliminar, o mais possível, os factores de enviesamento na amostra seleccionada, sendo difícil encontrar uma outra amostra com requisitos adequados. Esta dificuldade também se deve ao facto de não poder comparar a amostra com um grupo de pessoas saudáveis, dado a escala avaliar precisamente o ajustamento à doença.

A dimensão do questionário demonstrou trazer alguma dificuldade (algumas respondentes evidenciaram algumas reticências no seu preenchimento quando se aperceberam do elevado número de páginas), ultrapassável quando se esclareceu que só o preenchiam se assim fosse de sua vontade e podendo desistir do seu preenchimento se assim o desejassem.

Apesar de estimarmos o momento da colheita como uma boa opção (uma vez que a amostra alvo foi muito homogénea), consideramos igualmente esta opção como uma limitação para o estudo, pelo facto de ter sido contemplada apenas uma fase no percurso da mulher ao longo do seu processo de diagnóstico e tratamento.

Também a ausência de estudos anteriores numa amostra de mulheres portuguesas, com cancro da mama, com a aplicação da EAPD, nos impede de efectuar comparações.

O conceito de Ajustamento envolve inúmeros conceitos, dificultando uma abordagem mais sucinta dos mesmos, apesar do objectivo de apresentar uma adequada orientação teórica sem prolongamentos. Contudo, no decurso da longa pesquisa bibliográfica, percebemos a excelência do tema, ficando motivados para dar continuidade ao mesmo, em futuros trabalhos.

6 – IMPLICAÇÕES PARA O FUTURO

Ao longo da realização deste estudo surgiram esclarecimentos que nos impulsionam a alusão a sugestões práticas. Desta forma, apresentamos algumas sugestões para futuras investigações e algumas sugestões práticas para o acompanhamento da mulher com cancro da mama.

- **Sugestões para futuras investigações**

Consideramos poder ser muito positivo a aplicação da mesma escala ajustada ao familiar mais próximo da doente, de forma a permitir avaliar se o que a doente refere se assemelha ao seu familiar, uma vez que diferentes visões dão um acréscimo de informação. Desta forma, seria possível confirmar se as respostas são efectivas, ou se as mesmas se baseiam no que a mulher sente. Também se poderiam criar dois grupos que permitissem uma investigação caso-controlo, nomeadamente mulheres submetidas a tumorectomia/mastectomia.

A possibilidade de se aplicar outras escalas, em conjunto com a EAPD, certamente enriqueceria os resultados a obter no ajustamento psicossocial à doença referindo, como exemplo, uma escala de personalidade, ou uma escala que avalie a auto-estima, entre outras. No contexto específico do nosso estudo, sugerimos a avaliação da espiritualidade das pessoas, uma vez que a maioria das mulheres ao longo de diálogos informais, traduzem a possibilidade de “a sua fé” ter contribuído, em grande parte, para a sua “luta”, o que se confirmou em alguns resultados. Também a inclusão de outros instrumentos que proporcionem a avaliação de aspectos mais estruturais da personalidade, tais como análise das alterações do Autoconceito, e de outros aspectos relacionados com o *eu*, uma vez que Bruges (2001), refere que os aspectos mais significativos do Autoconceito na mulher com cancro da mama, englobem a sexualidade, a imagem corporal e a feminilidade. Também o recurso a estudos longitudinais (avaliando o padrão adaptativo em diversos momentos) poderia favorecer um estudo mais aprofundado e pormenorizado dos recursos disponíveis e do processo adaptativo destas doentes no seu ajustamento à doença oncológica.

Consideramos ser possível realizar novos estudos com um maior número de participantes que permitam, futuramente, introduzir novos dados envolvendo aspectos mais positivos da qualidade de vida e contemplem a avaliação do ajustamento

psicossocial à doença, em dois ou três momentos do percurso da mulher ao longo do seu processo de diagnóstico, tratamento e até reabilitação. Neste sentido, ponderamos ser relevante aplicar o mesmo questionário ao mesmo grupo da nossa amostra, nos seis meses anteriores relativos aos 5 anos definidos para *follow-up*, com o objectivo de avaliar a forma como estas mulheres integraram a sua situação de doença crónica na sua vida.

- **Sugestões práticas para o acompanhamento da mulher com cancro da mama**

Consideramos ser pertinente efectuar um reconhecimento do *Locus de Controlo*, antes de procurar avaliar os aspectos psicossociais da adaptação à doença, assim como reconhecer as representações e as emoções que o cancro evoca às participantes, procurando identificar as doentes que possam vir a beneficiar de um maior acompanhamento terapêutico dirigido aos elementos psicossociais da sua doença. Neste sentido, poderia ser administrada “uma avaliação do tipo de personalidade” na consulta, antes de informar a doente do seu diagnóstico.

Também o desenvolvimento futuro de estratégias activas, nomeadamente estratégias de confrontação em relação à doença, tais como o confronto focalizado na emoção (que teria como função principal, a regulação da resposta emocional causada pelo problema com o qual a pessoa se defronta, ou seja, o cancro da mama). Mas, também outras estratégias poderão ser utilizadas, designadamente o suporte familiar (com o envolvimento da família), o suporte social, a religiosidade, entre outras estratégias adequadas aos diferentes casos.

O aumento do número de patologias oncológicas, justifica um positivo esforço futuro, no sentido de facilitar o ajustamento psicossocial à doença.

Desenvolver estratégias preventivas adequadas surge como um salutar desafio futuro, no sentido de colaborar numa abordagem terapêutica à mulher com cancro da mama, de forma a facilitar a adaptação à sua situação de doença e, conseqüentemente, permitindo uma diminuição do seu indiscutível sofrimento. Neste contexto, pretendemos elaborar um projecto para acompanhamento da mulher com cancro da mama, onde seja possível ir de encontro às suas necessidades e promover estratégias de adaptação, o que contribuirá, indiscutivelmente, para uma melhoria do seu processo terapêutico.

Consideramos que, no momento da admissão hospitalar, será importante esclarecer qual é a pessoa mais significativa para a mulher, de forma a proporcionar o seu envolvimento no processo de suporte, com o objectivo de construir uma rede de

segurança capaz de ajudar a doente e família a combater com mais eficácia, os problemas associados ao cancro da mama, encontrando-se já diversas estratégias de actuação clínica nesta área (Holland e colaboradores, 1998).

Como meta futura pretendemos conseguir visualizar formas de alcançar uma intervenção terapêutica ainda mais personalizada, e consequentemente mais eficaz, ao longo do tratamento e readaptação psicossocial, através da continuidade deste estudo envolvendo uma população mais abrangente e incluindo outras escalas.

Consideramos que intervenções psicossociais poderão ser implementadas em doentes com cancro da mama de forma a ajudá-las a re-examinar as suas estratégias de *coping*, de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Para alcançar esse objectivo, importa adoptar uma visão sistémica da mulher e das suas circunstâncias. É esta visão sistémica, associada a um verdadeiro interesse pela mulher, que nos permitirá “aproximar” dela, começar a conhecer a sua complexidade e aí definir o tipo de intervenção mais adequado (nomeadamente, terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar, terapia de casa, grupos psico-educativo, intervenções em rede, terapia narrativa, terapia centrada na solução, entre outras).

Dada a importância de um adequado suporte social para o ajustamento da mulher com cancro da mama certamente se justificará efectivar apoios na área da psicooncologia, de acordo com os resultados apresentados por Maunsell, Brisson e Deschênes (1995), assim como o estudo de Ferreira (2004).

Também a hipótese de as mulheres com cancro da mama conseguirem uma atribuição positiva à sua doença, o que lhes permite uma reestruturação da sua vida, torna importante a ideia da criação de estruturas e apoios especializados para facilitar (e se possível, assegurar) este processo. Neste contexto, também consideramos pertinente a criação de estruturas de apoio especializado para a família/amigos (ou a pessoa mais significativa para o doente), uma vez que o seu apoio contribui muito positivamente para um melhor ajustamento.

Limitamo-nos a expor estas sugestões uma vez que outras foram apresentadas oportunamente, ao longo do desenvolvimento do nosso estudo.

CONCLUSÃO

A doença oncológica, nomeadamente o cancro da mama, continua a ser intensamente temida, apresentando-se como uma ameaça à integridade bio-psico-social, emocional e espiritual, causando um profundo impacto na sociedade, permanecendo algumas falsas crenças relativamente ao tema.

Ao longo da realização deste estudo procuramos conhecer a qualidade do ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama nas suas diversas vertentes pessoal, familiar, conjugal, profissional, social, emocional e espiritual, procurando forma de precaver um maior desajuste (relacionado com um comportamento desadequado).

Dos resultados obtidos, em termos de domínios, o *Ambiente Vocacional*, apresenta-se como a subescala com maior peso no valor total, seguida do *Ambiente Doméstico*, das *Perturbações Psicológicas*, da *Orientação para os Cuidados de Saúde*, do *Relacionamento Sexual*, do *Ambiente Social* e do *Relacionamento com a Família Alargada*. Em termos de domínios da escala EAPD, as pontuações menores (que traduzem melhores ajustamentos) verificam-se nos domínios *Ambiente Social*, *Orientação para os Cuidados de Saúde*, *Perturbações Psicológicas* e *Relacionamento Sexual*. Os domínios *Relacionamento com a família alargada*, *Ambiente Doméstico* e *Ambiente Vocacional*, apresentam piores ajustamentos embora não possam ser considerados maus ajustamentos.

Este estudo permitiu reconhecer a importância dos amigos, da família em geral, do marido e dos filhos, como pessoas essenciais para ajudar a ultrapassar as maiores dificuldades sentidas pela mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, sendo considerados factores de ajustamento ao cancro da mama, na nossa amostra. Neste contexto, não foram esquecidos os Profissionais do IPO (e verbalmente todos os funcionários e voluntárias) como exemplo de dedicação e profissionalismo para algumas das participantes, assim como os testemunhos de pessoas próximas com experiência de doenças similares, também mencionados como facilitadores desta situação. Muitas participantes deste estudo referem que esta situação de doença enriqueceu as suas Relações Sociais e/ou Familiares e que é nestas Relações e no Optimismo/confiança com que encaram a sua situação que encontram algum suporte. Mas, é principalmente na Fé que sentem que encontram o maior suporte para enfrentar o diagnóstico e consequentes tratamentos. A maioria das participantes refere a alopecia como o mais difícil de ultrapassar. Outras mulheres mencionam outros efeitos secundários do tratamento e, ainda, o facto de

receber e dar a notícia do diagnóstico. Outras respostas como a morosidade do tratamento, o medo de recidiva, o relacionamento sexual, a mastectomia, a quimioterapia, as viagens, ou os problemas financeiros decorrentes e/ou agravados depois do diagnóstico são também referidas.

Não pretendemos efectuar generalizações dos nossos resultados, dadas as diversas limitações que o nosso estudo apresenta, como sejam, algumas respondentes salientaram o facto de considerarem a escala muito negativista e o reduzido número de participantes (por ser uma amostra de conveniência). Com facilidade reconhecemos que o estudo poderia ser muito mais enriquecido com a participação de um maior número de doentes. Contudo, consideramos que as respostas obtidas poderão contribuir, de alguma forma, para alcançar uma prestação de cuidados de maior qualidade.

O conhecimento dos itens abordados é fundamental para que os profissionais de saúde compreendam a importância dos factores de ajustamento psicossocial ao cancro da mama, possibilitando o desenvolvimento de planos individuais de cuidados e diminuindo o risco de aparecimento de novos factores de risco, ou até de morte, devido à doença.

Uma das funções dos profissionais de saúde intenta ajudar o doente a mobilizar os recursos pessoais para se ajustar a uma nova identidade, de forma a aumentar meios de apoio ao doente no desenvolvimento de competências para lidar com todo o sistema de tratamento em que se encontra envolvido, tendo em conta as diferentes experiências psicossociais.

O melhor contributo dos técnicos de saúde para a reabilitação de qualquer pessoa doente será a união de esforços numa equipa multidisciplinar, de modo a prestar cuidados de acordo com um *todo* que constitui cada ser humano.

Pensamos ser indiscutível a necessidade de ter em consideração as implicações psicossociais da doença oncológica aquando da elaboração do plano terapêutico global do doente com esta patologia, embora mantendo a consciência de que a variedade de respostas ao cancro da mama pode ser infinita. Poderemos, talvez não limitar a actuação terapêutica dirigida apenas ao tratamento do cancro da mama, mas sim alcançar o envolvimento assertivo da doente e família, adequando os seus recursos pessoais no combate aos intensos sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade experimentados, em conjunto com a perda da autonomia.

Concluimos, face aos resultados obtidos, que uma área de investigação a intervir com continuação é, indiscutivelmente, o impacto psicossocial do cancro da mama, diagnóstico e tratamento da pessoa doente e família, envolvendo a necessidade de ajuda

na integração da informação que lhes é fornecida, nas várias fases. Apesar dos já conhecidos avanços terapêuticos, adquirir outra abordagem terapêutica que permita minimizar as vicissitudes causadas por esta doença crónica, parece-nos ser pertinente.

Esperamos ter conseguido transmitir resultados claros e objectivos, adquirindo um “olhar” a mulher com cancro da mama não apenas como doente, mas como muito competente para deliberar as dificuldades que a vida lhe coloca.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Zilda. (1989). O comportamento Psicológico do Doente oncológico: A Componente Ansiedade. **Divulgação**. Porto. Ano III. Nº 9. Janeiro. Páginas 4-15.
- ALFERES, Valentim Rodrigues. (1997). **Investigação em Psicologia – Teoria e Prática**. Edições Globo, Lda. Outubro.
- ALMEIDA, Ângela; LOUREIRO, Sónia; VOLTARELLI, Júlio. (1998). *O Ajustamento Psicossocial e a Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos ao Transplante de Medula Óssea (TMO)*. In **Medicina**, Ribeirão Preto. Abril/Junho; 31, 296-304.
- ALLOWAY, Ruth; BEBBINGTON, Paul. (1987). The buffer theory of social support - a review of the literature. **Psychological Medicine**. 17. Printed in Great Britain. Pag 91-108.
- ANAGNOSTOPOULOS, Fotios; VASLAMATZIS, Gregoris; MARKIDIS, Marios. (2004). Coping Strategies of Women with Breast Cancer: A Comparison of Patients with Health and Benign Controls. **Psychotherapy and Psychosomatics**. Jan/Feb. 73, 1. ProQuest psychology Journals. Pag 43-52.
- ANDRÉ, Orlanda; ROSA, Daniel. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde - satisfação dos utentes. **Enfermagem Oncológica**. Nº 3. Julho. Ano 1. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica. Pag 23-33.
- BAUM, Michael; SCHIPPER, Harvey. (2005). **Breast Cancer: Fast Facts**. 3ª Edição. Maio, ISBN 1-903734-62-2.
- BECKJORD, Ellen; COMPAS, Bruce. (2007). Sexual Quality of Life in Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**. Vol. 25(2). Pag: 19-36. ISSN: 0734-7332.
- BENNETT, Paul (2002). **Introdução clínica à psicologia da saúde**. Manuais Universitários. 1ª Edição, Lisboa, Junho. ISBN 972-796-033-2.
- BETTENCOURT, B. Ann *et al* (2007). Satisfaction with Health Care, Psychological Adjustment, and Community Esteem, Among Breast Cancer Survivors. **Journal of Psychosocial Oncology**. Vol. 25(2). Pag: 59-75. ISSN: 0734-7332.
- BONASSA, Edva Moreno Aguilar. (1998). **Enfermagem em Quimioterapia**. S. Paulo. Rio de Janeiro. Editora Atheneu. 2ª Reimpressão da 1ª edição.

- BOVBJERG, Dana; VALDIMARSDOTTIR, Heiddis. (1998). Psychoneuroimmunology: Implications for psycho-oncology. **Psycho-oncology**. Cap 12. Pag 125-133.
- BROFMAN, Martin (1998). **“Tudo pode ser curado: o sistema do corpo espelho**. Editora Pergaminho. 1ª Edição. Lisboa. ISBN 972-711-162-9.
- BRUGES, Mª Lisete (2001). A importância do estudo do Autoconceito no doente com diagnóstico de cancro. **Enfermagem Oncológica**. Nº 19. Julho. Páginas 20-25.
- BRUNNER/SUDDARTH *et al.* (1990). **“Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica”**. 6ª Edição. Volume 2. Guanabara Koogan.
- BURTON, Mary; WATSON, Maggie (1998). Cancer Treatments and Psychological Problems. **Counselling People with Cancer**. December. British Library. ISBN 0-471-97813-2.
- CANTINELLI, Fábio *et al* (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Pag 3-14. Nº 33/3. São Paulo. ISSN 0101-6083. Pesquisa efectuada dia 20.03.2007.
- CASEIRO, Ana *et al.* (1997). **Cadernos de Oncologia 1: Agentes Antineoplásicos**. 3ª Edição. Lisboa: Novartis.
- CAVALEIRO, Eduarda M. da Fonseca. (2001). **Apresentação dos cancros da mama detectados em rastreio organizado versus cancros da mama detectados fora do rastreio organizado**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- CLARK, Jane; McGEE, Rose; PRESTON, Ricky. (1997). Reacções do Cliente e da Família à Experiência com o Câncer: Intervenções de Enfermagem. **Enfermagem Oncológica: um curriculum básico**. 2ª Edição. Artes Médicas. Porto Alegre. Cap 7. p 78-160. ISBN: 85-7307-187-7.
- COMPAS, Bruce *et al.* (2006). Measurement of Coping and Stress Responses in Women With Breast Cancer. In **Psycho-oncology**. Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. Volume 15. Number 12. Page1038-1054. ISSN 1057-9249.
- COSTA, Ma. Cristina *et al.* (2005). **O cancro e a Qualidade de Vida: A Quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro**. 1ª Edição em Português. Patrocínio Novartis. Ponticor. ISBN 972-9119-94-5
- COSTA, M. (1991). **Os contextos sociais de vida e desenvolvimento da identidade**. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.

- CRANE, Rebecca. (2000). Cancro da mama. **Enfermagem Oncológica**. Capítulo 6. OTTO, Shirley. 3ª Edição. Pág: 89-136.
- DAMÁSIO, António (2003). **O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a neurobiologia da consciência**. 14ª Edição. Publicações Europa-América. Edição nº 154550/8299.
- DEROGATIS, Leonard R., DEROGATIS, Maureen F. (1990). "**The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS & PAIS-SR): Administration, Scoring & Procedures Manual-II**". Clinical Psychometric Research, Inc. Baltimore, MD. USA.
- DEVITA, Vincent (1997). Principles of Cancer management: Chemotherapy. Cancer: **Principles & Practice of Oncology**, Chapter 17. Fifth Edition. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia. Pag 333-346.
- DIAS; Mª do Rosário (1997). **A Esmeralda Perdida: A Informação ao Doente com Cancro da Mama**. 1ª Edição. Novembro. ISPA. Lisboa. Pac-Artes Gráficas, Lda. ISBN: 972-8400-04-7.
- **DICIONÁRIO UNIVERSAL**: Milénio - Língua Portuguesa. (1999). Texto editora. 1ª Edição. Lisboa. Junho. ISBN 972-47-1293-1.
- DIEGUES, Sylvia. PIRES, Ana Maria (1997). A actuação do enfermeiro em radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. INCA (Instituto Nacional de Cancer). Nº 4 – 43. Out/Nov. ISSN 0034-7116
- DORON, Roland; PAROT, Françoise. (2001). Direcção de autores do **Dicionário de Psicologia**. Climepsi. Gráfica de Coimbra, Lda. 1ª edição. Outubro. Lisboa. ISBN: 972-8449-70-4.
- DURÁ, Estrella; IBÁÑEZ, Elena. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención Profesional. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 1 (1). Pag 27-43.
- EIZIRIK, Cláudio; FERREIRA, Pedro Eugénio: (1991). "Aspectos psicológicos no tratamento do Câncer". **Oncologia Clínica: princípios e prática**. - SCHWARTSMANN, Gilberto e colaboradores. Artes Médicas. Porto Alegre. Pag 481-487.
- ERLICHMAN, Charles (1997). Hormonal Therapies. Cancer: **Principles & Practice of Oncology**, Section 3. Fifth Edition. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. Pag 395-402.

- EURO-ONCOLOGY, *Monitor*. (1999). As mulheres com cancro da mama desejam participar mais na sua terapêutica. Sondagem CAWAC (Caring about Women and Cancer). **Oncology Nurses hoje**. Volume 4, Nº 4,. Pág. 21-22.
- FERNANDES, Susana M^a R.(2000). **Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama**. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga.
- FERREIRA, Fátima C.(2004). **Sufrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia** (análise da relação com alguns factores biopsicossociais). Dissertação. ESEAF. Coimbra.
- FERREIRA, M^a de Lourdes; MAMEDE, Marli. (2003). Representação do Corpo na Relação Consigo Mesma após a Mastectomia. Artigo original, parte de uma Tese de Douturamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Maio-Junho. 11(3). Pag 229-304.
- FIGUEIREDO, Ana P.; FERREIRA, Lúcia M.; FIGUEIREDO, Pedro E.(2001). Impacto psico-social do cancro da mama na mulher. **Enfermagem Oncológica**. Nº 17. Janeiro.
- FIGUEIREDO, Margarida *et al* (2004). Artrite reumatóide: um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Janeiro-Junho, ano/vol. 6, número 001. Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Porto, Portugal. Pp 13-25.
- FILHO, Aroldo Braga; FERREIRA, Paulo Renato. (1991). Princípios de Tratamento Radioterápico. **Oncologia clínica: princípios e prática**. G. Schwartzmann e Colaboradores. Porto Alegre: Artes Médicas. Pag 97-132.
- FORTIN, M. (1999). **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- FOX, Bernard H. (1998). Psychosocial Factors in Cancer Incidence and Prognosis. **Psycho-oncology**. Cap 11. Pag 110-124. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- FREITAS, Manuel. (1998). Contextualização familiar actual e suas repercussões no Doente Oncológico. **Revista de Enfermagem Oncológica**. Nº 7. Julho.
- GARTNER, Elaina M. (2007). Principles of Chemotherapy. **Essentials of SURGICAL ONCOLOGY**. Surgical Foundations. Cap 5. Pag 53-64. Séries editor: Larry Kaiser, MD. USA. ISBN 0-8151-4385-0

- GEADA, Manuel. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. **Análise Psicológica**. 2-3 (XIV). Pag 191-201.
- HALBERT, Chanita *et al* (2004). Predictors of Cognitive Appraisals Following Genetic Testing for BRCA1 and BRCA2 Mutations. **Journal of Behavioral Medicine**, Vol. 27, nº 4, August.
- HELGESON, Vicki; COHEN, Sheldon; FRITZ, Heidi. (1998). Social Ties and Cancer. **Psycho-oncology**. Cap 10. Pag 99-109. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- HELLMAN, Samuel (1997). Principles of Cancer management: Radiation Therapy. **Cancer: Principles & Practice of Oncology**, Chapter 16. Fifth Edition, edited by Vincent DeVita et al. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. pag 307-331.
- HILL, Manuela M.; HILL, Andrew. (2005). **Investigação por questionário**. Edições Sílabo. 2ª edição. Lisboa. ISBN: 972-618-273-5.
- HOLLAND, Jimmie C.; MASTROVITO, Rene. (1980). Psychologic Adaptation to Breast Cancer. **Supplement to Cancer: A Journal of the American Cancer Society**. August 15. Volume 46. Number 4. Pag 1045-1052. ISSN: 0008-543X. Cancar.
- HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. (1998). **Psycho-oncology**. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- IRVINE, Diane *et al* (1991). Psychosocial Adjustment in Women With Breast Cancer. **Cancer: A Journal of the American Cancer Society**. February, 15. Volume 67. Number 4. Pag. 1097-1117. ISSN 0008-543X. CANCAR.
- JERÓNIMO, Teresa; HENRIQUES, Rui. (2002). Cuidados de Enfermagem a doentes com cancro da mama. **Revista Enfermagem Oncológica**. Nº 21. Janeiro. Pag 24-39.
- JOYCE-MONIZ, L.; BARROS, Luísa.(1994). Psicologia da Doença. **Análise Psicológica**. 2-3 (XII). Pag 233-251.
- KAMB, Alexander; SKOLNICK, Mark. (1998). Genetics for the psycho-oncologist. **Psycho-oncology**. Cap 16. Pag 175-210. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.

- KORNBLITH, Alice. (1998). Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors. **Psycho-Oncology**. Cap 20. Pag 223-254. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- KORNBLITH, Alice. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. **Cancer**, V. 98, n. 4, Aug 15. P. 679. Database: Medline. Pesquisa efectuada em 8 de Fevereiro de 2007, através de: <http://www.firstsearch.oclc.org/WebZ/FSPage?pagename=holdings:pagetype=print:e...>
- LAROUSSE, **Nova Enciclopédia**. Circulo de Leitores, Lda. e Larousse. Vol. XXI. Fevereiro 1996. Edição nº 4478. ISBN 972-42-1981-X.
- LEDERBERG, Marguerite. The Family of the Cancer Patient. **Psycho-Oncology**. Cap 85. Pag 981-993. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- LIVNEH, Hanoch; PARKER, Randall M. (2005). Psychological Adaptation to Disability: Perspectives From Chaos and Complexity Theory. **Rehabilitation Counseling Bulletin** Washington:Fall2005. Vol.49, Iss.1, p. 17-28 (12 pp.). ISSN:00343552. Consulta efectuada através de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=908572971&Fmt=3&clientId=40477&RQT=309&VName=PQD>
- LOPES, M^a José. (2005). **Cancro da Mama: Impacto da Doença na Mulher- Uma Perspectiva Ecológica**. Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana. Universidade de Évora.
- LOUREIRO, Alexandra et al. (1999). **Cadernos de Oncologia 2**: hormonoterapia e terapêutica complementar em quimioterapia. 1^a Edição.
- LUKER KA *et al* (1997). O Significado de Doença para as Mulheres com Cancro da Mama. **Oncology Nurses-hoje**. Excerpta Médica. Volume 2. Nº 2. P. 20
- McCRAY, Noella Devolder. (2000). Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida. Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. «**Cuidar**»: **ética e práticas**. Prefácio à edição portuguesa de Dulce Cabete. Lusociência. ISBN 972-8383-17-7.
- MAGALHÃES, M. Manuela. (1994). O papel da entrevista na relação terapêutica Enfermeiro/Doente. Rev **Divulgação**. Nº 31. Julho. Pag 18-19.

- MAGUIRE; Peter. Psychosocial Interventions to Reduce Affective Disorders in Cancer Patients: Research Priorities. **Psycho-Oncology**. July. Vol. 4. P: 113-119. ISSN: 1057-9249.
- MARCHAND; H. (1992). Em torno do operatório formal. **Revista Portuguesa de Psicologia**, 28. P: 205-226.
- MARCHAND, Helena. (2001). **Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso**. Coleção Psicologias. Coimbra, Março. Quarteto. ISBN: 972-8535-69-4
- MARQUES, A. Reis et al. (1991). **Reacções emocionais à doença grave: como lidar...** Consulta de Risco – Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Edição Psiquiatria Clínica. Coimbra, Dezembro. 1ª Edição.
- MATOS, Virgínia Costa. (1998) **Elevação: Vencer a Morte**. Cascais. Editora azula Limitada. Outubro. ISBN 972-97479-1-1.
- MAUNSELL, Elisabeth; BRISSON, Jacques; DESCHÊNES, Luc. (1992). Psychological Distress After Initial Treatment of Breast Cancer: Assessment of Potential Risk Factors. **Cancer: An Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society**. July, 1. Vol 70. Number 1. Pag 120- 125. ISSN: 0008-543X. Cancar.
- MAUNSELL, Elisabeth; BRISSON, Jacques; DESCHÊNES, Luc (1995). Social Support and Survival among Women with Breast Cancer. **CANCER: American Cancer Society**. August 15. Number 4. Vol 76: 631- 637. ISSN: 0008-543X. CANCAR.
- MAUSNER & BAHN (1999) – **Introdução à Epidemiologia** – 2ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0518-7
- MENDES, Aida Cruz (2002). **Stress e Imunidade**: Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress. Edições Formasau. ISBN: 972-8485-23-9.
- MÉNDEZ, Lourdes ; BOUZAS, Javier ; GONZALES-BOTAS Jesús (1997). **Calidad de vida de pacientes operados de cáncer de laring**. Revista De Otorrinolaringología Y Cirugía De Cabeza Y Cuello. ISSN 0718-4816. Pesquisa efectuada através de <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino28300-calidad1.HTM>

- MENKE, Carlos Henrique, BIAZUS, Jorge Villanova. (1991). Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama. **Oncologia Clínica: princípios e pratica**. G. Schwartzmann *et al.* Artes Médicas. Porto Alegre.
- MOOREY, Stirling; GREER, Steven (2002). **Cognitive behaviour therapy for people with cancer**. Oxford, University Press. ISBN 0-19-850866-2 (Pbk)
- MORAIS, Armando. **DICIONÁRIO de Inglês-Português**. (1980). Porto Editora, Lda. Porto.
- MUSICK, Marc *et al.* (1998). Religion and Spiritual Beliefs. **Psycho-Oncology**. Cap 67. Pag 780-789. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- NETO, Isabel. Aitken, Helena-Hermine, PALDRÖN, Tsering (2004). **A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência**. 1ª Edição. Editora pergaminho, Ltda. ISBN 972-711-645-0
- NEWMAN, Erika A.; SABEL, Michael S. (2007). Noninvasive Breast Cancer. **Essentials of SURGICAL ONCOLOGY**. Surgical Foundations. Cap 8. pag 97-109. Séries editor: Larry Kaiser, MD. USA. ISBN 0-8151-4385-0.
- OGDEN, Jane. (1999). **Psicologia da saúde**. Lisboa. Climepsi. Manuais Universitários: 11. ISBN: 972-8449-16-X.
- OGDEN, Joy. (2004). **Compreender o cancro da mama**. 1ª Edição. Lisboa. Novembro. Climepsi. ISBN 972-796-134-7
- OLIVEIRA, Irene (2004). **Vivências da Mulher Mastectomizada: Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo**. Fevereiro. ADI. ESEnfIC. ISBN: 972-99144-0-0.
- OMNE-PONTÉN, M.; HOLMBERG, L.; SJODÉN, P. O.; BERGSTROM, R.. (1995). The Married Couple's Assessment of the Experience of Early Breast Cancer – A Longitudinal Interview Study. **Psycho-oncology**, Vol. 4: Pag 183-190.
- ORDEM dos ENFERMEIROS (2001). DIVULGAR: **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda.
- OTTO, Shirley. (2000). **“Enfermagem em Oncologia”**. 3ª Edição. Lusociência. ISBN: 972-8383-12-6.

- PATRÃO, Ivone. LEAL, Isabel. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 5 (1). Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa da Psicologia da Saúde. Pag 53-73.

- PATRÍCIO, Maria Brites (1990). Fundamentos Biológicos da Radioterapia. **Revista de Oncologia do IPOFG de Lisboa**. Julho-Dezembro. Órgão de Informação Oficial da Sociedade Portuguesa de Oncologia. Patrocínio da LPCC. ISSN 0871-5718.

- PEREIRA, Graça; LOPES, Cristiana. (2002). **O doente oncológico e a sua Família**. Climepsi Editores. 1ª Edição, Lisboa, Setembro. ISBN 972-796-064-2

- PEREIRA, Moura (2006). Biopsia excisional estereotáxica da mama com cânula Site-Select (*ABBI*). **Info**. Instituto Português de Oncologia de Coimbra. Revista Quadrimestral. Nº 9. Novembro. Pag 9 e 10.

- QUIVY, R. et al. (1998) **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa. Gradiva.

- RAMINHOS, João A. (2003). Impacto do Diagnóstico de Doença Oncológica no Indivíduo. **Enfermagem Oncológica**. Nº 26 e 27. Abril/Junho.

- RAMINHOS, João A. (2004). Mitos e Representações Sociais ligadas à Doença Oncológica. **Enfermagem Oncológica**. Out/Janeiro. Nº 28 e 29. Pág 22-25.

- RAY, Michael E.; SABEL, Michael S. (2007). Principles of Radiation Therapy. **Essentials of SURGICAL ONCOLOGY**. Surgical Foundations. Cap 6. Pag 65-79. Séries editor: Larry Kaiser, MD. USA. ISBN 0-8151-4385-0

- RAZAVI, Darius; DELVAUX, Nicole e colaboradores. (2002). **Psycho-oncologie: Le cancer, le malade et sa famille**. 2ª édition. Masson, Paris. ISBN: 2-294-00471-X e ISSN: 0398-6756.

- REDD, William. JACOBSEN, Paul. (1988). Emotions and Cancer: New Perspectives on an Old Question. **Supplement to Cancer: A Journal of the American Cancer Society**. October 15. Vol 62. Number 8. Pag 1871- 1879. ISSN: 0008-543X. Cancar.

- REGATEIRO, Fernando J., et al. (2004). – **Enfermagem Oncológica**. 1ª Edição. Coimbra, ISBN: 972-8485-41-7.

- **REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL** – Região Centro. (2001). Portaria Nº. 35/88, de 16 de Janeiro.

- RIBEIRO, José (1999). **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 1ª Edição. Lisboa, Maio. Climepsi Editores. Manuais Universitários. ISBN 972-8449-44-5.
- RIBEIRO, José (2005). **Introdução à Psicologia da Saúde**. 1ª Edição, Março. Coleção Psicologias. Série psicologia e saúde. ISBN 989-558-045-2
- RIBEIRO, José; SANTOS, Carla. (2001). Estudo conservador de adaptação do WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE a uma amostra e contexto portugueses. **Análise Psicológica**. 4 (XIX). Pag: 491-592.
- ROCHA, Ana P. (1997). Reabilitação Psicossocial em Oncologia. **Boletim do Hospital do Pulido Valente**. Ano x; Vol x; Nº 3; Julho-Set. Pag 159-167.
- ROCHA, Sara Duarte. (2007). **O Coping e o Ajustamento Psicossocial nos Doentes Onco-Hematológicos**. Projecto Sócio-Profissional e Memória Final II. Licenciatura em Psicologia. Instituto Piaget de Viseu.
- ROSENTHAL, Susan., CARIGNAN, Joanne R., SMITH, Brian D. (1995). Câncer de mama. **Oncologia Prática** – cuidados com o paciente. 2ª Edição. Editora Revinter Lda. Pag 111-128. ISBN: 85-7309-050-2.
- ROWLAND, Júlia; MASSIE, Jane.(1998). Breast Cancer. **Psycho-oncology**. Cap 32. Pag 380-396. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- SABEL, Michel S.; SONDAK, Vernon K; SUSSMAN, Jeffrey J. (2007) **Essentials of SURGICAL ONCOLOGY**. Surgical Foundations. Séries editor: Larry Kaiser, MD. USA. ISBN 0-8151-4385-0
- SABEL, Michel S. (2007). Principles of Surgical Therapy. **Essentials of SURGICAL ONCOLOGY**. Surgical Foundations. Cap 4. Pag 39-52. Séries editor: Larry Kaiser, MD. USA. ISBN 0-8151-4385-0.
- SABOGA NUNES, Luís Ângelo (1999). **O sentido da coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida**. Vol 1. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- SANTOS, Graça; ABRANTES, Paulo. (1996). Sexualidade e Doença. **Psiquiatria Clínica**, 17 (3). Pag 189-208.
- SANTOS, C., RIBEIRO, J. (2000). Contribuição para o estudo da escala - Ways of Coping de Lazarus. **Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Organizado por J. Ribeiro, I. Leal e M. Dias. Lisboa: ISPA.

- SANTOS, Luísa R.; RIBEIRO, J. Pais; GUIMARÃES, Laura. (2003). Estudo de uma Escala de Crenças e de Estratégias de Coping através do Lazer. **Análise Psicológica**. 4 (XXI). Pag 441-451.
- SANTOS, Célia S. (2006). **DOENÇA ONCOLÓGICA – Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de vida no Doente e Família**. Formasau, em parceria com ESESJ. Dezembro. Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-8485-77-8
- SANTOS, Zulmira. (2006). Intervenções psicoterapêuticas no doente com cancro. **Psiquiatria Clínica: Psico-Oncologia**. Vol 27, nº 1. Jan-Mar.
- SCHILDBERGER, Renata. (1993). **Estudo Exploratório da Qualidade de Vida em Sujeitos com Espondilite Anquilosante**. Monografia de fim de Curso apresentada na Área de Psicologia Clínica. ISPA.
- SCHILDBERGER, Renata. TEIXEIRA, José A. Carvalho.(1994). Qualidade de Vida em Sujeitos com Espondilite Anquilosante (Estudo Exploratório). **Análise Psicológica**. Vol XII: 1-4. Nº 1 – Jan/Mar. ISPA. ISSN: 08708231.
- SCHILDER, Paul et al (2004) Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder. Contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 10 - N° 68 – Enero. Consultado em 8 de Abril de 2008 através de <http://www.efdeportes.com/efd68/schilder.htm>.
- SCHWARTSMANN, Gilberto e colaboradores. (1991). **Oncologia Clínica: princípios e prática**. Artes Médicas. Porto Alegre.
- SCHOVER, Leslie. (1998). Sexual Dysfunction. **Psycho-oncology**. Cap 42. Pag 494-499. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- SELICK, Scott; CROOKS, Dauna. (1999). Depression and Cancer: An Appraisal of the Literature for Prevalence, Detection, and Practice Guideline Development for Psychological Interventions. **Psycho-Oncology**, 8. Pag. 315-333.
- SHAUGHNESSY, Elizabeth A. (2007). Invasive Breast Cancer. **Essentials of SURGICAL ONCOLOGY**. Surgical Foundations. Cap 9. Pag 111-135. Séries editor: Larry Kaiser, MD. USA. ISBN 0-8151-4385-0.

- SIMÕES, Carlos. (2002). Da privação sócio-económica à falência dos conceitos de suporte social e desenvolvimento: Reflexões para uma praxis interventiva. **Análise Psicológica**. 3 (XX). Pag 291-295.
- SOARES, Jorge M. O. (2005). Cancro da mama: Realidades e promessas em 2004-Opinião. **Oncology TODAY**. Volume 4.
- SOARES, M^a Alexandra *et al* (2000). Ajustamento Emocional, Afectividade e Estratégias de Coping na Doença do Foro Oncológico. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 1 (1). Pag 19-25
- SORENSEN e LUCKMANN. (1998). **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Terceira Edição em Inglês (BOLANDER, Verolyn Barnes. Primeira Edição em Português. Tradutores: LEAL, Maria Teresa et al. Lusodidacta. Lisboa. ISBN 972-96610-6-5.
- SPENCER, Stacie; CARVER, Charles; PRICE, Alicia. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. **Psycho-Oncology**. Cap 19. Pag 211-219. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.
- STANTON, Annette; REVENSON, Tracey; TENNEN,Howard. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. **Annual Review of Psychology**. Nº 58; Pag 565-592. Downloaded from arjournals.annualreviews.org. by b-on: Biblioteca do Conhecimento Online on 04/03/07.
- SWINDOLL, Charles (2001). **Nunca é tarde para um novo começo**. 1^a Edição. Abril. Editora Atos Ltda.
- THOMAS, Sally; MARKS, David. (1995). The Measurement of Coping in Breast Cancer Patients. **Psycho-oncology**. Vol 4: pag 231-237.
- VICENTE, Sandra; MARQUES, Reis. (2003). Resposta Psicológica no Carcinoma da Mama. **Psiquiatria Clínica**. Nº 24 (1), pp. 27-34.
- VOS, Petra *et al* (2004). Early Stage Breast Cancer: Explaining Level of Psychosocial Adjustment Using Structural Equation Modeling. **Journal of Behavioral Medicine**. Vol 27. Nº 6. December. Pag 557-580.
- WATSON, Maggie; GREER, Steven. (1998). Personality and Coping. **Psycho-oncology**. Cap 9. Pag 91-98. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.

- WINOGRAD Monah (2004). **Entre o corpo e o psiquismo: a noção de concomitância dependente em Freud.** [Revista Psychê](#), ano VIII, n.14. Consulta realizada no dia 31 de Agosto 2007 através de

http://br.geocities.com/materia_pensante/concomitancia_dependente.html.

- WILHELMSEN, I. *et al* (1994). Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR) in a Norwegian material of patients with functional dyspepsia, duodenal ulcer, and urinary bladder dysfunction. Clinical validation of the instrument. **Scandinavian journal of gastroenterology** (Scand J Gastroenterol). Jul; 29 (7): 611-617. ISSN: 0036-5521. Pesquisa efectuada em 8 de Fevereiro de 2007 através de:

Medline results: <http://firstsearch.oclc.org/WebZ/FSPage?pagename=record=print:enti>

- ZABORA, James (1998). Screening Procedures for Psychosocial Distress. **Psycho-oncology**. Cap 57. Pag 653-675. HOLLAND, Jimmie C. e colaboradores. New York. Oxford University Press. ISBN 0-19-510614-8.