

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



IMPACTO DO CANCRO DA MAMA: MUDANÇAS EM DIFERENTES
FASES DO CICLO DE VIDA DA MULHER

Nuno Gonçalo Trincadeiro Filipe Tomás

12406

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de

Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**IMPACTO DO CANCRO DA MAMA: MUDANÇAS EM DIFERENTES
FASES DO CICLO DE VIDA DA MULHER**

Nuno Gonçalo Trincadeiro Filipe Tomás

Dissertação orientada por Professor Doutor António Carvalho Teixeira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sobre a orientação de Professor Doutor António Carvalho Teixeira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/ 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que, apesar de um ano muito difícil, sempre estiveram comigo, como sempre!

Ao meu irmão, que mesmo estando longe continua bem perto, pela forma positiva como me fez encarar esta aprendizagem.

Ao Professor Dr. António Carvalho Teixeira, pela excelente orientação, disponibilidade e sensibilidade nos meus momentos mais difíceis.

À minha namorada Diana, porque fomos parceiros nesta luta. Muito lhe devo por ter chegado até aqui.

Ao Dr. Rui Ribeiro por se ter lembrado, pelo apoio e preciosa disponibilidade.

À Dra. Lúcia pela forma simpática e acolhedora com que me recebeu.

À Dra. Ana Rita Vicente por toda a amabilidade e disponibilidade.

A todas as minhas colegas de turma, em especial à Rita e à Marlene, pela partilha de conhecimentos.

A todo o meu núcleo maravilhoso de amigos que sempre me ajudaram e apoiaram. Obrigado por todas as gargalhadas e momentos de boa disposição!

Por fim, a todas as senhoras que aceitaram participar neste estudo.

RESUMO

Neste trabalho tivemos como objectivo estudar as experiências de mudança em mulheres com cancro da mama em diferentes fases do ciclo de vida individual e familiar. Para isso utilizámos a Análise Interpretativa Fenomenológica de J. Smith (IPA). A nossa amostra foi constituída por 10 sujeitos, 5 mulheres com cancro da mama na fase adulta do ciclo de vida individual e, respectivamente, no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar e 5 mulheres com cancro da mama na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e, respectivamente, no sétimo estágio do ciclo de vida familiar. Os resultados obtidos permitiram-nos verificar que: as mulheres mais novas com cancro de mama experimentam maiores mudanças do que mulheres mais velhas com cancro de mama. Estas mudanças são, não só sentidas a nível do *self*, como também a nível de toda a sua estrutura familiar. No entanto, podemos também concluir que existe uma melhor adaptação psicológica por parte das mulheres mais novas. Uma boa base de fundamentação para esta premissa é o facto de estas conseguirem fazerem uma reavaliação positiva de uma experiência que, ainda assim, consideram negativa.

Palavras-chave: Cancro da mama; Ciclo de vida familiar; Ciclo de vida individual; Experiência de mudança;

ABSTRACT

In this work we aim to study the experiences of change in women with breast cancer at different stages of individual and family life cycle. For this used the Interpretative Phenomenological Analysis from J. Smith (IPA). Our sample consisted of 10 subjects, 5 women with breast cancer in the adult phase of life individually and respectively in the fourth and fifth stage of the family life cycle and 5 women with breast cancer in post-menopausal women of individual life cycle and, respectively, in the seventh stage of the family life cycle. The results enabled us to verify that younger women with breast cancer, experience more changes than older women with breast cancer. These changes are not only experienced in their own *self*, but also in the their whole family structure. However, we can also conclude that there is a better psychological adjustment for women younger. The main base that supports this premise is that they can make positive revaluation of an experience that still is considered negative.

Key words: Breast cancer; Family life cycle, Individual life cycle; Experience of change;

ÍNDICE

I - PROBLEMA

1- Objecto de estudo	2
2- Objectivos e questões a investigar	3
3- Importância do estudo	4

II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1- Introdução	5
1.1- O que é o cancro da mama?	5
1.2- Factores de risco da cancro da mama	7
2 – Adaptação psicológica ao cancro da mama	9
2.1 – Investigação Quantitativa	14
2.2 – Investigação Qualitativa	20
3 - Experiências de mudança em mulheres com cancro da mama	26
3.1 - O cancro e a imagem do corpo: Experiências de mudança em mulheres em diferentes fases do ciclo de vida individual	29
3.2 - O cancro na dinâmica familiar: Experiências de mudança em mulheres em diferentes fases do ciclo de vida familiar	32

III - METODOLOGIA

1- Tipo de estudo	46
2- Selecção e caracterização da amostra	46
3- Instrumento	46
4- Técnica de recolha de dados	48

IV – ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
-----------------------------------	----

V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	76
-----------------------------------	----

VI – CONCLUSÃO	82
----------------------	----

VII - REFERÊNCIAS	85
-------------------------	----

VIII – ANEXOS	89
---------------------	----

I – PROBLEMA

1. Objecto de estudo

Este estudo propõe-se a investigar as experiências de mudança em mulheres com cancro da mama em diferentes fases do ciclo de vida individual e familiar.

No decorrer de algumas pesquisas efectuadas na área da oncologia, a área do cancro da mama foi a que me pareceu mais indicada para realizar este trabalho numa linha de investigação qualitativa, na medida em que se trata de um problema com bastante incidência nas mulheres, e que comporta, de certa forma, mudanças na vida das mesmas, tanto ao nível do papel que desempenham na família bem como ao nível dos aspectos intrínsecos e subjectivos, que poderão diferir consoante a fase do ciclo de vida familiar e individual em que se encontram.

Existem alguns estudos de carácter qualitativo, realizados dentro desta temática, que se enquadram nesta linha de objecto de estudo, mas não respondem precisamente ao problema a que este trabalho se propõe, assim como nenhum destes foi efectuado para a população de mulheres em Portugal. O objecto deste estudo consiste na investigação qualitativa de mudanças associadas do cancro da mama na vida de mulheres em diferentes fases do ciclo de vida familiar e individual, mais especificamente, na fase adulta do ciclo de vida individual e, respectivamente, no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar e na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e, respectivamente, no sétimo estágio do ciclo de vida familiar. Desta forma, torna-se então necessária a comparação das experiências de mudança associadas à doença em fases do ciclo de vida marcadamente distintas, para que se consiga compreender experiências de mudança distintas. Posto isto, este estudo revela-se pertinente por apresentar uma proposta metodológica qualitativa, sendo que, actualmente, existem poucos estudos dentro desta linha de metodologia que abordam, precisamente, os conteúdos que este trabalho irá estudar. Os conceitos chave neste trabalho são: cancro da mama, ciclo de vida familiar (o ciclo de vida familiar define as etapas pelas quais a família passa durante a sua evolução, assim como as tarefas que devem ser cumpridas pelo agregado no decorrer destas (Caeiro, 1991)), ciclo de vida individual (o ciclo de vida individual traduz-se na evolução e maturação biológica do ser humano), experiências de mudança (todas as mudanças vividas, quer a nível individual quer a nível social, consequentes do cancro da mama).

2. Objectivos e questões a investigar

Com este estudo pretende-se saber, não só, se as experiências de mudança em mulheres com cancro da mama são ou não diferentes consoante a fase do ciclo de vida individual e familiar em que se encontram, como também, o impacto que a doença pode exercer na mulher; mais especificamente, o que pode mudar na vida duma mulher – tanto ao nível do papel que desempenha na família, assim como todos os aspectos subjectivos que constituem a sua individualidade – que se encontre na fase adulta do ciclo de vida individual e no quarto e quinto estádio do ciclo de vida familiar, bem como o que pode mudar na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estádio do ciclo de vida familiar. Dever-se-á estudar, então, mulheres em fases vincadamente distintas do ciclo de vida familiar e individual. Assim, aquilo que se pretende compreender é como a situação actual em que a mulher se encontra, em termos da fase do ciclo de vida individual e familiar, se relaciona com as experiências de mudança envolvidas no cancro da mama.

Esta investigação permitir-nos-á perceber que, para além da própria doença e as respectivas implicações biológicas, outros factores condicionantes de índole psicológica poderão estar associadas, e, desta forma, incitar à intervenção que vise, também, um apoio psicológico e não aquela que esteja apenas direccionada ao carácter biológico do cancro da mama.

Os objectivos anteriormente mencionados conduzem às seguintes questões a investigar:

- Como é que são as experiências de mudança em mulheres com cancro da mama que se encontram na fase adulta do ciclo de vida individual e no quarto e quinto estádio do ciclo de vida familiar?
- Como é que são as experiências de mudança em mulheres com cancro da mama que se encontram na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estádio do ciclo de vida familiar?
- Que semelhanças existem nas experiências de mudança em mulheres com cancro da mama na fase adulta do ciclo de vida individual e no quarto e quinto estádio do ciclo de vida familiar quando comparadas com mulheres na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estádio do ciclo de vida familiar?

- Que diferenças existem nas experiências de mudança em mulheres com cancro da mama fase adulta do ciclo de vida individual e no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar quando comparadas com mulheres na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estágio do ciclo de vida familiar?

4. Importância do estudo

Este estudo destina-se a contribuir com uma abordagem qualitativa desta problemática que, até agora, pouco se terá feito neste sentido. Podemos, neste momento, contar com estudos numa linha de investigação quantitativa que, apesar de cobrirem muitos aspectos desta doença e alguns factores que lhes estão inerentes, não se centram, nem o poderiam fazer, na experiência individual do cancro da mama bem como o seu carácter subjectivo dessa experiência. Ora, o estudo destes aspectos deverá ser absolutamente determinante para a compreensão da dinâmica do indivíduo com cancro da mama e de todo o meio que o influencia e é influenciado por este.

É importante, também, direccionar a relevância deste projecto para questões relacionadas com a intervenção. Neste sentido podemos afirmar que, este tipo de trabalho poderá fornecer dados que sejam úteis à intervenção do psicólogo clínico na saúde numa perspectiva compreensiva. Assim, a exploração planeada do discurso dos indivíduos com cancro da mama permitirá ao psicólogo adquirir toda uma perspectiva subjectiva dos mesmos e, desta forma, organizar uma intervenção que leve em linha de conta o carácter individual destas experiências.

II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1- Introdução

Este estudo propõe-se a realizar uma abordagem qualitativa dentro de uma perspectiva fenomenológica na área da psico-oncologia, mais precisamente no domínio do cancro da mama.

A fenomenologia vê-se como uma ciência das essências que se baseia principalmente na intuição. Contrariamente aos métodos onde prevalecem as conceitualizações, este é um método onde se dá principal importância às descrições, acentuando a superioridade do vivido, do subjectivo, sobre as construções conceptuais (Ribeiro, 2007).

Trata-se, então, de um apelo à descrição de fenómenos tal como se apresentam à consciência, bem como à sua compreensão e interpretação.

Seria importante começar por justificar o porquê da metodologia qualitativa que muito surge em contraposição à metodologia quantitativa. Elas constituem técnicas diferentes, como no entanto são diferentes, também, diferentes técnicas quantitativas entre si ou diferentes técnicas qualitativas (Ribeiro, 2007). As técnicas qualitativas permitem que o investigador estude um assunto em profundidade e detalhe (Patton cit. Ribeiro, 2007). A abordagem do trabalho de campo sem estar constringido por categorias predeterminadas contribui para o aprofundamento, abertura, e detalhe da inquirição qualitativa (Ribeiro, 2007). Por outro lado, as técnicas quantitativas, dado às limitações das respostas das pessoas, não permitem o relato de vivências subjectivas nem tão pouco o expressar das suas perspectivas. Assim, torna-se necessário aprofundar toda a problemática do cancro da mama numa perspectiva centrada na subjectividade e experiências de mudança geradas pela própria doença.

1.1- O que é o cancro da mama?

O cancro é definido como um crescimento incontrolável de células anormais que produzem tumores. Todos os cancros se desenvolvem a partir de células que perdem o controlo e todos começam da mesma maneira, nos blocos básicos de construção da vida do corpo – a célula. Assim, uma falha do sistema relativamente a este controlo permite que, células anormais se multipliquem e se dividam até formarem um nódulo. A este nódulo de

tecido extra chama-se tumor (Ogden, 2004). Existem dois tipos de tumores: tumores benignos, que não se espalham pelo corpo, e tumores malignos que apresentam metástases, que se definem pelo processo de separação de células do tumor e deslocação para outro local (Ogden, 1999).

O cancro da mama não é uma doença única, mas várias. Pode ser descoberto numa fase pré-cancerosa, como cancro que ainda não se espalhou, ou depois de se ter espalhado a outros órgãos. Pode crescer a várias velocidades, podendo crescer muito depressa ou até muito devagar.

Sabe-se que, os tumores da mama são comuns em mulheres de todas as idades, mas, no caso das mulheres mais novas, estes, na sua generalidade, são não malignos. A constituição de uma mama é, maioritariamente, gordura e tecido mamário, também é composta por nervos, veias, artérias e tecido conjuntivo que realiza função de suporte. O principal músculo da mama situa-se atrás desta e à frente das costelas da caixa torácica (Ogden, 2004). A mama é constituída por vinte lóbulos e também por ductos. Os lóbulos produzem leite e os ductos, que são tubos finos, transportam o leite dos lóbulos para as aberturas do mamilo, durante o processo de amamentação.

Na puberdade, desenvolvem-se algumas quantidades de tecido fibroso e glóbulos de gordura à volta dos lóbulos e dos ductos da mama. Esta, é também constituída por vasos que transportam sangue e linfa.

Os tumores benignos ou malignos podem desenvolver-se em qualquer dos tecidos que constituem a mama, a saber, a pele, glândula, ducto, gordura, nervo, músculo, vasos sanguíneos ou tecido fibroso.

Existem dois tipos principais de cancro da mama: não invasivos ou *in situ* e invasivos. O carcinoma ductal *in situ* é não invasivo e é cada vez mais comum uma vez que é detectado nas mamografias numa fase mais precoce. Neste tipo de cancro há células nos ductos lactíferos da mama que começaram a crescer e a dividir-se anormalmente tornando-se células cancerosas. Nesta fase, estas ainda não romperam os canais nem desenvolveram a capacidade de se espalhar para o resto da mama ou do corpo. A remoção nesta altura, poderá significar uma probabilidade muito alta de cura e de não haver reincidências. O carcinoma lobular *in situ* indica-nos a existência de células anormais no revestimento da glândula mamária. Existe, nesta altura, apesar de ainda não ser considerado cancro da mama, um risco de vir a contrai-lo futuramente sendo mais comum em mulheres pré-menopáusicas. O tipo de cancro da mama mais comum é o carcinoma ductal que é invasivo. Tem início nos ductos lactíferos da mama mas, ao contrário do carcinoma ductal *in situ*, este desenvolve a capacidade de se espalhar

para outras partes do corpo. Isto é devido ao facto de as células cancerosas invadirem os vasos linfáticos ou sanguíneos da mama onde, posteriormente, são transportados para o resto do corpo formando, assim, os tumores. Outro tipo de cancro invasivo é o carcinoma lobular que começa nos lóbulos onde é produzido o leite. Este aparenta ser de difícil diagnóstico devido ao facto de, muitas vezes, não apresentar um carótipo definido. O cancro inflamatório da mama é um tipo raro de cancro da mama e surge quando se dá um bloqueio dos canais linfáticos que provocam a inflamação dos mesmos. Um outro tipo de cancro da mama invasivo raro dá pelo nome de doença de Paget. É de difícil diagnóstico uma vez que os sintomas surgem nos mamilos e são bastante similares aos de uma infecção ou inflamação (Ogden, 2004).

1.2- Factores de risco do cancro da mama

Não se conhecem ao certo quais os factores que podem causar o cancro da mama. No entanto, existem estudos que nos indicam alguns factores de risco. Algumas investigações indicam-nos que a *idade* é o factor que maior risco constitui de se contrair a doença – quase metade dos casos de cancro da mama são em mulheres entre os 50 e os 64 anos de idade e 30% acima dos 70. Podem também considerar-se outros factores que se prendem com a *exposição prolongada ao estrogénio* como é o caso do início precoce da menstruação, idade tardia do primeiro parto e o início tardio da menopausa.

Ainda existe outro factor, ainda que constitua uma probabilidade mais reduzida, que se relaciona com o factor de *história familiar da doença*. Neste caso, fala-se de um gene defeituoso que poderá vir a ser herdado. As recentes descobertas sobre o ADN humano e a constante cobertura mediática produziram um aumento de ansiedade quanto às perturbações herdadas e a consequente procura de aconselhamento genético. Muitas mulheres acreditam que se encontram em grande risco, caso as mães tenham morrido de cancro da mama. Para a maioria, isto constitui uma crença errada, porque, embora a história familiar de cancro da mama represente, nalguns casos, um maior risco de a mulher desenvolver cancro da mama, não é assim para a maioria uma vez que, na maior parte dos casos, isso apenas irá acontecer quando terão mais de 50 anos. Crê-se, na verdade, que os genes anormais explicam apenas entre cinco a dez de cada cem casos de cancro da mama. A maior parte dos genes implicados nesta doença representam supressores de tumores que mudaram, ou mutaram, de tal forma que perderam a sua capacidade de suprimir o crescimento celular. Mutações genéticas herdadas deixam as células livres para crescerem de modo incontrolado, desenvolvendo-se,

então, o tumor. No entanto, embora o gene mutado coloque a mulher em maior risco, não é, necessariamente, forçoso que ele dê origem ao cancro. Não se conhece, hoje em dia, o que desencadeia, precisamente, o cancro da mama nestes casos, se é a uma interacção com outros genes ou algum factor proveniente do meio ambiente. É importante salientar que, se apenas um dos progenitores possuir o gene defeituoso referente ao cancro da mama, apenas metade dos filhos terá a possibilidade de o herdar.

Parece existir, segundo alguns estudos efectuados, diferentes factores relativamente à incidência do cancro da mama consoante a etnicidade. No entanto, embora se saiba que alguns cancros são mais comuns nalguns grupos étnicos, nos dias que correm e com a quantidade de estudos, não se consegue ainda determinar ao certo a influência de todas as diferentes variáveis para se determinar se o factor mais significativo é genético ou ambiental. O cancro da mama é mais comum nas mulheres ocidentais: na Europa, América do Norte, Austrália e Nova Zelândia, e a sua incidência nessas áreas aumentou ao longo do século XX. No entanto, isto também nos indica que não está confinado às mulheres brancas dos países ocidentais. No caso das mulheres asiáticas têm uma incidência muito mais baixa quando estas vivem no seu meio tradicional, mas sabe-se que quando mudam para um país ocidental, ou adoptam o seu estilo de vida, também adquirem a incidência mais alta de cancro da mama das mulheres ocidentais.

A *história prévia de cancro da mama*, ou seja, mulheres que já contraíram o cancro da mama, têm um risco mais elevado de o voltar a ter no mesmo seio, ou até mesmo num outro seio. Em alguns casos, a doença benigna previamente diagnosticada, pode constituir, também, um factor potenciador de, no futuro, contrair o cancro da mama, o que é, na maioria dos casos, aconselhável, uma monitorização mais ou menos regular da doença. Sabe-se, também, que as mulheres cujos seios foram sujeitos a terapia por radiação antes dos 30 anos, possuem maior risco de virem a ter cancro da mama.

Alguns estudos parecem indicar outros factores relacionados com substâncias, nomeadamente o uso ou exposição a estas.

A terapia hormonal de substituição (THS) tem vindo a ser utilizada, nos últimos 10 anos, pelas mulheres com idades entre os 50 e os 60 com o objectivo de aliviar os sintomas da menopausa. No entanto, agora, sabe-se que esta terapia poderá constituir um factor de risco elevado na contracção do cancro da mama. A terapia hormonal de substituição combinada (THS) é constituída por estrogénios e progesterona e, de acordo com estudo recentes, as mulheres submetidas a este tipo de tratamento por mais de 5 anos poderiam vir a aumentar o risco de contracção do cancro da mama para o dobro. Com isto, convencionou-se que a

utilização da terapia hormonal de substituição (THS) só de estrogénios acarreta um risco muito mais baixo de contracção da doença.

O uso da pílula de controlo da natalidade representa um aumento do risco, ainda que muito reduzido, de contrair a doença. No entanto sabe-se que isto se verificava mais nas pílulas mais antigas, dado que possuíam uma quantidade mais elevada de estrogénio e progesterona. O consumo de álcool é considerado, também, um factor de risco, sendo que, parece existir uma relação directamente proporcional ao consumo e ao aumento do risco de contrair a doença independentemente do tipo de bebida. Há quem sugira que uma dieta rica em gordura poderá ajudar a aumentar o risco de contrair o cancro da mama, assim como, uma exposição excessiva a certos tipos de pesticidas.

Existem, depois, certas suspeitas, sem provas concretas, que o stress e ansiedade poderão ser, juntamente com outros, factores que potenciam o aparecimento da doença, assim como o tratamento da infertilidade por fertilização *in vitro*.

Factores de risco relacionados com o estilo de vida são um ponto importante quando se fala também na possibilidade de recidiva. Estes factores que podem, teoricamente, exercer um impacto relativamente à recidiva são aqueles que consistentemente ou inconsistentemente estão relacionados com o risco elevado de contracção da doença pela primeira vez. Estes podem ser, por exemplo, a obesidade e a terapia hormonal de substituição. Apesar de existir uma aparente relação entre estes factores de risco em alturas diferentes, quer seja na contracção da doença quer seja na recidiva, não há confirmação com base em investigações que possam prová-lo (Norman et al., 2007).

Mesmo com todas estas teorias e estudos relacionados com os factores de risco, não existe forma de se prever o aparecimento do cancro da mama com precisão. Muitas mulheres contraem esta doença, apesar de não possuírem nenhum factor de risco e outras que os possuem chegam a nunca contrai-la (Ogden, 2004).

2- Adaptação psicológica ao cancro da mama

Sabe-se, desde há algum tempo, que o impacto do cancro da mama não incide somente no carácter físico ou biológico da doença. A vivência do cancro da mama envolve um conjunto de stressores (Varela & Leal, 2004).

Desde o primeiro momento em que existe contacto com a doença, o diagnóstico, até aos processos seguintes, a saber, tratamento, recuperação e sobrevivência a longo-prazo, que

representam uma série de desafios que contribuem para a morbidade psicológica. Desta forma, e de maneira geral, a primeira reacção à notícia de que se tem um cancro é muitas vezes a descrença. E, logo a seguir, a pergunta feita em voz alta ou num grito surdo mas que se repete na cabeça: “Vou morrer?”. Para uma mulher que recebe um diagnóstico de cancro da mama a pergunta que se segue costuma ser: “Vou ter de perder o seio?” (Ogden, 2004).

Apesar de a maioria das mulheres não morrer de cancro da mama nem perder os seios, a resposta da mulher a este acontecimento envolve um medo intenso, sentimento de incapacidade de poder ser ajudada ou horror. Ora isto advém, também, do facto de uma mulher que se sente perfeitamente bem realizando os exames de rotina, ser de repente confrontada com o facto de ter uma doença que, não só ameaça a sua vida, como também introduz a possibilidade de mutilação do seio que está tão intimamente ligado à sua imagem corporal bem como à sua sexualidade.

Muitos dos efeitos psicológicos do cancro da mama podem ser percebidos em termos de reacção à perda, ou ameaça de perda no futuro. No entanto, em alguns casos, importa referir que o impacto psicológico causado pela doença se pode dar a outro nível. Pode, por exemplo, despoletar um sentimento de novas oportunidades e de mudanças construtivas.

A perda de força física e de bem-estar está patente, como consequência dos tratamentos, mesmo em fases primárias da doença, pela paciente que mantinha, precisamente, um certo grau de actividades físicas, como por exemplo, desporto. Dão-se, então, profundas alterações no estilo de vida destas mulheres. Em estados mais avançados da doença este de cansaço e esta fadiga podem ser mesmo, para algumas mulheres, sentidos como esmagadores. Ora isto acarreta, muitas das vezes, um sentimento que lhe está directamente associado de perda de independência que leva, na sua generalidade, a uma frustração pela sua inactividade física forçada pela doença.

Sabe-se que também é possível certas pacientes experimentarem sentimentos de preocupação e culpa, pelo facto de se considerarem um fardo para os seus familiares mesmo sabendo que estes cuidam de si com toda a disponibilidade e vontade.

A perda de certos papéis e tarefas que desempenhavam anteriormente pode levar a sentimentos de aborrecimento, podendo até ser possível a manifestação de divergências para com a pessoa que agora se encarrega de tudo aquilo que não lhe é possível realizar.

É descrito por uma boa parte das pacientes que este impedimento de realizar as suas tarefas é, talvez, um dos piores aspectos consequentes da doença e do próprio tratamento.

No entanto, torna-se importante mencionar que nem sempre isto é sentido desta forma ou nem sempre esta questão perdura durante a evolução da doença. Muitas mulheres encaram

de forma diferente estes sentimentos de perda de forma a que, por vezes, procuram oportunidades de explorar novas actividades, actividades estas que, geralmente se enquadram numa nova perspectiva que apela ao domínio da criatividade.

Das relações interpessoais pouco se pode inferir na medida em que existem casos em que estas se perdem e existem casos onde estas se ganham ou se aprofundam. Sabe-se sim, que pode dar-se a possibilidade de surgir problemas a este nível, mesmo até dentro da própria família.

Embora o cancro seja experienciado de forma diferente por cada indivíduo, este requer que a pessoa doente direcione a sua actividade cognitiva para a preservação da integridade física e psicológica. Desta forma, diferentes variáveis, como por exemplo a personalidade e a reactividade afectiva que diferem em cada indivíduo, irão influenciar a forma como este irá dar resposta à realidade de possuir a doença.

Então como é que as mulheres lidam com o cancro da mama? Dever-se-à considerar um conjunto de crises. Primeiro existe o choque do diagnóstico a respectiva adaptação; depois o tratamento que pode ser constituído por vários processos ou tratamentos: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e biológica; após esta fase surge a remissão que exige outra adaptação psicológica.

Acompanhada do sentimento de choque, a mulher, segundo alguns autores, experimenta outros tipos de reacções, como é o caso da angústia aguda: sentimentos de perda, luto, raiva, ansiedade, desamparo e desespero. Segundo Barraclough (1999), aquando do diagnóstico de cancro da mama, podem surgir as seguintes reacções emocionais na mulher: choque, medo e ansiedade, tristeza e desespero, raiva, culpa ou vergonha, alívio no sentido da incerteza durante um largo período de espera relativamente ao diagnóstico, desafio, e aceitação.

A autora identifica uma série de fases que constituem o ajustamento emocional a esta nova situação sentida pela mulher. Em primeiro lugar dá-se um choque, atordoamento ou até mesmo descrença perante o diagnóstico. Existe um sentimento de que esta nova realidade é “demais para aguentar”. Este período, que se pode resumir a um período de negação, normalmente, dura apenas uns dias, podendo até, nalguns casos, nem nunca ocorrer. A fase seguinte é marcada por uma raiva e ansiedade intensas que se traduzem em discussões e protestos permanentes por parte da mulher. Este é um período que costuma prolongar-se por algumas semanas. De seguida a mulher, na sua generalidade, sente-se triste. Esta tristeza dura, também, algumas semanas e é acompanhada por um sentimento de desespero. Tudo isto começa a ser atenuado passado algumas semanas ou até mesmo meses, surgindo um novo

sentimento de aceitação da doença que leva a um ajustamento emocional progressivo. É importante salientar que este modelo nem sempre se aplica da forma descrita uma vez que a reacção emocional ao diagnóstico do cancro da mama depende na personalidade e atitudes da mulher, bem como até ao facto de como a equipa médica abordam o caso.

Ainda relativamente a este estado de tristeza, ou humor depressivo, sabe-se que pode ser despoletado como resposta a acontecimentos de vida desagradáveis e inesperados, especialmente aqueles que envolvem sentimentos de perda. A grande maioria das pacientes com cancro da mama passam por um período de notória baixa no humor após a notícia do diagnóstico, ou em reacção à progressão da doença. Ora isto não pode ser considerado mais do que um estado apropriado no processo de ajustamento ao cancro da mama, podendo até promover uma perspectiva realista relativamente à doença possibilitando, assim, uma aceitação mais satisfatória.

Considera-se, hoje em dia, que “tristeza” ou “luto” são termos mais indicados do que “depressão”. Isto deve-se ao facto de, segundo novas tendências, se tentar aceder mais propriamente aos significados que o cancro da mama tem para cada mulher, como também às experiências da doença nestas mulheres, ficando um pouco secundarizado as tentativas de rotulamento das mesmas com sintomas psicopatológicos. Assim, segundo esta linha de pensamento, o que interessa é a pessoa que está doente enquanto ser único respondendo de forma única à problemática da doença.

Todos os sentimentos anteriormente referidos implicam um sentimento de mudança que nem sempre se torna fácil, ou até mesmo possível lidar.

De forma a evitar a confrontação com as mudanças consequentes do cancro da mama, as mulheres, muitas das vezes, adoptam comportamentos para se protegerem a si próprias, onde nestes constam alguns mecanismos de defesa. Um deles, bastante comum, até, é a negação. Negando subconscientemente a gravidade do diagnóstico ou ignorando um caroço suspeito ao invés de consultar um médico. Acontece, por vezes, o facto de ser a família ou os amigos a negarem e a desvalorizarem a doença.

Não falar sobre o assunto ou até mesmo não pensar sobre a doença do cancro da mama também acontece, e a este fenómeno chama-se de recalçamento.

É também comum existir um deslocamento. Aqui, dá-se a transferência de emoções ou ideias da fonte original para um substituto mais aceitável, como é o caso do médico ou até do próprio cônjuge e dos filhos.

Um outro mecanismo de defesa utilizado é a projecção, que não é mais do que a atribuição dos sentimentos inaceitáveis a outra pessoa, como por exemplo, sentimentos de

morte como consequência da doença serem atribuídos ao médico, ou seja, a mulher pensa que este acha que ela vai morrer.

O descobrir de razões plausíveis para comportamentos que podem ser considerados como intoleravelmente perigosos pode ser uma estratégia adoptada pela mulher com cancro da mama e denomina-se por racionalização.

Certas mulheres que padecem desta doença fazem, inexplicavelmente, uma formação reactiva. Esta define-se pelo recalçamento de sentimentos inaceitáveis e expressão dos seus opostos.

Quando confrontadas com o diagnóstico, as mulheres com cancro da mama desenvolvem, por vezes, uma regressão, onde apresentam uma postura muito infantilizada e formas muito imaturas de reagir.

A procura de significado e de mestria ou controlo são também outros sentimentos que podem surgir. Existe, com alguma frequência nestes casos, uma revelação intrínseca, aquando do diagnóstico do cancro da mama, da fragilidade do nosso controlo sobre a doença. Desta forma, muitas mulheres sentem a necessidade de encontrar explicações sem qualquer base científica para o aparecimento e desenvolvimento da doença, sendo-lhes possibilitado a si próprias, assim, o conhecimento sobre o que acontecerá no futuro.

Tentam encontrar formas de controlar a doença, para evitar que volte a aparecer e ganhar uma sensação de “mestria” sobre o seu destino. Fazem-no, muitas das vezes, através de técnicas psicológicas, como por exemplo, a prática de uma atitude positiva, meditação ou auto-hipnose, ou através da modificação de comportamentos, como por exemplo, dietas alternativas, alteração da medicação e procura de informação na Internet.

Pode acontecer uma tentativa de melhorar a sua auto-estima uma vez que esta doença poderá causar impacto nestas dimensões. Há por vezes, depois de feita a operação um sentimento de euforia que pode ser explicado pelo alívio de alguma incerteza ou até de uma esperança de retorno à normalidade nas suas vidas. Mas esta euforia é, na sua generalidade, passageira, e muitas mulheres passam então por um período de incredulidade e negação seguido de ansiedade. Aqui, dá-se uma baixa na sua auto-estima na medida em que se sentem como se houvesse uma ameaça constante sobre si e assustam-se à menor alteração do corpo, não vá ela significar que o cancro voltou.

A maioria das pessoas acaba por desenvolver formas de lidar com a situação e muitas conseguem-no ao encontrar significado da sua experiência por comparação, normalmente favorável, com as de outras: as mulheres mais velhas acham que têm mais hipóteses que as mais novas, e as mais novas acham que têm mais hipóteses que as mais velhas. As que

fizeram nodulectomia agradecem por não terem feito mastectomia, enquanto as que fizeram agradecem aos céus o facto de o cancro não se ter espalhado. O importante parece ser, não a crença mas conseguir explicar a doença a contento e, por conseguinte, a adaptação a ela (Ogden, 2004).

No entanto é importante considerar que a forma como se reage ao cancro da mama não depende exclusivamente dos factores acima enunciados. Há que referir que, para além da componente psicológica anteriormente dita, também o contexto sociocultural e os próprios factores médicos são relevantes relativamente ao impacto exercido pelo cancro da mama.

Para compreendermos a forma como uma mulher reage ao cancro da mama, torna-se importante considerar o contexto, social e médico, em que o diagnóstico e o tratamento ocorrem. Fala-se então, de factores importantes neste sentido, como por exemplo, a participação activa da mulher com cancro da mama no decorrer da doença. O discutir de tratamentos a fazer, os benefícios e os malefícios, ou seja, a facilitação da comunicação com toda a equipa médica que procure promover um papel activo por parte da mulher com cancro da mama.

Todas as crenças que as pessoas têm relativamente à doença e à comunidade médica é também determinante. Assim, o grau de confiança que a mulher deposita na equipa médica é, normalmente, importante relativamente à forma como esta irá lidar com todo o processo de tratamento. Desta forma, todo o núcleo constituinte da equipa médica passa a ser como uma “segunda família”. No entanto, enquanto que alguns médicos e restantes membros da equipa aceitam esta tarefa, outros podem não se sentir confortáveis com a intimidade e cuidados esperados, particularmente aqueles relacionados com problemas psicossociais.

2.1- Investigação quantitativa

Como se sabe, o cancro da mama é um acontecimento de vida marcante, deixando em cada mulher experiências positivas e/ou negativas. Muito se tem debatido sobre as mudanças que o impacto da doença exerce na qualidade de vida destas mulheres.

Bloom, Stewart, Chang e Banks (2004), realizaram um estudo que nos dá uma perspectiva desta problemática, no sentido das diferenças da qualidade de vida sentidas por mulheres mais novas.

Os autores afirmam ter encontrado nestas mulheres um sentimento de preocupação logo após o diagnóstico e, mais tarde, 5 anos após o diagnóstico e tratamento. Com base nas

respostas destas pacientes, existem mudanças na qualidade de vida durante um período de 5 anos. Sem surpresas, os autores constataram que aquelas mulheres mais jovens que sobreviveram ao cancro da mama sem recidiva e sem a contracção de outro tipo de cancro, apresentam um bem-estar físico e mental. Com as suas experiências de cancro da mama anteriores sob controlo, a sua qualidade de vida é resultado da sua saúde física. Como factores que influenciam a qualidade de vida foram apontados, também, a manutenção da actividade profissional bem como o facto de não terem crianças menores em casa. Como resultado, não tendo que exercer certas competências neste sentido, estas mulheres possuem mais tempo para investir nas suas necessidades.

É referida, por parte das mulheres, a importância de toda uma rede de suporte, não só familiar como social, na sua qualidade de vida e também no que diz respeito aos aspectos relacionados com a sua sobrevivência.

Também Arora et al. (2006) estudaram o impacto do suporte social prestado pela família, amigos e profissionais de saúde mas desta vez na fase inicial do cancro da mama, a saber, o diagnóstico.

Estes autores sugerem que os membros da família das mulheres com cancro da mama assumem diferentes papéis no suporte prestado à mulher relativamente ao esforço de adaptação à doença. No período perto do diagnóstico, a família e a equipa de profissionais de saúde assistem a paciente com estratégias de resolução de problemas prestando informação e também suporte emocional. Também os amigos, nesta altura, desempenham um papel muito importante no sentido de prestar apoio emocional.

Com o decorrer do tempo, após o diagnóstico, ainda se verifica que tanto a família como os amigos continuam a prestar o dito suporte emocional. No entanto, toda a questão relacionada com a informação e estratégias de resolução centradas no problema, não são prestadas pela família e amigos, mas sim pelos profissionais de saúde.

Com o decorrer de todo o processo desde o diagnóstico até ao tratamento e o pós tratamento, os autores chegam à conclusão que, existem mudanças relativamente à intensidade e frequência do suporte prestado. Na fase do diagnóstico verificam-se altos níveis de apoio prestado por toda a rede de suporte social. No entanto, Arora et al. (2006) afirmam haver um decréscimo no suporte ao longo do tempo.

O impacto do cancro da mama é sentido a diferentes níveis e, também, por outros elementos que não a própria mulher.

Walsh, Manuel e Avis (2005) realizaram uma investigação acerca do impacto causado pelo cancro da mama nas relações com os seus companheiros e crianças.

Relativamente às mudanças do relacionamento entre as mulheres e os seus cônjuges, estes autores apuram quatro domínios que foram considerados como grandes causadores de mudanças.

O aumento de proximidade é referido pela maior parte das mulheres como um acontecimento marcante resultante da doença do cancro da mama. Muitas afirmam que o cancro foi como um renascer para a relação. Algumas mulheres mencionam que o nível de intimidade aumentou, bem como a actividade sexual, afirmando, até, haver uma maior aproximação comparativamente à fase anterior ao tratamento.

Uma boa parte das mulheres sentem que se deu, logo após um diagnóstico, uma baixa nos níveis de comunicação. Estas mulheres reportam que, apesar de quererem expor os seus sentimentos aos seus companheiros, denotam da parte destes uma indisponibilidade e falta de vontade para discutir assuntos relacionados com a doença.

O término da relação ou separação do casal acontece numa minoria. No entanto, há mulheres que abandonam a relação pelo facto de sentirem que não existe apoio por parte dos parceiros. Por outro lado, também existem casos onde são os homens a dar por terminada a relação logo após o diagnóstico.

Todos os aspectos relacionados com problemas na sexualidade são referidos por uma maioria das mulheres. Na origem desta questão encontra-se o facto de se darem alterações na imagem corporal destas mulheres. Os efeitos secundários do tratamento, nomeadamente, a fadiga e dores, são também considerados impedidores da actividade sexual.

Também as relações mãe-filhos sofrem alterações, sejam elas positivas ou negativas. Estes autores identificaram três domínios onde se fazem sentir estas mudanças neste relacionamento.

Mudanças nos papéis é um factor determinante e quase sempre plausível de acontecer. Algumas mulheres sentem-se frustradas por não estarem mais aptas, devido à incapacidade que a doença introduz, por não poderem realizar uma boa parte das tarefas que outrora realizaram com os seus filhos. Poucas pacientes mencionam sentir um grande alívio pelo facto de terem sido distribuídos estes papéis aos seus cônjuges. O desenvolver, por parte dos filhos, de uma relação mais próxima com os pais, no decorrer da doença, é descrito por ainda menos mulheres como sendo algo de muito positivo.

O sofrimento emocional relacionado com sentimentos de perda e luto são descritos por uma parte das mulheres com cancro da mama como sendo consequência do tempo perdido

com os seus filhos, quer seja por incapacidade devido à doença e tratamento, quer seja pela ausência que o tratamento poderá ter implicado. Já em relação às crianças, muitas destas mães notaram que estas fazem um regressão como resultado do cancro da mama. Outras afirmam ter presenciado uma preocupação considerável, por parte dos filhos, relacionada com sentimentos de medo de morte da mãe. Apesar de mais de metade das mães com cancro da mama experienciar efeitos negativos do cancro da mama nas suas relações com os seus filhos, uma boa parte afirma que o diagnóstico teve um impacto positivo. Estas mulheres dão por si a serem mais condescendentes com os seus filhos e a valorizarem mais o tempo que com estes passam.

Como foi anteriormente referido através de alguns estudos, o cancro da mama introduz preocupações de várias ordens no funcionamento familiar.

Os casais acarretam na sua relação preocupações centrais que se referem ao panorama de como será o seu futuro, segundo o estudo de Shands, Lewis e Sinsheimer (2006).

Os resultados deste estudo parecem suportar a hipótese da presença de stress e tensão na relação dos casais durante o primeiro ano após o diagnóstico de cancro da mama na mulher como principal ou central preocupação do casal.

Neste estudo, a grande maioria dos casais parece tentar arranjar estratégias para resolver esta tensão no relacionamento e procuram encontrar soluções para poderem estar juntos enquanto casal.

Apesar de certos investigadores sugerirem que o mau funcionamento da relação consequente do cancro da mama possa ser considerado como normal, dada a ameaça que a doença representa, nomeadamente o despoletar de sentimentos de medo e morte, este estudo parece vir contrariar esta posição no sentido em que os resultados parecem indicar que os casais preocupam-se, maioritariamente, em arranjar soluções para aliviar a tensão.

No entanto, numa fase posterior, e aquando de recidiva, Saremmahn et al. (2007), apontam vários problemas sentidos pelas mulheres. De acordo com o seu estudo, estas mulheres, apresentam vários sintomas, nomeadamente, falta de energia, dificuldades relacionadas com o sono, dores, preocupação, problemas na actividade e interesse sexual, sentimentos profundos de tristeza, entre outros. Sendo o sintoma mais frequente aquele relacionado com a sexualidade, os mais severo é o que se prende com uma preocupação excessiva.

Ainda referente às vivências do cancro da mama numa dimensão relacional, é de significativa relevância considerar-se que os cônjuges representam um papel absolutamente fulcral na adaptação psicológica à doença. No entanto, não basta enquadrar apenas esta perspectiva, importa também fomentar a ideia que, cada vez mais, os cônjuges são pacientes de segunda ordem neste processo adaptativo. Como comprovam Wagner, Bigatti e Storniolo (2006), os cônjuges cujas mulheres padecem de cancro da mama apresentam níveis de sofrimento semelhantes aos das mulheres. Da mesma forma, a fadiga e uma baixa significativa na saúde também se verifica nestes cônjuges.

Constatado pelos sujeitos da amostra neste estudo, o cuidar da mulher com cancro é uma tarefa árdua e pode ser mesmo considerada um fardo. Este fardo é constituído por dois constructos. O primeiro é referente à própria severidade doença e o respectivo tratamento, nomeadamente, o tempo desde o diagnóstico, a etapa da doença, e o tipo de tratamento. O segundo prende-se com questões relacionadas com a ajuda prestada nas actividades do quotidiano que outrora eram desempenhadas pelas mulheres. No entanto, os resultados deste estudo parecem indicar que não existe qualquer relação entre os aspectos da doença e a qualidade de vida dos cônjuges. A conclusão a que estes autores chegaram é que a qualidade de vida dos parceiros cujas mulheres têm cancro da mama está relacionada com a questão da redefinição dos papéis na relação. É apontado para esta responsabilidade a causa principal para uma diminuição da qualidade de vida.

Quando se tenta perceber um pouco da problemática referente ao cancro da mama e atitudes das mulheres perante o aparecimento do mesmo, deparamo-nos com o facto de que muitas mulheres tendem a evitar ou adiar toda uma confirmação de carácter médico aquando do aparecimento de sintomas.

O prognóstico para pacientes com pequenos e localizados tumores é marcadamente melhor relativamente às pacientes com cancro mais avançado ou com metástases presentes no organismo. Sabe-se que o diagnóstico e tratamento efectuados numa fase pré-sintomática aumenta consideravelmente a taxa de sobrevivência ao cancro da mama.

De acordo com vários estudos realizados dentro deste âmbito, a grande maioria das mulheres procura ajuda imediatamente após a descoberta de sintomas. No entanto existe uma outra parte que parece não a procurar de imediato, tendendo, mesmo, a adiar, em média por três meses, a realização de exames que possam confirmar o diagnóstico.

Segundo Bish, Ramirez, Burgess e Hunter (2005), a idade é um factor absolutamente determinante quando se trata de adiamento na procura de ajuda. Para além do facto de as

mulheres mais velhas terem maior probabilidade de contraírem cancro da mama, dado que a idade é um factor de risco, também se sabe que, na generalidade, as mulheres mais velhas possuem um menor conhecimento acerca da doença sendo-lhes, assim, mais difícil detectar os sintomas da doença. Estas também parecem ter mais crenças negativas sobre o cancro da mama e o seu tratamento relativamente às mulheres mais novas.

A natureza do sintoma também surge como factor contribuinte para o adiamento da procura de ajuda. Assim, estima-se que aquelas mulheres cujos sintomas da doença não impliquem um tumor na mama, evitam ou adiam a procura de ajuda médica. Estas mulheres, normalmente, não consideram que os sintomas que possuem, estejam relacionados com o cancro da mama, nem tão pouco demonstram receio – receio esse que normalmente leva à procura de ajuda – acreditando que o sintoma é inofensivo e não requer acção (Bish, Ramirez, Burgess & Hunter, 2005).

As relações sociais próximas são também um factor a considerar como mediador da procura de ajuda. Segundo estas autoras, aquelas mulheres que não falam sobre a sua descoberta do sintoma a alguém que lhes é próximo, apresentam maior probabilidade de adiar a procura de ajuda.

Segundo Burgess et al. (2006), após terem realizado um estudo nesta área, afirmam que o adiamento da procura de ajuda nas mulheres mais velhas não pareceu diminuir ao longo do tempo. Os resultados sugerem que os factores associados ao adiamento nas mulheres mais velhas são semelhantes aos de todas as outras mulheres de todas as idades. Associados a este adiamento estão, como comprovados neste estudo, atitudes negativas em relação ao seu médico e sentimentos de medo relativamente às consequências do diagnóstico e tratamento do cancro da mama.

Existe também a confirmação de que algumas mulheres presente neste estudo tinham consciência dos sintomas do cancro da mama, mas sentiram-se mais preocupadas com outras queixas médicas. Isto vem suportar a hipótese colocada por estes autores que sugere que as mulheres mais velhas dão maior prioridade aqueles sintomas que afectam o funcionamento do seu quotidiano.

Em síntese, a investigação quantitativa revista coloca em evidência a importância do cancro da mama como factor de mudança na vida da mulher em vários aspectos. A rede de suporte é referida em vários estudos como algo importante sentido pelas mulheres. O suporte prestado não só pela família bem como por toda a rede social à sua volta, influencia a adaptação psicológica da mulher à doença.

A dinâmica da relação entre a mulher e o seu cônjuge, assim como desta com os seus filhos, é abordada também como sendo um factor a ter em conta na experiência psicológica da doença.

2.2- Investigação qualitativa

O cancro da mama exerce uma acção disruptiva na vida de uma mulher com a agravante de poder afectar muitos outros aspectos o seu quotidiano, como por exemplo, a sua capacidade física, a sua família, a sua carreira, o seu mundo social, bem como as suas actividades de lazer (Shannon & Shaw, 2005).

Relativamente às estratégias utilizadas com a finalidade de lidar com a doença do cancro da mama, convencionou-se, hoje em dia, que é necessário abordar a questão num perspectiva relacional. Segundo Kayser, Watson & Andrade (2007), sendo o cancro da mama considerado um acontecimento de vida marcante, afirmam que este não afecta somente a mulher lesada, afecta também toda a estrutura familiar, como é o caso do cônjuge e dos filhos.

Este autores realizam um estudo que pretende demonstrar a forma como as mulheres com cancro da mama e os seus cônjuges adoptam uma estratégia de coping em conjunto face ao diagnóstico e tratamento da doença.

O termo “coping em conjunto” é designado pela interacção entre os sinais de stress de um elemento da díade e a reacção de coping do outro perante os mesmos.

Kayser, Watson & Andrade (2007) concluem que, após a entrevista a dez casais, existem dois tipos principais de estratégias de coping.

O primeiro padrão de coping é aquele que é referido pelos casais quando definem a experiência do cancro da mama como um stressor da díade – um “nosso stress” – que afecta ambos. Os elementos do casal comunicam a sua resposta ao stress um ao outro, assim como ouvem e apoiam as respostas um do outro. O falar abertamente entre eles permite-lhes gerir a doença de uma forma coordenada centrada, tanto nas emoções, como no problema. É referido ainda pelos casais que utilizam esta estratégia de coping que identificaram vários benefícios da experiência de cancro, como por exemplo, não só o fortalecimento numa perspectiva individual como também a aproximação emocional entre a díade.

O segundo padrão de coping relacional encontrado tem como base o evitamento. Aqui, cada elemento da díade considera que os factores de stress relacionados com o cancro da mama são individuais afectando, assim, cada um de forma individual e não como um casal.

Com este tipo de coping, a díade evita falar sobre o cancro, e os seus esforços de coping são tipicamente focados no problema envolvendo apenas tarefas práticas relacionadas com a doença e não propriamente as experiências emocionais. Estes casais não relatam qualquer benefício decorrente da experiência do cancro, quer a nível individual, quer a nível relacional.

Considerando ainda a dimensão relacional na problemática do cancro da mama, importa referir que também a sexualidade, ao longo do tempo, tem vindo a ser objecto de investigação.

Durante muito tempo, a questão da sexualidade tinha vindo a ser considerada como menos importante nos territórios da psico-oncologia. Negligenciada não só por investigadores como também por profissionais de saúde, era considerada um problema de segunda ordem. Hoje, sabe-se que a sexualidade representa um papel absolutamente determinante na dinâmica relacional.

De acordo com vários estudos (Takahashi & Kai, 2005 e Thomas-MacLean, 2004), perder uma mama ou ter que deformá-la no decorrer do tratamento do cancro pode levar a uma alteração negativa da imagem corporal e no auto-conceito. Mais ainda, o impacto psicosexual é sentido como devastador para mulheres cujo sentido de auto-estima depende na aparência física.

Segundo Takahashi & Kai (2005), a atitude do cônjuge é um forte preditor da vida sexual do casal. A sexualidade de um casal é um produto da interacção entre os dois membros que o constituem. Através deste estudo, os autores afirmam que aquelas mulheres que conseguem exercer uma comunicação aberta com os seus cônjuges acerca das suas preocupações com o sexo, conseguem uma melhor adaptação psicológica à doença e consequente mudança no relacionamento a nível sexual após o tratamento. Para os casais com problemas em abordar o tema da sexualidade verifica-se precisamente o inverso.

A importância que um casal atribui à actividade sexual é fortemente influenciadora no determinar se as relações sexuais retomam, com ou sem alterações, após o tratamento da doença. Para as mulheres que atribuem uma grande importância à dimensão sexual com o seu parceiro, mudanças na actividade sexual pode ser um verdadeiro problema. Por outro lado, aquelas mulheres cuja actividade sexual não é particularmente investida não tomam medidas activas no sentido de modificar as alterações nesta dimensão provocadas pelo cancro da mama.

Na dinâmica familiar, o cancro da mama é considerado como um acontecimento marcadamente disruptivo quando se trata de um funcionamento que outrora estava enraizado. Não só a mulher com a doença é afectada, todos os outros elementos que constituem a família são também permeáveis às mudanças e crenças que o cancro da mama impõe.

Simpson (2005) realiza um estudo que visa determinar até que ponto as crenças da família relativamente à doença podem influenciar o funcionamento desta. Segundo a autora, estas crenças determinam significativamente o impacto da doença, as escolhas de padrões de coping e, também, as reacções físicas e comportamentais não só das mulheres como dos restantes elementos.

Como resultado, a autora identifica, no decorrer do estudo, dois domínios relativos às crenças da doença: as causas do cancro da mama e estratégias utilizadas para lidar com a doença.

Sobre o primeiro domínio, o stress e a emoção é uma das principais causas da contracção da doença. As famílias acreditam que o excesso de emoções expressadas ou, pelo contrário, a excessiva repressão das mesmas originou stress e pressão como causadores do cancro da mama. Sentimentos de tristeza é referido por algumas mulheres como um factor determinante no aparecimento do cancro.

Outros factores de causa são referidos pelas famílias, como por exemplo, a má alimentação, a falta de descanso e exercício, um possível gene responsável e ainda o destino.

As estratégias utilizadas pelas famílias na adaptação psicológica à doença englobam três categorias: cognitivas, afectivas e comportamentais.

Sobre a primeira categoria, o pensamento positivo revelou-se uma estratégia cognitiva chave à adaptação da família à doença. Foi mencionado pelos elementos desta estrutura como um moderador emocional de stress e sentimentos de tristeza.

A normalização parece ter um lugar importante em todos os elementos da família. Normalização não é mais do que as famílias se pensarem e considerarem como normais, comparando-se a si próprios com outros que sofreram o mesmo impacto da doença e obtiveram sucesso nos tratamentos. Para as mulheres, serem tratadas com normalidade pelos restantes membros da família e por outros, é referido como um bom atenuador aos sentimentos de medo e de morte.

O acreditar na sobrevivência, as tomadas de decisão com eficácia, e apoio na religião e espiritualidade foram também mencionados como potenciadores de uma melhor adaptação.

No domínio das estratégias afectivas, o expressar das emoções de forma livre entre a família é descrito como libertador e contribui para a redução de ansiedade.

No entanto, existem famílias que parecem adoptar uma postura de evitamento de discussões. Esta impossibilidade de falar e debater todos os aspectos, não só aqueles relacionados com a doença, constitui um impedimento ao sucesso adaptativo que resulta no distanciamento entre os membros da estrutura familiar.

Muitas mulheres referem também, a importância da presença física e emocionalmente de toda a família.

Na última categoria, as estratégias comportamentais, a negociação das mudanças nos papéis e tarefas familiares bem como o recrutamento de ajuda, não só da família como dos amigos, assumem-se como absolutamente determinantes na vivência do cancro da mama.

No entanto, torna-se importante salientar que este estudo foi realizado na China e, nunca é demais lembrar que são inúmeros os factores que influenciam a vivência do cancro da mama, sendo um deles a cultura.

Ser mãe e viver com cancro da mama cria uma situação frágil, não só para a própria mulher como também para o seu parceiro e crianças bem como para as relações familiares (Billhult & Segesten, 2003; Elmerger et al., 2000; Kristjason et al. 2001 in Öhlém e Holm, 2006).

O sofrimento da mulher é influenciado e influencia as reacções e experiências dos outros significativos. Nesta situação surgirá a necessidade para a família e para as próprias mulheres de lidar com a mudança e mudar a situação.

Öhlém e Holm (2006) afirmam, de acordo com a sua investigação, que as mulheres com cancro da mama referem a importância das necessidades especiais dos seus filhos. Muitas destas pacientes deparam-se com determinadas ambivalências que se prendem, precisamente, com o facto de sentirem incapacitadas pela doença e, ao mesmo tempo, terem que exercer a sua maternalidade, com o máximo valor de capacidade que este exercício implica. Neste estudo, as mulheres com cancro da mama reportam a necessidade de apoio especial, não só às próprias, como também aos seus filhos.

De acordo com Thomas-MacLean (2004) as mulheres com cancro da mama afirmam que após a doença sentem-se diferentes. Este sentimento de mudança consequente da experiência da doença dá-se em variados aspectos, como por exemplo, sentimentos de perda, vulnerabilidade, medo, sofrimento e incapacidade.

Este autor também afirma que existe um relação entre corpo e cultura. É importante reorganizar o contexto social em que a doença ocorre.

Torna-se também importante referir que a idade é um factor a considerar quando tentamos aceder às experiências mulheres com cancro da mama.

Thewes, Butow, Girgis e Pendlebury (2004) afirmam que, comparando com mulheres mais velhas, as mulheres mais novas apresentam, na grande maioria das vezes, uma adaptação psicológica ao cancro da mama mais fraca, mais necessidade de informação acerca da doença, e uma maior necessidade de colaboração com a equipa médica. Os tratamentos actuais para o cancro da mama numa fase pré-menopausica podem induzir precisamente a menopausa, comprometendo desta forma, a fertilidade, a imagem corporal e a sexualidade.

De acordo com o estudo realizado por estes autores, o impacto do cancro da mama dá-se em vários aspectos, mas variam na sua intensidade consoante a idade. O impacto físico é sentido pelas mulheres em todas as idades. No entanto, as mulheres mais novas mencionam problemas relacionados com o ciclo menstrual. Todas demonstram um certo receio no que diz respeito a sintomas, afirmando que gostam de ter certezas absolutas de que certos sintomas físicos não são indícios de recidiva. Por outro lado, as mulheres mais velhas afirmam, como consequência da diminuição da capacidade física, sentir uma maior necessidade de ajuda nas tarefas domésticas.

Relativamente ao impacto emocional, mais especificamente o medo de a doença voltar, as mulheres mais novas admitem sentir que estes medos as limitam na sua capacidade de realizar planos para o futuro.

Muitas mulheres mais novas, contrariamente às mulheres mais velhas, mencionam o impacto que o diagnóstico e tratamento do cancro da mama exerceram nas suas carreiras e estilo de vida, onde foram obrigadas a cessar com uma boa parte de actividades de lazer e abdicaram das suas carreiras.

Em relação à sexualidade e relacionamentos, as mulheres mais novas parecem apresentar grandes receios que se prendem com a baixa fertilidade, consequência do tratamento do cancro da mama. Afirmam ainda, que se consideram “fardos” ou “pouco viáveis” no que diz respeito a futuras relações, devido ao receio que possuem da recidiva da doença.

Enquadrado todo este impacto causado pelo cancro da mama numa perspectiva mais individualista, sabemos que todo o núcleo de actividades de lazer da mulher é afectado, positiva ou negativamente.

Shanon e Shaw (2005), no decorrer do seu estudo, tentam perceber quais as alterações nas actividades de lazer das mulheres com cancro da mama como consequência das mudanças vividas por estas nas fases de diagnóstico e tratamento.

Como conclusão, as autoras referem que existe uma maior valorização destas actividades de lazer por parte das mulheres, ainda que planeadas por uma grande maioria destas.

Enquanto que o lazer seja muito considerado pelas mulheres com cancro da mama, o regressar à actividade profissional também se revela, para muitas, um factor importantíssimo na adaptação psicológica à doença, não por questões financeiras como também pelo retomar da normalidade nas suas vidas.

Segundo Kennedy, Haslam, Munir e Pryce (2007) existem razões e factores através dos quais as mulheres com cancro da mama tomam decisões relativamente ao regresso ao trabalho. Trata-se, assim, de motivos financeiros, o regresso à normalidade, a saúde física, e a própria influencia do trabalho.

De acordo com o estudo realizado pelos autores, as preocupações financeiras tomam um lugar importante no pensamento das mulheres. Uma boa maioria destas sentem uma pressão financeira afirmando ser a principal razão do regresso ao trabalho.

Algumas mulheres enfatizaram o facto de utilizarem o trabalho como retorno à normalidade constituindo, assim, como uma distração para a sua doença. A rede social no trabalho parece ser, para estas mulheres, um grande motivo de distração.

A saúde física parece ser um factor impedor de regresso ao trabalho apontado por poucas mulheres. Para outras, esta não é uma decisão consciente, sendo até referido como natural, o regresso ao trabalho assim que se sentiram bem fisicamente.

A responsabilidade e sentimentos de lealdade para com a actividade profissional é outro factor proeminente, especialmente em locais de trabalho mais pequenos.

Importa salientar que, no entanto, a adaptação ao trabalho não pode ser considerada linear. Restrições físicas ou emocionais podem ser barreiras com as quais as mulheres se deparam.

Em síntese, o que se retém da investigação qualitativa revista em termos de experiência de mudança é que, numa primeira abordagem, a doença é algo que importa abordar numa perspectiva relacional. Desta feita, não só é importante considerar os restantes membros da família no sentido em que estes também poderão ser afectados pela doença, bem

como o papel que estes poderão representar na adaptação psicológica da mulher e da família ao cancro da mama.

A sexualidade - questão que fora anteriormente negligenciada - é referida como um aspecto absolutamente determinante. As mudanças sentidas pelas mulheres no que diz respeito à vivência do seu corpo influenciam a forma como a sexualidade é vivida na relação do casal.

Se inserirmos a idade como factor no que diz respeito às experiências de mudança, estes estudos indicam que as mulheres mais novas sentem maiores mudanças. Estas mudanças referem-se - para além das referidas mudanças na vivência do corpo - a alterações nas suas actividades de lazer, alterações estas que se traduzem em restrições, como também o cessar, por vezes, da actividade profissional.

3- Experiências de mudança em mulheres com cancro da mama

É do conhecimento geral que cada indivíduo tem a sua própria vivência da doença e nem todos demonstram a mesma resposta emocional ao problema, mesmo que as suas características físicas sejam bastante similares. Esta resposta emocional irá depender da percepção individual que a ameaça do cancro da mama poderá trazer, atendendo às suas características individuais.

Tentar perceber qual é o significado que a doença traz para a mulher é, normalmente, um bom ponto de partida para percebermos qual é a sua resposta emocional ao cancro da mama.

Sabe-se, no entanto, que, na maioria dos casos, o significado atribuído ao diagnóstico de cancro da mama é negativo. Seguem, normalmente, uma conotação de perda, ameaça e castigo. Também se sabe que este impacto negativo é mais comum, e dá-se com mais certezas, nas mulheres que apresentam factores de risco relativamente a um pobre ajustamento psicológico. Neste sentido, várias investigações sugerem como factores preditores deste impacto negativo o isolamento social, pobreza, episódios recentes de stress, doenças psiquiátricas, abuso de álcool e drogas, entre outros.

No entanto, o inverso também se pode verificar. Há mulheres que retiram aspectos positivos da doença e encaram-na como um desafio ou mesmo como uma experiência de aprendizagem.

A mama está relacionada com a identidade e maturidade feminina, a sexualidade, a atractividade, a amamentação e a maternidade. Desta forma, aquando do diagnóstico do cancro da mama e a possível perda da mesma, podem existir consequências negativas na imagem corporal e no auto-conceito. (Pikler & Winterowd in Tapadinhas, Palinhas & Gouveia, 2006).

Todo o impacto consequente do cancro da mama não ameaça somente a identidade feminina mas também a percepção do desfiguramento físico por si, e a consequente perda de confiança nas relações com os outros significativos, como por exemplo, os amigos e a família. Este aspecto revela-se muito importante, nomeadamente na relação de casal, pois uma das preocupações das mulheres tem a ver com a sua sexualidade e atractividade face ao outro.

Uma das questões que muitas vezes se coloca relativamente ao impacto do cancro da mama é se, de facto, com a idade este impacto poderá ser sentido de formas distintas e diferentes níveis.

Investigações efectuadas neste sentido indicam-nos que realmente mulheres mais novas sofrem maior impacto, o que de certa forma faz sentido dado que existe um sentimento de perda acentuado que se prende, precisamente, com o facto de estas terem ainda muitos anos de vida. Isto é sentido, não só como que uma expectativa de vida mais curta, como também enfrentam o facto de lhes ser negado muitas das experiências que a maioria das pessoas saudáveis têm como garantido, como por exemplo, alcançar uma carreira, casar, ter filhos e assistir ao seu crescimento.

Por outro lado as mulheres mais velhas, já numa fase mais avançada do seu ciclo de vida, tiveram já a oportunidade de realizar todas estas experiências reagem com grande desenvoltura. No entanto, estas mulheres deparam-se, muitas das vezes, com grandes problemas. O cancro acarreta sobre si um grande estigma e medo para estas mulheres, que poderá levar a uma negação do diagnóstico da doença ou até mesmo uma acrescida dificuldade de falar sobre a mesma. Isto pode dever-se ao facto de estas mulheres se encontrarem sozinhas, desfavorecidas a nível social e financeiro, e, compreensivelmente, tristes com as perdas ditas naturais consequentes da sua idade avançada: morte de familiares ou amigos, cessamento da actividade profissional e fragilidades físicas.

As mudanças na imagem corporal, bem como as mudanças na vida da mulher no seio familiar, surgem, hoje em dia, como factores muito importantes na vivência do cancro de mama.

Desde há algum tempo que decorre a necessidade de se elaborarem investigações que identifiquem, no domínio da realidade da doença do cancro da mama, factores, existentes durante todo o processo da doença e tratamento, que se relacionem com os problemas psicológicos inerentes à vivência do cancro da mama. Tem-se vindo a revelar igualmente importante, procurar entender quais as consequências psicológicas e o impacto exercido na vida de uma mulher consequente desta doença.

O diagnóstico, bem como o tratamento de cancro, poderá ser uma experiência muito negativa, com repercussões ao nível emocional, no entanto, há que levar em linha de conta alguns factores que podem influenciar todo o percurso, desde a vivência do cancro da mama durante as fases iniciais até ao estado emocional actual.

Passar por acontecimentos stressantes pode contribuir para alterações a nível físico e psicológico, nomeadamente, a perda de uma relação emocionalmente significativa, a própria doença em si, mudanças do estado de saúde de uma familiar, perdas conjugais, acontecimentos traumáticos na infância, entre muitos outros. No entanto, há que ter bem presente que, o que importa não é a quantidade de acontecimentos na vida da mulher, mas sim o impacto que estes exercem na mesma. Torna-se então importante, referir que, segundo Lippman et al. (1993), um acontecimento de vida stressante só poderá ser considerado stressor, se for percebido como uma ameaça, que tem grande impacto, e se tem dificuldade em lidar.

Geralmente, mulheres com diagnóstico de cancro da mama revelam acontecimentos de vida passados com impacto muito significativo. Tendem a passar por maior quantidade de acontecimentos dentro do domínio da vida familiar que são vividos como stressantes. Nestas mulheres, o elevado stress psicológico relaciona-se com acontecimentos de perda, como por exemplo perda de um familiar, por alguma doença grave prévia ao cancro da mama, e por situações de perda de suporte social, como é o caso de separação do cônjuge e divórcio.

Há quem afirme que acontecimentos de vida stressantes prévios ao aparecimento do cancro da mama, como por exemplo, vítima de assalto, abuso físico e sexual, rapto, história de um familiar que morreu com cancro da mama, morte de um ou dois progenitores, experiências de separação e perda, etc, contribuam como indicadores de uma resposta de stress mais acentuada aquando da vivência actual do cancro da mama. Desta feita, muitos são os autores que consideram que os acontecimentos de vida stressantes prévios ao aparecimento da doença contribuem para a uma predisposição relativamente à vulnerabilidade à doença. Tem-se, então, feito investigações que parecem cada vez mais debruçar-se sobre a dicotomia saúde física – saúde mental. Ora, isto é transposto para acontecimentos – estado de saúde no

sentido em que certos acontecimentos causadores de impacto psicológico podem levar a uma baixa da resistência do organismo deixando-o, assim, mais vulnerável do ponto de vista físico.

Outro aspecto importante a considerar nestas experiências prende-se com o facto da maneira como as actividades de lazer estão organizadas na vida das mulheres, que, muitas das vezes, se reflectem através do seu papel na família. Para muitas mulheres, o trabalho e o papel que desempenham na família, bem como as consequentes responsabilidades e obrigações que lhes estão associadas, assumem prioridade relativamente a outras possíveis aspirações. Este sentido de responsabilidade e compromisso que as mulheres sentem para com os outros é designado por “ética de cuidar” (Gilligan, 1982 in Shannon & Shaw, 2005) e contribui para uma restrição de acesso a actividades de lazer (Searle & Jackson, 1985).

No entanto, pouco se conhece relativamente ao facto de como é que a ameaça que representa a doença pode afectar certas restrições, nomeadamente aquelas referentes a actividades de lazer, ou mesmo se a importância destas actividades podem mudar como resultado duma transição de vida.

3.1- O cancro e a imagem do corpo: Experiências de mudança em mulheres em diferentes fases do ciclo de vida individual

Torna-se difícil a adaptação a uma nova imagem corporal sobretudo quando esta está ligada a arraigadas crenças sobre si e sobre quem se é.

Coloca-se, aqui, uma questão muito importante relativamente às possíveis mudanças na imagem corporal de uma mulher, que se prende, precisamente, com o tipo de tratamento do cancro da mama. Esta é uma questão que a mulher coloca a si própria aquando do diagnóstico.

O tratamento acarreta um conjunto de decisões muito importantes a este nível. Trata-se, então, da questão da perda da mama ou da conservação da mesma. As reacções à perda da mama podem variar consideravelmente e, todas as vantagens de uma imagem corporal positiva aquando da opção de conservação podem, de alguma forma, ser contaminadas pelo medo de recidiva do cancro nos restantes tecidos da mama (Bredin, 1999 in Thomas-Maclean, 2005). Sabe-se que, um dos aspectos de considerável peso na decisão do tratamento por parte das mulheres, tem haver com facto desta ter em grande consideração o permanecer atraente.

Não só os seios são indicadores da feminilidade e sexualidade de uma mulher como também o são de grande significado emocional da alimentação dos filhos.

Seria errado presumir que o sofrimento e o impacto causado pela perda de um seio diminuísse consoante a idade. Muitas mulheres idosas ficam perturbadas com a perda de um seio e a mudança na sua imagem corporal - não só perderam um indicador da sua feminilidade na consequência do processo da menopausa, como também perdem agora um seio. Desta feita, não se deve tão pouco considerar que uma mulher mais velha não é um ser sexual e que esta não é afectada pela mudança na sua imagem corporal e o impacto na sua vida sexual como consequência do cancro da mama.

Posto isto, será então razoável não generalizar sobre a reacção emocional das pessoas, não só à doença, como também a todos os aspectos que envolvem o processo da cirurgia.

Podem surgir alterações significativas na imagem corporal, consequentes do tratamento do cancro da mama, tais como, cicatrizes, perda de um ou dois seios e alterações na pele. Existe, no entanto, uma grande variedade no de que diz respeito à forma como esta disrupção da imagem corporal é sentida. Para as mulheres cuja aparência é muito investida, o diagnóstico e o tratamento da doença do cancro da mama, exercem um grande impacto na imagem corporal e, também, na sua sexualidade.

Aliados a todas estas alterações consequentes do cancro da mama estão os problemas da vida sexual do casal.

Estes problemas são, muitas das vezes ignorados principalmente devido ao facto de existir uma renitência geral em abordar as temáticas em torno da vida sexual, ou porque se parte do princípio que o sexo é um problema menor quando se trata de uma doença física grave. É assumido, pela generalidade das pessoas, que a actividade sexual é menos importante do que qualquer outra actividade do dia-a-dia, como por exemplo, o regressar ao trabalho, o realizar as tarefas domésticas, até mesmo o socializar com a família (Shannon, 2005). Podemos então dizer que, para muitos dos pacientes com cancro, a impossibilidade de relações sexuais, quer seja transitória ou permanente, tem um impacto significativo.

Investigações feitas nesta área demonstram que as mulheres com cancro da mama mais novas apresentam maiores níveis de preocupação sobre a disfunção sexual. Isto deve-se ao facto de sentirem que ainda têm muito para viver e também porque ainda não experimentaram as alterações que acarreta uma idade mais avançada, alterações essas que fazem inibir ou cessar as actividades sexuais.

Nas mulheres em geral, existe uma preocupação relativamente à disfunção sexual na altura em que se discute o tipo de tratamento. No entanto, sabe-se que certos tipos de tratamento com base na quimioterapia são efectuados sem que a própria tenha conhecimento do impacto sexual consequente, nomeadamente uma falha prematura no funcionamento dos

ovários. Posto isto, vários estudos sugerem que a quimioterapia constitui um risco mais elevado de causar disfunções sexuais ao invés de outro tratamento localizado para o cancro da mama.

Para além do que foi dito, pode-se considerar, então, outros vários factores contribuintes para os problemas da vida sexual no casal cuja mulher tem cancro da mama.

Um deles prende-se, precisamente, como foi dito, com alterações a nível biológico. Seja pelo cancro em si, seja pelos tratamentos – cirurgia, radiação, medicamentos – as mudanças surgem e podem causar disfunção sexual e/ou infertilidade.

Outro factor refere-se a alterações nas relações e problemas na comunicação. O casal preocupado com a nova situação consequente do cancro da mama pode dar lugar a inibições a nível sexual. Isto verifica-se quando o cônjuge saudável deixa de investir na vida sexual com a intenção de não perturbar a mulher, e esta o sente sob a forma de rejeição, contribuindo para que se vá sentido cada vez menos atraente perante o seu parceiro.

Pode dar-se o caso de surgirem preocupações sem fundamento algum mas que acabam por inibir, precisamente, a actividade sexual, como é o caso de medo de transmissão do cancro por via sexual ou até a gravidez como factor prejudicial à mulher com cancro da mama.

Um outro factor que interfere com a dimensão da vida sexual do casal são as alterações da imagem corporal na mulher. Todas as implicações da doença, bem como do tratamento contribuem para, por vezes, e dependendo do tratamento, alterações no peso ou queda de cabelo. Ora isto são aspectos altamente significativos para a mulher podendo causar um impacto psicológico inibido da actividade sexual. A mulher pode sentir-se pouco atraente ou até repelente.

A imagem corporal é um constructo derivado de diferentes dimensões da experiência corporal que integra uma elevada subjectividade, a qual é igualmente influenciada socioculturalmente e incorpora as experiências subjectivas conscientes e inconscientes (Schilder in Tapadinhas, Palinhas & Gouveia, 2006).

O investimento num aspecto particular do self pode criar uma vulnerabilidade ao sofrimento, desde que esse aspecto do self seja ameaçado (Petronis in Tapadinhas, Palinhas & Gouveia, 2006).

Quando se fala em conceitos de imagem corporal nas mulheres nas considerações relevantes que se têm relativamente às experiências de cancro da mama torna-se importante dissecar este conceito em dois componentes: conceito do corpo e a percepção do corpo.

O conceito do corpo é um aspecto importante para o ajustamento à mudança da imagem corporal. Este conceito foi referido por Price (1994) como o “elemento conceptual” do constructo da imagem corporal.

A percepção do corpo remete para a forma como fisicamente sentimos o nosso corpo e pode envolver diversas dimensões tais como: a percepção que a pessoa tem do seu próprio corpo; a forma como a pessoa pensa sobre o seu próprio corpo; a forma como a pessoa apresenta o seu próprio corpo face aos outros; e a satisfação face à sua própria aparência (Romanek et al., 2005 in Tapadinhas, Palinhas & Gouveia, 2006).

A imagem corporal constitui um aspecto fundamental da auto-estima e do auto-conceito. Qualquer tipo de perturbação na referida imagem corporal pode levar a alterações significativas na auto-estima e no auto-conceito.

As doentes oncológicas estão submetidas a um risco acrescido de alterações nos domínios comportamental, cognitivo e emocional. Surge uma série de sintomas psicológicos consequentes do pressuposto impacto que a doença do cancro da mama origina. Entre vários, os mais comuns são a ansiedade, a depressão, a angústia, o medo, como também as perturbações psicossomáticas, stress pós-traumático e auto-conceito negativo.

3.2- O cancro na dinâmica familiar: Experiências de mudança em mulheres em diferentes fases do ciclo de vida familiar

Com a progressão dos estudos elaborados na área da oncologia, e mais especificamente, na área do cancro da mama, sabe-se que, também a família desempenha um papel muito importante na vivência desta doença. Portanto, as alterações da imagem corporal e da sexualidade da mulher implicam mudanças na sua vida quotidiana, familiar e social.

Com isto, a família, sendo uma estrutura nuclear, é sujeita a uma nova reestruturação onde os papéis, regras e funções exigem um feed-back entre os diferentes elementos, de forma a que todos consigam colaborar neste reajustamento. Surgem nesta altura, diferentes estratégias acerca do confronto e adaptação, quer a nível colectivo, quer a nível individual (Hilton, Peleg-Oren & Sherer in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Na verdade, é no contexto familiar que a mulher com cancro da mama tenta encontrar a “subsistência emocional” para a adaptação e ajustamento à doença, através do apoio do cônjuge e dos filhos, bem como das suas crenças religiosas. Estes factores facilitam, de certa forma, a integridade e o bom funcionamento familiar podendo até, por vezes, marcar um início do equilíbrio desta estrutura familiar ou a manutenção da mesma.

É neste sentido que, embora atordoados com o choque do diagnóstico, os membros da família esperam de si mesmos, e é esperado pelos outros, que contenham os seus sentimentos e apoiem o membro da família doente. Ora isto revela-se uma questão da maior importância, não só no bem-estar da mulher com cancro da mama bem como na recuperação da doença.

No entanto, não se pode deixar de referir a importância que terá, também, a dita “família alargada”, ou seja, todo o meio envolvente constituído pelos outros membros da família não nuclear e pelos amigos que, podem dar um contributo de suporte, não só na organização do espaço familiar como também nos cuidados a prestar às crianças. Em primeiros momentos, como é o caso da altura do diagnóstico, é importante a mobilização desta “família alargada” e amigos. Estes podem proporcionar informação e apoio nesta fase, revelando-se absolutamente importante, facultando a possibilidade da estrutura familiar passar a responder de uma forma afectiva para uma forma efectiva.

No entanto, numa fase posterior, como por exemplo o tratamento e o regresso a casa, dá-se uma diminuição do suporte prestado pelos amigos à família, ainda que esta esteja numa fase em que ainda necessita de ajuda.

Porém, torna-se necessário salientar, com base em certos estudos, que, por vezes, dá-se este abandono social porque as próprias famílias se isolam durante este período. Isto deve-se ao facto de estarem muito envolvidas no processo de cuidados da pessoa doente para socializarem. Os membros da família evitam os amigos devido a sentimentos de tristeza e de depressão ou até por sentimentos de vergonha.

Ao longo da evolução do cancro da mama, a percepção do bem-estar familiar por parte das doentes, está sujeita a diversas vicissitudes, designadamente em relação ao comportamento, atitude e papel desempenhado pelos elementos do sistema familiar (Dias & Durá, 2002).

O núcleo familiar poderá ser visto como um organismo dinâmico e a doença que afecta um dos membros da família altera e é alertada pela dinâmica intrínseca do processo familiar (Dias & Durá, 2002). Assim, os membros da família poderão ser considerados, no seu pleno direito, como segundos pacientes, eleitos pela mulher com cancro da mama como verdadeiros aliados na estratégia de ajustamento psicossocial à sua doença. O sistema familiar e os membros que o constituem revelam-se, inequivocamente, como alicerces indestrutíveis ao nível do suporte psicossocial.

O impacto do cancro da mama varia na sua intensidade consoante a sensação de controlo que a família evidencia em relação à doença que, muitas das vezes, é contraposto

pela percepção de “impotência” face à mesma. As estratégias de adaptação são acentuadas por sentimentos de culpabilidade, vergonha, e pena em relação à doente.

Na verdade, por vezes, numa tentativa de “superproteger” a doente oncológica e para a sua própria autoprotecção, muitas famílias reduzem o padrão de comunicação entre os seus membros e criam um verdadeiro ambiente silencioso impedidor dessa mesma comunicação e também de qualquer tipo de elaboração.

Perante a fase primária da doença, ou seja, na fase do diagnóstico, os membros da família parecem reagir de forma muito característica que não é, muitas vezes, compatível uns com os outros perante as necessidades do momento.

Parece haver casos onde certos elementos da família apresentam maiores níveis de angústia e stress do que propriamente a paciente. Existe aqui uma tentativa, normalmente com sucesso, de esconder estes sentimentos. No entanto, há consequências negativas devido a este tipo de atitude, nomeadamente, o facto de se sentirem cada vez mais ressentidos por serem “ignorados”.

Ora este aspecto acarreta e evidencia os efeitos negativos dos padrões comunicacionais que se vão instalando na família.

As manifestações emocionais a que assistimos são avaliadas pela família mediante as contingências do problema e as vivências relacionadas com as transições naturais do seu ciclo vital.

Estas têm um dever duplo: o de defender as exigências da doente e o de responder às necessidades dos restantes elementos, criando uma susceptibilidade para a “interdependência”.

Perante esta nova situação de doença do cancro da mama na mulher, toda a dinâmica familiar, inclusive os papéis dos elementos da família, são reavaliados, readquiridos e legitimados, o que requer uma reestruturação de responsabilidade e funções entre os elementos da família, e não, simplesmente, uma questão de um dos cônjuges, substituir, temporariamente, o outro (Andersen, 1992; Melito, 1985).

Paradoxalmente, a manutenção da estabilidade requer uma grande capacidade de mudança uma vez que o realizar das tarefas requer um grau elevado de adaptação.

A mudança pode ser, realmente, a única coisa constante, dado que o decorrer da doença do cancro se revela continuamente a mudar sendo que esta mudança acarreta diferentes exigências. As necessidades durante o período do diagnóstico são, efectivamente, diferentes das necessidades durante o período de tratamento.

A interacção dos intervenientes no funcionamento quotidiano revela-se de grande importância, nomeadamente quando, na conceptualização da prática discursiva partilhada entre os elementos da família, se identifica, por vezes, um diálogo de constrangimentos estruturais e situacionais que implicam a desintegração familiar e a inquietação sobre os acontecimentos futuros, como é o caso de receios pessoais, familiares, sociais, sintomáticos, laborais, financeiros, e religiosos, bem como existenciais e, também, de dependência.

É possível, então, inferir, que a família está exposta a alterações, susceptíveis de aumentar ou diminuir os níveis de stress existentes.

As reacções dos membros da família ao cancro da mama reflectem, normalmente, padrões de estilo de vida pré-existentes e a própria interacção dentro dessa família, que na grande maioria, já es encontra estabelecida há muito.

Para as famílias ditas “disfuncionais” cujas relações se podem considerar como hostis, de privações sociais, ou de pobre saúde física ou mental, o desenvolvimento de um cancro num dos membros, neste caso um cancro da mama na mulher/mãe, pode possibilitar um completo falhanço a nível adaptativo à nova situação nesta estrutura.

Enquanto que um cancro num membro da família causa, inevitavelmente, problemas de certa forma aos outros membro da estrutura familiar, é também comum ver-se casais e famílias com os seus membros mais unidos e mais próximos pela experiência do cancro da mama. Podem dar-se novos níveis de entendimento entre eles, mais profundos, até, aprendendo a falar sobre certos problemas que outrora eram difíceis de abordar, sendo até possível encontrarem inesperadas força e coragem em cada um no confronto com a doença.

Os contornos diferenciados que assumem estão de acordo com processos contínuos de organização e desorganização, dependendo das estratégias de coping utilizadas. Segundo Woods, Lewis & Ellison, o coping pode ser definido como movimento adaptativo de resposta às exigências e tensões dos acontecimentos de vida. Este visa mudar ou eliminar a fonte do problema, controlar ou alterar o seu significado, ou orientar a resposta emocional do sujeito aos factores que podem ser descritos como stressantes.

O cariz mais ou menos adaptativo dos mecanismos de coping despoletados pela família tende a relacionar-se com a informação prestada quer às doentes quer aos seus familiares, padrões comunicacionais, suporte social, ansiedade, depressão e educação parental, conduzindo a índices de predição do ajustamento psicossocial da família (Hilton, 1994; Northouse, 1988, 1989; Pike & Sillars, 1985; Ress & Bath, 2000; Rowland, 1989; Wright & Kirby, 1999 in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Considera-se, também, importante referir um outro factor, o stress, que está implicado no âmbito da percepção, avaliação e adopção de estratégias de adaptação à doença crónica.

O modelo processual de stress e coping proposto por Lazarus e Folkman (1984), descreve duas formas distintas de estabelecer a comunicação: centrada na emoção ou centrada no problema.

Quando a família se centra na emoção, assiste-se ao “desabafo” das emoções, à denegação do problema e a uma comunicação deficitária. Esta forma adaptativa conduz à redução do stress emocional, embora o movimento efectivo de adaptação familiar seja menos eficiente a longo prazo.

Pelo contrário, quando a família se foca no problema, assiste-se a uma busca de informação e à reinterpretação positiva dos elementos stressantes. Ao que tudo indica, os mecanismos de coping utilizados pela doente são focalizados nos problemas, enquanto que os mecanismos de coping utilizados pelos cônjuges são focados nas emoções.

A estratégia de coping que é centrada no problema é mais adaptativa e normalmente adoptada por sujeitos com um sensação de eficácia pessoal acerca da mudança (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

De acordo com Munet (1984) existem dois padrões análogos de coping familiar. Um deles tem implícito um movimento de negação e ilusão, e o outro consiste num misto de negação e percepção apurada pela realidade. Os indivíduos que utilizam o primeiro, a negação e a ilusão, acabam por promover a sua adaptação pela mobilização da sua rede religiosa, expressando necessidades e sentimentos. Desta forma, procedem ao alívio e à realização da sua satisfação pessoal, do suporte espiritual e emocional, bem como da esperança. As famílias que adoptam o segundo, um misto de negação e percepção da realidade, têm uma atitude perante a vida orientada para o presente e reconhecem a doença como potencialmente fatal. Estes procuram adaptar-se mobilizando-se de forma a exprimirem as suas necessidades e sentimentos e a procurar informação, promovendo de igual modo a satisfação pessoal, o alívio da angústia e a esperança (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

É importante salientar que, por vezes, mecanismos de coping distintos poderão originar resultados em termos adaptativos semelhantes, deixando-nos a hipótese da existência de factores externos à família que influenciam directamente o tipo de adaptação à doença.

Segundo Germino (1984) e Chalmers et al. (2000), os sentimentos presentes nas famílias com um ou mais elementos com doenças oncológicas, variam consoante o papel familiar de cada elemento, sejam eles a mulher, o cônjuge ou filhos. Na realidade, a doente oncológica e o cônjuge manifestam em conjunto preocupações pessoais e sintomáticas. As

diferenças acentuam-se quando se nota um acréscimo de questões laborais e financeiras, por parte da mulher, e existenciais, por parte do cônjuge. Já os filhos, sobretudo os jovens adultos, revelam maiores inquietações sintomáticas, existenciais e religiosas, bem como de dependência social.

Estes sentimentos podem não surgir numa fase imediata, ou seja, variam de acordo com a fase em que a doença se encontra. Ora isto indica-nos que, numa fase inicial os problemas e preocupações poderão ser significativamente diferentes comparativamente aos problemas e às preocupações que poderão surgir numa fase avançada.

Porém, na partilha destas preocupações, encontra-se o parceiro, que revela frequentemente medo da doença oncológica, das alterações emocionais, das restrições de actividade e, principalmente, da morte da mulher.

No entanto este também se revela um elemento fundamental na nova dinâmica familiar consequente do cancro da mama. De acordo com Keitel, Cramer & Zevon (1990), o cônjuge surge como um elemento conciliador e responsável por quatro áreas essenciais: relação conjugal; a gestão e função dos papéis; o estado emocional, para além do papel de mediador entre a doença e os filhos; comunicação entre a doente e os profissionais de saúde.

Neste enquadramento dever-se-à, então, considerar, quatro subsistemas: individual, nuclear, conjugal e filial. Desta forma, torna-se importante referir que as alterações existentes num destes ir-se-à reflectir nos outros, positiva ou negativamente, uma vez que todos eles necessitam de suporte emocional e reestruturação de novas formas de comunicação interpessoal no sentido de promover a formação de um self-condutor familiar imunogénico (Andersen, 1992; Melito, 1985 in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001), face às respostas e exigências do quotidiano familiar.

Dão-se, portanto, profundas alterações na dinâmica familiar, no sentido em que, por vezes, sobressaem os níveis de depressão que comprometem negativamente os comportamentos de adaptação familiar, através de um conjunto de respostas que vão afectar nocivamente, quer o intercâmbio entre os seus elementos, quer a capacidade para a reorganização da sua estrutura interna.

Desta forma, pode-se afirmar que, atendendo a este quadro depressivo, neste caso, da mãe, este vai afectar as suas funções, por perda da sua disponibilidade psicológica, na comunicação, na supervisão e na consistência da “disciplina clínica” do funcionamento familiar, secundariamente à hostilidade e irritabilidade sentidas (Goodman & Brumley, 1990; Orvaschel, 1983; Panancione & Wahler, 1986; Weissman, Paykel & Klerman, 1972 in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

É do conhecimento actual que as famílias com maleabilidade comunicacional e flexibilidade de regras familiares mostram-se mais eficientes no manuseamento das mesmas, após um diagnóstico disruptivo de cancro da mama.

Posto isto, podemos inferir que a redefinição dos papéis não é linear, podendo sofrer alterações drásticas, dependendo isto de inúmeros factores mas partindo sempre da premissa de que as famílias não têm todas o mesmo tipo funcionamento nem tão pouco a mesma dinâmica. No entanto, todas as famílias, mesmo as mais caóticas, possuem uma estrutura complexa. Cada sistema é constituído por definidos subsistemas, e é mantida, normalmente, uma dinâmica de fronteiras onde cada um se relaciona com o outro através de linhas hierárquicas. Uma estrutura familiar organizada e estável, que promova previsibilidade, segurança, e coesão é altamente valorizada pelos membros da família ao ponto de estes a protegerem a todo o custo.

O cancro é um grande destabilizador. Muitas famílias tentam negá-lo como forma de negação do impacto exercido pela doença e mantém-se rigidamente no seu funcionamento e estrutura anteriores, acabando por causar atitudes ineficazes, e até comportamentos destrutivos.

Outras famílias deixam-se levar pelo impacto causado pelo cancro, deixando os seus elementos desnecessariamente desorientados, sendo assim ameaçada a integridade desta estrutura.

Mesmo as famílias mais flexíveis demonstram sinais de stress depositando demasiada confiança nos padrões familiares devido ao facto de ser o mais fácil a fazer, mas nem sempre o melhor.

Segundo M. Lederberg, um significativo número de famílias parecem ter um funcionamento mais pobre do que outras na mesma comunidade. Nestes casos, sabe-se que estas não tendem a melhorar, tendem até a piorar, mesmo que o membro com cancro apresente uma melhoria na doença.

Diversos estudos afirmam que os factores psicológicos desempenham um papel mais importante na família do que propriamente os factores relacionados com a doença em si.

Assim sendo, importa referir que a comunicação é fortemente influenciada pelo tempo de diagnóstico e pode conduzir, ou não, a uma facilitação, da adaptação familiar na sua estrutura.

- O cancro na díade conjugal

No que diz respeito à díade conjugal, uma vez que se considera que é esta que sofre o impacto directo da doença, sabemos que não é só a pessoa doente que é confrontada com o choque profundo da cronicidade da doença, como já foi anteriormente referido. Também o seu cônjuge é afectado pela incerteza do prolongamento da vida, e pela iminência da morte, sendo potenciado todo um conjunto de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Desta forma, ambos os cônjuges experienciam problemas de interiorização, anunciados pela esperança da cura. Estes mantêm-se, mesmo quando o casal é confrontado com as recorrências da doença, a insegurança da doença, a insegurança do futuro – que também visa e engloba o futuro enquanto família – os sentimentos de antecipação, a injustiça, o medo e a raiva.

Sabe-se, através de várias investigações efectuadas relativamente a esta questão, que os cônjuges de mulheres mastectomizadas, embora se revelem profunda e emocionalmente envolvidos, escondem as suas preocupações. Importa dizer que estas preocupações ocultadas poderão originar sentimentos de rejeição e insensibilidade por parte da doente, imprimindo distanciamento e desconfiança do casal (D’Haese et al., 2000; Manne, Taylor, Dougherty & Kemeny, 1997; Sabo, Brown & Smith, 1986; Samms, 1999 in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Mudanças nos papéis dos membros da família são forçados quando a pessoa com cancro está fisicamente limitada, quer temporariamente pelo tratamento intensivo do cancro no seu estado pouco avançado quer permanentemente pelo avanço da doença.

Mesmo nos tempos em que, falando de uma família tradicional, as mulheres eram as chamadas “donas-de-casa”, automaticamente cuidadoras, as exigências de cuidar de uma pessoa doente poderiam ser disruptivas. Hoje em dia, vários aspectos parecem contribuir para que esta tarefa seja ainda mais difícil. Em primeiro porque, a mulher entrou no mercado de trabalho e contribui financeiramente para todo o tipo de despesas em casa. Em segundo, muitas das mulheres com cancro da mama fazem parte destas famílias não tradicionais: famílias separadas; famílias de mães solteiras, onde as tarefas representam uma grande sobrecarga; famílias onde os filhos, já adolescentes, se encontram geograficamente longe. Em terceiro, hoje em dia, as pacientes com cancro tendem a ir para casa mais cedo, mais doentes e por mais tempo, onde são requeridos ainda mais cuidados.

Se considerarmos uma família tradicional, uma mulher/mãe doente não consegue realizar o seu trabalho doméstico, fazer as compras ou cuidar dos filhos da mesma forma que

o fazia anteriormente. Nestes casos é o parceiro saudável que irá tomar responsabilidade naquelas tarefas que lhe são menos comuns, ficando, assim, a desempenhar, se assim se pode dizer, um papel familiar extra.

No entanto, o que acontece na maioria dos casos é que os recursos esperados para esta sobrecarga são ainda negativamente vinculados pelas alterações a nível profissional nesta família, uma vez que pelo menos a mulher deixa de trabalhar, com a consequente baixa a nível financeiro. Na verdade ainda ninguém quantificou o impacto que um cancro num dos membros da família poderá exercer, tanto a nível profissional, como a nível social. Os cuidadores cessam as suas carreiras, as crianças desenvolvem problemas escolares, os adolescentes iniciam atitudes de cariz destrutivo, e a própria família que está impedida de realizar planos a longo prazo.

Estudos elaborados nesta área demonstram-nos que, na grande maioria das famílias, o cônjuge está sempre disposto a cuidar da sua mulher doente, muitas das vezes sendo recompensado por um grande sentimento de propósito e um maior grau de intimidade. Casais mais velhos cujas tradicionais tarefas estão marcadamente definidas durante o seu casamento demonstram encarar a situação como um novo desafio ou até uma nova oportunidade. Contudo, outros casais parecem encarar todos estes aspectos de mudança com um sentimento de ameaça. As mulheres com cancro da mama, ressentem, por vezes, a perda do seu papel e convencem-se de que mais ninguém está à altura de desempenhá-lo adequadamente.

Todos estes tipos de reacção poderão ser evitadas se, a pessoa que está doente, neste caso a mulher que já não pode desempenhar as suas tarefas como o fazia anteriormente à doença, desempenhar novas funções diferentes cuja importância seja determinante ao funcionamento da estrutura familiar.

Muitas investigações indicam-nos que a depressão e a ansiedade são quase tão comuns nas mulheres com cancro da mama como nos seus companheiros. Parece existir, nestes casos, uma relação directa entre os problemas emocionais da mulher com a doença e os problemas emocionais do cônjuge, ou seja, quando um apresenta problemas emocionais o outro parece também apresentá-los. No entanto, isto pode não ser partilhado entre estes, dado que, quer a mulher, quer o cônjuge, se encontram preocupados em não perturbar ou incomodar o outro.

Na verdade, sabe-se que os níveis de depressão dos cônjuges bem como a sua resposta emocional à nova situação, são, por vezes, comprometedores quando se trata da adaptação familiar à doença e são influenciados por diversos factores, como é o caso de, por exemplo, do tempo de diagnóstico, a reacção da família perante a doença e o suporte social.

Desta forma, as respostas emocionais por parte dos cônjuges podem trazer determinadas complicações devido a sentimentos de raiva ou culpa, muitas das vezes patentes em questões do passado ainda por resolver. O cancro, nestes casos, pode agir como sendo um catalisador para a resolução de problemas do passado como também pode ser, nas relações menos sólidas, o despoletar do término da mesma. Estes problemas, muitas das vezes, acabam por passar despercebidos aos profissionais de saúde. Acontece até, os cônjuges terem que adoptar uma carapaça caracterial onde nela reside uma postura positiva e animadora, que, não passa mais do que uma estratégia de camuflagem aos seus verdadeiros sentimentos.

Torna-se, então, recomendável que estes sejam englobados no processo de tratamento e lhes seja facilitado o acesso privado a um técnico de saúde, psicólogo ou médico de família, a fim de expor todos os seus sentimentos e problemas consequentes da doença.

Da mesma forma, é também importante promover um espaço terapêutico onde nele participem não só a mulher com cancro da mama bem como o seu cônjuge com a finalidade de, perante a doença, fomentar a partilha de sentimentos e problemas entre o casal.

Ainda em relação a estes sentimentos de depressão, ansiedade e outras dificuldades emocionais, importa referir que podem vir a ser prejudicadas as relações entre pai-filhos constituindo, assim, um risco para o exercício da paternalidade.

Perante estas ameaças, incertezas e dúvidas que envolvem a problemática da doença sentidas pelo pai, este pode não estar predisposto sintomaticamente para a elaboração de conteúdos comunicativos, indisponibilizando-se, de certa forma, para fomentar o entendimento dos filhos perante a doença do cancro da mama da mãe. Portanto, torna-se necessária a existência de factores adjuvantes tais como a adaptação conjugal e o suporte social próximo.

- O cancro na relação parental

Na actualidade, fala-se de adaptação familiar à doença do cancro da mama, e tem-se em consideração a estrutura familiar como sendo um todo neste processo.

Em tempos passados, os filhos de pacientes com cancro eram um grupo consideravelmente de risco cujos problemas eram minimizados pelos pais e profissionais de saúde. No entanto, hoje considera-se que, não só são afectados pela doença dos pais, como também afectam a forma como a doença é vivida na família.

Desta forma, sabe-se que dificilmente esta adaptação à doença será optimizada sem a participação activa dos elementos mais novos.

Sabe-se que uma boa maioria de mulheres com cancro da mama contraem a doença numa idade mais avançada, no entanto, isto também se verifica em muitas mulheres mais novas com filhos ainda dependentes. Aqui reside um problema maior que se prende, precisamente, com o facto de informar as crianças da doença da mãe.

Estima-se que quanto pior é o prognóstico no cancro, mais difícil se torna dar uma explicação às crianças e mais difícil se torna o facto de estas conseguirem lidar com esta nova realidade. Ainda relativamente a esta questão surge o problema que se prende com os sentimentos de medo e tristeza por parte dos pais que, ainda que estes se esforcem para não os transparecer, o que é certo é que os filhos acabam por percebê-los.

Assim, a adaptação da criança está inequivocamente ligada aos mecanismos de coping da família. Como tal, é necessário prestar atenção ao papel desempenhado pelo pai, dado que este poderá contribuir para a (re)interpretação, compreensão e questionamento de conceitos e sentimentos acerca da doença da mãe, de forma a beneficiar o desenvolvimento psicossocial de filhos (Lewis, Hammond & Hoods, 1993; Peters & Esses, 1985).

De acordo com estudos desenvolvidos nesta área, a vivência da patologia materna é interiorizada de diferentes formas, sendo que um dos factores importantes se relaciona com o facto da etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra (Issel, Ersek & Lewis, 1990; Primoro, 1997; Rait & Lederberg, 1989 in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Quando existem filhos, os pais tornam-se mais permissivos às suas necessidades e exigências. Isto pode dever-se ao facto de, como se sabe, o impacto do cancro da mama gerar uma preocupação nos filhos, sobretudo aqueles entre os 7 e os 10 anos de idade, no que diz respeito aos acontecimentos futuros podendo mesmo levar a um sentimento de medo da desintegração familiar.

Posto isto, torna-se estritamente necessário referir algumas reacções emocionais das crianças em idade escolar face à patologia materna do cancro da mama. Entre vários, destacam-se os sentimentos de tristeza, medo, solidão, preocupação e revolta. Esta ideia remete-nos para a ansiedade de separação ou perda que, embora inconscientemente vivida, é expressa, por vezes, em comportamentos agidos, ou não seja a mãe legitimamente conotada com o mito universal de “uma diva prestadora de cuidados afectivos e emocionais”(Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Por outro lado, nos adolescentes, o diagnóstico de cancro da mama juntamente com as incertezas que lhe estão directamente associadas, pode ser visto como um último desafio para o adolescente, debatendo-se, assim, entre os desejos conflituais de querer estar com a mãe e ao mesmo tempo de querer viver a sua própria vida. Esta é, pois, uma fase de transição, em

que as dúvidas e incertezas em relação ao próprio e ao outro, preenchem quase por completo o mundo psíquico do adolescente. Assim, é nesta fase que são evidenciados os desejos conflituais atrás descritos que acabam por denunciar o comprometimento, de forma conflituosa, da qualidade e quantidade de papéis familiares. (Hilton & Elfert, 1996; Vess, Moreland & Schwebbel, 1985 in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Pode-se mesmo afirmar que nos adolescentes se verificar um défice na sua auto-estima, grandes problemas comportamentais e fraca qualidade no relacionamento com os pais e pares, dado o conflito interno entre a dependência do “ser criança” e a necessidade de “ser adulto” (Lewis, 1996; Lewis, Ellison & Woods, 1985 in Dias, Manuel, Xavier & Costa). Não é, pois, de estranhar que o sucesso da redistribuição das tarefas depende dos níveis de desenvolvimento destes, mostrando uma maior disponibilidade para a transição das regras, assistindo às responsabilidades do meio familiar, ao invés das crianças mais novas que, por imaturidade psicológica, se encontram menos aptas a responder perante as necessidades (Combrinck-Graham, 1985; Rolland, 1987).

Dado que o cancro da mama poderá despoletar variadas reacções por parte dos filhos, não seria então difícil de se esperar que também se deve ao facto da problemática que se prende, precisamente, com as dificuldades sentidas pela maior parte das mães que padecem desta doença, nomeadamente ao nível da comunicação, relações interpessoais e o no próprio exercício da maternalidade.

Este problema também se faz sentir, negativamente, noutros aspectos, sobretudo, atendendo ao género dos filhos. Com isto quer-se dizer que, na qualidade emocional estabelecida, a filha, enquanto mulher, irá vivenciar de forma inconsciente a doença da mãe, projectando sentimentos inerentes a esta condição: a realidade do cancro da mama da sua mãe. Existe quem defenda ainda que, as filhas de mulheres com cancro da mama, apresentam maiores problemas psico-sexuais, com diminuição da satisfação sexual, comparativamente àquelas cujas mães não sofrem de qualquer doença crónica, neste caso, tratando-se do cancro da mama.

Por vezes as crianças podem sentir raiva pelo facto de serem abandonadas pela mãe que está doente, podem sentir uma culpa irracional pelo que de alguma forma se sentem responsáveis pela doença ou medo que o cancro irá surtir no pai ou nelas próprias. Algumas crianças sentem-se obrigadas a substituir o membro familiar do mesmo sexo que está doente no papel que este outrora desempenhou. Neste caso, as filhas tendem a querer ser “a mãe para os mais pequenos”.

Contudo, nem sempre isto é sentido da melhor forma, sendo que, por vezes, é considerado para as crianças um fardo com o qual têm que carregar, juntamente com uma grande carga de responsabilidade, durante muitos anos.

No entanto, segundo Fitch, Bunston e Elliot (1999), é a mãe que muitas vezes assume um papel protector das crianças, contrariamente ao atrás referido.

O desenvolvimento psicossocial da criança é afectado positivamente quando é facilitado o acesso físico e emocional aos pais. Da mesma forma podemos considerar que, o contrário, ou seja, a instabilidade emocional dos pais traduz-se numa inacessibilidade física, podendo alterar negativamente a relação pais-filhos, transformando-se num factor desencadeador significativo do acting out ou conflitualidade por parte destes.

Por conseguinte, o humor depressivo parental pode conduzir à situação híbrida de “adultomorfização” dos filhos em relação à realidade vivida pelo casal. Pode-se mesmo dizer, até, que a amputação de vida a que a mãe fica sujeita poderá conduzir à desertificação emocional dos restantes protagonistas da teia relacional familiar (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Assim, torna-se fundamental considerarmos que os sintomas e comportamentos dos filhos, são, numa grande maioria, preditores genuínos da crise familiar iminente.

Tem sido referido que o impacto gerado pelo cancro da mama no “seio” familiar varia consoante inúmeros factores. Importa salientar, também, um outro, que se prende, precisamente, com a fase, ou estágio, do ciclo de vida familiar em que, não só a mulher, como também toda a estrutura familiar, se encontram.

- O ciclo de vida familiar

O ciclo de vida familiar define as etapas pelas quais a família passa durante a sua evolução, assim como as tarefas que devem ser cumpridas pelo agregado no decorrer destas (Caeiro, 1991). Para Duvall, o desenvolvimento da família centra-se na existência de filhos e na sua educação, desde o nascimento até à maturidade. O autor apresenta, então, oito estádios que constituem o ciclo de vida familiar. O primeiro estágio representa o casal sem filhos. O segundo refere-se à família com filhos nascidos há pouco. Uma família com filhos nascidos em idade pré-escolar situa-se no terceiro estágio. No quarto, a família possui filhos nascidos em idade escolar. O quinto estágio é marcado pela fase de adolescência dos filhos nascidos. O sexto estágio caracteriza-se pelo fenómeno de “ninho vazio”, que é atingido quando os filhos

saem de casa permanecendo apenas os pais. “Progenitores na meia-idade” é o nome do sétimo estágio que vai desde o “ninho vazio” até à reforma. O oitavo e último estágio denomina-se “Progenitores na 3ª idade” que termina na morte dos dois elementos.

Trata-se importante, também, referir os aspectos fundamentais que se prendem com o ciclo de vida individual. Aqui, todas as fases estão centradas no sujeito enquanto ser individual e único e caracterizam-se, também, pela sua maturação biológica, onde a idade deverá constar como um bom tradutor relativamente à fase em que se encontra.

Existem estudos elaborados (Thewes, B. and Pendlebury, S., 2004; Luoma, M. and Hakamies-Blomqvist, L., 2004.) que se enquadram, de alguma forma, com o tema central deste trabalho que indicam, através duma linha de investigação qualitativa, que as mulheres mais novas com cancro da mama serão mais afectadas pelo impacto que a doença imprime e experimentam maiores mudanças do que as mulheres mais velhas. Estas experiências de mudança dão-se, tanto a nível do papel que a própria desempenha na família, como também a nível individual, como por exemplo, aspectos da vivência do seu corpo e sexualidade.

Como já foi anteriormente referido, são diversos os factores que influenciam as experiências de mudança associadas ao cancro da mama. Como tal, a fase da doença em que a mulher se encontra, não pode deixar de ser aqui referido, apesar de não constituir objecto de estudo nesta investigação.

Na fase inicial da doença, a mulher preocupa-se essencialmente com a educação futura dos filhos e com as perturbações emocionais e consequências profissionais. Já para as mulheres com cancro avançado, a restrição de actividades e os efeitos colaterais do tratamento prendem preferencialmente a sua atenção, a par do medo da progressão e da recorrência, seguidos pelo receio ligado ao futuro da sua família (Woods, Lewis & Ellison, 1989 in Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001).

Nesta investigação ir-se-á, então, procurar aceder às experiências de mudança em mulheres com cancro da mama na fase adulta do ciclo de vida individual e, respectivamente, no quarto e quinto estágio de modelo do ciclo de vida familiar de Duvall em comparação às experiências de mudança em mulheres com cancro da mama que se encontrem na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estágio do ciclo de vida familiar.

III - METODOLOGIA

1. Tipo de estudo

Este estudo tem como base uma linha de metodologia qualitativa de carácter fenomenológico, uma vez que é determinante o estudo das experiências vividas através da compreensão da estrutura, da essência, e contexto da experiência subjectiva do indivíduo (Ribeiro, 2007). Trata-se de um estudo transversal e comparativo no sentido em que se compara, num único momento avaliativo, o impacto e experiências de mudança nas mulheres com cancro da mama em diferentes fases do ciclo de vida individual e familiar. Esta investigação está assente no estudo de casos múltiplos através da entrevista semi-estruturada e observação.

2- Selecção e caracterização da amostra

A amostra é do tipo não-probabilístico por conveniência e é constituída por 5 mulheres com cancro na mama que se encontram na fase adulta do ciclo de vida individual e, respectivamente, no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar e por 5 mulheres que se encontram na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e, respectivamente, no sétimo estágio do ciclo de vida familiar. É importante salientar que cada participante encontrava-se em fases do ciclo de vida individual e familiar coincidentes como atrás descrito.

A recolha da amostra foi efectuada no Hospital Garcia de Orta.

3. Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo é a Análise Fenomenológica Interpretativa de J. Smith (IPA). Sendo um método de pesquisa qualitativo, que é originalmente desenvolvido pela psicologia, permite-nos compreender o que é que um sujeito percepçiona determinado fenómeno. O IPA é um método de análise fenomenológica que pretende, não a recolha de descrições objectivas, mas sim aceder às características singulares do pensamento e experiências de cada indivíduo. Assim, o IPA define-se como sendo um método subjectivo no qual se incita ao diálogo aberto e se pretende dar voz às experiências subjectivas de cada

indivíduo atendendo ao contexto da problemática em estudo. São utilizadas várias técnicas como por exemplo, a entrevista semi-estruturada ou o grupo focal (Ribeiro, 2007).

Revela-se de extrema importância na área da psicologia da saúde pelo facto de, nos dias de hoje, ser atribuída uma grande importância àquilo que as pessoas pensam. Neste sentido, tem-se prestado atenção, por exemplo, às experiências corporais, a tudo aquilo que as pessoas falam e sentem do seu corpo. Desta forma, é possível acontecer que duas pessoas com a mesma doença falem de maneiras absolutamente distintas acerca da sua condição, ou seja, podem dar diferentes sentidos à sua condição médica (Smith, 1999).

Neste estudo, o instrumento foi aplicado através da técnica da entrevista semi-estruturada. Num primeiro passo, é absolutamente essencial que se possua um considerável conhecimento daquilo que se quer estudar, bem como do instrumento. Desta forma é possível construir um guião de entrevista com algumas questões que nos permitam compreender aquilo que os sujeitos percebem acerca do tema em estudo. É importante salientar que, no momento das entrevistas e com a devida autorização, é bastante pertinente gravar as entrevistas para que nada se perca do discurso dos sujeitos no estudo. Assim, considera-se que todo e qualquer elemento do discurso é importante.

Num segundo passo, transcreve-se todo o discurso dos sujeitos e inicia-se a devida análise. Esta análise é feita através de – primeiro – extração de temas acompanhados de excertos do discurso em cada indivíduo – segundo – selecção e agrupamento de todos os temas dividindo-os por categorias – terceiro – comparação dos dados entre os sujeitos.

Para ser feita uma análise rigorosa e com sucesso, é importante que se tenha um bom domínio de todos os conteúdos das entrevistas efectuadas.

Também é importante salientar que neste tipo de metodologia, mais precisamente neste tipo de instrumento, não existe uma forma definitiva de abordar a análise. Com isto quer-se dizer que, todo o processo analítico irá depender do conhecimento que o investigador possui sobre as questões em estudo. Este conhecimento passa não só pelo domínio do instrumento, como também por todo um trabalho prévio de revisão de literatura acerca do tema a estudar. Também pode ser considerado um factor muito importante, toda a maturação clínica do investigador.

4. Técnica de recolha de dados

A técnica de recolha de dados utilizada neste estudo é a entrevista aprofundada, mais especificamente, a entrevista semi-estruturada. Neste tipo de entrevista o investigador recorre a questões abertas que permitam ao entrevistado discorrer sobre a sua experiência de modo amplo. Procura-se clarificar o que está a ser dito pela clarificação do significado que é atribuído a termos, expressões, ou acontecimentos (Ribeiro, 2007).

Foi construído por nós um guião para a entrevista de forma a possibilitar um discurso que evidenciasse respostas abertas por parte dos sujeitos. As questões base definidas para a entrevista foram:

1- O que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro da mama?

2- Para si, aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro da mama?

3- E no seu meio familiar, aconteceram algumas mudanças devido à sua doença?
(Quais?)

4- Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença?
(Quais mudanças?) (O que acha que levou a essas mudanças?)

5- No decurso das experiências que teve (ou tem) por estar doente, resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida? (se sim, quais? Em que consistiam?)

O procedimento neste estudo passou, primeiramente, pelo contacto com o Hospital Garcia de Orta, com a devida antecedência, fornecendo a descrição com os requisitos pretendidos para a composição da amostra para que fosse possível dar início ao processo de recolha de dados. Uma vez apurados os participantes constituintes desta amostra procedeu-se, então, à aplicação, individualmente, da entrevista semi-estruturada. Foi explicado a cada participante, e pedido o devido consentimento, que todos os dados fornecidos durante a entrevista seriam estritamente confidenciais, sendo que nenhum nome dos sujeitos em algum momento foi revelado neste estudo. As entrevistas foram gravadas com um gravador áudio, de

forma a ser possível a posterior transcrição das mesmas, com a devida autorização dos participantes.

IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Antes da exposição dos resultados, torna-se necessário fazer menção sobre a forma como estes foram apurados. Este processo de análise implicou, antes de mais uma, uma rigorosa e detalhada leitura, em vários momentos, de todas as entrevistas efectuadas.

De seguida, tentou-se obter uma visão alargada, em todas as entrevistas, dos temas que importam para este estudo, criando, desta forma, uma base para a análise das entrevistas individualmente. Assim, o passo seguinte implicou, precisamente, a extracção de temas e conteúdos para cada entrevista. Este processo consistiu na leitura minuciosa do discurso de cada sujeito, juntamente com a anotação de conteúdos importantes na margem esquerda de cada entrevista.

Após esta primeira análise, foram elaborados na margem direita de cada entrevista os temas relacionados com cada conteúdo. Desta feita, estes dados foram organizados esquematicamente com as respectivas citações e indicação do número da página e da linha, respectivamente.

É de extrema importância referir que, para uma boa compreensão da análise feita neste trabalho, não nos podemos cingir apenas às parcelas extraídas de cada entrevista. Este processo foi feito com a intenção única de organizar os dados. Assim, a compreensão desta análise não dispensa, nem o podeira fazer, da leitura das entrevistas para que desta forma se possa contextualizar os pequenos excertos abaixo apresentados.

As primeiras cinco entrevistas são referentes ao grupo de estudo no qual estão incluídas cinco mulheres na fase pós-menopausa do ciclo de vida, e, respectivamente no sétimo estágio do ciclo de vida individual. A este grupo ir-se-á atribuir o nome de *Grupo 1*. Os resultados obtidos são em seguida mostrados:

Entrevista 1

DC – 72 anos

1 – Percepção da doença

- Preocupação/Suspeita “um caroço que me preocupava...” (1.6)
- Procura de ajuda médica “fui falar com a minha médica” (1.4)
- Apoio na informação “li uns livros” (2.8)

2- Sentimentos em relação à doença

- Medo “mais uma na vida?” (1.8)
- Auto-encorajamento “quero fazer-me forte” (3.5)
- Alívio “isto já está melhor” (3.3)
- Dor “um ardor horrível” (2.9)
- Recordação de experiências de familiares “filha que teve um cancro e acabou por morrer ” (1.1)
- Experiência negativa “Por enquanto ainda nada” (3.2)

3- Mudanças percebidas (self)

- Sentimentos depressivos “o agravar mais esta depressão” (2.2)
- Restrição de mobilidade “dificuldades em mexer-me” (2.6)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Sem alteração “esteve tudo normal” (2.6)

5- Apoio percebido

- Familiar “costumam-me visitar e (2.5)

Entrevista 3

ER – 64 anos

1 – Percepção da doença

- Preocupação/Suspeita “acabei por ficar desconfiada” (1.4)
- Apoio na informação “a doença na televisão” (1.2)
- Expectativas/Desilusão “não pensei que a tivesse” (1.3)

2- Sentimentos em relação à doença

- Auto-encorajamento/Auto-crítica “sempre fui forte” (1.9)
- Alívio/Sorte “não cheguei a tirar o peito” (2.7)
- Dor “dá-me dores” (2.10)
- Incerteza “se isto irá passar ou não” (2.7)
- Experiência negativa “De positivo assim de repente acho que não” (2.13)

3- Mudanças percebidas (self)

- Incapacidade funcional “não podia esforçar muito o braço” (2.4)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Sem alteração “não, quase tudo normal” (2.3)

5- Apoio percebido

- Familiar “o meu marido sempre me acompanhou” (2.2)

- Médico “bem seguida” (2.11)

<p>Entrevista 4 OB – 75 anos</p>
--

1 – Percepção da doença

- Preocupação/Suspeita “detectei um nódulo” (1.4)
- Procura de ajuda médica “fui á minha médica” (1.4)

2- Sentimentos em relação à doença

- Medo “tinha aquele medo” (1.8)
- Auto-encorajamento “acabei por enfrentar isto” (2.5)
- Dor “mesmo com dores” (2.1)
- Experiência negativa “não acho que tenha havido nada de bom” (2.6)

3- Mudanças percebidas (self)

- Sem alteração “mudanças por assim dizer não” (1.7)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Sem alteração “ficou tudo igual” (2.1)

5- Apoio percebido

- Familiar “o meu filho sempre me apoiou” (1.9)

Entrevista 5

AG – 78 anos

1 – Percepção da doença

- Preocupação/Suspeita “comecei a suspeitar” (1.6)

2- Sentimentos em relação à doença

- Incerteza “durou 4 meses!” (1.8)
- Negação “não era mau mas tinha que tirar” (2.6)
- Perda “tiraram-me os 2” (2.8)
- Frustração “nem sequer tem o exame na mão!?” (2.2)
- Experiência negativa “não há nada de positivo” (3.3)

3- Mudanças percebidas (self)

- Sentimentos depressivos “cada vez mais triste” (2.7)
- Incapacidade funcional “dantes saía com as minhas amigas” (2.12)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Sem alteração “não mudou nada sabe?” (2.12)

5- Apoio percebido

- Familiar “a minha sobrinha que me deu muita força” (3.2)

Grupo 2

Seguem-se os resultados da análise do discurso das cinco entrevistas referentes ao grupo de estudo, que é composto por mulheres que estão na fase adulta do ciclo de vida individual, e, respectivamente nos estádios quatro e cinco do ciclo de vida familiar, que passará a denominar-se *Grupo 2*:

Entrevista 6

MC – 46 anos

1 – Percepção da doença

- Choque “não estava à espera” (1.1)
- Expectativa/Desilusão “Nunca pensei que tivesse
que ser operada
novamente” (1.3)

2- Sentimentos em relação à doença

- Incerteza “passaram-se montes de
coisas pela minha cabeça” (1.1)
- Auto-encorajamento “e acabo por ganhar
forças” (1.5)
- Impacto “grande impacto” (1.6)
- Ansiedade “sempre nervosa” (2.5)
- Ruminação “sempre a pensar no
problema” (2.6)
- Frustração “seria melhor se isto
parasse logo de vez” (2.8)
- Recordação de experiências de familiares “a minha mãe passou pelo
mesmo” (2.2)

3- Mudanças percebidas (self)

- Incapacidade funcional “há certas coisas que não faço” (1.7)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Reorganização familiar “a minha mãe e a minha madrinha a ajudar-me” (2.2)

5- Apoio percebido

- Familiar “apoio dos meus pais, marido e filha” (1.10)

Entrevista 7

MF – 43 anos

1 – Percepção da doença

- Choque “o choque foi aí” (1.2)
- Previsibilidade “aí eu já estava à espera ” (1.3)
- Apoio na informação “tenho conhecidos que já fizeram” (2.13)

2- Sentimentos em relação à doença

- Medo/Pânico “o mundo desabou” (1.6)
- Alívio “não sofrer efeitos quase nenhuns pronto... na boa!” (2.16)
- Experiência negativa “isto é uma experiência negativa” (3.4)
- Auto-encorajamento “há que ter coragem e força” (3.2)

3- Mudanças percebidas (self)

- Calma “fiquei mais calma” (3.4)
- Limitação da actividade sexual “deixar de tomar a pílula condicionou-me” (1.9)
- Limitação das actividades de lazer “praia não fui, não podia apanhar sol” (2.17)
- Limitação dos projectos futuros “deixa de pensar naquele sentido de fazer projectos” (3.5)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Adaptação familiar “tivemos que aprender todos a lidar” (2.2)
- Reorganização familiar “repartir essas tarefas por todos” (2.11)

5- Apoio percebido

- Familiar “tive muito apoio de toda a minha família” (2.8)

Entrevista 8

JS – 42 anos

1 – Percepção da doença

- Choque “nunca pensei” (1.2)
- Preocupação/Suspeita “qualquer coisa no peito” (1.3)

2- Sentimentos em relação à doença

- Medo/Pânico “Fiquei muito assustada com tudo isto” (1.10)
- Incerteza “como é que irá ser a minha vida” (2.1)
- Experiência negativa “não acho que haja nada” (2.14)

de bom”

3- Mudanças percebidas (self)

- Incapacidade funcional “era eu que fazia tudo em casa” (2.8)
- Atenuação do medo “já não tenho o medo que tinha dantes” (2.11)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Adaptação familiar “acabámos por encontrar um forma de lidar coma doença” (2.6)
- Reorganização familiar “a minha sogra acabou por passar lá uns tempos” (2.9)

5- Apoio percebido

- Familiar “sempre me apoiaram” (2.6)

Entrevista 9

SV – 41 anos

1 – Percepção da doença

- Choque “foi um grande choque” (1.1)

2- Sentimentos em relação à doença

- Auto-encorajamento “tive muita força” (1.3)
- Ruminação “eu pensasse mais sobre isto” (1.10)
- Auto-crítica “sempre fui muito activa” (1.8)
- Dor “por causa das dores” (2.8)
- Alívio “acabaram por correr” (2.16)

bem”

3- Mudanças percebidas (self)

- Incapacidade funcional “praticamente parada” (1.9)
- Limitação da actividade profissional “não poder ir trabalhar afectou-me imenso” (1.5)
- Valorização da vida “dar mais valor às pequenas coisas da vida” (2.17)
- Dedicção à família “estar mais tempo com a minha filha” (3.1)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Sem alteração “está tudo igual” (2.6)

5- Apoio percebido

- Familiar “não é que ele não me tenha apoiado” (2.4)
- Social “visitas das minhas amigas” (2.12)

Entrevista 10

PB – 46 anos

1 – Percepção da doença

- Choque “foi um grande impacto” (1.1)
- Sobrecarga de rotina médica “exames atrás de exames” (1.4)

2- Sentimentos em relação à doença

- Auto-encorajamento “tens que saber encarar e lidar” (1.5)

- Dor “isto dá dores” (1.11)
- Experiência negativa “não é uma coisa boa de se ter” (3.4)

3- Mudanças percebidas (self)

- Incapacidade funcional “sem poder fazer grandes esforços” (1.11)
- Melhoria da relação familiar “a doença fez com que a família ficasse mais unida” (2.13)
- Aquisição de novas actividades “oportunidade de ganhar outros gostos” (3.2)

4- Mudanças na dinâmica familiar

- Reorganização familiar “já tinha mais ajuda em casa” (2.4)

5- Apoio percebido

- Familiar “a minha família muito nesse aspecto” (2.10)

O último passo desta etapa consiste no agrupamento e categorização de todos os temas e subtemas extraídos de todas as entrevistas, dos dois grupos, de forma a organizar os dados, como a seguinte lista indica:

1- Percepção da doença

- 1.1- Preocupação/Suspeita
- 1.2- Procura de ajuda médica
- 1.3- Apoio na informação

- 1.4- Espectativas/Desilusão
- 1.5- Choque
- 1.6- Sobrecarga de rotina médica
- 1.7- Previsibilidade

2- Sentimentos em relação à doença

- 2.1- Medo/Pânico
- 2.2- Auto-encorajamento
- 2.3- Alívio
- 2.4- Dor
- 2.5- Recordação de experiências de familiares
- 2.6- Experiência negativa
- 2.7- Receio/Incerteza
- 2.8- Negação
- 2.9- Frustração
- 2.10- Perda
- 2.11- Ansiedade
- 2.12- Impacto
- 2.13- Ruminação

3- Mudanças percebidas (*self*)

- 3.1- Sem alteração
- 3.2- Incapacidade funcional
- 3.3- Sentimentos depressivos
- 3.4- Limitação da actividade social
- 3.5- Limitação da actividade sexual
- 3.6- Limitação das actividades de lazer
- 3.7- Limitação no planeamento do futuro
- 3.8- Calma
- 3.9- Atenuação do medo
- 3.10- Limitação da actividade profissional
- 3.11- Valorização da vida
- 3.12- Dedicção à família/Melhoria da relação familiar
- 3.13- Aquisição de novas actividades

4- Mudanças na dinâmica familiar

- 4.1- Sem alteração
- 4.2- Reorganização familiar
- 4.3- Adaptação familiar

5- Apoio percebido

- 5.1- Familiar
 - 5.2- Social
 - 5.3- Médico

5.4- Religião/Espiritual

Estando efectuada a análise individual de cada entrevista, torna-se necessário elaborar uma comparação entre os sujeitos de cada grupo. A seguinte tabela indica-nos quais os subtemas presentes em cada entrevista referentes ao primeiro tema:

	DC	RR	ER	OB	AG
1- Percepção da doença	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos
1.1- Preocupação/Suspeita	(1.6)	(1.1)	(1.4)	(1.4)	(1.6)
1.2- Procura de ajuda médica	(1.4)	-	-	(1.4)	-
1.3- Apoio na informação	(2.8)	-	(1.2)	-	-
1.4- Espectativas/Desilusão	-	(1.1)	(1.3)	-	-
1.5- Choque	-	-	-	-	-
1.6- Sobrecarga de rotina médica	-	-	-	-	-
1.7- Previsibilidade	-	-	-	-	-

Tabela 1 – *Elementos do discurso do Grupo 1 para o tema “Percepção da doença”.*

Como se pode observar através desta tabela, existe uma clara predominância do subtema “Preocupação/Suspeita”. Este tema está relacionado com a primeira questão da entrevista, que é alusiva ao impacto sentido na altura do diagnóstico.

Para o segundo tema, foram agrupados os seguintes conteúdos:

	DC	RR	ER	OB	AG
	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos
1- Sentimentos em relação à doença					
2.1- Medo/Pânico	(1.8)	-	-	(1.8)	-
2.2- Auto-encorajamento/Auto-crítica	(3.5)	(1.4)	(1.9)	(2.5)	-
2.3- Alívio	(3.3)	(2.2)	(2.7)	-	-
2.4- Dor	(2.9)	-	(2.10)	(2.1)	-
2.5- Recordação de exp. de familiares	(1.1)	-	-	(2.6)	-
2.6- Experiência negativa	(3.2)	(2.6)	(2.13)	-	(3.3)
2.7- Receio/Incerteza	-	(2.1)	(2.7)	-	(1.8)
2.8- Negação	-	-	-	-	(2.6)
2.9- Frustração	-	-	-	-	(2.2)
2.10- Perda	-	-	-	-	(2.8)
2.11- Ansiedade	-	-	-	-	-
2.12- Impacto	-	-	-	-	-
2.13- Ruminação	-	-	-	-	-

Tabela 2 – Elementos do discurso do Grupo 1 para o tema “Sentimentos em relação à doença”.

No segundo tema, os subtemas com maior predominância no discurso dos sujeitos entrevistados são o “Auto-encorajamento/Auto-crítica” e “Experiência negativa”. Em ambos, quatro dos cinco sujeitos constituintes do grupo evidenciam no seu discurso conteúdos referentes aos subtemas atrás descritos.

Para o tema que diz respeito às mudanças percebidas para o self foi elaborada a seguinte tabela:

	DC	RR	ER	OB	AG
3- Mudanças percebidas (self)	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos
3.1- Sem alteração	-	(1.5)	-	(1.7)	-
3.2- Incapacidade funcional	(2.6)	-	(2.4)	-	-
3.3- Sentimentos depressivos	(2.2)	-	-	-	(2.7)
3.4- Limitação da actividade social	-	-	-	-	(2.12)
3.5- Limitação da actividade sexual	-	-	-	-	-
3.6- Limitação das actividades de lazer	-	-	-	-	-
3.7- Limitação no planeamento do futuro	-	-	-	-	-
3.8- Calma	-	-	-	-	-
3.9- Atenuação do medo	-	-	-	-	-
3.10- Limitação da actividade profissional	-	-	-	-	-
3.11- Valorização da vida	-	-	-	-	-
3.12- Dedicção à família/Melhoria da relação familiar	-	-	-	-	-
3.13- Aquisição de novas actividades	-	-	-	-	-

Tabela 3 – Elementos do discurso do Grupo 1 para o tema “Mudanças percebidas (self)”.

Dos treze subtemas existentes, apenas três estão patentes nos discursos do *Grupo 1*. Dois sujeitos afirmam não ter existido nenhuma mudança, enquanto que nos restantes três

estão presentes no seu discurso “Incapacidade funcional”, “Sentimentos depressivos” e “Limitação da actividade social”.

A tabela 4 dar-nos-á a informação relacionada com mudanças sentidas a nível da dinâmica familiar:

	DC	RR	ER	OB	AG
4- Mudanças na dinâmica familiar	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos
4.1- Sem alteração	(2.6)	(1.9)	(2.3)	(2.1)	(2.12)
4.2- Reorganização familiar	-	-	-	-	-
4.3- Adaptação familiar	-	-	-	-	-

Tabela 4 – Elementos do discurso do Grupo 1 para o tema “Mudanças na dinâmica familiar” .

Como se pode constatar, no *Grupo 1*, não existem mudanças percebidas ao nível da dinâmica familiar em nenhum dos sujeitos.

O último tema revela-nos a percepção de cada sujeito acerca do apoio recebido como nos indica a tabela 5:

	DC	RR	ER	OB	AG
5- Apoio percebido	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos
5.1- Familiar	(2.5)	(1.10)	(2.2)	(1.9)	(3.2)
5.2- Social	-	-	-	-	-
5.3- Médico	-	-	(2.11)	-	-
5.4- Religião/Espiritual	(3.5)	-	-	-	-

Tabela 5 – Elementos do discurso do Grupo 1 para o tema “Mudanças na dinâmica familiar” .

Em todos os sujeitos deste grupo há referência no discurso de apoio familiar. Em dois casos há também referência a apoio médico e apoio na religião/espiritual.

Após a exposição da análise dos conteúdos do *Grupo 1*, é igualmente importante abordar os conteúdos encontrados nas entrevistas do *Grupo 2*. Assim, estão de seguida referenciados os resultados para o tema “Percepção da doença” no *Grupo 2*:

	MC	MF	JS	SV	PB
1- Percepção da doença	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
1.8- Preocupação/Suspeita	-	-	(1.3)	-	-
1.9- Procura de ajuda médica	-	-	-	-	-
1.10- Apoio na informação	-	(2.13)	-	-	-
1.11- Espectativas/Desilusão	(1.3)	-	-	-	-
1.12- Choque	(1.1)	(1.2)	(1.2)	(1.1)	(1.1)
1.13- Sobrecarga de rotina médica	-	-	-	-	(1.4)
1.14- Previsibilidade	-	(1.3)	-	-	-

Tabela 6 – *Elementos do discurso do Grupo 2 para o tema “Percepção da doença”*

Neste grupo há a destacar a referência de todos os sujeitos ao subtema “Choque”.

A seguinte tabela indica-nos quais os conteúdos existentes no discurso do *Grupo 2* para o tema “Sentimentos em relação à doença”:

	MC	MF	JS	SV	PB
2- Sentimentos em relação à doença	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
2.1- Medo/Pânico	-	(1.6)	(1.10)	-	-
2.2- Auto-encorajamento/Auto-crítica	(1.5)	(3.2)	-	(1.3)/(1.8)	(1.5)
2.3- Alívio	-	(2.16)	-	(2.16)	-
2.4- Dor	-	-	-	(2.8)	(1.11)
2.5- Recordação de experiências de familiares	(2.2)	-	-	-	-
2.6- Experiência negativa	-	(3.4)	(2.14)	-	(3.4)
2.14- Receio/Incerteza	(1.1)	-	(2.1)	-	-
2.15- Negação	-	-	-	-	-
2.16- Frustração	(2.8)	-	-	-	-
2.17- Perda	-	-	-	-	-
2.18- Ansiedade	(2.5)	-	-	-	-
2.19- Impacto	(1.6)	-	-	-	-
2.20- Ruminação	-	-	-	(1.10)	-

Tabela 7 – Elementos do discurso do Grupo 2 para o tema “Sentimentos em relação à doença”

Nesta tabela, o subtema com mais com mais predominância no discurso, presente em quatro dos sujeitos, é “Auto-encorajamento/Autocrítica”.

As mudanças percebidas para o self no Grupo 2 dispõem-se da seguinte forma:

	MC	MF	JS	SV	PB
3- Mudanças percebidas (self)	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
3.1- Sem alteração	-	-	-	-	-
3.2- Incapacidade funcional	(1.7)	-	(2.8)	(1.9)	(1.11)
3.3- Sentimentos depressivos	-	-	-	-	-
3.4- Limitação da actividade social	-	-	-	-	-
3.5- Limitação da actividade sexual	-	(1.9)	-	-	-
3.6- Limitação das actividades de lazer	-	(2.17)	-	-	-
3.7- Limitação no planeamento do futuro	-	(3.5)	-	-	-
3.8- Calma	-	(3.4)	-	-	-
3.9- Atenuação do medo	-	-	(2.11)	-	-
3.10- Restrição da actividade profissional	-	-	-	(1.5)	-
3.11- Valorização da vida	-	-	-	(2.17)	-
3.12- Dedicção à família/Melhoria da relação familiar	-	-	-	(3.1)	(2.13)
3.13- Aquisição de novas actividades	-	-	-	-	(3.2)

Tabela 8 – *Elementos do discurso do Grupo 2 para o tema “Mudanças percebidas (self)”*

Aquilo se pode retirar a partir da observação desta tabela é que o subtema “Incapacidade funcional” está presente no discurso de quatro dos cinco sujeitos que constituem o *Grupo 2*.

	MC	MF	JS	SV	PB
4- Mudanças na dinâmica familiar	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
4.1- Sem alteração	-	-	-	(2.6)	-
4.2- Reorganização familiar	(2.2)	(2.11)	(2.9)	-	(2.4)
4.3- Adaptação familiar	-	(2.2)	(2.6)	-	-

Tabela 9 – Elementos do discurso do Grupo 2 para o tema “Mudanças na dinâmica familiar”

No Grupo 2 apenas um sujeito afirma não ter existido alguma mudança na dinâmica familiar. Dos restantes, todos apresentam no seu discurso alusão ao subtema “Reorganização familiar”, sendo que dois dos quais também indicam uma “Adaptação familiar”.

Do apoio percebido no Grupo 2 temos o seguinte:

	MC	MF	JS	SV	PB
5- Apoio percebido	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
5.1- Familiar	(1.10)	(2.8)	(2.6)	(2.4)	(2.10)
5.2- Social	-	-	-	(2.12)	-
5.3- Médico	-	-	-	-	-
5.4- Religião/Espiritual	-	-	-	-	-

Tabela 10 – Elementos do discurso do Grupo 2 para o tema “Mudanças na dinâmica familiar”

O apoio familiar é referenciado por todos os sujeitos, sendo que, apenas um refere apoio social.

Efectuada a exposição da análise de conteúdo do discurso dos dois grupos de estudo, torna-se absolutamente relevante considerarmos a comparação entre estes dois em todos os temas, para assim nos aproximarmos do objectivo deste estudo.

Para tal foram elaboradas tabelas para todos os temas nas quais se encontram ambos os grupos.

Ao observar a **tabela 11** em baixo exposta, podemos constatar que o que mais se destaca entre os dois grupos é, sem dúvida, a predominância do subtema “Preocupação/Suspeita” para todos os sujeitos do *Grupo 1*, que, contrariamente ao *Grupo 2*, apenas um sujeito evidencia. Por outro lado, no *Grupo 2*, todos os sujeitos têm presentes nos seus discursos o subtema “Choque”, em contrapartida ao *Grupo 1*, onde não há registo neste.

Na **tabela 12**, o que se pode verificar é uma concordância entre os dois grupos. Os subtemas “Auto-encorajamento/Auto-crítica” e “Experiência negativa” estão distribuídos, de uma forma geral, de igual forma em ambos os grupos. São também os que aparecem em maior número quando comparados com os restantes subtemas.

No que diz respeito às mudanças percebidas para o self, como indica a **tabela 13**, o *Grupo 2* possui maior incidência no subtema “Incapacidade funcional”. Já no *Grupo 1*, apenas dois sujeitos apresentam conteúdos referentes a este subtema. Ainda neste grupo, há um registo de dois indivíduos no subtema “Sentimentos depressivos” e outros dois sujeitos afirmam não ter existido qualquer mudança.

Segundo os dados fornecidos na **tabela 14**, todo o *Grupo 1* refere não ter existido qualquer alteração da dinâmica familiar, contrariamente ao *Grupo 2* que explicitam, na maioria dos casos, uma “Reorganização familiar”.

O apoio percebido apresenta resultados convergentes para os dois grupos, como se pode verificar na **tabela 15**. Importa salientar que é considerado, por todos os sujeitos entrevistados, a família como o maior prestador de apoio.

Tabela 11 – *Comparação dos elementos do discurso entre Grupo 1 e Grupo 2 para o tema “Percepção da doença”*

	DC	RR	ER	OB	AG	MC	MF	JS	SV	PB
1- Percepção da doença	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
1.2- Preocupação/Suspeita	(1.6)	(1.1)	(1.4)	(1.4)	(1.6)	-	-	(1.3)	-	-
1.3- Procura de ajuda médica	(1.4)	-	-	(1.4)	-	-	-	-	-	-
1.4- Apoio na informação	(2.8)	-	(1.2)	-	-	-	(2.13)	-	-	-
1.5- Espectativas/Desilusão	-	(1.1)	(1.3)	-	-	(1.3)	-	-	-	-
1.6- Choque	-	-	-	-	-	(1.1)	(1.2)	(1.2)	(1.1)	(1.1)
1.7- Sobrecarga de rotina médica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(1.4)
1.8- Previsibilidade	-	-	-	-	-	-	(1.3)	-	-	-

Tabela 12 – Comparação dos elementos do discurso entre Grupo 1 e Grupo 2 para o tema “Sentimentos em relação à doença”

	DC	RR	ER	OB	AG	MC	MF	JS	SV	PB
2- Sentimentos em relação à doença	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
2.1- Medo/Pânico	(1.8)	-	-	(1.8)	-	-	(1.6)	(1.10)	-	-
2.2- Auto-encorajamento	(3.5)	(1.4)	(1.9)	(2.5)	-	(1.5)	(3.2)	-	(1.3)/(1.8)	(1.5)
2.3- Alívio	(3.3)	(2.2)	(2.7)	-	-	-	(2.16)	-	(2.16)	-
2.4- Dor	(2.9)	-	(2.10)	(2.1)	-	-	-	-	(2.8)	(1.11)
2.5- Recordação de exp. de familiares	(1.1)	-	-	(2.6)	-	(2.2)	-	-	-	-
2.6- Experiência negativa	(3.2)	(2.6)	(2.13)	-	(3.3)	-	(3.4)	(2.14)	-	(3.4)
2.7- Receio/Incerteza	-	(2.1)	(2.7)	-	(1.8)	(1.1)	-	(2.1)	-	-
2.8- Negação	-	-	-	-	(2.6)	-	-	-	-	-
2.9- Frustração	-	-	-	-	(2.2)	(2.8)	-	-	-	-
2.10- Perda	-	-	-	-	(2.8)	-	-	-	-	-
2.11- Ansiedade	-	-	-	-	-	(2.5)	-	-	-	-
2.12- Impacto	-	-	-	-	-	(1.6)	-	-	-	-
2.14- Ruminação	-	-	-	-	-	-	-	-	(1.10)	-

Tabela 13 – Comparação dos elementos do discurso entre Grupo 1 e Grupo 2 para o tema “Mudanças percebidas”

	DC	RR	ER	OB	AG	MC	MF	JS	SV	PB
3- Mudanças percebidas (self)	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
3.13- Sem alteração	-	(1.5)	-	(1.7)	-	-	-	-	-	-
3.14- Incapacidade funcional	(2.6)	-	(2.4)	-	-	(1.7)	-	(2.8)	(1.9)	(1.11)
3.15- Sentimentos depressivos	(2.2)	-	-	-	(2.7)	-	-	-	-	-
3.16- Limitação da actividade social	-	-	-	-	(2.12)	-	-	-	-	-
3.17- Limitação da actividade sexual	-	-	-	-	-	-	(1.9)	-	-	-
3.18- Limitação das actividades de lazer	-	-	-	-	-	-	(2.17)	-	-	-
3.19- Limitação no planeamento do futuro	-	-	-	-	-	-	(3.5)	-	-	-
3.20- Calma	-	-	-	-	-	-	(3.4)	-	-	-
3.21- Atenuação do medo	-	-	-	-	-	-	-	(2.11)	-	-
3.22- Limitação da actividade profissional	-	-	-	-	-	-	-	-	(1.5)	-
3.23- Valorização da vida	-	-	-	-	-	-	-	-	(2.17)	-
3.24- Dedicção à família/Melhoria da relação familiar	-	-	-	-	-	-	-	-	(3.1)	(2.13)
3.25- Aquisição de novas actividades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(3.2)

Tabela 14 – Comparação dos elementos do discurso entre Grupo 1 e Grupo 2 para o tema “Mudanças na dinâmica familiar”

	DC	RR	ER	OB	AG	MC	MF	JS	SV	PB
4- Mudanças na dinâmica familiar	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
4.1- Sem alteração	(2.6)	(1.9)	(2.3)	(2.1)	(2.12)	-	-	-	(2.6)	-
4.2- Reorganização familiar	-	-	-	-	-	(2.2)	(2.11)	(2.9)	-	(2.4)
4.3- Adaptação familiar	-	-	-	-	-	-	(2.2)	(2.6)	-	-

Tabela 15 – Comparação dos elementos do discurso entre Grupo 1 e Grupo 2 para o tema “Apoio percebido”

	DC	RR	ER	OB	AG	MC	MF	JS	SV	PB
5- Apoio percebido	72 anos	71 anos	64 anos	75 anos	78 anos	46 anos	43 anos	42 anos	41 anos	46 anos
5.1- Familiar	(2.5)	(1.10)	(2.2)	(1.9)	(3.2)	(1.10)	(2.8)	(2.6)	(2.4)	(2.10)
5.2- Social	-	-	-	-	-	-	-	-	(2.12)	-
5.3- Médico	-	-	(2.11)	-	-	-	-	-	-	-
5.4- Religião/Espiritual	(3.5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

V - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O objectivo central deste estudo é tentar compreender qual o impacto que o cancro da mama pode exercer na mulher; mais especificamente, o que pode mudar na vida duma mulher. O que este trabalho se propõe não é mais do que a comparação entre mudanças sentidas em mulheres com cancro da mama em diferentes fases dos ciclos de vida individual e familiar. Para o efeito, foram abordados vários pressupostos teóricos, bem como estudos qualitativos e quantitativos sobre aquilo a que se designa a experiência psicológica do cancro da mama. Assim, pode-se, neste capítulo, abordar a análise e discussão de resultados através desses pressupostos e estudos experimentais.

Recorde-se, antes de mais, as questões de investigação inicialmente levantadas: (1) Como é que são as experiências de mudança em mulheres com cancro da mama que se encontram na fase adulta do ciclo de vida individual e no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar? (2) Como é que são as experiências de mudança em mulheres com cancro da mama que se encontram na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estágio do ciclo de vida familiar? (3) Que semelhanças existem nas experiências de mudança em mulheres com cancro da mama na fase adulta do ciclo de vida individual e no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar quando comparadas com mulheres na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estágio do ciclo de vida familiar? (4) Que diferenças existem nas experiências de mudança em mulheres com cancro da mama fase adulta do ciclo de vida individual e no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar quando comparadas com mulheres na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estágio do ciclo de vida familiar?

É de extrema relevância referir que este processo de análise e discussão de resultados foi efectuado tendo sempre em vista a contextualização de todo o discurso em todas as entrevistas. Para tal os dados foram sempre tratados com recorrência às transcrições das entrevistas.

Parece bastante pertinente abordarmos a discussão pelo sentido das questões de investigação colocadas.

1- Experiências de mudança em mulheres no quarto e quinto estágio do ciclo de vida familiar

Assim, para dar resposta à primeira questão pode-se começar por afirmar que, no *Grupo 2*, existe um elemento absolutamente fundamental no primeiro tema, a saber, o “Choque”. Esta questão de entrevista remonta ao impacto sentido na altura do diagnóstico do cancro de mama e, podemos constatar que todas as mulheres apresentam um registo neste subtema. Ora isto dá-nos conta de que realmente existe uma vivência de choque na experiência de diagnóstico inicial.

Relativamente ao segundo tema, na grande maioria dos casos, existe uma atitude de encorajamento por parte das próprias sempre num sentido positivo de que irão ultrapassar e encarar a doença. Existe, também, uma tomada de consciência por parte da maioria das mulheres, de que esta experiência é uma experiência negativa. Elementos do terceiro tema parecem apoiar esta afirmação, como podemos observar no conjunto de limitações sentidas por parte das pacientes. São mencionadas limitações das actividades de lazer, da actividade profissional, da rotina sexual e, também, limitações funcionais. Esta última é a que é mais referida no discurso destas mulheres. No entanto, nem todas estas restrições são sentidas como algo que contém uma conotação propriamente desadaptativa e/ou negativa. Se contextualizarmos os excertos que nos levam a estes subtemas com todo o discurso, podemos observar que a maior parte destas mulheres revela uma grande adaptação psicológica às condições impostas pela própria doença. Exemplificando, MF – 43 anos, faz menção ao impedimento de certas actividades de lazer, como por exemplo, ir à praia. Esta actividade revela-se um impedimento porque MF está impossibilitada de apanhar sol. No mesmo momento do discurso revela automaticamente uma alternativa ao ir à praia, afirmando ter que se adaptar às circunstâncias da doença.

De um modo geral, apesar de sentirem a vivência do cancro de mama como uma experiência negativa, a maioria destas mulheres afirma ter retirado algo de positivo desta jornada. O que nos dá conta disso são, precisamente, os subtemas “Calma”, “Valorização da vida”, “Dedicação à família/Melhoria da relação familiar” e “Aquisição de novas actividades”. Olhando aos exemplos temos MF – 43 anos, que afirma estar mais calma, não “correndo tanto atrás das coisas”. SV – 41 anos, diz dar mais valor às pequenas coisas afirmando que “a vida tem outro sabor”. Também revela uma maior dedicação à sua filha, da mesma forma que PB – 46 anos, afirma ter existido um melhoramento da relação entre os

elementos da família. Esta mesma paciente ainda refere o aparecimento de novos interesses, nomeadamente, o da leitura.

Relativamente ao apoio prestado às mulheres com cancro da mama, Aurora et. al (2006) sugerem que os membros da família destas mulheres assumem diferentes papéis no suporte prestado à mulher relativamente ao esforço de adaptação à doença. Assim, o que podemos observar através desta análise é que todas as mulheres deste grupo valorizam e percebem o apoio prestado pela própria família. Em quatro das cinco mulheres neste grupo, este apoio é percebido também através de uma reorganização familiar. Esta reorganização familiar poderá ser definida, através dos discursos analisados, como uma redistribuição de tarefas e papéis no meio familiar. Os impedimentos físicos na mulher impostos pela doença, conduzem a uma repartição de tarefas pelos restantes elementos da família. MF – 43 anos e JS – 42 anos, são as únicas que fazem referência a uma adaptação familiar. Por adaptação familiar pode-se entender como o processo pelo qual a família passa no que diz respeito a estratégias de adaptação à doença, como por exemplo, o facto de todos os elementos conversarem abertamente sobre o problema com a finalidade de aprenderem a lidar com a doença. Apesar de serem as únicas a referirem este item, não seria de forma alguma errado colocar em hipótese que toda a reorganização familiar implica também uma adaptação familiar.

Contrariamente ao que se refere Aurora et. al (2006) no que diz respeito ao suporte social prestado pelos amigos, neste grupo apenas uma mulher refere o apoio recebido pelos amigos como sendo algo importante na adaptação psicológica à doença.

2- Experiências de mudança em mulheres na fase pós-menopausa e sétimo estágio do ciclo de vida familiar

A segunda questão de investigação deste estudo tem como objectivo abordar as experiências de mudança em mulheres na fase pós-menopausa do ciclo de vida individual e no sétimo estágio do ciclo de vida familiar.

De forma a dar resposta a esta questão podemos começar por referir que no primeiro tema o item que surge com maior frequência no *Grupo 1* é “Preocupação/Sespeita”. Este subtema indica-nos que já existia, por parte de todas as mulheres neste grupo, um qualquer indício da doença, normalmente de ordem sintomática.

Faça-se notar que não há registos para o subtema “Choque”, que nos dá conta, precisamente, do choque ou impacto sentido na altura do diagnóstico. Desta forma, pode-

se inferir que, havendo uma preocupação ou suspeita da doença, antes do diagnóstico, por parte destas mulheres, é retirado, à partida, o elemento “choque” quando confrontadas com a certeza médica de que realmente padecem de cancro da mama. No entanto, não seria de todo errado se tomássemos esta afirmação apenas como verosímil. O facto de não terem existido elementos do discurso neste subtema não significa necessariamente que não se tenha dado um impacto ou choque na altura do diagnóstico, apenas será razoável considerarmos que este terá tido com uma intensidade menos forte.

No segundo tema, que se refere aos sentimentos das mulheres relativamente à doença, o “Auto-encorajamento” é o item mais presente neste grupo. Segundo o discurso destas quatro mulheres, esta parece ser um estratégia que visa uma melhor adaptação psicológica à doença. AG – 78 anos, em contrapartida não refere em nenhum momento na entrevista qualquer elemento alusivo ao encorajamento próprio, até muito pelo contrário, evidência antes alguns elementos que nos dão conta de sentimentos mais na ordem da tristeza, com alguns sentimentos de perda e frustração.

A experiência do cancro de mama com conotação negativa é algo que se inscreve neste grupo. Isto, não pela abordagem directa que estas mulheres fizeram na entrevista sobre este tema, não o fizeram propriamente, mas antes pela constatação de que nada positivo aconteceu no decorrer desta experiência.

Nas questões de entrevista relacionadas com as mudanças percebidas, terceiro tema, existe uma distribuição razoavelmente equilibrada dos conteúdos referenciados pelos elementos do *Grupo 1*. Assim, existem duas mulheres que afirmam não ter existido qualquer mudança na sua vida, como é o caso de RR – 71 anos e de OB – 75 anos, enquanto que DC – 72 anos e ER – 64 anos, apresentam elementos no seu discurso que nos indicam uma incapacidade funcional. Esta incapacidade vai no sentido do esforço físico que acaba por ficar condicionado devido à doença e/ou tratamento, que pode ser traduzido em cansaço ou dores. Este impedimento da actividade física é espelhado, em parte, pela realização de tarefas em casa.

No entanto, o que se verifica é que não existe nenhuma alteração na dinâmica familiar, ou seja, aquilo que é reportado é que, apesar dos condicionamentos físicos, as tarefas são efectuadas na mesma. Lançando uma hipótese para este tipo de fenómeno, segundo Alarcão (2006), podemos dizer que isto deve-se ao facto de, quando em situação de crise, a estrutura familiar e toda a sua dinâmica sente-se ameaçada pela imprevisibilidade que a mudança comporta. Apesar de poder sentir, de forma mais ou menos intensa, essa necessidade de transformação, de alteração do seu padrão habitual de

funcionamento, toda esta estrutura pode temer o desconhecido e, por isso mesmo, tem tendência a ancorar-se no padrão de relações que conhece, isto é, que desenvolveu até então e a bloquear a amplificação das flutuações que lhe permitirá a transformação.

Existem inúmeros factores e condicionantes para o facto de não se dar nenhuma alteração nos padrões de uma dinâmica familiar. Por exemplo, o quantidade de tempo que um certo tipo de funcionamento está instaurado na estrutura familiar, os próprios padrões de cultura e até idades dos elementos em questão.

Relativamente ao tipo de apoio percebido por parte destas mulheres, todas referem ter apoio familiar. Ora isto podeira contrariar o que atrás vem descrito, no entanto, se olharmos para a natureza deste apoio, através do discurso, podemos facilmente perceber que se trata de apoio psicológico.

3- Semelhanças e diferenças entre os dois grupos

A terceira e quarta questão deste estudo sugerem que façamos uma comparação entre estes dois grupos de estudo, com a finalidade de percebermos quais as semelhanças e diferenças entre eles.

A principal semelhança encontrada entre estes grupos prende-se com questões relacionadas com a motivação. Motivação no sentido de ter uma atitude positiva perante as dificuldades imprimidas pela doença e também pelo tratamento. Fala-se então do “Auto-encorajamento”. Existindo ou não um choque, existindo maior ou menor impacto na altura do diagnóstico, aquilo que se retira de todas as entrevistas é que na maioria das mulheres há, precisamente, uma necessidade de crescer perante a doença. Com isto quer-se dizer que, seja num ou noutra momento, há, na generalidade, uma vontade de vencer o cancro da mama.

A família é reportada como o principal prestador de apoio e suporte nos dois grupos, da mesma forma que toda a vivência do cancro da mama é considerada por todas as mulheres uma experiência negativa. No entanto, se contextualizarmos estes dois itens acabamos por perceber que: o apoio familiar no caso do *Grupo 1*, como já foi referido, é sentido como sendo apoio emocional ou psicológico. Já no *Grupo 2*, apesar do apoio familiar ser sentido a este mesmo nível, também o é na prestação de cuidados e suporte na realização de tarefas domésticas. As experiências negativas referidas pelo *Grupo 2*, não o são verdadeiramente, ou pelo menos não o são na sua totalidade, ou seja, há uma tomada de consciência de que esta vivência da doença é uma experiência negativa, mas também

há conhecimento de que surgiram aspectos positivos que alteraram, de alguma forma, a percepção que tinham sobre a vivência do cancro da mama. Em contrapartida, no *Grupo 1*, não há registo algum de um aspecto positivo durante a experiência do cancro de mama.

O elemento que mais se destaca no diz respeito às diferenças entre os dois grupos, de todos os temas e subtemas, prende-se com a questão do impacto sentido aquando do diagnóstico da doença de cancro da mama.

No *Grupo 1*, a maioria das mulheres já traria consigo uma suspeita de que pudesse existir a possibilidade de padecerem de cancro da mama. Tudo indica que essa suspeita pode ser percebida através de um conjunto de sintomatologia por estas percepcionada.

Esta é uma hipótese a considerar se falarmos na possibilidade de não ter existido um impacto tão acentuado quando comparado com o *Grupo 2*. No entanto, será igualmente importante não negligenciar outros factores que poderão estar na origem deste tipo de fenómeno, como por exemplo, a idade. E se à idade aliarmos toda a questão da imagem corporal e auto-conceito facilmente perceberemos que, é mais provável uma mulher mais nova sentir uma maior ameaça por parte da doença do que uma mulher mais velha. No entanto, apesar deste estudo o indicar, não nos podemos deixar levar pela permissa de que apenas as mulheres mais novas sentem repercursões ao nível da imagem corporal e auto-conceito, mulheres mais velhas também o sentem, como provam outros estudos.

Também se torna interessante, apesar de pouco significativo neste estudo, o valor atribuído, bem como a carga que podem ter as recordações de experiências de familiares. No *Grupo 1*, DC – 72 anos, demonstra um exemplo negativo que pode acarretar este tipo de recordações, a saber, os antecedentes de cancro na família, nomeadamente da filha, que acabou por provocar a morte da mesma. Ora, como não poderia deixar de ser, aquando da certeza médica do diagnóstico, foram despoletados em DC, sentimentos de medo e de pânico em relação à doença.

Por outro lado, podemos observar o exemplo inverso no que diz respeito a estas recordações. No *Grupo 2*, MC – 46 anos, dá-nos conta de recordações de uma mãe que padeceu da mesma doença, o cancro da mama. Isto serviu, a dada altura, como aprendizagem e transmissão de conhecimentos.

VI – CONCLUSÃO

O que se pretendeu com este trabalho, foi a comparação das experiências de mudança em mulheres com cancro da mama em diferentes fases do ciclo de vida.

Sistematizando os resultados, temos que, o diagnóstico de cancro da mama é um acontecimento de vida que é experimentado em ambos os grupos com vivências negativas, de medo, dor e limitação. No entanto, apenas as mulheres mais novas parecem ter feito uma reavaliação positiva da doença, que passa por melhorias nas relações interpessoais e concentração em aspectos que valorizam a vida. A família é em ambos os grupos considerada como a principal fonte de suporte.

Nas experiências de confronto com o diagnóstico inicial percebemos que, as mulheres mais novas afirmam ter tido sentimentos de choque, enquanto que as mulheres mais velhas parecem já ter tido alguma preocupação ou suspeita de que tinham a doença.

Em função dos resultados obtidos podemos concluir que as mulheres com cancro de mama mais novas experimentam maiores mudanças do que mulheres com cancro de mama mais velhas. Estas mudanças são, não só sentidas a nível do *self*, como também a nível de toda a sua estrutura familiar. No entanto, podemos também inferir que existe uma melhor adaptação psicológica por parte das mulheres mais novas. Uma boa base de fundamentação para esta premissa é o facto de estas conseguirem fazerem uma reavaliação positiva de uma experiência que, ainda assim, consideram negativa.

Importa mencionar, no entanto, que estes resultados, não são, nem poderiam ser, representativos de qualquer população.

Já tendo sido explorados os resultados importa agora falar das limitações deste estudo. Em primeiro lugar, o facto de as amostras de ambos os grupos serem constituídas por apenas cinco sujeitos constitui uma limitação muito importante. Assim, como foi atrás referido, tem que existir, forçosamente, algum cuidado na aplicação dos resultados e conclusões obtidas, às populações em geral.

No entanto, parece bastante palusível referir que, devido às limitações temporais impostas pelas normas bem como o grau de rigor característicos da análise e recolha de dados, uma maior amostragem não foi possível. Existem também outros factores que poderão ter comprometido a validade do estudo que se prendem com questões de

mudanças internas nos indivíduos. Pode acontecer que os resultados poderão vir a ser diferentes para o mesmo indivíduo entre o presente deste estudo e uma futura aplicação. Estas diferenças poderão resultar de mudanças internas nestes indivíduos. A este fenómeno chama-se maturação (Ribeiro, 2007).

Outro aspecto que poderá enviesar os resultados deste projecto será, precisamente, o fenómeno da situação de teste. Estar a ser testado poderá alterar as respostas dos indivíduos no sentido destes as produziram com o objectivo de surtir o efeito de resposta desejável, deturpando, desta forma, a veracidade das mesmas.

Uma outra limitação prende-se com o facto de poder ter existido uma maior imprecisão neste trabalho ao nível da avaliação clínica por parte do investigador, que pode ter condicionado os resultados deste estudo. Existem outras condicionantes que não foram previamente controladas que poderão ter enviesado este estudo, como por exemplo, a possível existência de psicopatologia grave ou mesmo uma baixa capacidade de *insight* por parte dos sujeitos estudados.

Com o decorrer desta investigação, juntamente com toda a revisão de literatura efectuada, torna-se possível referir – e nunca será demais fazê-lo – que toda esta linha de investigação qualitativa na área da psico-oncologia revela-se de acrescida importância e, através da mesma, é possível aceder a certos conteúdos que outrora se pensavam pouco prováveis. Desta forma, seria interessante propor alguns estudos que poderão eventualmente surtir algum interesse para realização futura. A replicação deste mesmo estudo, mas com uma amostra maior, tornando os resultados mais fidedignos e possíveis de extrapolações seguras.

Antes de terminar gostaria de enunciar algumas das dificuldades passadas na realização deste estudo. Em primeiro lugar, toda a revisão literária veio a tornar-se bastante difícil, sobretudo no que diz respeito ao capítulo da adaptação psicológica, mais especificamente, aos estudos qualitativos, devido à escassez dos mesmos nesta área.

Em terceiro, no momento das entrevistas foi possível aperceber-me, inicialmente, que talvez algumas das questões base da entrevista não estariam tão claras quanto o previsto. Logo na primeira questão, o que foi sentido foi que, muitos dos entrevistados remetiam todo o discurso para questões médicas e/ou questões relacionadas com sintomatologia física. Desta forma, acabava sempre por ter que ser lançada uma nova

questão de forma a aceder aos conteúdos pretendidos. O mesmo se passou para a terceira questão. O que era respondido acabava por não corresponder ao pretendido. Um nova questão teria que ser levantada para se poder, assim, aceder a esses conteúdos. Isto poder-se-á dever ao facto do contexto em que as entrevistas foram feitas, ou seja, em contexto hospitalar.

VII - REFERÊNCIAS

- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares. *Colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria* (pp. 95-96) Quarteto: Coimbra
- Arora, N., Rutten, L., Gustafson, D., Moser, R. & Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-oncology*. 16, 474-486.
- Andersen, B. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 47-56.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and emotion: a practical guide to psycho-oncology* (pp. 5-161). John Wiley & Sons Ltdung
- Bettencourt, B., Schlegel, R., Talley, A. & Molix, L. (2007). The breast cancer experience of rural women: a literature review. *Psycho-oncology*. 16, 875-887.
- Bish, A., Ramirea, A., Burgess, C. & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 58, 321-326.
- Bloom, J., Stewart, S., Chang, S. & Banks, P. (2004) Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 13, 147-160.
- Caeiro, R. T. (1991). *Registos clínicos em medicina familiar* (pp.30-31). Instituto de Clínica Geral da Zona Sul: Lisboa.
- Dias, M. R. & Durá, E. (2001). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 235, 303 -325). Climepsi Editores: Lisboa.

- Georgia, N., Polacek, J., Ramos, M., Ferrer, R. (2007). Breast cancer disparities and decision-making among U.S. women. *Patient education and counseling*. 65, 158-165.
- Fitch, M., Busnton, T., & Elliot, M. (1999). When mom's sick: changes in a mother's role and in the family after her diagnosis of cancer. *Cancer Nurse*, 22(1), 58-63.
- Kayser, K., Watson, L. & Andrade, J. (2007) Cancer as a "we-desease": examining the process of coping from a relational perspective. *Families, systems & health* 25, 404-418.
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F. & Pryce, J. (2007) Returning to work following cancer: a qualitative exploratory into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care* 16, 17-25.
- Leal, I. Ribeiro, J., Jesus, S. (2006). *Saúde, bem-estar e qualidade de vida* (pp. 333-406). Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.
- Luoma, M. & Hakamies-Blomqvist, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated of advanced breast cancer: a qualitative study. *Psycho-oncology*, 13, 729-739.
- Melito, R. (1985). Adaptation in Family Systems: A Development Perspective. *Family Process*, 24, 89-100.
- Mosher, C. & Danoff-Burg, S. (2005). Psychological impact of parental cancer in adulthood: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*. 25, 365-382.
- Mulder, C., Pompe, G., Spiegel, D., Antoni, M. & Vries, M. (1992). Do psychosocial factors influence the course of breast cancer? *Psycho-oncology*. 1, 155-167.

- Murray, M., Chamberlain, K. (1999). Health Psychology and Qualitative Research in Murray, M., Chamberlain, K. (Ed.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 3-13). Sage Publications Ltd.: London.
- Norman, S., Potashnik, S., Galantino, M., Michele, A., House, L. & Localio, A. (2007). Modifiable risk factors for breast cancer recurrence: what can we tell survivors? *Journal of women's health*. 16, 177-190.
- O'Mahoney, J. & Carroll, R. (1997). The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 4, 397-415.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama* (pp. 16-147). Climepsi Editores: Lisboa.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (pp. 331). Climepsi Editores: Lisboa.
- Öhlem, J., Holm, A. (2006). Transforming consolation into desolation: being a mother with life-threatening breast cancer. *Helath care for women international*, 27, 18-24.
- Ribeiro, J. P., Leal, I. (2004). *A psicologia da saúde num mundo de mudança*. (pp. 505-510). Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.
- Ribeiro, J. P. (2007). Metodologia de investigação em psicologia e saúde (pp.51-76). Legis Editora: Porto.
- Sampaio, D. & Resina, T. (1994). *Família: Saúde e doença* (pp.17-25). Instituto de Clínica Geral da Zona Sul: Lisboa.
- Saremman, E., Öhlém, J., Jonsson, T. & Caston-Johansson, F. (2007). Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of pain and symptom management*. 34, 24-39.
- Shands, M., Lewis, F., Sinsheimer, J. & Cochrane, B. (2006). Core concerns of couples living with early breast cancer. *Psycho-oncology*. 15, 1055-1064.

- Shannon, C., Shaw, S. (2005). "If the dishes don't get done today, they'll get done tomorrow": A breast cancer experience as a catalyst for changes to women's leisure. *Journal of leisure research*, 37, 195-215.
- Simpson, P. (2005). Hong Kong families and breast cancer: beliefs and adaptation strategies. *Psycho-oncology*, 14, 671-683.
- Smith, J., Jarman, M., Osborn, M. (1999). Doing Interpretative Phenomenological Analysis in Murray, M., Chamberlain, K. (Ed.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 218-238). Sage Publications Ltd.: London.
- Takahashi, M., Kai, I. (2005). Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors. *Social science & medicine*. 61, 1278-1290.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A. & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-oncology*, 17, 177-189.
- Thomas-MacLean, R. (2005). Beyond dichotomies of health and illness: life after breast cancer. *Nursing Inquiring* 12, 200-209.
- Varela, A., Leal, I. (2004). Factores psicológicos associados à resiliência ao stress pós-traumático em mulheres com cancro da mama (pp.505-508). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.
- Wagner, C., Bigath, S. & Storniolo, A. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 15, 109-120.
- Walsh, S., Manuel, J. & Avis, N. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families, systems & health* 23, 80-93.

ANEXOS

Nome: DC

Idade: 72

Profissão: Reformada/doméstica

Filhos: F,M

Idades: 35,47

Vive com: Senhora alemã que tem 2 filhos

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

DC: A minha filha teve um cancro e acabou por morrer. Tudo bem, as coisas acontecem mas tive triste. Apareceu-me aqui um grande nódulo, e eu até andava nas massagens e disse, para não me puxarem este braço porque eu tinha aqui um grande caroço. E entretanto disseram-me para eu não esperar mais tempo e para ir falar com a minha médica. Acabei por ir e por fazer os exames todos.

I: E nessa altura, quando sabia que ia fazer esses exames, o que é que estava a sentir em relação a isso?

DC: Eu dores não tinha, tinha era aqui um caroço que me preocupava.

I: Como é que estava a encarar essa situação?

DC: Não estava. Não estava por causa disto tudo da minha filha. Encarava isto com o sofrimento dela, e até pensei: “Oh Deus meu, ainda será que tenho mais uma na vida?” Morte do meu marido... (chora), a morte da minha filha, com cancro, que ainda era muito novinha... Mas olhe, acabei por pensar que tinha que arranjar forças e encarar isto.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

DC: Mudanças... mas mudanças em que sentido?

I: O que mudou na sua vida, se é que mudou alguma coisa, de um forma geral?

DC: Talvez fosse o agravar mais esta depressão. Isto da minha filha e do meu marido... Tanto que a Dra me receitou um comprimidinho para eu tomar.

I: E no seu meio familiar, neste caso as pessoas com que vive, aconteceram algumas mudanças?

DC: O meu filho está bem, graças a Deus, telefona-me sempre. Estou a viver ao pé de duas irmãs, damo-nos todas bem. Costumam-me visitar e tudo.

I: E no local onde vive actualmente, aconteceu alguma alteração, alguma mudança devido à doença?

DC: Não, estive tudo normal. Claro que tive mais dificuldades em mexer-me mas sempre tive ajuda de toda a gente e não houve problema.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

DC: Bem... Quer dizer, eu até li uns livros sobre isto para saber como é que isto se passava. E eu dantes tinha aqui um ardor que era uma coisa horrível, mas depois passou e pronto.

I: Sente que tem encarado a sua doença de forma diferente?

DC: Não... É esta depressão é que pronto, parece que não acaba.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

DC: Aspectos positivos... Por enquanto ainda nada. Pronto, tudo bem, já me tiraram o caroço e agora isto já está melhor mas de resto, mais nada. Sabe, eu assisti aquilo tudo da minha filha quando morreu e foi muito doloroso para mim, ela estava a sofrer muito. Mas eu quero-me fazer forte nisto tudo! Vou-me fazer forte! E Deus vai-me ajudar, sei que Deus me vai ajudar!

Nome: RR

Idade:71

Profissão: Doméstica

Filhos: F, M

Idades: 50, 47

Com que vive: Marido

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

RR: A principio pensei não seria cancro de mama, apesar de ter um caroço e que podia ser maligno eu estava convencida que não. Mas afinal depois fui fazer exames e descobriu-se que era maligno. Mas quer dizer, estive sempre bem, fui fazer até a operação sem ter problemas nenhuns. Era preciso era preciso.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

RR: Não, basicamente a minha vida é o que era antigamente. Não mudou nada de especial, sinceramente.

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

RR: Bem, o meu marido... Não foi pela própria doença em si, porque há uns anos atrás tínhamos tido umas desavenças e pronto, vivemos na mesma casa, temos uma boa relação mas não temos um a grande ligação. Continua na mesma mas já vinha detrás. Os meus filhos sempre me apoiaram e sempre estiveram à minha volta.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

RR: Hoje vinha um bocado em baixo porque vinha ver das análises que fiz mas está tudo bem, fiquei mais aliviada.

I: E a forma como tem encarado a doença ao longo do tempo?

RR: Não, é tudo igual, não tem havido assim grande diferença. Tive alguns problemas familiares, sobretudo o meu filho que se vai separar. Isto causou-me alguma tristeza mas pronto.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

RR: Acho que não... Assim de repente não há assim nada de bom que tenha vindo.

Nome: ER

Idade: 64

Profissão: Doméstica

Filhos: M, M, M

Idades:41, 39, 37

Com quem vive: Marido

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

ER: Olhe sinceramente, talvez por nunca ter tido dores, não tive assim uma reacção muito negativa. Segundo o que se ouve falar sobre a doença na televisão e isso não pensei que a tivesse. Fui fazer a mamografia e o médico localizou ali durante muito tempo e eu acabei por ficar desconfiada mas pronto... Perguntei-lhe, não me disseram nada e vim para casa descasada. Passado algum tempo recebo uma chamada a dizer que a minha médica queira falar comigo e quando lá fui ela expôs-me o problema e disse-me que tinha sido detectado um nódulo e que teria que ser tirado.

I: E o que é que sentiu nessa altura?

ER: Quer dizer, eu sinceramente não tive assim nenhuma reacção de medo nem de nada. Fiquei normal. Nesse aspecto sempre fui uma pessoa forte. A médica disse que era para tirar e eu pensei que quanto mais rápido melhor.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

ER: Não, continuou tudo na mesma. Não mudou assim nada demais.

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

ER: Não, os meus filhos já são todos casados, já não vivem lá em casa. O meu marido sempre me acompanhou em tudo, nos tratamentos e tudo.

I: E em relação, por exemplo, às tarefas lá em casa? Houve alguma alteração?

ER: Não, quase tudo normal. Quer dizer, algumas coisas tinha que pedir mais ajuda ao meu marido porque às vezes não me podia esforçar muito com o braço, mas nada de especial.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

ER: Não, sempre encarei da mesma forma... Quer dizer às vezes a gente pensa sempre um bocadinho mais, se isto irá passar ou não. Mas é como eu costumo dizer, não se dorme bem hoje dorme-se amanhã! Mas também não cheguei a tirar o peito sabe? E isso pode influenciar muito a forma como se lida com isto. A mim só me abriram para tirar o nódulo. Às vezes isto incha-me e dá-me dores mas pronto, tirando isso nada demais.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

ER: Bem, de positivo digamos que tenho sido bem seguida, sempre fui bem tratada, o que acaba por ser também muito importante.

I: E para além disso, sente que, a nível pessoal, esta experiência trouxe-lhe alguma coisa de positivo?

ER: Assim de repente acho que não.

Nome:OB

Idade: 75

Profissão: Doméstica

Filhos: F, M

Idades: 50, 41

Com quem vive: Filho

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

OB: Um bocadinho... Parece que foi um balde de água fria que entrou em mim. Mas como detectei a tempo, quando estava deitada, que o bico deste peito entrava para dentro. E quando passava a ferro tinha uma pequenina dor desde o peito até ao bico. No dia seguinte detectei um nódulo na parte de baixo do peito. E pronto, depois fui á minha médica. Depois de ter feitos os exames e de ter os resultados em como era cancro, fiquei assustada.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

OB: Bem mudanças mudanças por assim dizer não. Fiquei foi assustada. Tinha aquele medo de isto não passar. De resto nada assim em especial.

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

OB: Não, o meu filho sempre me apoiou e sempre me deu apoio.

I: E em relação, por exemplo, às tarefas lá em casa? Houve alguma alteração?

OB: Não, continuou tudo igual. E ainda lhe digo mais, eu mesmo com dores tive que fazer as mesmas coisas que sempre fiz. As coisas tinham que se fazer! O meu filho trabalha muito, tem muito pouco tempo e então tinha que lhe continuar a fazer as coisas.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

OB: Bem, ao início estava muito assustada, mas com o tempo a pessoa habitua-se e acabei por enfrentar isto. Foi mais o choque inicial sabe?

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

OB: Olhe sinceramente acho que não. Não acho que tenha havido assim nada de bom.

Nome: AG

Idade: 78

Profissão: Doméstica

Filhos: M

Idades: 46

Com quem vive: Marido

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

AG: Eu houve aí um tempo que fui para as termas. Quando se vai assim para as termas em tratamento, faz-se análises. Pediram-me para fazer uma série de exames, inclusive uma radiografia ao tórax. O médico depois aconselhou-me, já que ia fazer uma série de exames, aproveitava e fazia também uma mamografia. Lá fui fazer e o médico acabou por me perguntar se eu tinha alguém na família que tinha tido estes problemas, e eu respondi-lhe que não. Aí eu comecei a suspeitar porque deste lado, neste peito esquerdo, notava que tinha um nódulo.

I: Então e quando teve realmente a certeza do diagnóstico de cancro de mama o que é que sentiu, o que é que pensou?

AG: Olhe, isto durou 4 meses! Andei a fazer para aí exames e ninguém sabia deles, andaram espalhados. A mim só me diziam para não me preocupar porque se eles não apareciam é porque coisa má não era. No entanto eu todas as semanas vinha aqui ver se já sabiam alguma coisa dos exames e nada... Entretanto há um dia em que tenho uma consulta e parece que a médica já tinha conhecimento do resultado dos exames e disse-me que era mau.

I: O que é que sentiu nessa altura?

AG: Eu disse-lhe: “é mau Sra. Dra.!? Ao fim de 4 meses diz-me que é mau e nem sequer tem o exame na mão?!”. Passados uns dias eu volto inconformada porque queria ter a certeza dos exames e não através do computador, sim porque a médica disse que sabia através do computador. Acabo por ficar irritada com um dos funcionários e o exame acaba por aparecer. E realmente depois vou a uma consulta e o médico confirma que é mau. Quer dizer não era mau, não era mau mas tinha que ser tirado.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

AG: Olhe para mim não mudou nada. Cada vez está pior. Sinto-me triste, cada vez mais triste, sinto-me com um desgosto muito grande... Porque eles tiraram-me os dois. Podiam ter tirado este mas este ao menos deixavam ficar. Sinto-me cansada, sinto um cansaço no peito que não tem explicação. Não tenho apetite nem nada. E pronto é isto, não tenho vontade de fazer nada... não tenho vontade para nada...

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

AG: Não mudou nada, sabe. Ainda ficou pior do que o que estava. Dantes saía à rua com as minhas amigas, com as minhas primas e tudo mais. Agora? Agora nada. Eu era muito bem disposta mas agora nada.

I: E em relação às tarefas em casa? Continua a desempenhá-las?

AG: Sim. Já não faço ao mesmo ritmo que antigamente mas vou fazendo. É que eu agora canso-me com mais facilidade mas pronto...

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

AG: Não sei... Acho que está tudo cada vez pior. Cada vez mais me sinto triste.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

AG: Não, nada. Nada mesmo. Tirando a minha sobrinha que me deu sempre muita força não há nada de positivo. Queria ter mais vontade de viver, de comer, de sair de casa mas não consigo, não consigo mesmo.

Nome: MC

Idade: 46

Profissão: Operadora de supermercado

Filhos: F

Idades: 15

Com quem vive: Filha e marido

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

MC: Foi assim uma coisa muito... Não estava à espera. Passaram-se montes de coisas pela minha cabeça, mas acabei por assimilar a coisa. Passado um mês de ter sido operada fui operada outra vez e aí é que foi tudo por água abaixo. Foi muito pior, nunca pensei que tivesse que ser operada novamente. Mas pronto, o que costumo fazer é, vou sempre recapitulando, rebobinando e acabo por ganhar forças. Porque isto é sempre um grande impacto sabe?

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

MG: Sim claro, por exemplo eu fazia as minhas coisas em casa e agora há certas coisas que não faço. E essa é a principal coisa. Depois também são as dores que tenho constantemente, canso-me muito, mas pronto.

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

MG: Não. Tive sempre todo o apoio dos meus pais, do meu marido, da minha filha. Não mudou nada.

I: E em relação às tarefas lá em casa?

MG: Ah sim, isso sim. Porque tive um ano e meio sem poder fazer nada. Entretanto tive lá a minha mãe e a minha madrinha a ajudar-me lá em casa. A minha mãe também foi uma pessoa que passou pelo mesmo, foi operada há 30 e tal anos, portanto já tínhamos conhecimentos do que era ter isto.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

MG: Bem, quer dizer uma pessoa fica sempre nervosa. E depois sabe como é, a nossa cabeça, vai sempre buscar coisas, estamos sempre a pensar no problema. E o facto de estar constantemente nisto, com a medicação e exames, não ajuda nada entende? Seria melhor se isto parasse logo de vez.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

MG: É assim, para mim desde o início que acho que me tenho portado bem e tenho sido forte, e isso para mim é positivo. Também é positivo eu ser bem seguida e estar bem, bem entre aspas está a ver?

Nome: MF

Idade: 43

Profissão: Funcionária pública

Filhos: M, F

Idades: 12, 17

Com quem vive: Marido e filhos

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

MF: O choque foi quando fiz a mamografia e disseram-me que tinha um nódulo com contornos irregulares, e que tinha que ser picado logo. O choque foi aí. Depois fiz biopsia e deu negativo, só com a ressonância magnética é que deu positivo, mas aí eu já estava à espera. Foi logo no primeiro momento, que eu vi na cara do médico na altura da mamografia que a coisa era complicada.

I: E nesse instante o que é que sentiu?

MF: Ai aí o mundo desabou... Foi aí a única altura em que pensei que tinha uma doença, aquela que dantes se chamava de doença má.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

MF: Há algumas coisas que mudaram muito a minha vida, por exemplo, o facto de deixar de tomar a pílula condicionou-me bastante. É outro tipo de preocupações, fazer contas, usar preservativo, etc.

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

MF: Não, tirando o facto de fazer mais gulodices porque estou em casa! Não, no meu meio familiar não aconteceram mudanças. Tivemos, claro, que aprender todos a lidar com a doença. Não é tanto nós lá em casa, é mais as pessoas de fora que aborrece bastante. Vêm-nos e olha para nós com um olhar e sentimento de pena. Depois chegam ao pé da minha filha **M** que tem dezassete anos e dizem-lhe: “ah coitadinha da **M**!!” e ela qualquer dia dá-se mal com alguém!

I: Há pouco disse que lá em casa tiveram todos que aprender a lidar com a doença. Podia-me falar um pouco mais sobre isso?

MF: Bem, quer dizer, inicialmente foi um choque para todos. Mas acabámos por nos habituar à ideia e a este problema e pronto, sempre tive muito apoio de toda a minha família.

I: E relativamente às tarefas em casa?

MF: Ah isso ajudaram-me imenso. Teve que ser porque eu não podia fazer as coisas da mesma forma e acabámos por ter que repartir essas tarefas por todos.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

MF: Sim, naquela primeira semana quando tinha que fazer quimioterapia antes da operação só me vinha à cabeça que vinham aí tempos muito difíceis. Também tenho conhecidos que já fizeram e passaram muito mal e pronto, essa era um ideia que me assustava. No entanto o primeiro tratamento e todos os outros correram tão bem e acabei por não sofrer efeitos quase nenhuns pronto... na boa!! Até fui de férias e tudo! Pronto no lugar de ir para a praia não fui, não podia apanhar sol, obviamente tive que me adaptar às circunstâncias, mas acabou por ser bom para mim! Eu acho que isto

depende muito das pessoas sabe? A forma como se lida com isto vai muito com o tipo de pessoa. Ok, eu tenho consciência que isto é uma experiência negativa, isso tenho, mas pronto!

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

MF: Fiquei mais calma. Não corro tanto atrás das coisas, não vale a pena! A gente deixa de pensar naquele sentido de fazer projectos, é o dia-a-dia, é viver, é trabalhar. Toma-se mais consciência que as coisas aparecem do nada e a gente tem que as encarar. Acho que não vale a pena pensarmos longe. Há que ter coragem e força porque, como o meu correu muito bem não vejo porque outros não hão-de correr assim também.

Nome: JS

Idade: 42

Profissão: Doméstica

Filhos: M, M

Idades: 10, 15

Com quem vive: Marido e filhos

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

JS: Foi horrível. Na altura estava a fazer exames de rotina, até porque já não fazia há muito tempo, mas nunca pensei que houvesse alguma coisa de errado. Por acaso na altura sentia qualquer coisa no peito mas nunca dei muita importância até porque não era assim nada demais. Quando vou fazer os tais exames, a mamografia e tudo, detectaram-me um nódulo.

I: E o que é que sentiu nessa altura?

JS: Sinceramente fiquei assustada. Mas ao mesmo tempo não pensei que fosse um cancro. Entretanto o médico quando me diz que seria melhor fazer os outros exames, a biópsia e a ressonância magnética, aí é que pronto... Entrei em pânico. Depois tive que ser operada.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

JS: Mudanças...? Bem, posso-lhe dizer que fiquei muito assustada com tudo isto. Houve alturas em que me passaram montes de coisas pela cabeça. Porque ouve-se falar de cancro e todos nós sabemos que é uma coisa grave.

I: Disse que lhe passaram muitas coisas pela cabeça. Quer falar um pouco mais sobre isso?

JS: Bom, comecei a pensar como é que iria ser a minha vida a partir daquele momento. Se tinha que tirar o peito, se tinha que fazer quimioterapia, etc. Estava com muito medo de tudo isso. Para além disso, logo quase no início de tudo, tinha muito receio em relação á minha vida. Também tinha medo que aquilo se espalhasse e sabe como é.

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

JS: Quer dizer, ficámos todos assustados, mas depois conversamos todos juntos sobre isto e acabámos por encontrar um forma de lidar com a doença. E sempre me apoiaram bastante, tiveram muito presentes, ajudaram-me imenso. Ao início foi complicado, até porque dantes era eu que fazia tudo em casa, e o meu marido, com o trabalho dele, estava com uma carga muito grande em cima. Entretanto, felizmente, a minha sogra acabou por passar uns tempos lá em casa e acabou por ser uma ajuda preciosa.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

JS: Assim de repente acho que não. Bom, se pensar bem agora acho que não tenho o medo que tinha dantes. A minha família ajudou-me bastante a enfrentar esses medos.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

JS: Sinceramente acho que não. Passar por isto é uma coisa que não é nada fácil, e sinceramente não acho que haja nada de bom.

Nome: SV

Idade: 41

Profissão: Vendedora

Filhos: F

Idades: 11

Com quem vive: Marido e filha

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

SV: Foi um grande choque. Não estava mesmo nada à espera duma coisa destas. Mas acho que foi mais isso do que outra coisa, o choque inicial. Depois falei com a médica para saber o que se podia fazer e pronto. A partir daí tive muita força e não me deixei ir abaixo.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

SV: Sim claro que sim, sobretudo o facto de não poder ir trabalhar afectou-me imenso. Não só pelo facto de estar sempre em casa sem poder fazer grande coisa, o não ir trabalhar dificultou-me as contas. É que eu também ganho à comissão sabe?

I: Disse que ficar em casa sem poder fazer grande coisa é um problema para si. Fale-me um pouco mais sobre isso.

SV: É que eu sempre fui uma pessoa muito activa sabe? De repente vejo-me em casa praticamente parada, torna-se complicado para mim. Fico aborrecida facilmente e fez também com que eu pensasse mais sobre isto. Como quem está a remoer sobre um problema sabe? E eu acho que isso não foi nada bom para mim.

I: E no seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

SV: Fiquei mais preocupada com a minha filha. Ter de explicar estas coisas nunca é fácil não é? Em relação ao meu marido pronto, as coisas não andavam muito bem antes disto e, sinceramente até pensei que fossem melhorar e que ele me apoiasse mas pronto... Não é que ele não me tenha apoiado, mas pensei que a nossa relação fosse melhorar mas não... Continua a não estar bem.

I: E relativamente às tarefas em casa?

SV: De forma geral está tudo igual. Nós já tínhamos um esquema de dividir as tarefas e continua assim. Quer dizer, vendo bem as coisas agora, como estou mais tempo em casa até vou fazendo mais isto e aquilo, mas muito mais também não por causa das dores e tudo isso.

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

SV: Sim, posso dizer que sim, tendo em conta o choque inicial acho que a partir daí consegui ter coragem e já não sinto e mesmo medo que tinha dantes. E depois também sabe como é, apesar de estar em casa sempre tive visitas das minhas amigas e de vez em quando saía com elas e acho que é sempre bom espairar e desabafar. Acho que isso também foi uma grande ajuda.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

SV: Por acaso é curioso perguntar-me isso, porque já dei por mim a pensar sobre isto tudo e sobre como as coisas acabaram por correr bem, e às tantas até parece que a vida tem outro sabor! Está a perceber? É como se acabássemos por dar mais valor às pequenas coisas na vida. Por exemplo, quando estive em casa, não foi só coisas más,

também tive oportunidade de estar mais tempo com a minha filha e sinto que isso acabou por ser uma mais valia. E depois é tudo o resto, o ir sair ao cinema, o ir sair e conviver com os amigos, tudo isto para mim parece que tem mais valor sabe? Não me sei explicar bem, mas é mais ou menos isto.

Nome: PB

Idade: 46

Profissão: Doméstica

Filhos: M, M, F

Idades: 18, 15, 12

Com quem vive: Marido e filhos

I: O que é que experimentou quando lhe foi diagnosticada a doença do cancro de mama?

PB: Sinceramente foi um grande impacto. Nem queria acreditar no que me estava a acontecer. Sabe quando se costuma dizer que estas coisas só acontecem aos outros? Ainda por cima com a idade que foi. Foi horrível. Como se não bastasse depois era exames atrás de exames, o stress todo da operação, enfim... Mas também lhe digo que depois passou-me! Dei comigo a pensar: “oh **P** isto é uma coisa que tens que saber encarar e lidar. Acontece a muitas mulher e a maior parte das vezes corre tudo bem!”. A partir daqui fui-me habituando à ideia e pronto.

I: Para si aconteceram mudanças na sua vida após lhe ter sido diagnosticado o cancro de mama?

PB: Mudanças em que sentido? Bem posso dizer-lhe que aquilo em que senti mais diferença foi na lida da casa. Tenho três filhos, o meu marido trabalha muitas horas e os miúdos têm a escola deles. Agora, vi-me com este problema, mesmo depois da operação, sem poder fazer grandes esforços, porque isto dá dores, e foi complicado.

I: Era precisamente sobre isso que lhe queria também fazer uma pergunta. No seu meio familiar aconteceram algumas mudanças devido à doença?

SV: Pois era o que lhe estava a contar. Dificultou muito as coisas em casa.

I: Sendo que estava impossibilitada de realizar algumas tarefas em casa, qual foi a solução?

SV: Olhe, começou pelo meu marido. Teve direito àqueles dias mas acabou por não ser suficiente, ou seja, pensámos bem e achamos por bem ele reduzir o horário de trabalho dele. E assim pronto, já tinha mais ajuda em casa. Depois os miúdos também tiveram que ajudar o pai. Em vez de irem para as coisas deles quando vinham da escola, lá para o computador e isso, tinham que ajudar o pai em casa. Ao início foi muito complicado, já sabe como é são os miúdos de hoje em dia, mas depois até que acabou por ser engraçado! (riso).

I: Experimentou alguma mudança na forma como tem vindo a lidar com a doença ao longo deste tempo?

SV: Olhe foi o que disse há bocado, ao início foi terrível e estava com muito medo, mas depois fiz-me forte e pronto! É claro que a minha família ajudou-me muito nesse aspecto, sem o apoio deles tinha sido muito difícil.

I: No decurso das experiências que teve, ou tem, por estar doente, acha que resultaram alguns aspectos positivos para a sua vida?

SV: Bem, assim de repente... Há uma coisa que às vezes penso bastante, e até me sinto um pouco parva por dizer isto. É estúpido dizer mas acho que a minha doença fez com que a família ficasse muito mais unida! A relação entre todos nós está ótima. Acho que lidámos todos muito bem com isto, aliás, havia até alturas em que era engraçado quando

os meus filhos brincavam comigo e diziam que eu agora é que era a criancinha lá em casa e coisas assim. (riso) Para além disso acho que tive oportunidade de ganhar outros gostos, como por exemplo, a leitura. Gosto imenso de ler sabe? Pronto eu sei que isto não é uma coisa boa de se ter e que ficamos com receio e as dores também, mas no fim de contas, se pensarmos bem, não são só coisas más!