



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

Ana Catarina Ferraz Oliveira

**Memória autobiográfica e
resiliência em mulheres com
história de cancro da mama:
um estudo exploratório**

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Célia Oliveira

E da coorientação da

Professora Doutora Joana Cabral

Abril, 2021



Ana Catarina Ferraz Oliveira

**Memória autobiográfica e
resiliência em mulheres com
história de cancro da mama:
um estudo exploratório**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 08/04/2021, perante o seguinte júri:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva (Prof. Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Prof. Doutora Susana Maria Rodrigues Fernandes (Prof. Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto).

Orientadora: Prof. Doutora Célia Regina Gomes Oliveira (Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto).

Abril, 2021

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Num trabalho deste tipo, conta-se com um grande apoio e incentivo de várias pessoas, que sem elas não teria sido possível ultrapassar este desafio de forma tão positiva e às quais estou eternamente grata.

Inicialmente, queria agradecer de forma sincera à minha orientadora Professora Doutora Célia Oliveira, pela forma como desempenhou a orientação, pela total disponibilidade e apoio incondicional nesta fase, pelo conhecimento que me transmitiu, pelos elogios, pelas críticas que foram, sem dúvida, construtivas e necessárias para conseguir realizar todo o trabalho e principalmente pela dedicação e rigor que sempre teve, e tenho de ressaltar o facto de ter estado inteiramente presente e nunca me ter deixado desanimar tendo sempre uma palavra de incentivo, de ânimo.

Tenho também de agradecer a todos os docentes da universidade, assim como aos meus colegas de turma que foram peças fundamentais no meu percurso académico e tiveram um grande impacto no meu crescimento quer pessoal, quer profissional.

Quero igualmente agradecer aos meus familiares, especialmente aos meus pais, que foram a minha grande fonte de apoio desde o início da minha formação académica, tenho que agradecer por toda a paciência, por todas as palavras de encorajamento e por me fazerem ver que eu sou capaz de tudo, sem eles não teria sido possível concluir esta fase da minha vida.

Nestes cinco anos de formação encontrei pessoas que foram essenciais para que tudo corresse da melhor maneira, mas tenho sem dúvida que agradecer de forma mais especial à Daniela Casaca, que esteve presente desde o início, tenho de agradecer por me ter sempre feito acreditar em mim e por ter estado lá sempre que precisei não só no que toca aos assuntos da universidade, mas em todos os assuntos da minha vida, levo sem dúvida uma amiga para a vida.

Quero agradecer ao meu namorado, Diogo Santos, por nunca me ter deixado desistir, por ter sido uma das minhas principais fontes de apoio, por ser alguém completamente presente e pronto para me ajudar, alguém que estava sempre lá para me mostrar que sou uma mulher de “garra”, uma mulher capaz de conquistar tudo e que esta fase não seria exceção, não tenho palavras para descrever todo o carinho e presença que ele teve neste processo.

Memória autobiográfica e resiliência em mulheres com história de cancro da mama: um estudo exploratório

Resumo

A memória autobiográfica e a resiliência são construtos que têm vindo a ser investigados de forma isolada e também ligados ao cancro da mama para assim se perceber o papel que desempenham durante e após o tratamento. Objetivos: 1) explorar as características da memória autobiográfica (natureza dos conteúdos e valência emocional) para o período de doença em mulheres com história passada de cancro da mama e 2) explorar a existência de algum tipo de associação entre as características das memórias evocadas e a resiliência. Método: O estudo seguiu uma metodologia mista, com uma amostra de 10 participantes (entre os 49 e os 69 anos), que experienciaram cancro da mama nos últimos 2 ou 3 anos e se encontram em fase de remissão completa. Para além da informação sociodemográfica, utilizaram-se os seguintes instrumentos adaptados à população portuguesa: Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico (Monteiro et al. 2012); Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun (Vilelas et al., 2013) e Entrevista Cognitiva Melhorada (Paulo et al. 2014). Resultados: A temática mais evocada por todas as participantes correspondeu à fase do tratamento, que incluiu a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. As participantes que apresentaram níveis mais elevados de resiliência evocam memórias dessa fase com emoções mais positivas. Conclusão: Foi possível concluir que as participantes que apresentaram níveis mais elevados de resiliência ultrapassaram a fase da doença com uma perceção mais positiva e criaram memórias mais benéficas para outros acontecimentos quando comparadas com as participantes que cotaram com níveis menos elevados de resiliência.

Palavras-chave: memória autobiográfica; cancro; cancro da mama; resiliência.

Autobiographical memory and resilience in women with a history of breast cancer: an exploratory study

Abstract

Autobiographical memory and resilience are constructs that have been separately investigated and are also linked to breast cancer in order to understand the role they play, during and after treatment. Objectives: 1) to explore the characteristics of autobiographical memory (nature of contents and emotional valence) for the period of illness in women with a past history of breast cancer and 2) to explore the existence of some type of association between the characteristics of the evoked memories and resilience. Method: The study followed a mixed methodology, with a sample of 10 participants (between 49 and 69 years old), who experienced breast cancer in the last 2 or 3 years and are in complete remission phase. In addition to the sociodemographic information, the following instruments adapted to the Portuguese population were used: the Psychological Well-Being Manifestation Measure Scale (Monteiro et al. 2012); Takviriyannun Resilience Factors Scale (Vilelas et al., 2013) and Improved Cognitive Interview (Paulo et al. 2014). Results: The theme that was mostly evoked by all the participants corresponded to the treatment phase, which included surgery, chemotherapy and radiotherapy. Participants who showed higher levels of resilience evoke memories of this phase with more positive emotions. Conclusion: It was possible to conclude that the participants who presented higher levels of resilience passed the stage of the disease with a more positive perception and created more beneficial memories for other events when compared with the participants who quoted with lower levels of resilience.

Keywords: autobiographical memory; cancer; breast cancer; resilience.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Lista de Tabelas	vii
Introdução	1
Método.....	5
Participantes.....	5
Instrumentos	5
Procedimentos.....	7
Análise de Dados	8
Resultados.....	8
Discussão	14
Referências Bibliográficas.....	17

Lista de tabelas

Tabela 1. – Resultados da amostra global na Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyanun.

Tabela 2. – Frequência dos subtemas da categoria “tratamento”.

Tabela 3. – Frequência dos subtemas da categoria “Descoberta da doença e Reação ao Diagnóstico”.

Tabela 4. – Frequência dos subtemas da categoria “suporte familiar”.

Tabela 5. – Frequência dos subtemas da categoria “Percepção sobre a fase da vida em que teve a doença”.

Memória autobiográfica e resiliência em mulheres com história de cancro da mama: um estudo exploratório

A memória autobiográfica é a memória que diz respeito à recuperação de eventos passados experienciados na primeira pessoa. Esta memória é essencial para o bom funcionamento humano, uma vez que é por ação da mesma que conseguimos criar uma imagem pessoal, ou seja, o nosso autoconhecimento. Permite-nos também atingir objetivos com vista à resolução de problemas referentes ao passado (Conway e Pleydell-Pearce, 2000; Nelson e Fivush, 2004, citado por Williams et al., 2007).

Segundo o modelo teórico de Conway e Pleydell-Pearce (2000, citado por Hitchcock et al., 2017), para que seja possível a recordação de memórias pessoais é necessário recorrer ao conhecimento autobiográfico que está organizado de forma hierárquica, desde o conhecimento mais geral até ao mais detalhado e específico dos eventos vividos. Esta organização hierárquica permite a recuperação das memórias em diferentes níveis, sendo que ao recuperar as memórias gerais é fornecido um resumo mais amplo do indivíduo e do mundo. Em contrapartida, quando são recuperadas as memórias mais específicas, é fornecida uma visão mais rica e discriminada dos episódios.

Conway e Tacchi (1996, citado por Kangas et al., 2005) salientaram que a memória autobiográfica é formada através das representações mentais que o indivíduo faz com base no seu conhecimento autobiográfico. Sugeriram ainda, que as construções do eu, os objetivos pessoais e as expectativas são tidas em conta quando é feita a recuperação de informações específicas do passado. Isto é, o indivíduo recupera a informação de acordo com a necessidade de construir memórias que vão ao encontro dos seus objetivos e da imagem que tem de si. Esta conceção implica que a memória autobiográfica tem um papel fundamental para o indivíduo tornar racionais e concretizáveis os seus objetivos para o futuro, ou seja, recorre-se da informação dos seus eventos passados para conseguir futuramente estabelecer e concretizar os seus objetivos.

Relativamente ao cancro, o comprometimento a nível da memória a curto prazo e da atenção são normalmente as queixas mais apresentadas, mas principalmente no cancro da mama. Este comprometimento verifica-se durante algum tempo após o término do tratamento, o que poderá reduzir a capacidade dos pacientes retomarem de forma gradual à sua vida diária (Tannock, et al., 2004; Vardy, et al., 2008, citado por Guiffard et al., 2013). Segundo Wefel e Schagen, 2012, esta implicação ocorre não só após o tratamento, mas

também durante o mesmo. Guiffard et al., 2013, salientam ainda que a memória a curto prazo fica afetada devido ao tratamento do cancro, mas variáveis como os eventos vividos com maior stress, os traços de personalidade, podem também influenciar a recuperação e o padrão da memória dos pacientes.

No que diz respeito à resiliência, esta concerne aos processos e características envolvidos na capacidade de um indivíduo se adaptar a adversidades ou mudanças ao longo da sua vida. Deriva da personalidade do indivíduo, assim como do contexto em que está inserido (Garcia-Dia et al., 2013). A personalidade, assim como, o afeto positivo e negativo são variáveis que têm sido reiteradamente associadas à resiliência e, que podem intervir como um fator de proteção em situações de adversidade (Lock et al., 2019).

Nos últimos tempos, a resiliência tem-se tornado num conceito que serve de ajuda para pensar em riscos e ameaças à segurança individual, que podem advir quer de fatores internos, quer de fatores externos relacionados com a crise económica, a migração e a globalização. O termo, por vezes, é abordado de forma diferente por vários autores, mas tem por base o mesmo fundamento (Doorn et al., 2019).

Segundo Richardson (2002), a resiliência concentra-se em forças individuais, entre as quais o otimismo, a perceção que a pessoa tem de si e as habilidades que tem para lidar com situações adversas. O autor defende ainda que a introspeção e a reflexão crítica são essenciais para o desenvolvimento deste traço, daí poder ser estabelecida a ligação entre a memória autobiográfica e a resiliência. Durante o processo de introspeção, recorreremos a eventos passados para lidar com adversidades futuras.

Ao longo dos anos a relação entre os processos psicológicos e o cancro tem sido alvo de investigação, a par da necessidade de ajuda psicológica no decurso da doença, e do tratamento (Trijsburg et al., 1992). Heim (1978, citado por Šprah e Šoštarič, 2004), afirma que o processo psicológico para enfrentar o cancro está dividido em quatro fases. A primeira é a de perceção, que acontece quando o paciente começa a sentir algumas alterações a nível fisiológico e de bem-estar. Segue-se a fase cognitiva, ocorrendo quando o paciente se começa a sentir preocupado com a doença e tenta delinear como será o processo de tratamento e definir estimativas quer para o tempo de tratamento, quer para o tempo de vida que lhe parecem corretas. Na terceira fase, o paciente começa a adotar mecanismos de defesa para lidar com o processo que irá passar (ex. projeção, focalização, racionalização). Por fim, acontece a consolidação emocional e comportamental, onde o paciente tenta ajustar as suas emoções ao seu comportamento e vice-versa. Segundo Knapp

e Beck (2008), as emoções que a pessoa experiencia influenciam o seu comportamento, ou seja, a consolidação emocional e comportamental mostra-se essencial para que as pessoas consigam perceber os seus comportamentos através das emoções que experienciam.

Além disso, o diagnóstico do cancro envolve eventos stressantes, devido a ser uma doença com um elevado risco de vida. Este período pode levar a alterações psicossociais, assim como sintomas psiquiátricos, como os diversos relatos existentes de stress pós-traumático. Com o aprofundamento da investigação, foi possível identificar fatores relacionados com a resposta emocional ao diagnóstico de cancro, sendo que os fatores demográficos, como a idade, o sexo e a educação, o tipo de cancro, o tipo de tratamento, ou, ainda, o estágio da doença, demonstraram ser variáveis associadas aos diferentes níveis de desajuste emocional. Neste caso, por exemplo, o estágio da doença vai se refletir na forma como a pessoa encara a mesma, caso seja um estágio mais avançado são relatadas emoções mais negativas. (Morel et al., 2015).

Com o aumento da taxa de sucesso do tratamento, a investigação começou a centrar-se no estudo do bem-estar emocional dos sobreviventes do cancro e foi possível perceber que vários pacientes se mantêm psicologicamente saudáveis apesar de todos os desafios da doença (Markovitz et al., 2015). Tornou-se comum constatar que pessoas que sofreram de cancro parecem acabar por recolher algum benefício da experiência de acordo com os relatos de resultados positivos, como por exemplo, a melhoria da qualidade de vida, das relações interpessoais e principalmente as mudanças de valores e de prioridades. Pode extrair-se destas ideias que as pessoas que experienciam situações altamente stressantes não experimentam exclusivamente emoções negativas, nem exclusivamente emoções positivas. De igual modo, o facto de após um momento de adversidade a pessoa experienciar emoções positivas não pode ser tomado como uma indicação de que a pessoa não conseguiu entender os aspetos negativos da situação (Aspinwall e MacNamara, 2005). Assim, a investigação mostra que nem todas as pessoas experienciam eventos de adversidade da mesma forma, daí a necessidade de compreender os fatores associados à resiliência individual perante situações adversas.

Mais especificamente, a resiliência parece ter um papel essencial para as diferentes formas individuais de lidar com a doença oncológica. Quando descrevemos a resiliência à luz da experiência do cancro, podemos abordá-la e estudá-la de diversas formas. Podemos referir a este conceito como uma característica, um traço de personalidade que permite ao indivíduo manter a saúde mental quando exposto a situações adversas, ou entender a

resiliência como uma consequência, em que só sabemos se o indivíduo é resiliente quando enfrenta momentos de adversidade (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015).

Nos últimos anos, percebeu-se que o cancro da mama é o mais incidente nas mulheres, quer nos países mais desenvolvidos da Europa, quer nos países em desenvolvimento (Jankowska, 2013). Segundo Markovitz et al., (2015), o tratamento do cancro em geral é considerado emocionalmente traumático, assim como o seu diagnóstico, algo que levará a que a maioria dos indivíduos desenvolva elevados níveis de stress. Ainda assim, durante o processo de tratamento, os sentimentos podem ir variando entre a vulnerabilidade, a tristeza e, por vezes, a esperança.

A resiliência encontra-se relacionada com a saúde das mulheres com cancro da mama, estando positivamente ligada à qualidade de vida das mesmas, sendo que maiores níveis de resiliência estão associados a um maior bem-estar durante o processo de tratamento e a uma recuperação mais rápida (Huang et al., 2019). As diferenças interindividuais existentes durante o tratamento do cancro são, também, influenciadas pela resiliência, verificando-se que as pessoas que são mais resilientes experienciam o tratamento com emoções mais positivas comparativamente com as menos resilientes (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015).

Este construto exerce, por isso, um papel importante no que toca à forma como os pacientes se ajustam à doença. É também importante para os mesmos terem uma boa rede de apoio, quer a nível familiar, quer a nível da sociedade; melhorarem a comunicação; aprenderem estratégias para enfrentar a doença; serem capazes de enfrentar a possibilidade de morrer, assim como desmistificar o cancro (Petticrew e Hunter, 2002). Wu et al., 2016 concluíram que indivíduos que apresentam níveis mais baixos de resiliência apresentam uma maior possibilidade de experienciar sofrimento a nível psicológico e ainda níveis mais baixos no que concerne à qualidade de vida psicológica.

A investigação da relação entre a memória autobiográfica e o cancro da mama sugere que os pacientes com cancro da mama têm mais dificuldade em recuperar memórias autobiográficas e que as relembram com menor detalhe durante o tratamento (Nilsson-Ihrfelt et al., 2004; Morel et al., 2015). Por outro lado, tal como anteriormente referido, os estudos sobre a resiliência e cancro da mama sugerem que a exposição a esta doença gera stress e que os pacientes com maior resiliência reportam menos pensamentos intrusivos e relatam melhor qualidade de vida (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015; Dooley et al., 2017). No entanto, a revisão da investigação acerca da relação entre memória autobiográfica e resiliência em pacientes com experiência de cancro da mama, não

permitiu encontrar, tanto quanto foi possível apurar, investigação significativa até ao momento. Deste modo, este estudo tem como principais objetivos: 1) explorar as características da memória autobiográfica (natureza dos conteúdos e valência emocional) para o período de doença em mulheres com história passada de cancro da mama e 2) explorar a existência de algum tipo de associação entre as características das memórias evocadas e a resiliência.

Método

Participantes

O presente estudo é constituído por uma amostra de 10 participantes do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa ($n=10$) que experienciaram cancro da mama nos últimos 2 ou 3 anos, com idades compreendidas entre os 49 e os 69 anos ($M=57,3$ $DP=6,21$). Estipulou-se este período como critério de inclusão para acautelar os desafios interpessoais e éticos da investigação com participantes em fase de tratamento, como por exemplo, os níveis de stress e sofrimento psicológico potencialmente vividos nesta fase ou, ainda, as implicações do estado emocional na recuperação das memórias autobiográficas. De igual modo, seria inviável questionar elementos que tenham vivido a mesma doença num passado distante, dado que o decurso do tempo influencia a recuperação da informação (Tulving e Thomson, 1973), razão porque se delimitou o estudo a este período temporal.

Instrumentos

Para a recolha de dados, recorreu-se aos instrumentos que a seguir se descrevem.

Questionário sociodemográfico constituído por itens que abarcam a caracterização da amostra em termos de idade, grau de escolaridade e nacionalidade.

Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (ÉMMBEP)

(Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico) (Massé et al., 1998, adaptada para a população portuguesa por Monteiro et al., 2012), composta por 25 itens que se dividem em 6 subescalas, sendo elas: autoestima (4 itens), equilíbrio (4 itens), envolvimento social (4 itens), sociabilidade (4 itens), controlo de si e dos acontecimentos (4 itens), e, por fim, felicidade (5 itens). Os itens são respondidos numa escala tipo likert de 5 pontos, que varia entre o 1 (Nunca se verifica) e o 5 (Verifica-se quase sempre), como indicadores de frequência. Para a cotação dos resultados, os autores indicam que quanto

maior a pontuação maior é o bem-estar psicológico percebido, sendo que esta escala tem um valor máximo de 125 pontos e um valor mínimo de 25. Esta escala foi utilizada para despistar eventuais estados de sofrimento psicológico (critério de exclusão), com o intuito de prevenir os efeitos confundentes de um possível estado de mal-estar sobre a qualidade e emocionalidade da recuperação dos acontecimentos.

The Resilience Factors Scale of Takviriyannun (Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun) (Takviriyannun, 2008, adaptada para a população portuguesa por Vilelas et al., 2013). Esta escala foi utilizada neste estudo para medir a resiliência das participantes, é composta por 21 itens que se dividem em 6 subescalas, sendo elas: (1) determinação e competências para resolver problemas; (2) suporte individual; (3) outros tipos de apoio; (4) pensamento otimista; (5) assertividade; (6) autorregulação e competências sociais. Os itens são respondidos numa escala tipo likert de 4 pontos, que varia entre o 1 (Discordo totalmente) e o 4 (Concordo totalmente). Para a cotação dos resultados, os autores indicam que quanto maior a pontuação maior é o nível de resiliência das participantes, sendo que esta escala tem um valor máximo de 84 pontos e um valor mínimo de 21.

The Cognitive interview (Entrevista Cognitiva) (Memon e Bull, 1991, adaptada para a população portuguesa por Paulo et al., 2014). Este instrumento visa obter informação episódica por parte dos participantes sem que seja comprometida a exatidão dos relatos. É constituído por quatro mnemónicas: 1) relatar tudo, que consiste em pedir ao participante que relate tudo o que se lembre da situação mesmo a informação que ache irrelevante, adotando a ordem que ache que deve adotar; 2) restabelecimento do contexto, onde é pedido ao participante que mentalmente recrie o contexto físico da situação, bem como o seu estado cognitivo, fisiológico e emocional; 3) mudança de ordem, que consiste em pedir ao participante que relate a situação com uma ordem temporal diferente, normalmente é utilizado o relato na ordem inversa dos acontecimentos; e por fim, 4) mudança de perspetiva, onde é pedido para o participante adotar uma perspetiva diferente ao relatar o acontecimento. Estas quatro fases são aplicadas todas apenas quando o investigador acha que ainda pode ser recuperada mais informação. A entrevista foi utilizada para obter informação episódica de forma pormenorizada, sem comprometer a exatidão dos relatos das entrevistadas.

Resta referir que se procedeu ao pedido de autorização ao autor da Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun para o respetivo uso na presente investigação, uma vez que era o único instrumento que não se encontrava em acesso livre.

Procedimentos

A fim de acautelar os cuidados éticos e o bem-estar das participantes, as mesmas foram previamente informadas dos objetos gerais do estudo, principais procedimentos e disponibilidade de apoio no encaminhamento e obtenção de acompanhamento psicológico, se tal se identificasse necessário na avaliação inicial do bem-estar. No entanto, no estudo não foram identificadas participantes nesta condição.

A recolha de dados teve início com o preenchimento do consentimento informado por parte das participantes, cujos conteúdos incluíram informações sobre os objetivos do estudo, método, caráter voluntário da participação e possibilidade de desistência, assim como a garantia de privacidade e salvaguarda da confidencialidade dos dados. Informou-se, ainda, da possibilidade de acesso individual aos próprios resultados no final da investigação, a par de informações sobre resultados gerais e conclusões. Por último, como anteriormente referido, inclui-se indicação sobre a disponibilidade de informação e encaminhamento para apoio psicológico, no caso da participante ou a investigadora o identificarem como necessário.

Após assinatura do consentimento informado houve espaço para serem esclarecidas quaisquer dúvidas que as participantes pudessem ter em relação ao estudo. De seguida, procedeu-se à administração do questionário sociodemográfico, da Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico (Massé et al., 1998, adaptada para a população portuguesa por Monteiro et al., 2012), a fim de cumprir o critério de inclusão de participantes com níveis positivos de bem-estar, e ainda da Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun (Takviriyannun, 2008, adaptada para a população portuguesa por Vilelas et al., 2013). Para cada instrumento precedeu-se à apresentação prévia das respetivas instruções e esclarecimento de dúvidas. As participantes foram ainda informadas da possibilidade de interromper, desistir ou dividir o preenchimento das escalas em dois momentos. No entanto, tratando-se de escalas de preenchimento breve, foi possível prevenir a fadiga.

Num segundo momento da recolha de dados, procedeu-se à administração da entrevista para avaliar as memórias autobiográficas, sendo as participantes igualmente informadas da possibilidade de interromper o procedimento se assim o desejassem, em caso de desconforto ou por qualquer outra necessidade individual.

Análise de dados

Recorreu-se à metodologia de análise temática, baseada na codificação indutiva, sendo que os dados estão estritamente ligados aos temas identificados, tal como indicado por Braun e Clarke (2006). Para apoio à organização, codificação e interpretação inicial dos dados, recorreu-se ao software Nvivo 1.0 (Qsr international, 2020).

O processo de análise de dados teve início com a transcrição das gravações das entrevistas, com autorização prévia das participantes, possibilitando assim uma análise mais detalhada. Inicialmente foi efetuada a leitura das transcrições para conhecer os documentos de forma mais aprofundada. Posteriormente, transformou-se os dados brutos em unidades de informação que têm como função descrever de forma exata as características do conteúdo. Durante a codificação, os códigos foram designados de acordo com o discurso das participantes, no sentido de os aproximar maximamente do significado original. Após esta tarefa, procedeu-se à categorização onde se organizou os códigos existentes em temáticas mais abrangentes.

A partir das temáticas identificadas, e a fim de acautelar a validade dos resultados, foi determinado o acordo inter-observador com um segundo avaliador treinado para o efeito, utilizando-se como critério de amostragem 50% das entrevistas. Adotou-se a metodologia de cálculo de acordo simples, com base na determinação da percentagem de concordância entre observadores, cifrando em 97% de acordo, tendo-se procedido à discussão e consensualização dos desacordos.

Resultados

A partir da utilização da The Resilience Factors Scale of Takviriyannun (Takviriyannun (2008), adaptada para a população portuguesa por Vilelas, J., et al., 2013), foi possível perceber que seis das participantes cotaram com um valor próximo da pontuação máxima da escala (84), tendo as restantes quatro participantes apresentado valores mais baixos, ainda que elevados na escala. A partir da média do resultado na escala ($M=72,5$) foram constituídos dois grupos, dividindo as participantes que pontuaram acima e abaixo da média do grupo.

Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun (2008) (amostra global)				
N	Min	Max	M	DP
10	61	80	72,5	7,54

Tabela 1. Resultados da amostra global na Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun

Através do processo de codificação e categorização do discurso das participantes surgiram quatro temas centrais, divididos em diversas subcategorias. O tratamento da doença foi o tema evocado com maior frequência, seguindo-se a descoberta da doença, o suporte familiar e, por último, a percepção das participantes sobre essa fase das suas vidas. Apresenta-se, de seguida, a descrição e frequência detalhadas de cada um dos temas e subtemas identificados.

Categoria Temática: “Tratamento”

Tema	Subtemas	Número de Participantes	Frequência dos subtemas (nº de referências)	Percentagem %
Tratamento	Radioterapia	10	19	38%
	Quimioterapia	10	16	32%
	Cirurgia	10	9	18%
	Entrada na Liga Portuguesa Contra o Cancro	10	6	12%

Tabela 2. Frequência dos subtemas da categoria “tratamento”.

Esta categoria temática dividiu-se em subtemas para os diferentes tratamentos a que as participantes foram submetidas, de modo a especificar as emoções, pensamentos e implicações, que se diferenciaram em função do tipo de tratamento realizado.

Tendo em conta a Tabela 2, é possível constatar que em 10 participantes houve 50 referências sobre este tema, sendo que todas as participantes o abordaram. O tema subdivide-se em quatro subtemas: a “radioterapia”, a “quimioterapia”, a “operação” (i.e.,

cirurgia) e “entrada na Liga Portuguesa Contra o Cancro para a primeira consulta”.

Relativamente à “radioterapia” predominaram as referências aos efeitos físicos que despoleta, sendo estes, as queimaduras no peito (E8: “O pior mesmo é as queimaduras que aquilo cria, eu até ganhei uma ferida muito feia que tinha que ir à enfermeira fazer o curativo.”), e o sombreado que fica nessa região (E7: “Ter ficado com o peito escuro, parece do género de uma sombra.”). Sendo, também, referenciado a ausência de qualquer reação ao tratamento (E2: “Eu nuca queimeei nunca ganhei nenhuma bolha.”). Quanto à “quimioterapia” destacaram-se quer emoções negativas (E3: “A quimio foi o que me custou mais, só pelo efeito que tem, não o (ato de) fazer o tratamento. O fazer a gente tem que estar ali aquelas horas e é esperar, mas depois é o efeito que dá: muitas náuseas, vômitos, desaparece a vontade de comer, perde-se o gosto, perde-se tudo.”), quer emoções positivas (E10: “A quimio por acaso nem me custou muito até passei relativamente bem.”). O subtema “operação” reflete detalhes sobre a cirurgia (E5: “Fui operada, a operação correu bem, conseguiram limpar o cancro.”); (E10: “A operação demorou mais do que era previsto, porque, para além do tumor que tinham visto ainda tinha mais um escondido.”).

Relativamente à “entrada na Liga Portuguesa Contra o Cancro”, as participantes abordam a reação à chegada a este local (E3: “Quando lá cheguei custou-me muito ver aquelas crianças sem cabelinho e os idosos sozinhos, aquilo revoltou-me muito.”); (E7: “Quando cheguei à Liga fiquei tão mal só de ver o sofrimento todo que lá vai, comecei logo a chorar a pensar que ia sofrer como as pessoas que estavam lá”).

No que respeita à distinção entre os dois grupos de participantes que cotaram com diferentes níveis de resiliência, verificou-se uma referência comum a todas as subcategorias deste tema, distinguindo-se apenas na subcategoria da “quimioterapia” em que as participantes ($n=6$) que cotaram com valores mais elevados mostraram uma reação mais positiva a nível emocional a esta fase do tratamento (E1: “A quimioterapia começou a correr bem, quando estava lá até aproveitava para conversar e me rir, sentia-me muito melhor.”), comparativamente ao grupo com valores menos elevados ($n=4$) (E2: “Não nos entretemos com nada estamos ali tristes e a olhar sempre para os frascos a ver quando acabar para irmos para casa.”).

Categoria Temática: “Descoberta da doença e Reação ao Diagnóstico”

Tema	Subtemas	Número de Participantes	Frequência dos subtemas	Percentagem %
-------------	-----------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------

		(nº de referências)		
Descoberta da doença	Exame de Rotina	10	5	17%
	Caroço na mama	10	4	13%
	Líquido amarelado a sair da mama	10	1	3%
Reação ao diagnóstico da doença	Sentimento de Desespero	10	11	37%
	Sentimento de Revolta	10	5	17%
	Sentimento de Esperança	10	2	7%
	Sentimento de Choque	10	1	3%
	Sentimento de Impotência	10	1	3%

Tabela 3. Frequência dos subtemas da categoria “Descoberta da doença e Reação ao Diagnóstico”

Como se verifica na tabela 3, houve 30 referências a este tema, 20 dizem respeito à forma como as participantes reagiram ao diagnóstico e 10 à forma como reagiram quando descobriram a doença.

Em relação à forma como as participantes descobriram o cancro, cinco afirmam ter descoberto num “exame de rotina” (E3: “Eu fui fazer um rastreio ao centro de saúde, no camião que tem lá, era uma coisa normal, eu já fazia muitas vezes.”), quatro referiram sentir um “caroço na mama” (E1: “Fui tomar banho, quando estava a lavar o peito senti alguma coisa diferente, parecia um caroço.”), e uma constatou que tinha um “líquido amarelado a sair da mama” (E10: “Um dia de manhã quando acordei percebi que me estava a sair um liquido amarelado do peito.”).

No que diz respeito à forma como reagiram emocionalmente à notícia, o sentimento de desespero foi referenciado 11 vezes (E3: “Eu quando soube sofri muito, chorei muito, nem consegui dizer uma palavra ao médico, eu só chorava.”); (E10: “Chorei tanto, eu já nem conseguia perceber o que o médico tinha para dizer, estava desesperada.”). O sentimento de revolta foi referenciado cinco vezes (E4: “Nem conseguia acreditar que aquilo estava a acontecer comigo, foi muito difícil.”); (E1: “Perguntei-me tantas vezes porquê a mim.”). Relativamente ao sentimento de esperança este foi referenciado duas vezes (E9: “Encarei mesmo, eu aquilo era um problema que tinha de ultrapassar e não valia a pena estar a chorar, tinha que ter esperança que ia correr bem.”; “Já estava de cabeça erguida e a pensar que aquilo ia passar.”). O sentimento de choque foi referenciado uma vez (E10: “Fiquei em choque, até tive de ligar ao meu marido porque já nem tinha forças para conduzir.”). O sentimento de impotência foi, também, referenciado apenas uma vez (E5: “Receber esta notícia é uma sensação de impotência, como se não conseguíssemos fazer nada para parar o que se estava a passar, é horrível.”).

Nesta categoria apenas uma participante referenciou o sentimento de esperança duas vezes no seu discurso, sendo que essa participante cotou com níveis mais elevados de resiliência. Nas restantes subcategorias não se encontraram diferenças assinaláveis no discurso de cada um dos grupos (em função dos níveis de resiliência).

Categoria Temática: “Suporte Familiar”

Tema	Subtemas	Número de Participantes	Frequência	
			dos subtemas (nº de referências)	Percentagem %
Suporte Familiar	Presença de Suporte Familiar	10	8	80%
	Ausência de Suporte Familiar	10	2	20%

Tabela 4. Frequência dos subtemas da categoria “suporte familiar”.

No que toca à temática do suporte familiar, todas as participantes integraram no seu discurso a família, quer pela sua presença, quer pela sua ausência durante a fase de tratamento da doença. Foram oito as participantes que afirmaram ter o apoio ou dos seus maridos e dos seus filhos (E5: “O meu marido chegou a casa tive de lhe contar e ele foi impecável, mostrou que eu era capaz e que ia estar do meu lado para me dar força.”); (E3: “Tinha sempre a minha filha comigo, ela nesse dia até quis dormir em minha casa, nunca me deixou sozinha.”), ou da família alargada (E10: “Para além disso eu tenho uma família incrível que me deu muito apoio.”) ou dos irmãos (E2: “O meu irmão ia sempre comigo para estar à minha beira nas sessões.”). Por fim, duas participantes referiram a ausência de suporte familiar (E6: “Nós podíamos levar alguém, mas eu ia sempre sozinha, não tinha ninguém que fosse comigo.”) (E7: “Estava sozinha, porque o meu marido e o meu filho não podiam andar comigo têm a vida deles.”).

Nesta categoria verificou-se que as duas participantes que referenciaram ausência de suporte familiar pertenciam ao grupo com níveis menos elevados de resiliência.

Categoria Temática: “Perceção sobre a fase da vida em que teve a doença”

Tema	Subtemas	Número de Participantes	Referências	Percentagem %
Perceção sobre essa fase da vida	Perceção Positiva	10	6	60%
	Perceção Negativa	10	4	40%

Tabela 5. Frequência dos subtemas da categoria “Perceção sobre a fase da vida em que teve a doença”

Esta categoria temática foi evocada espontaneamente por todas as participantes como forma de conclusão das entrevistas. Assim, todas as participantes incluíram no seu discurso um balanço pessoal acerca deste episódio biográfico e das repercussões nas suas perceções acerca da vida tendo-se, por isso, categorizado esta temática em perceções positivas e negativas. Foram seis as participantes que reportaram ter-se tratado de um episódio importante, que modificou positivamente as suas perceções acerca da vida (E1: “Eu sinto que sou uma pessoa melhor depois de ter passado por isto, sinto que dou muito

mais valor a coisas que antes me passavam ao lado.”); (E10: “Acho que até me tornei uma pessoa mais forte e mais feliz, agora dou valor a pequenas coisas e não me chateio com tudo.”). As restantes quatro participantes reportam percepções e repercussões negativas deste episódio de vida, (E2: “Mas durante esta fase da minha vida eu andava sempre muito triste, não há alegria nenhuma, sinceramente, nem há alegria de viver, eu tinha força e ia percebendo que tudo estava a correr bem, mas estava sempre com o pé atrás, mesmo hoje 2 anos depois ainda tenho muitos enjoos, tenho muitas dores no peito.”); (E6: “É o medo de ter que passar por tudo outra vez, que para mim foi a pior fase da minha vida.”).

Na comparação dos grupos de participantes em função dos níveis de resiliência verificou-se que as participantes ($n=4$) com resultados menos elevados de resiliência reportaram percepções e repercussões mais negativas. Já as participantes ($n=6$) que cotaram com níveis mais elevados reportaram como um episódio que modificou de forma positiva as percepções das suas vidas.

Discussão

O facto de passar por uma experiência de cancro acaba por deixar memórias e consequências ao longo da vida dos pacientes. O apoio familiar, a gravidade da situação, os tratamentos e a resiliência são fatores que acabam por ditar o tipo de memórias que serão guardadas e quais as consequências que serão experienciadas. O foco deste estudo prendeu-se com a exploração das memórias evocadas pelas participantes e com a exploração de eventuais diferenças na tonalidade emocional das memórias de mulheres que apresentam diferentes níveis de resiliência. Dado o facto de não terem sido encontrados estudos que avaliam a memória autobiográfica e a resiliência em conjunto nas mulheres com cancro da mama, a presente investigação procurou contornar essa limitação e explorar essa mesma ligação.

Tal como Conway & Tacchi (1996, citado por Knagas et al., 2005) afirmam, quando são evocadas memórias do passado são tidas em conta as construções do eu, os objetivos pessoais e as expectativas, ou seja, o indivíduo recupera a informação de acordo com a necessidade que tem de construir memórias que vão ao encontro da imagem que tem de si. Deste modo, é necessário avaliar as memórias que são evocadas quando o tema é a doença que experienciaram. No que concerne à exploração das memórias autobiográficas, todas as participantes evocaram o tratamento, sendo que foi a variável que mais se destacou, com maior frequência no discurso das mulheres.

Relativamente ao suporte social, tal como Thomas et al., (2001, citado por Taylor et al., 2011) mostram, devido ao diagnóstico e tratamento do cancro, o(a)s pacientes vivenciam vários problemas sociais, sendo que os mais comuns são as dificuldades nas tarefas de vida diária, incluindo as tarefas domésticas e também problemas a nível de relacionamento com os outros. Justifica-se, assim, o facto das participantes referenciarem várias vezes o apoio familiar, mostrando que é fulcral durante o processo de tratamento. As participantes que afirmaram não ter apoio familiar evocaram a vivência do tratamento do cancro como algo mais exaustivo, pois sentiram que não eram capazes de fazer tudo sozinhas durante aquela fase.

Morel et al., 2015, mostram-nos que quer o diagnóstico, quer o tratamento do cancro, são eventos muito stressantes devido ao elevado risco de vida, o que foi possível confirmar com as participantes, uma vez que todas referiram essa fase como um período com um grande acumular de stress, desde o diagnóstico ao tratamento. Mesmo após o tratamento, várias participantes referiram que ainda vivem com medo de voltar a ter a doença, apesar de uma participante ter afirmado já nem pensar na situação. Estes autores mostraram ainda que fatores como idade, sexo, educação, tipo de cancro, tipo de tratamento e estágio da doença, são variáveis que influenciam o estado emocional das pacientes. Alguns fatores são corroborados por este estudo, uma vez que maioria das participantes revelou ter reagido de forma diferente de acordo com a gravidade da situação, à exceção de duas participantes que, apesar de estarem num estágio avançado da doença, referiram encarar o processo sempre com emoções positivas.

Os resultados encontrados revelam a importância deste estudo, ao indicar que as participantes que tinham valores mais elevados de resiliência evocam memórias emocionalmente mais positivas comparativamente às participantes com níveis menos elevados. Este resultado é coerente com a investigação que aponta para uma associação entre resiliência e qualidade de vida positiva de mulheres com cancro da mama ao longo do tratamento (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015 e Huang et al., 2019). A resiliência está associada a um maior bem-estar, quer durante o processo de tratamento, quer durante a recuperação. Tal como Seiler e Jenewein (2019) afirmam, pacientes que apresentem níveis mais elevados de resiliência podem lidar com essa experiência stressante com poucos ou nenhuns efeitos no seu funcionamento diário e podem ainda apresentar um crescimento emocional e pessoal positivo. Neste estudo, foi possível corroborar essa ideia, uma vez que apesar de todas as participantes referirem que sentem medo e insegurança quando voltam a

repetir os exames de rotina, as que cotaram com níveis menos elevados de resiliência são as que afirmam senti-lo de uma forma mais frequente.

Este estudo apresenta algumas limitações, como o facto de apresentar uma amostra reduzida, o que impede a generalização das conclusões. Uma outra limitação diz respeito à impossibilidade de controlar variáveis, tais como, o suporte social que pode influenciar a forma como é vivenciado o tratamento do cancro. Deste modo, para estudos futuros sugere-se, a replicação desta investigação com a avaliação de variáveis, como o nível socioeconómico, que influencia esta fase, além da resiliência. Além disso, pesquisas futuras poderão não só usar o autorrelato das pacientes, mas também recorrer ao relato dos cuidadores/figuras próximas, com vista a perceber eventuais aspetos coincidentes e diferenciadores de ambas as entrevistas. Seria igualmente útil comparar a utilização da entrevista cognitiva com outro tipo de entrevistas, por exemplo, construídas para o efeito. Seria de igual interesse aplicar este estudo a participantes do sexo masculino que tivessem passado pela mesma situação, percebendo assim se existiria alguma diferença a nível do sexo.

Esta investigação contribuiu de forma inovadora para o avanço dos estudos neste âmbito, e com o mesmo foi possível mostrar que as variáveis memória autobiográfica, resiliência e cancro da mama se relacionam.

Referências Bibliográficas

- Aspinwall, L. G., & MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(S11), 2549-2556.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Dooley, L. N., Slavich, G. M., Moreno, P. I., & Bower, J. E. (2017). Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 33(5), 549-557.
- Doorn, N., Gardoni, P., & Murphy, C. (2019). A multidisciplinary definition and evaluation of resilience: The role of social justice in defining resilience. *Sustainable and Resilient Infrastructure*, 4(3), 112-123.
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concept analysis: resilience. *Archives of psychiatric nursing*, 27(6), 264-270.
- Giffard, B., Viard, A., Dayan, J., Morel, N., Joly, F., & Eustache, F. (2013). Autobiographical memory, self, and stress-related psychiatric disorders: which implications in cancer patients?. *Neuropsychology review*, 23(2), 157-168.
- Hitchcock, C., Werner-Seidler, A., Blackwell, S. E., & Dalgleish, T. (2017). Autobiographical episodic memory-based training for the treatment of mood, anxiety and stress-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 92-107.
- Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., & Wu, K. (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, Health & Medicine*, 24(7), 866-878.
- Jankowska, M. (2013). Sexual functioning in young women in the context of breast cancer treatment. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 18(4), 193-200.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 293.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s54-s64.
- Lock, S., Rees, C. S., & Heritage, B. (2019). Development and validation of a brief

- measure of psychological resilience: The state–trait assessment of resilience scale. *Australian Psychologist*.
- Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 24(12), 1639-1645.
- Memon, A., & Bull, R. (1991). The cognitive interview: Its origins, empirical support, evaluation and practical implications. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1(4), 291-307.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários-EMMBEP. *Psicologia, saúde & doenças*, 13(1), 66-77.
- Morel, N., Dayan, J., Piolino, P., Viard, A., Allouache, D., Noal, S., ... & Giffard, B. (2015). Emotional specificities of autobiographical memory after breast cancer diagnosis. *Consciousness and cognition*, 35, 42-52.
- Nilsson-Ihrfelt, E., Fjällskog, M. L., Liss, A., Jakobsson, O., Blomqvist, C., & Andersson, G. (2004). Autobiographical memories in patients treated for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(4), 363-366.
- Paulo, R. M., Albuquerque, P. B., & Bull, R. (2014). A Entrevista Cognitiva Melhorada: Pressupostos teóricos, investigação e aplicação. *Psicologia*, 28(2), 21-30.
- Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *Bmj*, 325(7372), 1066.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 3(4), 727.
- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208.
- Šprah, L., & Šoštarič, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiology and oncology*, 38(1).
- Taylor, S., Harley, C., Campbell, L. J., Bingham, L., Podmore, E. J., Newsham, A. C., ... & Velikova, G. (2011). Discussion of emotional and social impact of cancer during outpatient oncology consultations. *Psycho-oncology*, 20(3), 242-251

- Trijsburg, R. W., Van Knippenberg, F. C., & Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosomatic medicine*.
- Tulving, E., & Thomson, D. M. (1973). Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological review*, 80(5), 352.
- Vilelas, J., Lucas, I., Silva, I. S., Nunes, A. P., & Neves, I. C. D. (2013). Escala de fatores de resiliência de Takviriyannun. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 2-16.
- Wefel, J. S., & Schagen, S. B. (2012). Chemotherapy-related cognitive dysfunction. *Current neurology and neuroscience reports*, 12(3), 267-275.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological bulletin*, 133(1), 122.
- Wu, Z., Liu, Y., Li, X., & Li, X. (2016). Resilience and associated factors among mainland Chinese women newly diagnosed with breast cancer. *PLoS One*, 11(12), e0167976.