



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

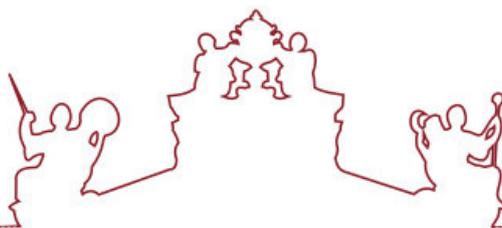
A Perceção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o Bem-Estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama

Maria Margarida Mocito Chichorro Bagorro

Orientador(es) | Graça Duarte Santos

Constança Biscaia

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

A Perceção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o Bem-Estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama

Maria Margarida Mocito Chichorro Bagorro

Orientador(es) | Graça Duarte Santos
Constança Biscaia

Évora 2024



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)

Vogais | Anabela Maria Sousa Pereira (Universidade de Évora) (Arguente)
Constança Biscaia (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer às minhas orientadoras, professora Graça Santos e professora Constança Biscaia pela paciência e entreatuda que tiveram para comigo na realização deste projeto que foi, para mim, o mais desafiante em termos académicos. Agradecer-lhes também o facto de nunca me terem largado e me terem dado ânimo nos momentos em que senti uma maior dificuldade ao realizar esta dissertação.

Depois, quero agradecer ao Hospital de Portalegre por me ter permitido recolher lá uma parte da minha amostra e, em especial, à enfermeira Luísa Narciso que me auxiliou durante este período de recolha de dados.

À Joana Dias, agradeço-lhe o facto de ter sido tão paciente e generosa ao ajudar-me no procedimento de análise e tratamento dos dados.

Por último mas não menos importante, quero agradecer aos meus amigos e família que sempre acreditaram em mim (mesmo quando eu própria não acreditava) e me deram força para concluir esta desafiante mas também bastante gratificante etapa da minha vida.

A Perceção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o Bem-Estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama

Resumo

O cancro da mama é atualmente um dos tipos de cancro mais comum no universo feminino. Com esta investigação pretendeu-se estudar a perceção e a vivência do corpo em mulheres com cancro da mama, procurando-se entender também o papel da autoestima, do bem-estar espiritual e do suporte social nesta temática. Neste estudo participaram 121 mulheres sendo que 75 ainda se encontravam com a doença ativa e 46 eram sobreviventes ao Cancro da Mama. A amostra foi recolhida quer em contexto presencial, no Hospital de Portalegre, quer em contexto *online*. Foi possível verificar o papel preponderante e positivo da Consciência Interoctiva no modo como as mulheres percecionam e vivem o seu corpo.

Palavras-chave: Cancro da Mama, Imagem Corporal, Consciência Interoctiva, Autoestima, Suporte Social, Bem-Estar Espiritual

Body Perception and Self-Esteem, Social Support and Spiritual Well-Being in Women with Breast Cancer

Abstract

Breast cancer is currently one of the most common types of cancer in women. The aim of this research was to study the perception and experience of the body in women with breast cancer, while also trying to understand the role of self-esteem, spiritual well-being and social support in this area. A total of 121 women took part in this study, 75 of whom were still suffering from the disease and 46 of whom were breast cancer survivors. The sample was collected both in person, at the Portalegre Hospital, and online. It was possible to verify the preponderant and positive role of Interoceptive Awareness in the way women perceive and experience their bodies.

Keywords: Breast Cancer, Body Image, Interoceptive Consciouness, Self-Esteem, Support Social, Spiritual Well-Being

Índice

1. Introdução.....	1
2.1.Cancro da Mama.....	3
2.1.1. <i>Aspetos clínicos: do diagnóstico à(s) terapêutica(s)</i>	3
2.1.2. <i>Aspetos psicológicos associados</i>	5
2.1.3. <i>Aspetos socioculturais e simbólicos</i>	5
2.2.Vivência do Corpo e Autoestima	6
2.2.1. <i>Imagem Corporal</i>	6
2.2.2. <i>Consciência Interocetiva</i>	8
2.2.3. <i>Autoestima</i>	10
2.2.4. <i>Imagem Corporal, Interocetividade e Autoestima no Cancro da Mama</i>	11
2.3.Suporte Social e Bem-Estar Espiritual	12
2.3.1. <i>Suporte Social e Bem-Estar Espiritual</i>	12
2.3.2. <i>Suporte Social e Bem-Estar Espiritual no Cancro da Mama</i>	15
3. Metodologia.....	18
3.1. Objetivos	18
3.2. Tipo e Desenho do Estudo	19
3.3. Participantes	19
3.4. Instrumentos	22
3.4.1. <i>Questionário Sociodemográfico</i>	22
3.4.2. <i>Questionário Clínico</i>	22
3.4.3. <i>Escala de Imagem Corporal (Body Image Scale - BIS)</i>	23
3.4.4. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</i>	23
3.4.6. <i>Questionário de Bem-Estar Espiritual (Spiritual Well-being Questionnaire - SWBQ)</i>	24
3.4.7. <i>Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)</i>	25
3.5. Procedimento	26

3.5.1. <i>Recolha de Dados</i>	26
3.5.2. <i>Tratamento e Análise de Dados</i>	27
4.Resultados	27
5. Discussão de Resultados	35
6. Limitações e Implicações para a Prática Clínica	39
7. Conclusão	40
8. Referências Bibliográficas	42

Índice de Anexos

ANEXOS	49
Anexo A. Tabela de Correlações da Amostra Total	50
Anexo B. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	51
Anexo C. Autorização do Hospital de Portalegre	54
Anexo D. Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	56
Anexo E. Consentimento Informado	57

1. Introdução

O Cancro da Mama (CM) é um dos tipos de cancro mais comum no universo feminino sendo também a segunda maior causa de morte nas mulheres (Costa, 2015). Por ano em Portugal surgem, aproximadamente, 6.000 novos casos de cancro da mama sendo que 1.500 mulheres acabam por perder a luta contra esta doença (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021). Estes dados mostram como esta patologia é das mais fraturantes não só no nosso país como também no mundo e não apenas pela sua gravidade e incidência mas também pelo facto de atingir um órgão que interfere com as condições físicas e psicológicas da mulher (Costa, 2015; Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021). Apesar da taxa de sobrevivência desta patologia ter vindo a aumentar são, como já fora supracitado, inegáveis as sequelas psicológicas e físicas que a doença traz sendo de máxima importância compreendê-las e analisá-las para oferecer uma maior qualidade de vida às pacientes (Sung et al., 2021 citado por Brunet, Price & Harris, 2022).

A mama feminina é um dos maiores símbolos de feminilidade no corpo de uma mulher principalmente quando associada a fatores como padrões de beleza, sexualidade, vitalidade e maternidade (Webb et al., 2019). Desta forma, qualquer dano que ocorra em relação ao seio é, muitas vezes, sentido pela mulher como fonte de grande dor, sofrimento, angústia e pode alterar o modo como a mesma percebe e vivencia o seu corpo. Estes sentimentos tomam uma maior proporção quando a mulher necessita de ser submetida aos tratamentos e às cirurgias que se encontram inerentes à neoplasia mamária (Çürük et al, 2020; Hsu, Juan & Hsieh, 2021).

Compreendendo a importância que o seio feminino tem no bem-estar quer físico quer psicológico da mulher torna-se também importante investigar o modo como as mulheres que já tiveram ou ainda têm esta doença vivenciam e percebem as alterações no seu corpo sendo este o objetivo principal da presente dissertação.

Deste modo, para avaliar a percepção do corpo destas mulheres optou-se pelas seguintes variáveis: a Imagem Corporal (IC) e a Consciência Interocetiva (CI). Após os tratamentos e as cirurgias que se encontram subjacentes à patologia em questão, muitas mulheres passam por diversas alterações no seu corpo como a perda do cabelo, a perda do seio, alterações na pele e nas unhas, o surgimento de uma cicatriz, entre outras mudanças (Rezaei et al., 2016). Estas mudanças podem afetar a sua autoestima, o seu bem-estar, a sua confiança e também a sua qualidade de vida. Desta forma,

torna-se importantíssimo compreender como se encontra a imagem corporal das mulheres que passam pela neoplasia mamária pois a melhoria do modo como a percebem pode ajudar estas mulheres a ter uma melhor qualidade de vida (Rezaei et al., 2016). Relativamente à consciência interoceptiva, esta variável merece um principal destaque na presente investigação pois é um tema que se encontra a ser estudado há relativamente pouco tempo e ainda não existem muitos estudos acerca da sua relação com o cancro da mama mas reconhece-se a sua importância na presente patologia pois este construto potencializa um aumento no bem-estar e na qualidade de vida das pacientes (Carlçon et al., 2016).

A Autoestima (AE), o Bem-Estar Espiritual (BEE) e o Suporte Social (SS) surgem neste estudo como possíveis variáveis que poderão influenciar o modo como as mulheres que têm ou já tiveram cancro da mama percebem e vivenciam o seu corpo. Estes conceitos surgem como estratégias de *coping* que auxiliam as mulheres a ter atitudes, cognições e comportamentos mais positivos perante a neoplasia mamária. Estudos acerca da autoestima, do bem-estar espiritual e do suporte social sugerem que estas variáveis se encontram fortemente associadas à qualidade de vida e ao bem-estar das mulheres doentes e que fornecem um suporte psicológico e emocional importante para se desenvolver uma percepção do corpo mais positiva e, desta forma, reduzir parte da sua angústia, dor e sofrimento (Leão et al., 2021; Niveau et al., 2021; Pardede et al., 2020).

2. Revisão de Literatura

2.1. Cancro da Mama

2.1.1. *Aspetos clínicos: do diagnóstico à(s) terapêutica(s)*

O desenvolvimento descontrolado de células na mama tem como definição “neoplasia” que, do ponto de vista etimológico, se define por “nova formação” (Vasquez et al., 1998 citado por Costa, 2015). “Carcinogénese” refere-se ao modo através do qual as células saudáveis se alteram em células cancerígenas (Pfeifer, 2000 citado por Costa, 2015). Por sua vez, as neoplasias mamárias dividem-se em duas terminologias: benignas e malignas. A neoplasia benigna define-se pelo seu progresso lento e por não produzir metástases. Em contrapartida, a neoplasia maligna evidencia-se pelo facto de consistir num processo rápido de crescimento das células e por originar metástases (Costa, 2015). Faz-se referência a “cancro primário” quando o cancro aparece uma primeira vez e declara-se como “cancro secundário” cada vez que o cancro se expande para além do local onde surgiu primeiramente (Costa, 2015).

A neoplasia mamária pode ainda ser caracterizada e diferenciada através dos diferentes estadios da doença. Através desta definição, é possível compreender de melhor modo quais os tratamentos mais adequados a cada situação bem como auxiliar na projeção de um prognóstico. Desta forma, os estadios de crescimento do cancro da mama encontram-se divididos em sete tipologias distintas : estadio 0 – não existem sinais de um tumor primário nem de propagação; estadio 1 – indica a existência de um tumor não maior que 1 centímetro e que não se encontra espalhado nos nódulos linfáticos nem noutros tecidos; estadio 2A – faz referência a um tumor que se encontra entre os 0 e os 2 centímetros que se propagou até aos nódulos linfáticos ou entre os 2 e os 5 centímetros mas que não se propagou; estadio 2B – indica a presença de um tumor entre os 2 e os 5 centímetros que se propagou até aos nódulos linfáticos ou com mais de 5 centímetros mas que não se propagou; estadio 3A – refere-se à existência de um tumor menor que 5 centímetros com nódulos fixos ou que se movem; estadio 3B – indica a presença de um tumor que pode atingir qualquer tamanho e que invade a parede do tórax ou a pele, pode ou não propagar-se até aos nódulos linfáticos; estadio 4 – o último e refere-se ao facto do tumor poder ser de qualquer tamanho, indicando ainda que o mesmo se espalhou até às diferentes partes do corpo. Finalmente, importa indicar que quanto maior for o estadio da doença, mais grave a mesma se pode tornar (André, 2017; National Comprehensive Cancer Network, 2011 citado por Costa, 2015).

A intervenção terapêutica que incide sobre o cancro da mama tem em conta aspetos fulcrais como o tamanho, localização e estadio da doença. Esta intervenção poderá ter duas dimensões: a farmacológica e a cirúrgica (Costa, 2015).

No que concerne à dimensão farmacológica, a mesma engloba também duas vertentes, isto é, terapêuticas que se dirigem ao tratamento local do cancro como é o caso da radioterapia. Por outro lado, existem terapêuticas que se focam noutras partes do corpo como, por exemplo, a quimioterapia, a hormonoterapia e a imunoterapia (American Cancer Society, 2014 citado por Costa, 2015).

A radioterapia é um método que recorre a radiações e que tem como objetivo controlar a doença a nível regional, isto é, impedir que a mesma desenvolva metástases (Crane, 2000 citado por Costa, 2015). Por sua vez, a quimioterapia é usada para combater determinadas células cancerígenas que têm a possibilidade de se espalhar noutras partes do corpo (Pennery et al., 2010 citado por Costa, 2015). Relativamente às terapias hormonais, as mesmas são aplicadas caso ocorra o facto das células cancerígenas estarem a aproveitar-se das hormonas femininas para a sua evolução. Neste sentido, há que privá-las deste aproveitamento, daí o recurso à hormonoterapia (Pennery et al., 2010 citado por Costa, 2015). Finalmente, a imunoterapia relaciona-se com o sistema imunitário da paciente sendo que se recorre ao mesmo para combater a doença e diminuir os efeitos secundários dos tratamentos (Ogden, 2005 citado por Costa, 2015).

No que diz respeito à dimensão cirúrgica, cada cirurgia adapta-se aos diferentes tipos de tumor. Na neoplasia mamária, o tratamento cirúrgico aglomera duas distintas vertentes: a cirurgia conservadora da mama e a cirurgia de remoção parcial ou total da mama (Eberhardt & Lins, 2017; Fernandes et al., 2018). As cirurgias conservadoras, maior parte das vezes, passam pela Tumorectomia que consiste na remoção do tumor e dos tecidos à sua volta (Costa, 2015; Eberhardt & Lins, 2017; Fernandes, et al., 2018). No que respeita às cirurgias de remoção do seio, também conhecidas como Mastectomias, são possíveis de serem distinguidas através de nomenclaturas como mastectomia simples ou total, mastectomia radical e mastectomia radical modificada. A mastectomia simples ou total consiste na remoção total da mama, existindo a hipótese dos nódulos linfáticos serem conservados (Eberhardt & Lins, 2017; Fernandes et al., 2018). Existe ainda a mastectomia radical sendo que a mama é toda removida bem como os nódulos linfáticos e os músculos acima do seio (Eberhardt & Lins, 2017; Fernandes, McIntyre & Leite, 2018). Finalmente, como última intervenção cirúrgica de remoção total da mama, surge

a mastectomia radical modificada, onde é retirada toda a mama juntamente com o músculo da parede do seio e ainda alguns dos nódulos linfáticos. Este tipo de cirurgia é recomendado em casos mais avançados da doença (Eberhardt & Lins, 2017; Fernandes et al., 2018).

2.1.2. Aspectos psicológicos associados

O CM é a patologia que se encontra mais interligada e conectada com a ideologia e representação feminina e apesar de ter sido um tema considerado tabu durante algum tempo e em diversas partes do mundo, atualmente as consequências físicas e psicológicas desta doença têm vindo a ser alvos de interesse por parte de diversos estudiosos (Hofmann, 2021). Numerosas investigações que colocam em evidência a relação entre a perceção do corpo e o CM constataram que as cirurgias e os tratamentos adjacentes à neoplasia mamária como a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia causam sequelas quer físicas (como náuseas, insónias, entre outras) quer psicológicas (como ansiedade, depressão e insatisfação com a imagem corporal) nas pacientes (Morales-Sánchez et al., 2021).

A remoção da mama pode também influenciar a relação da mulher com o seu meio ambiente provocando consequências indesejadas e limitações na sua vida social. Investigações nesta área mencionam que algumas mulheres evitam contextos sociais de modo a esconder a perda do seu seio (Koçan & Gürsoy, 2016).

Diversos estudos demonstraram ainda que a alopecia (perda do cabelo) apresenta um risco significativo no modo como as mulheres percecionam o seu corpo afetando tanto a sua imagem corporal como a sua autoestima e podendo levar também a alterações nas suas relações interpessoais e a uma profunda angústia e sofrimento (Reis & Gradim, 2018; Freitas-Martinez et al., 2019). Na investigação que Reis e Gradim (2018) realizaram, compreenderam que muitas mulheres experienciam sentimentos negativos após a queda do cabelo (Reus & Gradim, 2018).

2.1.3. Aspectos socioculturais e simbólicos

A mama é um órgão que representa diversos significados para a mulher sendo também identificada como o elemento que maior simbolismo apresenta a nível de feminilidade, maternidade, identidade e beleza (Costa, 2015; Koçan & Gürsoy, 2016). Ao longo dos anos, os seios femininos foram possuindo diversas conotações e múltiplos simbolismos que vão alternando, estagnando e evoluindo à medida que o tempo vai passando. Atualmente, apesar de Yalom considerar ainda que os seios são vistos como

símbolos que representam a feminilidade, a maternidade e a sexualidade da mulher, a autora também defende que estamos no período do “seio em crise” dado aos números avassaladores que surgem relativamente ao cancro da mama (Costa, 2015).

Os seios femininos são, maioritariamente, associados a duas visões: o seio como objeto sexual/sensual e o seio como símbolo da maternidade. A mama vista como objeto sexual é ainda, nos dias de hoje, desejada como um ideal simétrico entre o posicionamento de ambos os seios. Seios estes que acabam por ser uma fonte natural de prazer sexual quer para a mulher individualmente quer para a mulher na relação com os outros. No que concerne ao seio como símbolo de maternidade, alguns autores acreditam que, por ser através dos seus seios que as mulheres amamentam, a mama acaba por se tornar num órgão de relação entre mãe e filho e, conseqüentemente, o seio feminino simboliza a perspetiva afetiva da mulher (Webb et al., 2019).

Muitas das mulheres com CM realizam mastectomias e tumorectomias. Estas cirurgias constituem para muitas pacientes, um afrontamento e desafio à sua feminilidade. Estudos indicaram que a presença da cicatriz cirúrgica pode simbolizar para algumas mulheres dor e perda pois relembra-as constantemente da ausência de um órgão que tinha muita importância não só para elas como também para a sociedade, segundo o relato de algumas mulheres entrevistadas. Assim, esta cicatriz poderá constituir-se numa fonte de dor física e emocional para estas mulheres (Hofmann, 2021).

Em suma, é perceptível através da literatura e dos estudos existentes compreender que o cancro da mama influencia e causa alterações na imagem corporal da mulher, na sua autoestima, nos seus comportamentos, sentimentos e cognições e também nas suas dinâmicas sociais e familiares. Torna-se importante ressaltar que a relevância e o valor dados ao seio feminino, ao cabelo, *etc.* variam de caso para caso e, por este motivo, a reação psicológica à sua perda encontra-se visceralmente relacionada com o valor emocional que a mulher sente em relação a cada uma das partes do seu corpo que se encontra ameaçada (Koçan e Gürsoy, 2016).

2.2. Vivência do Corpo e Autoestima

2.2.1. Imagem Corporal

A Imagem Corporal (IC) é definida como o conjunto de representações mentais, emoções, atitudes, percepções e crenças que o indivíduo tem em relação ao seu próprio corpo (Rezaei et al., 2016; et al., 2023). Este construto é composto por aspetos afetivos, cognitivos e comportamentais relativos às experiências corporais (Koçan & Gürsoy,

2016). Por sua vez, o aspecto afetivo relaciona-se com o sentimento associado às diversas partes do corpo, por exemplo e neste caso, pauta-se pela visão e sentimento do seio ser associado ao símbolo de feminilidade e sexualidade. No que concerne ao domínio comportamental, o mesmo encontra-se ligado aos comportamentos que o indivíduo exerce para com o seu corpo. Finalmente, o aspecto cognitivo diz respeito aos pensamentos e atitudes que o indivíduo tem em relação ao seu aspecto físico (van Oers, 2020).

Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010) apresentaram um modelo holístico para compreender de melhor modo a IC. Neste modelo, os autores defendem que a imagem corporal é desenvolvida e influenciada pela interligação entre três elementos: 1) o processamento de informações quer positivas quer negativas em relação à aparência física; 2) o investimento na IC, isto é, a relevância, o simbolismo e a influência que a aparência física tem na vida de cada indivíduo; 3) e finalmente a avaliação que cada indivíduo elabora do seu corpo (Ozimok et al., 2015 citado por Thornton & Lewis-Smith, 2021).

Existem indivíduos que, ao perceberem uma mudança no seu corpo, desenvolvem uma imagem corporal negativa que poderá afetá-los em vários domínios sendo os mais predominantes o domínio psicológico e o domínio social (Koçan & Gursoy, 2016). Como já foi referido anteriormente, atualmente existe ainda a ideia de que o seio de uma mulher representa a sua feminilidade, maternidade, sexualidade e, conseqüentemente, se encontra inerente à sua identidade e, por este motivo, é a perda que causa maior perturbação nas pacientes. Neste sentido, qualquer que seja o dano que possa ser feito à mama de uma mulher poder-lhe-á trazer momentos de grande angústia quer a nível físico quer a nível psicológico (Rezaei et al., 2016). Angústia esta que pode ser fruto de diversos danos que o sexo feminino, por norma, sofre durante e após o percurso em que a sua mama se encontra doente. Estes danos relacionam-se não apenas com a perda total/parcial da mama como consequência das intervenções cirúrgicas mas também com as consequências dos tratamentos realizados, isto é, perda de cabelo, perda de sobrancelhas, a assimetria da mama, alterações no peso, modificações não só na aparência da pele como também das unhas, entre outras (Brunet et al., 2022; van Oers, 2020;). Conseqüentemente, poderá vir a desenvolver-se uma IC negativa que engloba a insatisfação com a aparência, o sentimento de perda de identidade e feminilidade, a hesitação de olhar o corpo nu, o sentir-se menos atraente sexualmente e ainda a insatisfação perante as cicatrizes cirúrgicas (Koçan & Gursoy, 2016; van Oers, 2020).

Faria e colaboradores indicaram no seu estudo que apesar da tumorectomia ter um grande impacto negativo na IC da mulher, a mastectomia é a cirurgia que demonstra impactar de modo mais incisivo a percepção das mulheres relativamente ao seu corpo. Este foi também o resultado de outras investigações como a de Sebri, Durosini e Pravettoni (2023) (Faria et al., 2021; Sebri et al., 2023). Deste modo compreende-se que, para algumas mulheres, a mastectomia traduz a desintegração do corpo da mulher colocando em causa a sua feminilidade, deixando uma marca duradoura na forma como a mesma percebe o seu corpo (Faria et al., 2021).

Estudos demonstraram ainda que variáveis como a idade, o estadio em que se encontra a neoplasia, os tratamentos e as cirurgias influenciam o modo como cada mulher percebe a sua IC e, conseqüentemente, a sua autoestima. No que diz respeito à idade, verificou-se que mulheres mais jovens tendem a experimentar maior angústia, menos qualidade de vida e uma maior insatisfação com a sua imagem corporal bem como uma autoestima mais baixa em comparação com as mulheres mais velhas, principalmente no que diz respeito à remoção do seio e às estratégias de *coping* para enfrentar a doença (Rezaei et al., 2016; van Oers, 2020). Tanto o efeito dos tratamentos como das cirurgias também acabam por constituir fatores importantes neste domínio sendo que quer o tipo de cirurgia quer a duração de cada tratamento podem enfraquecer ou melhorar a IC e a autoestima da mulher. Existem relatos que indicam que o pós cirurgia e tratamentos representam para muitas mulheres, a perda do seio, do cabelo, entre outros, por conseguinte, representa também a perda da sua feminilidade, a sensação de incompletude e de perda de autoconfiança (Thornton & Lewis-Smith, 2021). No entanto, para outras mulheres, os tratamentos e as cirurgias poderão retratar uma sensação de esperança e de vida. Desta forma é possível referir que os tratamentos e as cirurgias provocam, muitas vezes, pensamentos dicotómicos nas mulheres que por eles passam e evocam emoções positivas e negativas. Porém, maior parte dos estudos revelam que os sentimentos que se destacam são de perda, angústia, tristeza, diminuição de autoestima e aumento de uma IC negativa (Koçan & Gursoy, 2016).

2.2.2. *Consciência Interocetiva*

A Consciência Interocetiva (CI) é uma variável que merece destaque na presente investigação pois é um conceito que ainda não foi muito estudado nem abordado em mulheres com cancro da mama. Sherrington, fisiologista britânico, foi um dos pioneiros a considerar a interocetividade ou consciência interocetiva como um processo sensorial

essencial para o ser humano. Deste modo, Sherrington faz referência ao presente conceito como sendo um sistema que diz respeito à percepção e tomada de consciência das sensações internas do corpo em contraste com as sensações externas que resultam do contacto direto com o exterior (Ceunen, et al., 2016 citado por Marmeleira & Veiga, 2018; Kalsa & Lapidus, 2016;). Assim sendo, consciência interoceptiva diz respeito à percepção dos estados internos do organismo e adota processos pelos quais o mesmo sente, interpreta e regula os seus sinais. Sinais estes que podem ser, por exemplo, a frequência cardíaca, a respiração, a dor, entre outras alterações corporais. Este conceito representa o modo como o corpo e a mente comunicam e interagem entre si desempenhando, desta forma, uma função fulcral na consciência corporal, na preservação da homeostasia do organismo, na regulação do corpo e no desenvolvimento e regulação das emoções e dos afetos (Chen et al., 2021; Khalsa & Lapidus, 2016; Marmeleira & Veiga, 2018;). A CI abrange ainda o processamento de informações de estímulos dolorosos e não dolorosos (Khalsa & Lapidus, 2016).

Torna-se relevante mencionar que a CI pode ser considerada como dicotómica, isto é, encontrar-se associada a efeitos quer positivos quer negativos. Exemplificando, a interoceptividade quando interpretada de modo desadaptativo pode levar a pensamentos de cariz hipervigilante e de catastrofização e originar adversidades como a dor crónica e ansiedade. Em contrapartida, a CI quando interpretada de forma mais adaptativa pode auxiliar na aceitação e regulação das sensações corporais adversas e pode ainda ajudar na dissociação de pensamentos negativos e na melhoria de sintomas clínicos como a dor e a depressão (Hanley et al., 2017).

Finalmente e estabelecendo uma relação entre CI e o cancro da mama e tendo em conta a literatura existente neste ramo, é possível compreender que a presente variável tem uma grande importância quer no momento do diagnóstico quer no decorrer dos tratamentos. Na fase do diagnóstico, torna-se crucial entender como a mulher se encontra a vivenciar o seu próprio corpo, identificando não só as suas vulnerabilidades como também os seus sentimentos e emoções. Na etapa dos tratamentos, é essencial que a mulher contemple e se relacione com o seu “novo corpo”, particularmente, torna-se de máxima importância que a mulher consiga descobrir sensações positivas no corpo que foi adulterado sendo também crucial que a mulher vivencie o seu corpo de modo independente, ativo e relacional para que, desta forma, seja possível preservar e/ou aumentar a sua autoestima (Veiga & Santos, 2021).

De forma sucinta, existem estudos que indicam que o desenvolvimento da CI pode trazer resultados bastante satisfatórios para as mulheres com cancro da mama. A atenção plena dada aos sinais que o corpo emite pode fazer com que as pacientes tenham uma maior qualidade de vida e bem-estar visto que quanto maior for a sua CI, maiores serão também as hipóteses de redução de *stress* e ansiedade. A CI ajuda também na melhoria da qualidade do sono e no aumento da resiliência psicológica (Carlson, 2016; Khalsa & Lapidus, 2016).

2.2.3. *Autoestima*

A Autoestima (AE) encontra-se intimamente relacionada com a imagem corporal e é caracterizada como o conjunto de aspetos avaliativos, pensamentos e impressões que o indivíduo desenvolve acerca de si mesmo e das suas características, podendo estes ser positivos ou negativos (Prates, et al., 2017). Rosenberg (1965) indica que a autoestima consiste num indício de tolerância, aceitação e satisfação do indivíduo para consigo mesmo. A AE é ainda considerada essencial para o bem-estar do indivíduo e pode apresentar resultados e consequências significativas dependendo do seu nível, isto é, se apresenta valores mais reduzidos ou elevados (Niveau et al., 2021). Existem estudos que demonstraram que um nível alto de autoestima faz com que o indivíduo tenha maior iniciativa (Baumeister et al., 2003 citado por Niveau et al, 2021), tenha também maior perseverança perante os obstáculos e dificuldades e maior predisposição para concretizar as suas metas (Di Paula & Campbell, 2002 citado por Niveau et al, 2021) , acrescentar ainda que indivíduos com níveis mais altos de autoestima tendem também a ter comportamentos mais favoráveis à sua saúde (Stinson & Fisher, 2021 citado por Niveau, 2021). Em contrapartida, outros estudos referiram que níveis baixos de AE encontram-se correlacionados com uma maior frequência e intensidade de sintomas físicos (Robinson et al., 2006 citado por Niveau et al., 2021) e também constituem um fator de risco para o surgimento de perturbações mentais (Zeigler-Hill, 2011 citado por Niveau et al., 2021).

As alterações físicas pelas quais as mulheres com cancro da mama passam podem fazer com que a sua autoestima diminua. Estudos revelaram que mulheres após a remoção total ou parcial do seio tendem a ter uma autoestima mais baixa pois experimentam com grande intensidade sentimentos de inferioridade e de perda de identidade (Prates et al., 2017; Niveau et al., 2021). Outras investigações sugeriram que a alopecia como consequência dos tratamentos pode também induzir a uma distorção do modo como a mulher percebe a sua aparência física e, deste modo, reduzir os níveis da sua

autoestima (Niveau et al., 2021). Acrescentar também que mulheres mais jovens tendem a ter uma autoestima mais baixa comparativamente a mulheres com mais idade (Manos et al., 2005 citado por Niveau, 2021).

O diagnóstico de CM, como já fora mencionado, pode consistir num sofrimento que não é apenas físico mas também psicológico. Sofrimento este que não atinge apenas a mulher mas também a sua família, os seus amigos, o seu estilo de vida e a sua área profissional. Assim sendo, torna-se determinante encontrar estratégias e recursos que potencializem emoções e sentimentos positivos para, desta forma, ser mais leve lidar com esta nova e, muitas vezes, dura realidade (Ouro et al., 2018). Neste seguimento, são diversos os estudos que demonstraram o papel preponderante da AE, do BEE e do SS na adaptação da mulher ao longo da sua luta contra a neoplasia mamária, incluindo o seu diagnóstico e o seu tratamento (Encarnação, 2017; Ouro et al., 2018).

Como supracitado, a autoestima tem uma influência bastante significativa na IC. São diversas as investigações que mencionaram que os indivíduos com uma autoestima baixa tendem a desenvolver uma imagem corporal negativa. Por outro lado, estudos demonstraram que pessoas com uma autoestima considerada “saudável” detêm uma maior propensão para elaborar uma imagem corporal positiva e, conseqüentemente, apresentar maiores níveis de satisfação com o seu corpo. Deste modo, compreende-se que mulheres com CM que tenham uma autoestima mais elevada desenvolvem paralelamente melhores aptidões para lidar com as mudanças físicas que ocorrem no seu corpo durante o processo da doença (Dinapoli et al., 2021).

2.2.4. Imagem Corporal, Interoctividade e Autoestima no Cancro da Mama

Embora a literatura existente seja ainda um pouco reduzida no que concerne à relação entre a imagem corporal, a consciência interoativa e a autoestima relativamente ao cancro da mama, existem estudos que sugerem que a mesma é dinâmica, multifacetada e influencia as mulheres tanto psicologicamente, emocionalmente como fisicamente (Sebri & Pravettoni, 2023).

A Imagem Corporal e a Consciência Interoativa quando relacionadas permitem ter acesso à capacidade de compreender e aceitar de melhor modo as alterações corporais relativas à neoplasia mamária. Alguns estudos sugeriram que mulheres que apresentem uma maior e mais saudável CI tendem a acolher de melhor forma as suas alterações físicas promovendo, assim, uma IC mais positiva. Assim como outros estudos indicaram que as

mulheres que tenham uma Autoestima mais elevada conseguem aprimorar a sua consciência interoceptiva pois conseguem obter uma visão mais positiva sobre si mesmas e, conseqüentemente, tendem a estar mais sintonizadas com o seu corpo e a interpretar os sinais do mesmo, de modo mais claro e preciso. Contrariamente, pacientes que detenham uma fraca autoestima tendem a apresentar uma maior desconexão com o seu corpo e, por isto, tendem também a ter uma menor CI (Sebri & Pravettoni, 2023; Sebri et al., 2024).

Em suma, torna-se possível referir que a interdependência entre estas três variáveis permite proporcionar uma visão mais holística do cancro da mama e reforça a importância de trabalhá-las de modo a reforçá-las positivamente para que, desta forma, as pacientes obtenham um maior bem-estar não só psicológico como físico (Sebri & Pravettoni, 2023).

2.3. Suporte Social e Bem-Estar Espiritual

2.3.1. Suporte Social e Bem-Estar Espiritual

O suporte social percebido, isto é, a percepção do indivíduo de que a sua necessidade de apoio está a ser cumprida, constitui um papel fulcral no modo como a mulher lida com a sua patologia. A comunicação, cuidado, conforto e proteção podem preservar as pacientes dos efeitos adversos adjacentes à sua doença. Assim sendo, torna-se possível compreender que o SS percebido pelas mulheres pode constituir-se num mecanismo importantíssimo de fazer frente à patologia e de melhorar a qualidade de vida destas mulheres (Spatuzza et al., 2016). Spatuzza e colaboradores mencionaram que a existência de uma rede de SS coesa (inclui familiares, amigos e profissionais de saúde) pode diminuir ou até mesmo extinguir os baixos níveis de autoestima e de percepção de imagem corporal negativa das mulheres com CM após as cirurgias e os tratamentos (Doori et al., 2022).

O Suporte Social (SS) tornou-se um construto bastante valorizado na área da Psicologia da Saúde visto que diversos autores fazem referência ao facto desta variável ser bastante importante na atenuação e redução dos sintomas de stress, na possibilidade de inibição de evolução de diversas patologias e ainda detém um papel positivo quando o indivíduo já se encontra doente (Ribeiro, 2011). O SS relaciona-se com as diversas interações entre o indivíduo e o seu ambiente social levando-o a sentir que desenvolveu uma rede social de segurança. Este tipo de interação tem a capacidade de promover o bem-estar, reduzir o *stress* e ainda oferecer proteção contra conseqüências negativas para

a saúde, neste caso pode ser um fator determinante na luta contra o cancro da mama (Alizadeh et al., 2018; Pekkola, 2018). O suporte social pode vir de diversas fontes: famílias, amigos, profissionais de saúde e outras pessoas significativas na vida do indivíduo (Alizadeh et al., 2018).

Cobb (1976) indica que o SS se relaciona com informações que são transmitidas ao indivíduo e o fazem sentir-se amado, desejado, apreciado e com valor, o levam a acreditar que os outros se preocupam com ele e ainda que se encontra inserido numa determinada rede social e de comunicação com deveres e direitos mútuos. Paralelamente, em 1990, Dunst e Trivette referem que o SS se relaciona com o auxílio e respostas que se encontram ao dispor do indivíduo através de sistemas sociais como é o caso da sua família e dos seus amigos, por exemplo (Ribeiro, 2011).

A presente variável pode ainda ser dividida em dois fatores: o SS informal e o SS formal. O primeiro diz respeito não só aos familiares, amigos, vizinhos, etc. como também aos grupos sociais (igrejas, por exemplo). Neste tipo de suporte, o indivíduo encontra os recursos que necessita para se adaptar de melhor modo às ocorrências e incidentes que lhe possam acontecer durante a sua vida. Por sua vez, o SS formal relaciona-se tanto com as organizações sociais como é o caso dos hospitais como com os profissionais de diversas áreas podendo ser, por exemplo, psicólogos, assistentes sociais, médicos, entre outros. Estas organizações e profissionais colocam-se à disposição dos indivíduos para responder às suas necessidades (Ribeiro, 2011).

Por último, o SS potencializa ainda o desenvolvimento de resiliência e fornece aos indivíduos determinação e coragem para lidar com as suas adversidades, neste caso em específico, para lidar da melhor forma possível com o diagnóstico de CM e tudo o que o mesmo envolve. Neste seguimento, estudos demonstraram que o SS fornecido pelos familiares e amigos de mulheres que se encontram com neoplasia mamária pode assumir quatro distintas formas: 1) o apoio emocional, isto é, a indução de carinho, amor, cuidado e confiança; 2) o aumento da autoestima e proteção da imagem corporal negativa; 3) o fornecimento de informações, conhecimentos e conselhos; e, finalmente, 4) a disponibilização de apoio financeiro, bens materiais, entre outros (Hsu et al., 2021). Outras investigações indicam que um forte SS, principalmente relacionado com a família, auxilia as mulheres com CM a adaptarem de melhor modo à doença (Rizalar et al., 2014 citado por Alizadeh et al., 2018) e que um SS percebido e sentido por parte das pacientes

faz com que as mesmas tenha uma maior qualidade de vida e bem-estar (Johannsen et al., 2013 citado por Alizadeh et al., 2018).

O Bem-Estar Espiritual (BEE) tem surgido ao longo dos anos como uma peça fundamental e estabilizadora nos indivíduos que se confrontam com uma determinada doença ou que estão em situações de risco e, conseqüentemente, com o sofrimento e dor que lhe são inerentes. Este conceito consiste numa dimensão dinâmica que tem um grande impacto na vida dos pacientes (Charalambous et al., 2017 citado por Martins et al, 2020; Teixeira & Muller, 2012 citado por Encarnação, 2017;). Assim sendo, de modo a encontrarem novos caminhos e significados são diversas as mulheres com CM que veem no BEE uma importante estratégia de *coping* para lidar com a sua patologia (Teixeira & Muller, 2012 citado por Encarnação, 2017).

O BEE é um termo vasto que integra pensamentos, crenças e comportamentos que se encontram estreitamente associados à busca pela conexão do indivíduo consigo mesmo, com os que o rodeiam, com a natureza e com o que é considerado transcendental encontrando-se conectado à fé mas sendo um conceito bem mais amplo que a mesma (Leão et al., 2021; Warner & Wall, 2012;). O construto de BEE, segundo Mytko e Knight (1999), também diz respeito a sentimentos e emoções que colocam o indivíduo em conexão consigo mesmo, ao encontro do sentido e do propósito de vida, a sentimentos de total alegria e paz e ainda à crença em Deus (Warner & Wall, 2012). Rabitti e colaboradores (2020) referem que o BEE pode ser definido como “uma percepção de significado na vida, harmonia, tranquilidade e uma sensação de extrair força e conforto da fé” sendo que a percepção do significado de vida se encontra conectada com a busca de um propósito para a mesma, a harmonia e a tranquilidade referem-se à aceitação e reconciliação com as situações adversas que ocorreram na vida dos indivíduos e, finalmente, a fé e a sensação de conforto advêm das crenças espirituais (Rabitti et al., 2020).

Fisher (1999) designou ainda quatro domínios referentes ao BEE e que se encontram em constante interação: o domínio pessoal, o domínio comunitário, o domínio ambiental e, por fim, o domínio transcendental. O primeiro domínio refere-se ao modo como o indivíduo se relaciona consigo mesmo, às suas crenças, aos seus valores, ao seu autoconhecimento, identidade e autoestima. Por sua vez, o domínio comunitário indica a qualidade e profundidade das relações interpessoais do indivíduo no que concerne a valores como a justiça, cultura, religião e moralidade, incluindo ainda sentimentos como

o amor e a fé. O domínio ambiental, como o próprio nome indica, faz referência ao modo como o indivíduo se relaciona com o mundo físico e biológico e manifesta-se através da sua ligação, admiração e dos diversos sentimentos em relação à comunhão com a natureza. Por fim, o último domínio consiste na relação existente entre o ser humano e aquilo que é considerado transcendental, isto é, que ultrapassa aquilo que é considerado humano e terreno, podendo ser por exemplo, uma força cósmica ou a crença em Deus. A força deste domínio é transmitida através da devoção do indivíduo para com essa fonte transcendental (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009).

2.3.2. Suporte Social e Bem-Estar Espiritual no Cancro da Mama

O apoio dos amigos e dos profissionais de saúde é considerado bastante importante. No entanto, o apoio familiar é o que tem merecido maior destaque nos estudos já elaborados sendo interpretado como visceral nesta fase da vida da mulher. Desta forma, Pardede e colaboradores (2020) defendem que o apoio da família torna-se ainda mais relevante quando a mulher se encontra no processo de tratamento pois consideram que a família tem um grande impacto na autoestima e na imagem corporal da mulher. Consideram ainda que cada um dos membros da família deve ajudar a paciente na aceitação do seu novo corpo fazendo com que, desta forma, se desenvolva um ambiente de confiança, amor e conforto que, por sua vez, irá ajudar a mulher a potencializar emoções e sentimentos mais positivos e a lidar de melhor modo com a sua doença. No seu estudo, os autores também indicam que as mulheres que sentiram o apoio da sua família, também se sentiram com uma maior autoestima e confiança na sua imagem corporal do que as pacientes que não sentiram um SS tão significativo. Para além de tudo isto, o estudo também sugere que a família assume um papel fundamental no encorajamento e na adesão da mulher aos tratamentos e cirurgias. O SS de amigos, conhecidos e profissionais de saúde também foi analisado e relatado como sendo verdadeiras fontes de motivação, confiança, resiliência e preservação de AE e da IC nas mulheres com CM (Aprilianto et al., 2021; Pardede et al., 2020). No seu estudo, Rahi e Chaudhary (2022) demonstraram que um índice elevado de SS encontra-se correlacionado com uma melhor adaptação psicológica à doença e também auxilia na preservação da AE e da IC positiva da mulher (Rahi & Chaudhary, 2022).

Outros estudos referiram o efeito protetor que o SS transmitido através dos profissionais de saúde, conhecidos, amigos e familiares tem contra o sofrimento que o CM causa nas pacientes. Numa entrevista com vinte e nove mulheres com este

diagnóstico, Denewer (2021) indicou que o SS reduzira o stress, fazendo com que esta realidade se tornasse menos dolorosa. Mais concretamente, o SS percebido pelas pacientes encorajou as mesmas a enfrentar os desafios causados pelo CM sendo-lhes mais fácil aceitar as suas mudanças físicas, lidar com alguns problemas de identidade e também provocou o aumento da esperança e redução do receio da morte (Hsu et al., 2021).

Ao enfrentar o cancro da mama, muitas mulheres começam a abordar questões relacionadas com a sua existência, com o seu propósito de vida e com a sua conexão com Deus e o que é considerado transcendental. Existem estudos que referiram que este processo quando elaborado de forma positiva (que é o que acontece maioritariamente segundo diversas investigações) pode ser um excelente aliado no aumento não só da vontade de viver como também da esperança, do conforto e da segurança. No entanto, existem também mulheres que experimentam emoções, sensações, pensamentos e sentimentos negativos em relação ao BEE tais como o sentimento de abandono por Deus, por exemplo (Leão et al., 2021).

No estudo de Leão e colaboradores (2021), os investigadores demonstraram que a espiritualidade consistiu numa fonte de força e bem-estar para as mulheres que estavam a passar pelo processo de cancro da mama. As mesmas mencionaram que no diagnóstico sentiram-se angustiadas mas ao acreditar nelas próprias e na sua conexão com Deus, esta sua nova realidade tornou-se menos angustiante e sentiram-se mais esperançosas. As entrevistadas também revelaram a importância de estar com a sua família, de dar valor às suas conquistas pessoais e profissionais e ainda procurar novas oportunidades e novos horizontes como fontes para dar significado à sua vida. Em suma, maior parte das participantes deste estudo referiu que o BEE é um fundamental alicerce no modo como vivenciam a doença, dando-lhes maior tranquilidade, aumentando-lhes o bem-estar e motivando-as para continuar em frente e encontrar o significado das suas vidas (Leão et al., 2021).

O BEE apresenta ainda uma relação bastante positiva com a esperança de vida nas mulheres com CM e em diversas fases da presente patologia, isto é, independentemente dos estádios, dos tratamentos e das cirurgias (Hosseini et al., 2017; Komariah et al., 2020). Como fora supracitado, o BEE não se relaciona apenas com a fé ou com a religiosidade, no entanto, grande parte dos estudos realizados oferecem grande destaque a estes conceitos. Assim sendo, a literatura refere que a crença em Deus ou naquilo que é considerado transcendental, potencializa não só a resiliência do paciente como também a

da sua família e dos seus amigos, ajudando-os e encorajando-os na fase dos tratamentos/cirurgias e recuperação, atenuando alguma parte do seu sofrimento, principalmente psicológico mas também físico, possibilitando o encontro e desenvolvimento de estratégias de *coping*, auxiliando na atribuição de um novo significado à doença bem como um novo sentido de vida e reduzindo ainda os danos colaterais que o CM pode vir a impactar na imagem corporal e na autoestima da mulher doente (Encarnação, 2017).

Um estudo realizado por Francis (1986) indicou que, para as pacientes, era bastante relevante preservar a sua ligação com Deus e rezar, mantendo desta forma as suas necessidades espirituais satisfeitas. Herth (1989), numa amostra com cento e vinte mulheres que se encontravam em procedimentos quimioterápicos, chegou à conclusão de que as doentes que acreditavam em Deus e mantinham a sua fé, tinham uma maior esperança de vida bem como melhores estratégias para lidar com todo o percurso dos tratamentos em que se encontravam. Apesar dos estudos serem com amostras distintas tanto Mickley, Soeken e Belcher (1992) como Guerrero e os seus colaboradores concluíram que as mulheres com CM que apresentam maiores níveis de BEE tendem a lidar de melhor forma com as consequências da quimioterapia e, por este motivo, preservam de melhor modo também a sua IC e AE (Encarnação, 2017). Noutros estudos, foi possível averiguar que o BEE facilita na diminuição de sentimentos de angústia, raiva e hostilidade assim como na redução do isolamento social comparativamente a mulheres que não revelaram grandes índices de espiritualidade. Esta variável também se tornou determinante em mulheres com a doença crónica pois fez com que as mesmas oferecessem um novo significado à sua percepção de olhar para morte, tornando as pacientes mais calmas e serenas (Al-Alzri et al., 2009).

De modo conclusivo, é possível tecer a tese de que a AE, o BEE e o SS constituem variáveis bastante importantes na doença oncológica visto que ajudam as mulheres com neoplasia mamária a adaptarem-se à doença, a superar as adversidades e a ultrapassar as marcas não só físicas como também psicológicas relacionadas com a mesma dando lugar a um espaço de autoconhecimento e reflexão com o objetivo de darem um novo sentido às suas vidas, superando com maior facilidade a doença (Warner & Wall, 2012).

3. Metodologia

3.1. Objetivos

A presente investigação pretende estudar a percepção e a vivência do corpo em mulheres com cancro da mama, procurando compreender o papel da autoestima, do bem-estar espiritual e do suporte social nesta temática.

Para tal especificaram-se dois grandes objetivos, cada um deles com diversos objetivos específicos:

Objetivo 1 - Caracterizar a percepção da vivência do corpo em Mulheres com Cancro da Mama (MCM) e em Sobreviventes ao Cancro da Mama (SCM).

1º Objetivo específico: Caracterizar a Imagem do Corpo em mulheres com cancro da mama e em sobreviventes.

2º Objetivo específico: Verificar se existem diferenças significativas na Imagem do Corpo destas mulheres em função dos diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, o estadio e a fase da doença.

3º Objetivo específico: Caracterizar a Consciência Interocetiva em mulheres com cancro da mama ativo e em sobreviventes.

4º Objetivo específico: Verificar se existem diferenças significativas na Consciência Interocetiva destas mulheres em função dos diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, o estadio e a fase da doença.

5º Objetivo específico: Verificar se existe relação entre a Imagem do Corpo e a Consciência Interocetiva tendo em conta os diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, o estadio e fase da doença

Objetivo 2: Verificar se existe relação entre a autoestima, o bem-estar espiritual e o suporte social no modo como as mulheres que tiveram ou têm cancro da mama percebem o seu corpo.

6º Objetivo específico: Verificar se existe relação para estas mulheres entre a autoestima, o bem-estar espiritual e o suporte social, tendo em conta os diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, estadio e fase da doença.

7º Objetivo específico: Verificar se existe relação entre a imagem do corpo e a consciência interoceptiva e a autoestima em mulheres com cancro ativo e em sobreviventes.

8º Objetivo específico: Verificar se existe relação entre a imagem do corpo e a consciência interoceptiva e o bem-estar espiritual em mulheres com cancro ativo e em sobreviventes.

9º Objetivo específico: Verificar se existe relação entre a imagem do corpo e a consciência interoceptiva e o suporte social em mulheres com cancro ativo e em sobreviventes.

3.2. Tipo e Desenho do Estudo

O estudo é do tipo quantitativo e tem como base um desenho correlacional (Lund, 2005). A autoestima, o bem-estar espiritual e o suporte social surgem como variáveis independentes do presente estudo. Por sua vez, a imagem corporal e a consciência interoceptiva constituem as variáveis dependentes desta investigação.

3.3. Participantes

A amostra foi recolhida tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: a) ser do género feminino; b) mulheres com cancro da mama (ativo ou sobreviventes); c) ser maiores de idade; d) saber ler e escrever em língua portuguesa.

A amostra inicial era composta por 123 mulheres. Foram excluídos dois questionários (um em que uma participante estava diagnosticada com outro tipo de cancro e outro em que o diagnóstico da participante ainda não era claro). Desta forma, a amostra final ficou com 121 participantes.

A idade média da amostra é de, aproximadamente, 50 anos ($M=49.6$, $DP=10.7$, $Med= 48.0$). A maior parte das mulheres ($n=77$, 63.6 %) é casada ou vive em união de facto. Destas, cerca de 2/3 menciona viver com os seus filhos e com os companheiros/companheiras ($n=49$, 40.5%). Relativamente à escolaridade, 45 (37.2%) completou o ensino secundário e 40 (33.1%) completou a licenciatura.. No que diz respeito à situação laboral, 60 (49.6%) encontra-se ativa e 28 (23.1%) estão de baixa médica.

Todos os resultados das estatísticas descritivas das características sociodemográficas das participantes encontram-se mencionados na Tabela 1.

Tabela 1*Estatísticas Descritivas das Características Sociodemográficas das Participantes*

Características Sociodemográficas	N	Percentagem %
Idade ($M=49.6$, $DP=10.7$, $Med=48.0$)		
Género		
Feminino	121	100
Estado Civil		
Solteira	20	16.5
Casada ou União de Facto	77	63.6
Divorciada ou Separada	18	14.9
Viúva	6	5.0
Com Quem Vive		
Pai + Mãe	4	3.3
Filhos	19	15.7
Marido/Mulher ou Namorado/Namorada	28	23.1
Filhos + Marido/Mulher ou Namorado/Namorada	49	40.5
Pai + Mãe + Irmãos	3	2.5
Filhos + Marido/Mulher ou Namorado/Namorada + Pai + Mãe	1	0.8
Irmãos	1	0.8
Filhos + Mãe	2	1.7
Filhos + Marido/Mulher ou Namorado/Namorada + Pai	1	0.8
Filhos + Marido/Mulher ou Namorado/Namorada + Irmãos	1	0.8
Outros	12	9.9
Escolaridade		
1º Ciclo	6	5.0
2º Ciclo	8	6.6
3º Ciclo	7	5.8
Ensino Secundário	45	37.2
Licenciatura	40	33.1
Mestrado	15	12.4
Situação Laboral		
Ativa	60	49.6
Baixa Médica	28	23.1
Reformada	23	19.0
Desempregada	10	8.3

No que concerne às características clínicas da amostra verificou-se que 46 (38.0%) das participantes já não se encontram com a doença ativa. Em contraste, 75 (62.0%) mulheres estão ainda com a doença presente.

Das 46 mulheres que já não se encontram com a doença ativa quando a tinham, a maioria encontrava-se com a doença desenvolvida no estadio II (37.0%) e no estadio III (32.6%). Por sua vez, as mulheres que têm ainda a presença da doença, grande parte encontra-se no estadio II (33.3%). Importa ainda referir que todas as mulheres que, neste momento, já não se encontram com a doença ativa realizaram cirurgia e tratamento.

A maioria das participantes da amostra realizou uma cirurgia ($n=109$, 90.1%) sendo que 52 (47.7%) das mulheres recorreram à mastectomia e 57 (52.3%) à tumorectomia.

Quase todas as participantes fizeram também os tratamentos inerentes ao CM ($n=119$, 98.3%). Da amostra total, 39 (32.8%) das participantes fez ou ainda faz quimioterapia em conjunto com radioterapia e hormonoterapia. Quarenta e nove das participantes (41.2%) recorreram/recorrem a três tratamentos e 36 (30.3%) fizeram/fazem dois tratamentos. Referir ainda que 112 (94.1%) mulheres optaram pelos tratamentos tradicionais, apenas uma (0.8%) pelo tratamento alternativo e seis (5.0%) por ambos. Finalmente mencionar que das 119 mulheres que realizaram os tratamentos, 76 (63.9%) ainda se encontram a executar os mesmos.

Os resultados das estatísticas descritivas das características clínicas encontram-se mencionados na tabela 2.

Tabela 2

Estatísticas Descritivas das Características Clínicas das Participantes

Características Clínicas	Amostra Total	Doença Ativa	Sem Doença Ativa
	($n=121$) n (%)	($n=75$) n (%)	($n=46$) n (%)
Estadio da Doença			
Estadio I	28 (23.1)	17 (22.7)	11 (23.9)
Estadio II	42 (34.7)	25 (33.3)	17 (37.0)
Estadio III	35 (28.9)	20 (26.7)	15 (32.6)
Estadio IV	16 (13.1)	13 (17.3)	3 (6.5)
Realizou Cirurgia			
Sim	109 (90.1)	63 (84.0)	46 (100)
Não	12 (9.9)	12 (16.0)	0 (0)
Tipo de Cirurgia			
Mastectomia	52 (47.7)	30 (47.6)	22 (47.8)
Tumorectomia	57 (52.3)	33 (52.4)	24 (52.2)
Realizou Tratamento			
Sim	119 (98.3)	73 (97.3)	46 (100)
Não	2 (1.7)	2 (2.7)	0 (0)
Tipo de Tratamento			
Q	15 (12.6)	12 (16.4)	3 (6.5)
R	3 (2.5)	1 (1.4)	2 (4.3)
H	5 (4.2)	4 (5.5)	1 (2.2)
A	1 (0.8)		1 (2.2)
Q + R	20 (16.8)	8 (11.0)	12 (26.1)
Q + R + H	39 (32.8)	27 (37.0)	12 (26.1)
Q + R + H + I	8 (6.7)	4 (5.5)	4 (8.7)
Q + R + I	6 (5.0)	2 (2.7)	4 (8.7)
Q + R + A	2 (1.7)	2 (2.7)	0 (0)

Q + R + H + I + A	1 (0.8)	1 (1.4)	0 (0)
Q + A	1 (0.8)	0 (0)	1 (2.2)
Q + H	9 (7.6)	5 (6.8)	4 (8.7)
Q + I	3 (2.5)	3 (4.1)	0 (0)
Q + H + A	1 (0.8)	1 (1.4)	0 (0)
R + H	3 (2.5)	2 (2.7)	1 (2.2)
Q + R + H + A	1 (0.8)	0 (0)	1 (2.2)
Q + H + I	1 (0.8)	1 (1.4)	0 (0)
Número de Tratamentos			
Um	24 (20.2)	17 (23.3)	7 (15.2)
Dois	36 (30.3)	18 (24.7)	18 (39.1)
Três	49 (41.2)	33 (45.2)	16 (34.8)
Quatro	9 (7.6)	4 (5.5)	5 (10.9)
Cinco	1 (0.8)	1 (1.4)	
Tratamento Tradicional, Alternativo ou Ambos			
Tradicional	112 (94.1)	69 (92.0)	43 (93.5)
Alternativo	1 (0.8)	0 (0)	1 (2.2)
Tradicional + Alternativo	6 (5.0)	4 (5.3)	2 (4.3)
Ainda se encontra em tratamento?			
Sim	76 (63.9)	56 (76.7)	20 (43.5)
Não	43 (36.1)	17 (23.3)	26 (56.5)

Nota: Q – Quimioterapia; R – Radioterapia; H – Hormonoterapia ; A – Alternativos; Q + R – Quimioterapia + Radioterapia; Q + R + H – Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia ; Q + R + H + I – Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia + Imunoterapia; Q + R + I – Quimioterapia + Radioterapia + Imunoterapia ; Q + R + A – Quimioterapia + Radioterapia + Alternativos; Q + R + H + I + A – Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia + Imunoterapia + Alternativos; Q + A – Quimioterapia + Alternativos; Q + H – Quimioterapia + Hormonoterapia; Q + I – Quimioterapia + Imunoterapia; Q + H + A – Quimioterapia + Hormonoterapia + Alternativos; R + H – Radioterapia + Hormonoterapia; Q + R + H + A – Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia + Alternativos; Q + H + I – Quimioterapia + Hormonoterapia + Imunoterapia

3.4. Instrumentos

3.4.1. *Questionário Sociodemográfico*

O presente questionário foi desenvolvido pela discente com o auxílio das docentes tendo como objetivo recolher os dados sociodemográficos das participantes do estudo. Desta forma, foi possível recolher informações acerca da idade, do estado civil, das pessoas com as quais habitam, do grau de escolaridade, da sua situação laboral e, por fim, da importância da espiritualidade nas suas vidas.

3.4.2. *Questionário Clínico*

O Questionário Clínico foi igualmente elaborado pela discente com a supervisão das docentes e permitiu compreender elementos relativos à situação clínica atual das pacientes através de variáveis como o seu diagnóstico atual, o estadió da doença, a realização (ou não) de tratamentos/cirurgias e a menção dos mesmos (tratamentos/cirurgias) caso tenham sido executados.

3.4.3. Escala de Imagem Corporal (*Body Image Scale - BIS*)

A Escala de Imagem Corporal (Body Image Scale – BIS) foi originalmente desenvolvida por Hopwood (2000) e, posteriormente, adaptada para Portugal por Moreira e Canavarro (2010). Esta escala contém 10 itens que avaliam a preocupação com a imagem corporal em doentes oncológicos independentemente do seu tipo de cancro e/ou tratamento, debruçando-se sobre aspetos afetivos, comportamentais (por exemplo, dificuldade em ver-se nu) e cognitivos (grau de satisfação com a aparência, por exemplo) (Alves et al., 2014).

A pontuação dada a cada item baseia-se numa Escala de Likert que varia entre o zero (nada) e o três (muito) sendo que a pontuação total da escala corresponde à soma das respostas dadas a todos os itens e pode oscilar entre o zero e os trinta. As pontuações mais próximas de zero indicam nenhum ou pouco desconforto em relação à imagem corporal e as pontuações mais próximas de trinta indicam uma maior insatisfação com a sua imagem corporal (Hopwood et al., 2001 citado por Alves et al., 2014).

A versão portuguesa da Escala de Imagem Corporal apresenta boas propriedades psicométricas visto que demonstra valores adequados de consistência interna (Alfa de Cronbach (α) = .93) (Alves et al., 2014).

3.4.4. Rosenberg Self-Esteem Scale (*RSES*)

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) foi desenvolvida por Rosenberg (1965) e a adaptação para Portugal elegida para realizar a presente investigação foi desenvolvida por Santos (2003). A presente escala permite elaborar uma avaliação global da autoestima (Santos, 2003).

A escala é composta por um total de 10 itens que podem ser assinalados através de expressões como “concordo fortemente”, “concordo”, “discordo” e “discordo fortemente”. Os itens um, três, quatro, sete e dez têm uma conotação positiva e, por isso, devem ser cotados através da seguinte Escala de Likert: “concordo fortemente = quatro; concordo = três; “ discordo” = dois; “discordo fortemente” = um. Por sua vez, os itens com conotação negativa, ou seja os itens dois, cinco, seis, oito e nove devem ser cotados do seguinte modo: “concordo fortemente = um”; “concordo” = dois; “discordo” = três; “discordo fortemente” = quatro. A pontuação total varia entre os 10 e os 40 pontos sendo que os resultados mais elevados refletem maiores níveis de autoestima (Santos, 2003).

Este instrumento apresenta um $\alpha=.88$ demonstrando valores adequados de consistência interna (Santos, 2003).

3.4.5. *Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA)*

O presente questionário foi desenvolvido por Mehling e colaboradores (2012) e adaptado para Portugal por Machorrinho, Veiga e Marmeleira (2017). Este questionário avalia a percepção dos estados internos do organismo através de sete escalas que pretendem compreender (Marmeleira & Veiga, 2018):

a) a capacidade de identificação e tomada de consciência das sensações corporais quer estas sejam confortáveis, desconfortáveis ou neutras (Notar – itens um, dois e três);

b) a tendência de não ignorar ou não distrair das sensações corporais menos positivas ou desconfortáveis (Não Se Distrair – itens quatro, cinco, seis e sete);

c) a propensão para a não preocupação acerca das sensações corporais negativas (Não Se Preocupar – oito, nove, dez e onze);

d) a aptidão para controlar e conseguir focar a atenção quer nas sensações corporais quer nos estados emocionais (Regulação Atencional – itens 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18);

e) detetar se existe a consciência para estabelecer uma ligação entre as sensações corporais e os estados emocionais (Consciência Emocional – itens 19, 20, 21, 22 e 23);

f) ter a competência de dar atenção às sensações corporais e escutar ativamente o corpo de modo a reduzir o stress (Autorregulação – itens 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30);

g) vivenciar o corpo como um espaço seguro, confortável e confiável (Confiar – itens 31, 32 e 33).

Este instrumento é composto por um total de 33 itens que podem ser assinalados através de uma Escala de *Likert* sendo que a mesma oscila entre o zero (nunca) e o cinco (sempre). A cotação é feita através da média de cada escala. Importa referir que é necessário inverter as pontuações dos itens quatro, cinco, seis e sete da escala “Não se distrair” e também dos itens oito e onze da escala “Não se Preocupar”. Assim, a pontuação de cada subescala pode variar entre os zero e cinco pontos e a pontuação total entre os zero e os cento e sessenta e cinco pontos. Quanto mais alta for a pontuação, maiores os níveis de consciência interoceptiva (Machorrinho et al., 2019).

As consistências internas das escalas variam entre o $\alpha = .61$ e o $\alpha = .86$ indicando, desta forma, boas e adequadas propriedades psicométricas (Machorrinho et al., 2019).

3.4.6. *Questionário de Bem-Estar Espiritual (Spiritual Well-being Questionnaire - SWBQ)*

O *Spiritual Well-being Questionnaire* (SWBQ) foi elaborado inicialmente por Gomez e Fisher (2003) e, mais tarde, adaptado para Portugal por Gouveia, Marques e Ribeiro (2009). Este questionário avalia os quatro domínios (detalhados anteriormente)

do Bem-Estar Espiritual: pessoal (itens cinco, nove, catorze, dezasseis, dezoito), comunitário (itens um, três, oito, dezassete, dezanove), ambiental (itens quatro, sete, dez, doze, vinte) e transcendental (itens dois, seis, onze, treze, quinze) (Gouveia et al., 2009).

O SWBQ consiste num questionário de autopreenchimento que engloba 20 itens distribuídos de modo similar para avaliar cada uma das escalas, isto é, a cada escala correspondem cinco itens. Estes itens são avaliados através de uma Escala de *Likert* que varia entre o um (Muito Pouco) e o cinco (Muitíssimo). Os itens encontram-se organizados com uma conotação positiva e é possível encontrar-se um resultado através da média das respostas dadas aos itens de cada escala. A média global do BEE é também possível obter através da soma dos distintos domínios. Quanto mais elevada for a pontuação, mais elevado é também o nível de Bem-Estar Espiritual (Gouveia et al., 2009). Esta versão do SWBQ demonstra ter bons indicadores de consistência interna global ($\alpha=.89$) sendo que os valores dos domínios variam entre $\alpha=.72$ para a dimensão pessoal e $\alpha=.88$ para a dimensão transcendental (Gouveia et al., 2009).

3.4.7. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida por Wethington e Kessler (1986), foi adaptada para Portugal por Ribeiro (1999). Esta escala avalia a satisfação com o suporte social existente, nomeadamente, com a família, os amigos e na intimidade (Ribeiro, 2011).

A ESSS integra 15 itens que, por sua vez, se desmembram por quatro dimensões (Ribeiro, 2011):

a) satisfação com os amigos (itens três, doze, treze, catorze e quinze) e apresenta uma consistência interna de $\alpha=.83$;

b) intimidade (itens um, quatro, cinco e seis) apresentando uma consistência interna de $\alpha=.74$;

c) satisfação com a família (itens nove, dez e onze) que apresenta uma consistência interna de $\alpha=.74$;

d) atividades sociais (itens dois, sete e oito) apresentando uma consistência interna de $\alpha=.64$.

A escala total demonstra uma consistência interna de $\alpha=.85$ e, por isso, é possível dizer que apresenta bons e adequados valores psicométricos (Ribeiro, 2011).

Esta escala permite encontrar cinco valores, os de cada dimensão e o total. A pontuação de cada dimensão realiza-se através da soma dos itens que lhe correspondem e a pontuação total é possível encontrar através da soma de todos os itens do instrumento.

A cotação dos itens elabora-se através da atribuição do valor “um” à letra A “cinco” à letra “E”, excetuando os itens invertidos (quatro, cinco, nove, dez, onze, doze, treze, catorze e quinze) sendo que a estes se atribui o valor “um” à letra “E” e o valor “cinco” à letra “A”. Finalmente, a pontuação obtida na escala total pode variar entre os 15 e os 75 sendo que os valores mais elevados indicam uma maior satisfação com o suporte social (Ribeiro, 2011).

3.5. Procedimento

3.5.1. Recolha de Dados

A recolha dos dados para a presente investigação foi realizada através de duas distintas modalidades: presencialmente e em formato online.

No contexto presencial, primeiramente foi realizado um pedido à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Hospital Doutor José Maria Grande, em Portalegre. Após o parecer positivo da instituição, a colheita dos dados foi realizada no Serviço de Oncologia (Hospital de Dia) por ser aí que se realizam maior parte dos tratamentos inerentes à presente patologia. A recolha dos dados foi realizada pela discente que contou também com o auxílio de uma enfermeira que exerce no departamento em questão. Assim sendo, a recolha dos dados teve o seguinte procedimento: primeiramente, foram apresentados, brevemente, os objetivos e a finalidade do estudo bem como se pediu a cada uma das participantes que lessem os questionários e o consentimento informado e, caso aceitassem participar no estudo, foi solicitado que preenchessem este último. Posteriormente, foi então pedido às participantes que preenchessem esses mesmos questionários e tornou-se explícito que o poderiam fazer do modo que se sentissem mais confortáveis, isto é, ou durante a realização do tratamento ou numa sala à parte enquanto aguardavam pelos tratamentos ou pelas consultas. Os questionários foram entregues de modo individual com o objetivo de manter a confidencialidade das participantes.

No formato online, o consentimento informado e os questionários foram introduzidos no Google *Forms* (Formulários do Google) e, posteriormente, divulgados nas redes sociais Instagram e Facebook sendo que a discente mencionou sempre a sua disponibilidade para esclarecer qualquer tipo de dúvida.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora assim como pela Comissão de Ética do Hospital de Portalegre.

3.5.2. Tratamento e Análise de Dados

De modo a obter a análise estatística dos dados recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 24.0 para Windows. Inicialmente realizou-se a caracterização sociodemográfica e clínica das participantes. Para proceder à realização da descrição da amostra foram apresentadas as suas estatísticas descritivas, nomeadamente, a média, o desvio-padrão, a mediana e as respetivas percentagens. Com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados na presente investigação recorreu-se à determinação da consistência interna através do alfa de *Cronbach*.

De forma a testar o pressuposto de normalidade das variáveis usou-se o método de Kline que considera que as variáveis não têm desvios severos à normalidade quando os valores da sua simetria se encontram compreendidos entre -três e três e também quando os resultados do seu achamento se encontram entre -oito e oito (Kline, 2016). Desta forma, é seguro afirmar que as variáveis da presente investigação seguem todas uma distribuição normal pois nenhuma apresenta valores fora dos parâmetros mencionados anteriormente.

Com vista a analisar a existência ou não de diferenças entre duas variáveis recorreu-se ao teste-t para amostras independentes, já para verificar a existência de diferenças entre mais de duas variáveis recorreu-se à ANOVA a um fator. Finalmente para analisar as possíveis relações entre as variáveis realizaram-se correlações de *Pearson*.

4. Resultados

As participantes do presente estudo apresentaram indicadores muito positivos no que toca à imagem corporal ($M=10.7$, $DP=9.0$, $Med=9.0$), à autoestima ($M=31.2$, $DP=5.0$, $Med=30.0$), à consciência interoceptiva ($M=88.1$, $DP=25.3$, $Med=91.0$), ao Bem-Estar Espiritual ($M=74.1$; $DP=13.2$, $Med=74.2$) e ao Suporte Social ($M=53.0$; $DP=13.1$, $Med=54.0$) uma vez que estes valores são, quase todos, superiores ao valor intermédio das escalas. À exceção do valor da escala de imagem corporal que é inferior ao seu valor intermédio pois a pontuação da mesma indica que valores mais próximos de zero refletem pouco ou nenhum desconforto em relação à imagem que a mulher tem do seu corpo.

De uma forma geral, a consistência interna associada aos alfa dos instrumentos pode ser considerada entre aceitável e muito boa sendo que a maioria se aproxima dos .90 (α min=.63, α max =.96). No entanto, a subescala “Não Se Preocupar” apresenta uma consistência interna bastante baixa (α =.29).

As estatísticas descritivas dos instrumentos de avaliação encontram-se detalhadas na tabela 3.

Tabela 3

Estatísticas Descritivas dos Instrumentos de Avaliação

Escala e Subescalas	Estatísticas				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Med</i>	<i>Min-Max</i>	<i>α</i>
Escala de Imagem Corporal	10.7	9.0	9.0	0 - 30	.95
<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>	31.1	5.0	30.0	22-40	.83
Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva	88.1	25.3	91.0	29-148	.92
Notar	7.7	3.1	8.3	0-12	.90
Não se Distrair	5.8	3.8	5.5	0-16	.85
Não se Preocupar	7.8	2.9	8.0	0-14	.29
Regulação Atencional	17.0	7.5	18.4	2-31	.95
Consciência Emocional	13.7	5.6	14.8	0-21	.94
Autorregulação	16.9	8.1	18.4	0-31	.96
Confiar	7.1	3.4	8.0	0-12	.92
Questionário de Bem-Estar Espiritual	74.1	13.2	74.2	38-95	.95
Pessoal	15.9	3.4	16.0	4-21	.89
Comunitária	17.1	2.5	16.9	11-21	.81
Ambiental	16.2	3.3	16.8	7-21	.91
Transcendental	16.7	4.7	16.8	4-21	.95
Escala de Satisfação com o Suporte Social	53.0	13.1	54.0	19-75	.91
Satisfação – Amigos	18.1	5.4	19.0	5-25	.89
Intimidade	14.4	3.8	14.0	6-20	.63
Satisfação-Família	11.4	3.6	12.0	3-15	.92
Atividades Sociais	9.2	3.5	9.0	3-15	.79

Objetivo 1 – Caracterização da percepção da vivência do em MCM e em SCM

1º Objetivo Específico – Caracterização da Imagem do Corpo em MCM e em SCM

A imagem corporal das participantes deste estudo, na sua globalidade, demonstrou ser boa sendo perceptível que maior parte das mulheres se sente satisfeita com a imagem do seu corpo ($M=10.7$, $DP=9.0$). Não se encontraram diferenças significativas na percepção da imagem corporal entre as mulheres que já não se encontram com a doença

ativa ($M=10.2$, $DP=8.1$) e as mulheres que ainda se encontram com a doença ($M= 11.0$, $DP=9.7$) ($t(119)=-.49$, $p=.627$).

2 ° Objetivo Específico - Verificar se existem diferenças significativas na Imagem do Corpo destas mulheres em função dos diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, o estadio e a fase da doença

Devido à variedade de tratamentos realizados pelas participantes optou-se por comparar aqueles que são mais representativos da presente amostra, ou seja, a Quimioterapia ($n=15$), a Quimioterapia em conjunto com a Radioterapia ($n=20$) e, finalmente, o grupo de tratamentos composto pela Quimioterapia, Radioterapia e Hormonoterapia ($n=39$).

Assim sendo, realizando as devidas análises para a amostra global concluiu-se que não existem diferenças entre os três grupos supracitados acima em relação à Imagem Corporal ($F(2.71)=1.62$, $p=.206$). Fazendo referência aos dois diferentes tipos de cirurgia (mastectomia e tumorectomia) também se verificou que não existem discrepâncias significativas relativamente ao modo como as participantes percebem a sua IC ($t(107)=1.32$, $p=.187$). Finalmente, em relação aos diferentes estadios da doença também não se verificaram diferenças significativas em relação à IC ($F(3.12)=4.31$, $p=.070$).

Relativamente às sobreviventes desta doença, não se verificaram diferenças significativas nos diferentes grupos de tratamento em relação à IC ($F(2.79)=1.08$, $p=.404$) assim como também não existiram diferenças significativas em relação aos diferentes tipos de cirurgia ($t(44)=1.70$, $p=.095$) nem em relação aos estadios da doença ($F(3.42)=2.39$, $p=.082$).

No que diz respeito às mulheres que ainda se encontram com a doença também não foram encontradas diferenças significativas no que concerne à relação entre a IC e os diferentes tipos de tratamento ($F(2.59)=1.45$, $p=.164$), de cirurgia ($t(3.01)=-.43$, $p=.671$) e de estadios ($F(3.71)=2.68$, $p=.054$).

3 ° Objetivo Específico – Caracterização da Consciência Interojetiva em MCM e em SCM

Na escala MAIA, as participantes apresentaram um nível aceitável de consciência interojetiva sendo que se encontraram resultados superiores nas subescalas “Regulação

Atencional” ($M= 17.0$, $DP=7.5$), “Consciência Emocional” ($M= 13.7$, $DP=5.6$) e “Autorregulação” ($M= 16.9$, $DP=8.1$) comparativamente às restantes.

Fazendo distinção da CI, tendo em conta a escala global, entre as mulheres sem a doença ativa ($M=88.3$, $DP=24.9$) e as mulheres que ainda se encontram com a doença ($M=88$, $DP=25.7$) tal como aconteceu no objetivo nº1 não se encontraram diferenças significativas ($t(119)=.07$, $p=.948$). Importa realçar que também se fizeram as análises necessárias para as mais diversas subescalas do MAIA mas, mais uma vez, em nenhuma delas se encontraram diferenças significativas em mulheres com a doença ativa e sem a doença ativa.

4 ° Objetivo Específico - Verificar se existem diferenças significativas na Consciência Interocetiva destas mulheres em função dos diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, o estadio e a fase da doença

Relativamente aos tratamentos selecionados da amostra global para realizar as devidas análises verificou-se que não existem diferenças significativas entre os mesmos (já supracitados no objetivo 2) e a Consciência Interocetiva ($F(2.71)=0.36$, $p=.716$). Na presente amostra, os diferentes tipos de cirurgia realizados pelas participantes também não implicaram uma diferença significativa em relação à CI ($t(107)=.06$, $p=.948$). No que concerne aos estadios da doença também eles não apresentaram diferenças significativas relativamente à escala MAIA ($F(3.11)=1.88$, $p=.138$).

Em relação às participantes sobreviventes, não se encontraram diferenças significativas nas relações entre a CI e os diferentes tipos de tratamentos ($F(2.69)=.48$, $p=.905$), de cirurgias ($t=44=-.05$, $p=.959$) e estadios ($F(3.42)=.94$, $p=.432$). Assim como nas mulheres que se encontram ainda com a doença também não apresentaram diferenças significativas ao nível dos tipos de tratamento ($F(2.71)=.50$, $p=.904$), de cirurgias ($t=42=-.04$, $p=.958$) e estadios ($F(2.42)=.92$, $p=.305$).

5 ° Objetivo Específico - Verificar se existe relação entre a Imagem do Corpo e a Consciência Interocetiva tendo em conta os diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, o estadio e fase da doença

Na amostra total, não se encontraram relações significativas entre a escala BIS e a escala MAIA relativamente aos tratamentos de Quimioterapia e de Quimioterapia em conjunto com Radioterapia. No entanto, no grupo de tratamento Quimioterapia,

Radioterapia e Hormonoterapia verificou-se existir uma relação inversa e moderada ($r=-.36, p=.021$) entre as variáveis IC e CI, facto que, tendo em conta que quem se encontra com uma pontuação mais baixa na escala de Imagem Corporal manifesta perceber de melhor forma o seu corpo, sugere que as mulheres que se encontram a fazer estes três tipos de tratamento tendem a ter uma maior noção das suas sensações corporais e também uma Imagem Corporal mais positiva. Isto acentua-se ainda mais nas subescalas “Não Se Preocupar” ($r=-.39, p=.015$) e “Autorregulação” ($r=-.40, p=.012$) da escala MAIA em relação com a escala BIS.

Relacionando a Imagem Corporal e a Consciência Interocetiva com os diferentes tipos de cirurgia mencionados no presente estudo, não se encontraram relações significativas entre as variáveis mencionadas e a Tumorectomia. No entanto, encontrou-se uma relação inversa e moderada entre as presentes variáveis e a Mastectomia ($r=-.33, p=.018$), ou seja, as mulheres deste estudo que retiram na totalidade o seu peito tendem a ter não só uma maior consciência interocetiva como também uma melhor percepção da sua imagem corporal.

Finalmente, a IC e CI não demonstraram encontrar-se relacionadas quando analisadas em conjunto com os diferentes estadios do CM, à exceção do estadio II onde se encontrou uma relação inversa e moderada ($r=-.40, p=.010$).

No que diz respeito às sobreviventes do CM, verificou-se existir uma relação negativa, embora muito fraca, em relação à escala BIS e à escala MAIA tendo em conta o grupo de tratamento que engloba a Quimioterapia, a Radioterapia e a Hormonoterapia ($r=-.29, p=.013$), isto é, as mulheres que apresentam uma maior consciência interocetiva também demonstram ter uma melhor imagem do ser corpo e vice-versa. Esta relação também se verifica em relação à Tumorectomia ($r=-.25, p=.029$) e ao estadio II ($r=-.26, p=.030$).

No que concerne às mulheres que ainda se encontram com a doença, verificou-se existir uma relação negativa mas muito fraca na relação entre as escalas BIS e MAIA e a Quimioterapia ($r=-.32, p=.005$) assim como no grupo de tratamento Quimioterapia + Radioterapia ($r=-.28, p=.005$) e Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia ($r=-.35, p=.005$). Existe também uma relação negativa e muito fraca entre a CI e IC relativamente à Mastectomia ($r=-.32, p=.003$) e negativa mas moderada em relação à Tumorectomia

($r=-.22$, $p=.042$). Finalmente, em relação aos estadios todos eles apresentam uma relação negativa e muito fraca no que diz respeito à relação entre as escalas MAIA e BIS.

Objetivo 2 - Verificar se existe relação entre a autoestima, o bem-estar espiritual e o suporte social no modo como as mulheres que tiveram ou têm cancro da mama percecionam o seu corpo

6 ° Objetivo Específico - Verificar se existe relação para estas mulheres entre a autoestima, o bem-estar espiritual e o suporte social, tendo em conta os diferentes tipos de tratamento a que são ou foram sujeitas, cirurgia, estadio e fase da doença

Relacionando a AE com o BEE, na amostra global, em relação aos três distintos grupos de tratamento foi possível encontrar uma relação direta e moderada entre estas variáveis e o grupo de tratamento que engloba a Quimioterapia, a Radioterapia e a Hormonoterapia ($r=.42$, $p=.007$) o que sugere que quem se encontra, dentro desta amostra, a fazer um maior número de tratamentos tende a ter maiores níveis de espiritualidade e, conseqüentemente de autoestima e vice-versa. Caso que não se verifica nos outros grupos de tratamento pois não foram encontradas relações significativas.

Relativamente aos dois tipos de cirurgia, a mastectomia quando relacionada com a escala RSES e a escala global SWBQ não apresenta uma relação significativa ($r=.15$, $p=.284$). Entre a Tumorectomia, a AE e o BEE foi possível verificar uma relação direta e moderada ($r=.41$, $p=.001$), facto que sugere que as mulheres que removem apenas parcialmente o seu seio tendem a ter valores mais elevados de autoestima e de bem-estar espiritual.

Ainda relacionando estas duas variáveis e, desta vez, com os diferentes estadios do CM foi possível encontrar uma relação direta e moderada apenas entre a AE, o BEE global e o estadio I ($r=.45$, $p=.015$) sendo que se encontraram valores mais elevados nas correlações entre a RSES e a subescala “Pessoal” ($r=.57$, $p=.001$) assim como a subescala “Comunitária” ($r=.49$, $p=.008$).

No que concerne à relação entre a AE e o SS relativamente aos grupos de tratamento analisados verificou-se existir uma relação direta e moderada entre a escala RSES e a escala global ESSS no grupo de tratamento que diz respeito à junção entre a Quimioterapia e a Radioterapia ($r=.49$, $p=.032$) sendo esta relação mais acentuada na subescala “Intimidade” do SS ($r=.60$, $p=.010$). No grupo de tratamento que aglutina a

Quimioterapia, a Radioterapia e a Hormonoterapia também se encontrou uma relação direta e moderada entre as variáveis AE e SS ($r=.39, p=.014$). Estes resultados sugerem que as pessoas que realizam mais do que um tipo de tratamento tendem a ter um nível mais elevado de Suporte Social o que, conseqüentemente, as faz experienciar níveis mais elevados de autoestima (e vice-versa). No entanto, no presente as mulheres que realizaram apenas Quimioterapia não demonstraram ter uma relação significativa com estas duas variáveis ($r=.15, p=.606$).

Tanto as pacientes que realizaram mastectomia como tumorectomia apresentam uma relação direta e moderada em relação às variáveis já supracitadas ($r=.42, p=.002$; $r=.38, p=.004$, respetivamente) sendo que as participantes que realizaram mastectomia têm uma relação mais significativa, quando se relaciona o seu tipo de cirurgia com a AE e o SS, com a subescala “Intimidade” da ESSS ($r=.42, p=.002$) assim como acontece com a tumorectomia ($r=.36, p=.006$), neste tipo de cirurgia também se destaca a subescala “Satisfação com os Amigos” ($r=.37, p=.005$).

Fazendo referência aos diferentes estadios apenas se encontraram relações significativas no estadio I ($r=.44, p=.018$ e no estadio 4 ($r=.62, p=.010$) sendo que neste estadio se encontraram valores mais elevados nas subescalas “Satisfação com os Amigos” ($r=.58, p=.018$) e “Satisfação com a Família” ($r=.51, p=.042$).

Finalmente e colocando em relação as variáveis BEE e SS com os grupos de tratamento apenas se encontraram relações significativas entre as mesmas e o grupo de tratamento Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia ($r=.32, p=.048$) o que significa que as mulheres que realizaram mais tipos de tratamentos tendem a ter valores mais elevados de suporte social e que, conseqüentemente, tendem também a ter níveis mais elevados de bem-estar espiritual e vice-versa. Relativamente às variáveis “tipo de cirurgia” e “estadio da doença”, contrariamente ao expectável e ao referido na literatura não se verificaram relações significativas quando colocadas em relação com as escalas SWBQ e ESSS.

Relativamente ao grupo “sobreviventes” e colocando em relação as variáveis AE e BEE, é possível verificar que as mesmas se relacionam quando associadas ao grupo de tratamento Quimioterapia + Radioterapia, ou seja, as mulheres que passam por estes dois tipos de tratamento tendem, nesta amostra, a ter uma autoestima e um bem-estar espiritual mais elevados ($r=.31, p=.021$). O mesmo acontece quando se relacionam com a

Tumorectomia ($r=.38, p=.001$). No que diz respeito aos estadios, verificou-se também uma relação positiva embora muito fraca entre a AE e o BEE em todos eles à exceção do estadio II. Na variáveis AE e SS quando relacionadas com o grupo de tratamento Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia verifica-se que existe uma relação positiva e fraca ($r=.35, p=.014$). Em ambas as cirurgias foi possível encontrar também uma relação positiva entre as presentes variáveis assim como no estadio III da doença. Ainda neste grupo e, quando relacionadas as variáveis BEE e SS, não se encontraram relações significativas entre as mesmas e as restantes variáveis presentes neste objetivo.

No que diz respeito às mulheres que ainda se encontram a neoplasia mamária e relacionado as variáveis AE e BEE foi possível encontrar uma relação positiva entre as mesmas e as mulheres que realizaram apenas Quimioterapia ($r=.35, p=.002$), Quimioterapia e também Radioterapia ($r=.30, p=.006$) assim como no grupo de tratamento Quimioterapia, Radioterapia e Hormonoterapia ($r=.30, p=.004$). Finalmente, também foi encontrada uma relação entre estas variáveis e as mulheres que realizaram Mastectomia ($r=.30, p=.005$).

7 ° Objetivo Específico - Verificar se existe relação entre a imagem do corpo e a consciência interocetiva e a autoestima em MCM e em SCM

A relação entre a pontuação geral na escala de Imagem Corporal e na escala de Autoestima é inversa e moderada ($r=-.39, p<.001$), ou seja, quem apresenta uma pior imagem corporal (i.e., tem valores mais elevados na escala correspondente a esta variável) demonstra ter também uma autoestima mais fraca assim como quem tem resultados mais baixos na escala da IC apresenta ter maiores níveis de AE (relembrar que quem apresenta resultados mais baixos na escala BIS tem maiores níveis de satisfação com o seu corpo). Por outro lado, verificou-se uma relação positiva mas fraca entre a Autoestima e a pontuação total da escala de Consciência Interocetiva ($r=.30, p=.001$) no sentido em que quem possui uma maior consciência das suas sensações corporais, tem também valores mais elevados de autoestima (e vice-versa). Na CI e IC verificou-se uma relação negativa, ou seja, quanto mais altos são os níveis de satisfação com o corpo, maior é também a consciência interocetiva das participantes ($r=-.27, p=.030$).

No que diz respeito às sobreviventes, fazendo a relação entre a IC e a AE encontrou-se uma relação negativa ($r=.35, p=.018$). No entanto, não foram encontradas relações significativas entre as variáveis AE e CI assim como também não existiram essas

diferenças entre as variáveis CI e IC. Por sua vez, nas mulheres que ainda têm a doença, foi encontrada uma relação negativa entre as variáveis IC e CI, fator que sugere que as mulheres com maior apreciação da sua imagem corporal tendem também a ter uma maior consciência interoceptiva e vice-versa ($r=.32, p=.005$). Nas outras variáveis não foram encontradas diferenças significativas.

8 ° Objetivo Específico - Verificar se existe relação entre a imagem do corpo e a consciência interoceptiva e o bem-estar espiritual em MCM e SCM

Contrariamente ao esperado, os resultados do presente estudo não demonstraram existir uma relação significativa entre a escala da Imagem Corporal e a escala do Bem-Estar Espiritual ($r=-.13, p=.160$). Em contrapartida, verificou-se uma relação direta e moderada entre a Consciência Interoceptiva (global) e o Bem-Estar Espiritual ($r=.39, p<.001$), isto é, quando existe um maior nível de Consciência Interoceptiva existe também um maior nível de Bem-Estar Espiritual. Estes resultados são semelhantes aos da relação entre a CI e as restantes subescalas do BEE.

9 ° Objetivo Específico - Verificar se existe relação entre a imagem do corpo e a consciência interoceptiva e o suporte social em MCM e em SCM

A Imagem Corporal e o Suporte Social apresentam, no presente estudo, uma relação inversa e moderada ($r=-.36, p<.001$), isto é, quem tem uma melhor rede de suporte social apresenta também uma melhor imagem corporal. As pontuações da escala da Consciência Interoceptiva global e do Suporte Social demonstram ter uma relação positiva mas fraca ($r=.23, p=.010$), ou seja, sempre que existe maior suporte social existe também melhor consciência interoceptiva. O mesmo acontece com a relação entre a CI e as restantes subescalas do SS à exceção da subescala “Satisfação com a Família” que não apresenta uma relação significativa ($r=.09, p=.328$).

5. Discussão de Resultados

Muitos são os estudos e os artigos que nos falam do impacto que as intervenções terapêuticas relativas ao CM podem ter na perceção que as pacientes têm do seu corpo. Nomeadamente, referiram que as mulheres que se veem obrigadas a realizar mastectomias sentem uma maior insatisfação com o seu corpo do que as que fizeram tumorectomias assim como a revisão de literatura existente menciona também que mulheres que se encontram em estadios mais avançados tendem a desgostar mais do seu corpo (Mishra et al., 2021). No entanto, como já fora supracitado na secção dos

resultados, a presente investigação não encontrou diferenças significativas entre os tipos de tratamento, de cirurgia e de diferentes estadios em relação à IC das participantes, não corroborando, desta forma, o que a literatura nos diz. Realizou-se uma pesquisa para perceber melhor que razões poderiam estar por detrás destas conclusões e encontrou-se literatura que indica que poderão existir aspetos mais relevantes na perceção que as mulheres com cancro da mama têm do seu corpo independentemente do estadio onde encontram e das intervenções terapêuticas que realizam, aspetos estes que se relacionam com as estratégias de *coping* adotadas, com o suporte social e com a resiliência pessoal. Exemplo disto é o estudo recente e publicado no *Journal of Breast Health* (2023) que indicou que a perceção da IC pode ser consideravelmente influenciada e impactada por fatores psicológicos e sociais tendo estes ainda maior relevância do que os tipos de tratamento, de cirurgia e do estadio onde se encontra a doença (Charité, 2023).

Assim como na imagem corporal, também não se encontraram diferenças significativas entre os diferentes tipos de cirurgia, tratamento e estadio da doença e a consciência interoceptiva, facto que sugere que, aparentemente, as mulheres que passaram pelas diferentes modalidades de tratamento e cirurgias assim como aquelas que se encontram em diferentes estadios, no presente estudo, apresentaram desafios e obstáculos semelhantes. Apesar de não existir literatura suficiente acerca desta temática, tendo em conta o que foi dito acima sobre a IC, poderá também assumir-se que esta ausência de diferenças significativas se possa relacionar com fatores mais importantes como os que já foram supracitados.

Um elemento surpreendente nesta investigação corresponde ao facto das participantes da mesma terem demonstrado ter uma maior consciência interoceptiva e também uma melhor perceção do seu corpo quando submetidas a um maior número de tratamentos e a um tipo de cirurgia mais invasivo, contrapondo totalmente o que era esperado e também o que é dito nos mais variados estudos e artigos sobre estas temáticas. Realizando uma análise destes resultados pensa-se no modo impactante de como a CI pode influenciar positivamente a IC. Fazendo referência à revisão de literatura que existe sobre este tema, existem estudos que indicaram que o impacto positivo que a CI tem na IC durante e após os tratamentos referentes à neoplasia mamária se relaciona com: 1) a consciência dos sinais internos do corpo, ou seja, as pacientes que conseguem desenvolver uma maior CI tendem a aceitar, reconhecer e compreender melhor as necessidades do seu corpo, fator que as ajuda a responderem de forma mais benevolente

às mudanças do seu corpo durante e após os tratamentos; 2) um maior foco no seu autocuidado e bem-estar, isto é, as mulheres que se encontram mais focadas nas suas sensações internas tendem a ter uma visão sobre si mais holística e não se focam tanto nos aspetos externos; 3) resiliência e empoderamento, as mulheres que se encontram mais conectadas com as suas sensações e experiências externas sentem-se também mais capacitadas para aceitar as suas mudanças físicas e, finalmente, 4) a promoção de uma autoimagem positiva, ou seja, as pacientes aprendem a valorizar as suas qualidades e habilidades internas bem como a sua força interior o que pode, conseqüentemente, promover uma maior e melhor percepção do seu corpo assim como da sua autoestima (Herbet & Pollatos, 2021; Peng & Song, 2021; Zhang et al., 2021). Estes fatores parecem estar em concordância com os resultados obtidos no objetivo cinco pois onde existiu uma maior evidência deste relação entre a CI e a CI foram nas subescalas “Não Se Preocupar” e “Autorregulação” da escala MAIA o que indica que as mulheres que conseguem ter uma maior consciência das suas sensações internas e também níveis mais elevados de satisfação com a sua imagem corporal tendem a não se preocupar tanto com as suas sensações corporais negativas e tendem também a ter uma maior competência para escutar as suas sensações corporais internas de modo a regular melhor as suas emoções acerca delas (Ribeiro, 2011).

Discutindo os resultados obtidos relativamente à relação entre a autoestima, o bem-estar espiritual e os diferentes tipos de tratamento, cirurgia e estadios, como já foi mencionado anteriormente encontrou-se uma relação positiva entre a variável AE e a variável BEE no que diz respeito ao grupo de tratamento Quimioterapia, Radioterapia e Hormonoterapia assim como também se encontraram relação positivas entre estas duas variáveis e a Tumorectomia e o estadio I. Como já foi apresentado na revisão de literatura e também segundo outros estudos, as pacientes com CM que apresentam fortes níveis de bem-estar espiritual tendem a encontrar o seu significado e/ou propósito de vida mesmo quando surgem os maiores obstáculos e dificuldades surgem, fator este que pode contribuir para aumentar a sua autoestima pois ao sentir-se conectada espiritualmente com algo ou alguém ajuda na sua validação enquanto mulher e também reconhecer a sua importância independentemente das duas alterações corporais (Sharma & Sagar, 2022). Para além disto, outras investigações sugerem ainda que o BEE tem um papel primordial na reconstrução da autoestima após não apenas a realização dos tratamentos como também das cirurgias inerentes a este tipo de cancro (Szaflarski & Wessells, 2022). Na

presente investigação e, de acordo também com a literatura anteriormente supracitada, é possível verificar que a autoestima e o bem-estar espiritual assumem um papel bastante protetor nas mulheres com cancro da mama que se encontram no estadio menos avançado (I) e que realizaram uma cirurgia conservadora e não invasiva como já seria expectável. No entanto, um padrão nesta investigação que é importante destacar é o impacto significativo que as variáveis presentes neste estudo têm nas mulheres que realizam um maior número de tratamentos.

A relação entre a autoestima, o suporte social e os diferentes tipos de tratamento, de cirurgia e de estadio no CM é complexa e variada. No presente estudo foi possível concluir que tanto a AE como o SS assumem um papel importantíssimo na forma como as mulheres percecionam o seu corpo. O SS fornece a validação que é necessária para que as mulheres aceitem e respondam de modo positivo às mudanças do seu corpo, mitigando, desta forma, sensações de inadaptação e inseguranças relativamente ao modo como percecionam a sua aparência física. Estudos revelam que a família e os amigos têm um papel primordial neste efeito, caso que também se confirmou nesta investigação (Wagner, Leighton & Cella, 2021).

Colocando em relação o BEE, o SS e, mais uma vez, os distintos tipos de tratamento, de cirurgia e de estadio foi possível encontrar uma relação significativa e positiva entre as duas primeiras variáveis mencionadas e o grupo de tratamentos que junta a Quimioterapia, a Radioterapia e a Hormonoterapia.

Nos presentes resultados também foi possível comprovar o papel fundamental que a autoestima desempenha no modo como as mulheres com neoplasia mamária percecionam o seu corpo e, no caso deste estudo, é possível refletir e afirmar que a mesma desempenha um papel protetor quando relacionada com a IC assim como sugerem os estudos mencionados anteriormente. À semelhança destes resultados também a autoestima e a consciência interoceptiva se parecem relacionar. Os estudos já mencionados sobre esta relação indicaram que a influência da AE na CI reflete-se através do facto de indivíduos que apresentam uma elevada autoestima tendem a ter uma maior confiança nas suas sensações e percepções corporais assim como níveis de autoestima saudáveis potencializam a abertura para explorar, aceitar e tolerar as sensações mais desconfortáveis.

O BEE e a CI, neste estudo, influenciam-se mutuamente. Este facto pode ser explicado através da ideia de que as mulheres com cancro da mama que apresentam níveis mais elevados de bem-estar espiritual tendem a encontrar-se mais sintonizadas com as suas sensações corporais e interpretam-nas também de modo mais fácil o que, consequentemente, faz com que haja uma maior promoção da consciência interoceptiva (Hanley et al., 2016).

O Suporte Social, nesta investigação, também se revelou bastante importante no modo como as pacientes percebem a sua aparência física assim como influencia também o modo como as mesmas se encontram atentas às suas sensações internas corporais, algo que já era expectável tendo em conta a revisão de literatura anteriormente apresentada. O SS seja ele de qual tipo for, isto é, relativo aos amigos, à família, *etc*, assume um papel preponderante no modo como as participantes validam e observam o seu corpo, ajudando a potencializar uma IC e uma CI mais saudáveis. O Suporte Social pode ainda auxiliar na adoção de modelos de comportamento saudáveis relativos ao modo como se percebe a imagem corporal (Tylka & Piratzky 2019).

6. Limitações e Implicações para a Prática Clínica

Uma limitação prende-se com a subjetividade, ou seja, poderão ter existido participantes que não responderam aos diversos questionários de forma objetiva mas sim com um pensamento mais enviesado ou tendo em conta aquilo que a sociedade considera uma resposta “aceitável” (desejabilidade social) ainda que os questionários tenham sido respondidos de modo anónimo.

Relativamente às implicações na prática clínica e tendo em conta que já se verificou que as experiências das mulheres que passam pela neoplasia mamária são distintas, seria interessante os profissionais de saúde terem em conta a importância de todas as variáveis abordadas neste estudo e trabalhassem com as suas pacientes aquelas que mais se adaptam às necessidades individuais, como por exemplo, sugerir acompanhamento psicológico baseado em aumentar a AE e a IC assim como a auxiliar as doentes a reconhecer melhor os sinais do seu corpo.

7. Conclusão

A presente investigação permitiu observar o papel preponderante da Consciência Interoceptiva quando relacionada com o Cancro da Mama. Sendo esta uma variável relativamente recente quando colocada em relação com a grande temática deste estudo, torna-se bastante relevante dar-lhe o merecido destaque. Assim sendo, nesta dissertação foi possível concluir que a CI auxilia as mulheres que ainda têm ou já tiveram neoplasia mamária a perceberem o seu corpo de modo mais saudável e positivo visto que ao interpretar de modo mais realístico as suas sensações internas pode auxiliá-las a ter uma visão menos negativa do seu corpo após as mudanças que se encontram inerentes aos tratamentos e cirurgias do CM. Desta forma, torna-se muito importante o facto dos profissionais quer na área de Oncologia quer na área de Saúde Mental, começarem a dar mais atenção a este construto de modo a melhorar a vida das suas pacientes.

Esta investigação contribuiu também para a compreensão do papel que a Autoestima, o Bem-Estar Espiritual e o Suporte Social podem ter não só na imagem corporal das participantes, como no modo como estas interpretam as suas sensações corporais internas. Traz assim, a necessidade de se olhar mais para esta problemática de modo mais holístico, levando à compreensão de que é fundamental potencializar/promover estas três variáveis.

Para estudos futuros, considera-se de máxima importância ampliar esta amostra assim como realizar outras investigações que integrem a Consciência Interoceptiva e o Cancro da Mama visto que a primeira variável já demonstrou ter um papel bastante relevante quando relacionada com esta doença.

*“Viver em situação oncológica foi/é uma bênção na minha vida porque levou a
CONHECER-ME de facto”*

- Testemunho de uma Participante da Investigação

“A espiritualidade (sem ser crente em Deus) e a sensibilidade corporal foram algo que naturalmente desenvolvi após o tratamento, o que fez aumentar a minha autoestima e o respeito por mim e, conseqüentemente, ainda mais pelos outros e pelo que nos rodeia”.

- Testemunho de uma Participante da Investigação

8. Referências Bibliográficas

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moundhri, M. (2009). Coping With a Diagnosis of Breast Cancer-Literature Review and Implications for Developing Countries. *The Breast Journal*, 15 (6), 615-622.
- Alizadeh, S., Khanahmadi, S., Vedadhir, A. & Barjasteh, S. (2018). The relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(9), 24-69.
- Alves, V. B., Berlezi, E. M. & Kolankiewicz, A. C. B. (2014). ESTUDO DA PERCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. *Salão do Conhecimento*, 1, 1-6.
- André, S. (2017). *Caraterização e classificação em subtipos do carcinoma da mama (cancro da mama)*. In F. Cardoso (Coord.), 100 Perguntas Chave no Cancro da Mama (pp. 1-7). Lisboa: Permanyer.
- Aprilianto, E., Lumadi, S. A. & Handian, F. I. (2021). Family social support and the self-esteem of breast cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy. *Journal of Public Health Research*, 10(2), 1-7.
- Brunet, J., Price, J. & Harris, C. (2022). Body image in women diagnosed with breast cancer: A grounded theory study. *Body Image*, 41, 417-431.
- Carlson, L.E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L. & Speca, M. (2016). Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-Oncology*, 25, 1-10.
- Charité, B. C. B. (2023). Impacto of breast surgery on body image. *Journal of Breast Health*, 19(2), 125-134.
- Chen, W. G., Schloesser, D., Arensdorf, A. M., Simmons, J. M., Cui, C., Valentino, R., Gnadt, J. W., Nielsen, L., Hillaire-Clarke, C. S., Spruance, V., Horowitz, T.S., Vallejo, Y. F. & Langevin, H. M. (2021). The emerging science of interoception: sensing, integrating, interpreting, and regulating signals within the self. *Trends in neurosciences*, 44(1), 3-16.

- Costa, I. S. R. (2015). *Cancro da mama: dores do sofrimento feminino na experiência com a doença*. Viseu: PsicoSoma.
- Çürük, G. N., Kartin, P.T. & Şentürk, A. (2020). A Survey of social support and psychosocial compliance in patients with breast cancer. *Nursing Practice and Care*, 6(1), 13-18.
- Dinapoli, L., Colocca, G., Capua, B. D. & Valentini. V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current Oncology Reports*, 23, 1-7.
- Doori, Z., Hekmat, K., Mousavi, P., Latifi, S. M. & Shahbazian, H. (2022). Investigation of the relationship between perceived social support and body image in women with breast cancer. *Middle East Current Psychiatry*, 29 (1), 1-8.
- Eberhardt, A. C. & Lins, S. L. B. (2017). Calidad de vida y la cirugía en cáncer de mama: revisión narrativa de la literatura. *CES Psicología*, 10 (1), 35-47.
- Encarnação, P. (2017). A Espiritualidade como fator protetor da pessoa na prevenção da doença oncológica: desafios e perspectivas. *Revista Evidências*, III, 27-45.
- Faria, B. M., Martins, I. R., Marquez, L. V., Pires, U. S. & Oliveira, S. V. (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: a systematic review. *Psicooncología*, 18(1), 91-115.
- Fernandes, S., McIntyre, T. & Leite, A. (2018). Ajustamento psicossocial ao cancro da mama em função do tipo de cirurgia. *Análise Psicológica*, 2, 199-217.
- Freites-Martinez, A., Shapiro, J., Goldfarb, S., Nangia, J., Jimenez, J. J., Paus, R. & Lacouture, M. E. (2019). Hair disorders in patients with cancer. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80 (5), 1179-1196.
- Gouveia, M. J., Marques, M. & Ribeiro, J. L. P. (2009). Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 285-293.
- Hanley, A. W., Abell, N., Osborn, D. S., Roehrig, A. D. & Canto, A. I. (2016). Mind the gaps: Are conclusions about Mindfulness entirely conclusive? *Journal of Cpusellig & Development*, 94(1), 103-113.

- Hanley, A. W., Mehling, W. E. & Garland, E. L. (2017). Holding the body in mind: Interoceptive awareness, dispositional mindfulness and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 13-20.
- Herbert, B.M. & Pollatos, O. (2021). Interoceptive Awareness and the Relationship With Body Image: Associations in Men and Women. *Frontiers in Psychology*, 12, 74-78.
- Hofmaan, A. R. (2021). The Wounded Body in Public Space: Voices of Breast Cancer Survivors. *Journal of Women's Health and Gynecology*, 8, 1-12.
- Hoseini, S., Nasrolahi, B. & Aghili, M. (2017). Prediction of Hope of Life Based on Spiritual Well-being and Psychological Hardiness in Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*, 4 (4), 136-140.
- Hsu, H. T., Juan, C. H., Chen, J. L. & Hsieh, H. F. (2021). Mediator Roles of Social Support and Hope in the Relationship Between Body Image Distress and Resilience in Breast Cancer Patients Undergoing Treatment: A Modeling Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-13.
- Khalsa, S. S. & Lapidus. R. C. (2016). Can Interoception Improve the Pragmatic Search for Biomarkeris in Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1-19.
- Kline, R. B. (2016). Data Preparation and Psychometrics Review. In R. B. Kline (Eds.), *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (pp. 64-96). Nova Iorque: Series Editor's Note by Todd D. Little.
- Koçan, S. & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *The journal of breast health*, 12(4), 145-150.
- Komariah, M., Hatthakit, U. & Boonyoung, N. (2020). Impact of Islam-Based Caring Intervention on Spiritual Well-Being in Muslim Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *Religions*, 11(7), 1-13.
- Leão, D. C. M .R., Pereira, E. R., Pérez-Marfil, M. N., Silva, R. M. C. R. A., Mendonça, A.B., Rocha, R. C. N. P. & García-Caro, M. P. (2021). The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 1-11.

- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2021). O cancro da mama. Acedido em 21/09/2021 de: <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>.
- Lund, T. (2005). The Qualitative-Quantitative Distinction: Some Comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(2), 115-132.
- Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W. & Marmeleira, J. (2019). Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness: Psychometric Properties of the Portuguese Version. *Perceptual and Motor Skills*, 126 (1), 1-19.
- Marmeleira, J. & Veiga, G. (2018). Interoceptividade e consciência corporal na resposta ao stress. In A. Candeias (Coord.), *MULTIPLE APPROACHES TO THE STUDY AND INTERVENTION IN STRESS* (pp. 30-43). Portugal: Associação Portuguesa de Editores e Livreiros (APEL).
- Martins, H., Domingues, T. D. & Caldeira, S. (2020). Spiritual Well-Being in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in an Outpatient Setting: A Cross-Sectional Study. *Journal of Holistic Nursing*, 38 (1), 68-77.
- Mishra, S.I., DeForge, B., Barnard, M., Ntiri, S., Grant, L. & Huettner, S. (2021). Breast cancer survivor's perceptions and experiences of body image. *Journal of Cancer Survivor*, 15(3), 338-345.
- Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gill-Olarte, P., Ruiz-González, P. & Guil, R. (2021). Enhancing Self-Esteem and Body Image of Breast Cancer Women through Interventions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-20.
- Niveau, N., New, B. & Beaudoin, M. (2021). How Should Self-Esteem Be Considered in Cancer Patients? *Frontiers in Psychology*, 12, 1-7.
- Ouro, G. C., Sodr e, B. C., Figueiredo, E. G. C., Souto, L. A. D., Fernandes, M. T. T. & Fernandes, M. T. (2018). Análise da influência da f e, espiritualidade e religi o no progn stico de pacientes com c ncer. *REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA*, 7(2), 125-132.

- Pardede, J. A., Simamora, M. & Simanjuntak, G.V. (2020). Family Support and Self-Esteem of Patient with Breast Cancer. *EAS Journal of Nursing and Midwifery* , 25 (6), 73-5.
- Pekkola, M. (2018). *Social Support Experiences of Breast Cancer Patient*. Finlândia: Universidade de Ciências Aplicadas JAMK.
- Peng, K., Lin, C. P. & Song, W. L. (2021). Mindfulness-based interventions for breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 9(4), 643-653.
- Prates, A. C. L., Freitas-Junior, R., Prates, M. F. O., Veloso, M. D. F. & Barros, N. D. M. (2017). Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer. *Brazilian Journal of Gynecology and Obstetrics*, 39, 175-183.
- Rabitti, E., Cavuto, S., Iani, L., Ottonelli, S., Vincenzo, D. F. & Costantini, M. (2020). The assessment of spiritual well-being in cancer patients with advanced disease: which are its meaningful dimensions? *BMC Palliative Care* ,19 (1), 1-8.
- Rahi, B. S. & Chaudhary, S. (2022). Assessment of Psychosocial Effect and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Mind and Society* , 11 (1), 54-61.
- Reis, P. A. R. & Grandim, C. V. C. (2018). Alopecia In Breast Cancer. *Journal of Nursing*, 12 (2), 1-9.
- Rezaei, M., Elyasi, F., Janbabai, G., Moosazadeh, M. & Hamzehgardeshi, Z. (2016). Factors Influencing Body Image in Women with Breast Cancer: A Comprehensive Literature Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18 (10), 1-9.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo Editora.
- Santos, P. J. (2003). *Rosenberg Self-Esteem Scale* [Texto de Apoio nº1]. Documento não publicado, Universidade do Porto – Faculdade de Letras, Porto.
- Sebri, V., Durosini, I. & Pravettoni, G. (2023). How to adress the body after breast cancer? A proposal for a psychological intervention focused on body compassion. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-6.

- Sebri, V. & Pravettoni, G. (2023). Tailored Psychological Interventions to Manage Body Image: An Opinion Study on Breast Cancer Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1-9.
- Sebri, V., Pizzoli, S.F.M., Mazzoni, D., Brunet J., Dég, C.L. & Pravettoni, G. (2024). Editorial: Emotions and perception in cancer patients and survivors: the role of body image. *Frontiers in Psychology*, 15, 1-15.
- Shah, R., Bekalu, M. A. & Cella, D. (2021). The relationship between spirituality and resilience among breast cancer patients. A multivariate analysis. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 7013-7020.
- Sharma, A. & Sagar, R. (2022). Spiritual well-being and self-esteem as predictors of psychological resilience in breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 27(5), 948-961.
- Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciuti, M., Cifarelli, W., Susi, M., Fabrizio, T., Ferrari, M. G., Ottaviani, M., Giulietti, M. V., Merico, F. & Aieta, M. (2016). Evaluation of Social Support, Quality of Life and Body Image in Women with Breast Cancer. *Breast Care*, 11 (1), 28-32.
- Szaflarski, M. & Wesselss, Q. (2022). Spiritual well-being and its relationship with psychologic and physical health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 45(4), 606-621.
- Thornton, M. & Lewis-Smith, H. (2021). “I listen to my body now”: a qualitative exploration of positive body image in breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 1, 1-21.
- Tylka, T. L. & Piratzky. (2019). The role of social support in promoting body appreciation and intuitive eating among young women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38 (3), 161-180.
- van Oers, H. (2020). Body image and the psychological and behavioural indices of distress in female breast cancer patients. *World Scientific News*, 14, 172-184.
- Veiga, G. & Santos, G.D. (2021). Complementary Treatment for Women with Breast Cancer: A Psychomotor Therapy Approach. In M. Bernardo-Filho, *Complementary Therapies* (pp. 2-14). IntechOpen.

- Warner, A. & Wall, K. (2012). Psychological and spiritual well-being of women with breast cancer participating in the art of living program. In N. L. Hicks & R. E. Warren (Eds.), *Psychology of Cancer* (pp. 64-108). Stanford: Nova Science Publishers.
- Webb, C., Jacob, N. & Temple-Oberle, C. (2019). The Making of Breasts: Navigating the *Symbolism of Breasts in Women Facing Cancer. Plastic Surgery*, 27 (1), 49-53.
- Zhang, M.F., Wen, Y. S., Liu, W. Y., Peng, L. F., Wu, X. D. & Liu, Q.W. (2021). Mindfulness-based interventions for women with breast cancer. A *systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Psychology*, 12, 272-292.

ANEXOS

Anexo A. Tabela de Correlações da Amostra Total

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1. IC	-																			
2. AE	-.39**	-																		
3. CI	-.27**	.30**	-																	
4. CI - Notar	.14	.02	.49**	-																
5. CI - Não Se Distrair	-.01	-.11	-.37**	-.45**	-															
6. CI - Não Se Preocupar	-.32**	.28**	.44**	.04	-.19*	-														
7. CI - Regulação Atencional	-.16	.21*	.86**	.39**	-.50**	.37**	-													
8. CI - Consciência Emocional	-.11	.13	.82**	.52**	-.51**	.16	.69**	-												
9. CI - Autorregulação	-.29**	.29**	.92**	.36**	-.38**	.34**	.74**	.73**	-											
10. CI - Confiar	-.43**	.43**	.78**	.25**	-.27**	.40**	.59**	.55**	.76**	-										
11. BEE	-.13	.32**	.39**	.18	-.00	.18	.37**	.28**	.36**	.34**	-									
12. BEE - Pessoal	-.23*	.50**	.45**	.14	-.03	.29**	.31**	.25**	.42**	.47**	.89**	-								
13. BEE - Comunitário	-.16	.37**	.27**	.17	-.11	.22*	.23**	.18*	.21*	.28**	.76**	.72**	-							
14. BEE - Ambiental	-.04	.22*	.37**	.17	.05	.17	.24**	.28**	.32**	.26**	.84**	.72**	.54**	-						
15. BEE - Transcendental	-.06	.08	.28**	.14	.01	.02	.17	.27**	.26**	.18*	.84**	.59**	.42**	.63**	-					
16. SS	-.36**	.39**	.23**	-.02	-.09	.12	.14	.16	.28**	.42**	.19*	.31**	.21*	.07	.09	-				
17. SS - Satisfação com Amigos	-.34	.31**	.22*	-.04	-.06	.11	.12	.17	.27**	.39**	.14	.24**	.15	.06	.06	.93**	-			
18. SS - Intimidade	-.36**	.39**	.19*	.01	-.09	.05	.10	.12	.25**	.38**	.21*	.29**	.28**	.04	.10	.81**	.66**	-		
19. SS - Satisfação com a Família	-.14	.24**	.09	-.01	-.13	.01	.04	.12	.14	.21	.10	.18	.04	.05	.08	.78**	.76**	.45**	-	
20. SS - Atividades Sociais	-.28**	.32**	.24**	.01	-.03	.21*	.21*	.08	.22*	.33**	.19*	.31**	.22*	.09	.05	.64**	.43**	.45**	.24**	-

Nota: * $p < .05$ ** $p < .001$

IC = Imagem Corporal

AE = Autoestima

CI = Consciência Interoceptiva

BEE = Bem-Estar Espiritual

SS = Suporte Social

Anexo B. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Questionário Sociodemográfico

Por favor, nos sítios onde existem opções, assinale com uma cruz no tracejado que corresponde à sua realidade:

1. Idade: ___

2. Género: a) Feminino ___

b) Masculino ___

c) Outro ___

3. Estado Civil: a) Solteira ___

b) Casada ou União de Facto ___

c) Divorciada ou Separada ___

d) Viúva ___

4. Com quem vive? a) Filhos ___

b) Marido ou Mulher/Namorado/a ___

c) Pai ___

d) Mãe ___

e) Irmãos ___

f) Outros ___

5. Escolaridade: a) 1ºCiclo ___

b) 2ºCiclo ___

c) 3ºCiclo ___

d) Ensino Secundário ___

e) Licenciatura ___

f) Mestrado ___

- 6. Situação Laboral:** a) Ativa __
b) Baixa Médica __
c) Reformada __
d) Desempregada __

7. Espiritualidade. Sinalize a sua resposta à seguinte questão: "Qual a importância que a espiritualidade tem na sua vida?" nada importante 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ muitíssimo importante

Questionário Clínico

1. Diagnóstico Atual: _____

- 2. Estadio da Doença:** a) Estadio I __
b) Estadio II __
c) Estadio III __
d) Estadio IV __

- 3. Realizou cirurgia?** a) Sim __
b) Não __

Se sim, que tipo de cirurgia? a) Mastectomia (remoção total da mama) __
b) Tumorectomia (remoção parcial da mama) __

- 4. Realizou tratamento?** a) Sim __
b) Não __

Se sim, qual ou quais? a) Quimioterapia __
b) Radioterapia __
c) Hormonoterapia __

d) Imunoterapia ___

e) A combinação de dois ou mais descritos anteriormente? ___ Se
sim, quais? _____

f) Alternativos ___ Se sim, quais? Produtos Naturais ___ Outros ___
Se sim, ainda se encontra em tratamento? Sim ___ Já não ___

Anexo C. Autorização do Hospital de Portalegre

ULSIHES

AO LA
Ri
14.02.2022

INFORMAÇÃO

N.º09/2022, de 26 de janeiro

De: Maria Luíza Lopes
Para: Sr. Vogal Executivo- Dr. Raul Cordeiro
C/C:

Ata 07/2022
Doc. 110

ASSUNTO: Dissertação de mestrado: "A percepção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o bem estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama."

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
<p>USLSH-EPE Conselho de Administração</p> <p>Joaquim Antunes, Presidente</p> <p>Maria Luíza Lopes, Vogal Executiva</p> <p>Jorge Loureiro, Vogal Executivo</p> <p>Ana Margarida Silva, Vogal Executiva</p> <p>Maria Luíza Lopes, Vogal Executiva</p>	<p>terdo conlento.</p> <p>Comento-se e aprova-se a parte referida, autorizando o Estudo.</p> <p>De-se conlento o reparato e a Comissao de Etica</p> <p>16/02/2022</p>

A mestranda, Dr.ª Maria Margarida Mocito Chichorro Bagorro, solicitou autorização para realização do estudo: "A percepção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o bem estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama."

Cumpre apreciar:

I- Enquadramento e Pertinência do Estudo

A fundamentação e a pertinência do estudo residem no facto do cancro da mama ser o tipo de cancro mais comum no universo feminino, sendo importante analisar a forma como esta patologia afeta variáveis como a imagem corporal, a autoestima, e simultaneamente, perceber se o bem estar espiritual e o suporte social têm um papel protetor no impacto psicológico da mesma.

II- Objetivos

Objetivo geral

Avaliar como as mulheres que tiveram ou têm cancro da mama vivenciam/vivenciaram as alterações no seu corpo. Avaliar ainda se o bem estar espiritual e o suporte social poderão desempenhar um papel protetor no impacto psicológico da presente patologia.

Os objetivos específicos constam do protocolo do estudo, não existindo qualquer reparo do ponto de vista ético legal.

III- População Alvo- Amostra

- Mulheres que tiveram ou têm cancro da mama.

IV- Colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

USLSH-EPE
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRELA N.º 20220818
10/02/22
Sandra Oliveira
(Mm)


CFS 42



Os dados a colher são fornecidos pelas participantes.

O fundamento de legitimidade e sua licitude encontra-se no consentimento informado das participantes ou de quem legalmente os represente.

V- Metodologia

Os dados serão recolhidos através dos instrumentos de avaliação descritos no protocolo do estudo e tratados através da aplicação SPSS.

VI- Tipo de estudo

O estudo é do tipo quantitativo.

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pelo interesse e importância do mesmo.

A metodologia a utilizar na recolha de dados estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que na informação que se pretende recolher estão acauteladas as questões ético legais, sendo o fundamento de legitimidade e licitude consubstanciada no consentimento livre e informado que cada participante ou o seu representante legal prestará.

A requerente compromete-se ainda que a informação recolhida se destina apenas para a finalidade do estudo. Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do mesmo: "*A percepção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o bem estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama*".

A mestranda deverá ainda apresentar o trabalho na ULSNA, E.P.E. após sua conclusão, devendo agendar um dia para o efeito, a conciliar com o Conselho de Administração.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

1ª Comissão de Ética

LUÍZA LOPES
responsável da C.É.
Saúde e Bem-estar

Junta: Protocolo do estudo.

Anexo D. Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora

	Documento	2	2	0	5	1
---	-----------	---	---	---	---	---

Comissão de Ética da Universidade de Évora

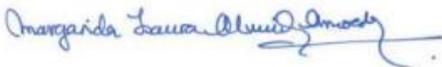
A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: *“A Perceção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o Bem-Estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama.”*, pela mestranda Maria Margarida Mocito Chichorro Bagorro, sob a supervisão da Prof^a. Doutora Maria da Graça Duarte da Silva Santos (responsável académica).

Universidade de Évora, 20 de abril de 2022

A Presidente da Comissão de Ética



(Prof.^a Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

Anexo E. Consentimento Informado

Consentimento Informado

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer na Universidade de Évora, mais especificamente, inserido no mestrado em Psicologia Clínica. O título do estudo é: "A Perceção do Corpo e a Autoestima, o Suporte Social e o Bem-Estar Espiritual em Mulheres com Cancro da Mama" sendo o seu objetivo geral avaliar como as mulheres que tiveram ou têm cancro da mama vivenciam/vivenciaram as alterações no seu corpo e se o bem-estar espiritual e o suporte social poderão desempenhar um papel protetor no impacto psicológico da presente patologia.

O estudo é realizado por Maria Margarida Mocito Chichorro Bagorro, nº47046.

A sua participação no estudo será bastante valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento nesta área da ciência. Sendo assim, a sua participação consiste em preencher os seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Imagem Corporal, *Rosenberg Self-Esteem Scale*, Questionário Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva, Questionário de Bem-Estar Espiritual e, finalmente, Escala de Satisfação com o Suporte Social. O preenchimento dos mesmos demorará, aproximadamente, entre 8 a 10 minutos. Não existem riscos expectáveis associados à sua participação no estudo.

A sua participação será voluntária: pode optar livremente por participar ou por não participar no estudo. Se tiver optado por participar, pode desistir da sua participação sem ter que dar qualquer tipo de justificação. A participação será também anónima e confidencial, isto é, os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada e divulgada individualmente.

NOTA: De modo a garantir a confidencialidade dos seus dados, não escreva o seu nome em nenhuma das folhas que lhe vão ser entregues. Após o uso dos dados obtidos, lembrando que serão utilizados apenas para fins académicos, os mesmos irão ser eliminados.

Declaro ter compreendido o que me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras, pelo que aceito livremente participar no presente estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Este documento encontra-se duplicado sendo entregue um à participante e outro à investigadora.