

# Índice

Introdução .....	2
Metodologia.....	10
Participantes .....	10
Instrumentos de avaliação .....	11
Plano Metodológico.....	14
Procedimento .....	15
Análise dos resultados .....	16
Análise dos resultados quantitativos .....	16
Análise dos resultados qualitativos .....	24
Discussão .....	39
Conclusão .....	44
Limitações e implicações futuras .....	45
Bibliografia.....	47
Anexos	

## Introdução

A investigação do cancro tem propiciado avanços notórios nos métodos de diagnóstico e nos tratamentos médicos e cirúrgicos, permitindo a sua detecção em momentos cada vez mais precoces, melhores prognósticos e maior controlo dos efeitos colaterais adversos. Actualmente a luta contra o cancro atingiu um ponto alto ao propiciar um aumento do número de sobreviventes, virando o foco para os processos de adaptação psicossocial e alterações na qualidade de vida do doente e da família (Dow, 1995; Dias & Durá, 2002; Huber, Ramnarace & McCaffrey, 2006).

O cancro representa uma experiência de vida que exige ajustamentos psicossociais significativos não só para o doente mas também para a sua família, reflectindo-se nas dinâmicas e qualidade de vida individual e familiar. Estes ajustamentos encontram-se relacionados com o impacto emocional e físico da doença e dos tratamentos que esta implica, que exigem transformações nas rotinas, na actividade profissional, na situação económica e nas relações interpessoais. Na maioria das vezes acrescem-se as estas dificuldades o medo da morte e sentimentos de culpa (Pereira & Lopes, 2002).

Os cancros ginecológicos (ovários, trompas de falópio, colo do útero, útero, vagina, vulva) e da mama conduzem, na maioria dos casos, a reacções físicas e psicológicas idênticas. Tanto a mama como os órgãos do sistema reprodutor feminino estão ligados ao conceito de feminilidade, auto-imagem e sexualidade, logo a mutilação destes órgãos representa alterações a estes níveis. Contudo, é conveniente considerar as particularidades de cada um destes tipos de cancro para possibilitar uma intervenção psicológica especializada, a fim de responder às necessidades individuais de cada mulher. Deste modo, a taxa de mortalidade de cada cancro constitui uma variável que influencia, à partida, o confronto com o diagnóstico da doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) fez uma projecção para os dez cancros mais mortíferos em 2005, em Portugal, e nas mulheres o cancro de mama encabeça a lista, representando de todos os cancros o mais mortífero, seguindo-se o cancro do ovário em sexto lugar, sendo este o mais letal de entre os ginecológicos, não muito distante está o cancro do útero, na sétima posição, e em décimo lugar situa-se o cancro do colo do útero (<http://www.who.int/infobase/report.aspx?iso=PRT&rid=119&goButton=Go>).

Como já foi mencionado, ao longo dos anos é evidente um aumento da percentagem de sobreviventes do cancro, e o desenvolvimento e especialização das

terapêuticas tem sido em muito responsável por isso. Actualmente, o plano de tratamentos vai depender do tipo de células envolvidas, do estágio em que se detecta a doença, do local e do tamanho do tumor, e da existência ou não de metástases. Nos tipos de cancro em causa neste estudo, a cirurgia é uma opção muito usual, a qual pode constar da remoção do tumor, de parte ou da totalidade do órgão, ou também de outros órgãos afectados. Especificamente, no cancro da mama é comum recorrer-se também à quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal, enquanto nos cancros ginecológicos a utilização da quimioterapia é rara (mais comum no cancro do ovário do que nos restantes), sendo mais usual a radiação (externa ou interna/braquiterapia). Geralmente, estas mulheres são submetidas não a uma mas a diferentes terapêuticas, que levam a transformações no ciclo de vida normal, acarretando efeitos secundários consideráveis. De um modo geral, os tratamentos em causa podem implicar a desfiguração, menopausa precoce (que gera problemas a nível da fertilidade, secura vaginal, afrontamentos, etc.), infertilidade, problemas sexuais, náuseas e vômitos, alopecia, fadiga, anorexia, diarreia, queimaduras e alterações da função gastrointestinal (e.g. lesões rádicas ou fístulas), (Hoskins, Perez & Young, 1992).

Concomitantes com estas alterações a nível físico, surgem outras de carácter psicológico, emocional e social, relacionadas com a imagem corporal (ameaça à integridade corporal e aparência jovem), a auto-estima, os conceitos de identidade pessoal, feminilidade, sexualidade, relações íntimas, qualidade de vida e perspectivas futuras. Estas pacientes ficam expostas a um aumento significativo das emoções negativas e do distress psicológico, especialmente sintomas de ansiedade e depressão e ainda pensamentos intrusivos de morte e recorrência da doença (Dias & Durá, 2002, Auchincloss, 1995, Epping-Jordon, Compas, Osowiecki, Oppedisano, Gerhardt, Primo & Krag, 1999). Esta doença também pode exacerbar quadros sintomáticos anteriores, que agravam este processo e consequentemente a qualidade de vida da doente, o ajustamento psicológico e a própria adesão aos tratamentos (Dias & Durá, 2002, Knobf, 2007). A maioria dos estudos sobre desordens psiquiátricas e oncologia ginecológica referem que a prevalência tanto da depressão como da ansiedade, nestas mulheres, é superior à da população em geral, sendo ainda mais notória em pacientes em condições médicas mais graves (Bodurka-Bevers, Basen-Engquist, Carmack, Fitzgerald, Wolf, De Moor & Gershenson, 2000). Existem também muitos autores que fazem questão de frisar a relação entre sintomas físicos, decréscimo da funcionalidade, agravamento da condição psicológica e distúrbios nas dimensões da qualidade de vida (Kornblith,

Thaler, Wong, Vlamis, Lepore, Loseth, Hakes, Hoskins & Portenoy, 1995), podendo a dor, a fadiga, a náusea e o humor negativo contribuir para o estado físico da doente (Badr, Basen-Engquist, Taylor & Moor, 2006).

Greimel, Thiel, Peintinger, Cegner & Pongratz (2002) afirmaram que depois de terminados os tratamentos, a qualidade de vida da mulher com cancro ginecológico ou de mama não difere significativamente consoante o tipo de cancro em causa. A qualidade de vida, funcionamento emocional e humor são afectados durante e depois do tratamento, sendo influenciadas pela gravidade da doença (antes do tratamento mas não durante e depois) e pela reacção física e psicológica pós-tratamento. Antes do tratamento, as mulheres em estádios mais precoces da doença evidenciam melhorias no funcionamento de papéis, no estado físico e na qualidade de vida geral. Durante o tratamento, a qualidade de vida é afectada pelos sintomas colaterais que produzem distress emocional e físico, sabendo-se que a dor, fadiga, náusea e humor negativo influenciam os sintomas biológicos. Além disso, na quimioterapia as pacientes com doença mais grave podem reagir melhor, pois o tratamento paliativo diminui os sintomas e aumenta qualidade de vida. Especificamente, as pacientes com cancro de mama têm resultados mais elevados no funcionamento físico comparando-as com as mulheres com cancros ginecológicos, o que pode relacionar-se com o facto da cirurgia abdominal ser mais severa. Na generalidade, depois de completar os tratamentos, os níveis de funcionamento são consistentes com a fase anterior à doença.

Lutgendorf, Anderson, Ullrich, Johnsen, Buller, Sood, Sorosky, Ritchie (2002) realizaram um estudo com as pacientes com cancro ginecológico, notando que aquelas cuja doença estava num estado mais avançado apresentavam inicialmente maior défice no bem-estar funcional e físico em comparação com as pacientes num estado inicial da doença. Porém, durante o primeiro ano após o diagnóstico, verifica-se um aumento significativo no bem-estar emocional (decréscimo da ansiedade, depressão, confusão e distúrbios de humor) e funcional, bem como na qualidade de vida, em ambas as situações. Na generalidade, os resultados da investigação de Lutgendorf e col. (2002) vão ao encontro dos resultados do estudo apresentado anteriormente, de Greimel e col. (2002), excepto no facto de neste último não terem sido encontradas diferenças no humor relativamente à gravidade da doença.

Porém, é necessário ter em mente que, apesar de na maioria das mulheres o distress inicial diminuir e o humor retornar ao normal nos seis a doze meses após o tratamento (Coyne, Benazon, Gaba, Calzone, & Weber, 2000), dez anos depois do

diagnóstico 20% das mulheres sofrem de níveis de depressão e ansiedade significativos (Morasso, Costantini, Viterbori, Bonci, Del Mastro, Musso, 2001; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001), e mais de 20% correspondem ao critério de desordem de stress pós-traumático (Cordova, Studts, Hann, Jacobsen, & Andrykowski, 2000; Green, Krupnick, Rowland, Epstein, Stockton, Spertus, Stern, 2000).

Por tudo que foi referido, a vivência dos cancros ginecológicos e de mama induz reacções físicas e psicológicas múltiplas e sincrónicas, que requerem processos de ajustamento relevantes, os quais têm sido investigados relativamente a cinco factores principais: 1) características da doença; 2) características do paciente (e.g. factores demográficos, personalidade, etc.); 3) relações sociais e recursos interpessoais; 4) avaliações cognitivas e atribuições (e.g. percepções da doença e suas causas, sentido de controlo ao longo do curso da doença) e 5) métodos de *coping*. Na investigação, tem-se procurado explorar a relação complexa entre estas particularidades e o distress psicológico, para assim se chegar a uma intervenção psicológica sistematizada (Compas e col., 1999 cit. por Compas & Luecken, 2002), a qual tem por objectivo apoiar o doente e a sua família nas reacções e adaptações ao diagnóstico e tratamentos, à possibilidade de recorrência da doença e mesmo ao estatuto de sobrevivente.

Northouse, em conjunto com diversos autores (1998, 1999, 2000, 2001), esquematizou ao longo dos seus trabalhos estas ideias e para uma melhor compreensão do processo de ajustamento adaptou o *Modelo da Avaliação Cognitiva* de Lazarus a famílias que se deparam com o diagnóstico de cancro.

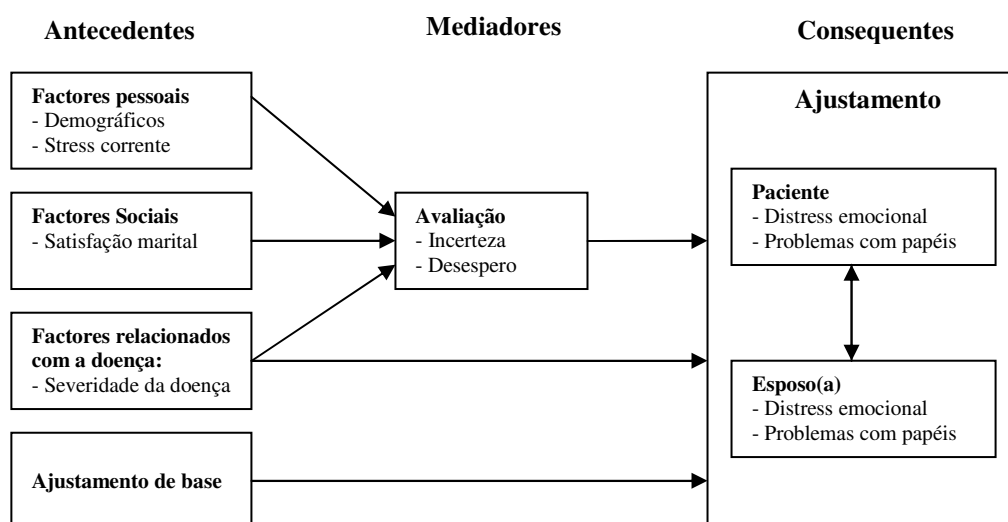


Figura. 1. Preditores do ajustamento do paciente e esposo(a) depois do diagnóstico de cancro

Os três componentes principais deste modelo são os antecedentes, os mediadores e os consequentes da doença, sendo o efeito das variáveis antecedentes sobre os resultados mediado pela avaliação que o indivíduo faz da doença (composta por dois factores: a incerteza e o desespero). Mas se esta avaliação medeia o efeito de algumas variáveis, como factores pessoais, sociais e relacionados com a doença, outras variáveis como factores da doença ou ajustamento no momento do diagnóstico podem ter uma influência directa no ajustamento. É importante sublinhar que a investigação é contraditória em relação à influência dos factores relacionados com a doença no ajustamento psicológico, pois enquanto alguns estudos encontram relações positivas entre o tempo desde o diagnóstico e nível de ajustamento (Irvine, Brown, Crooks, Roberts & Browne, 1991) e uma relação negativa entre a gravidade da doença e nível ajustamento (Northouse, Caffey, Deichelbohrer, Schmidt, Guziatek-Trojniak, West, Kershaw & Mood, 1999), outros afirmam não existir qualquer relação entre as variáveis referidas (Friedman, Nelson, Baer, Lane, Smith, 1990; Epping-Jordon e col., 1999).

No modelo de Northouse e col. (1998, 1999, 2000, 2001), a satisfação marital é um factor social que influencia directamente a avaliação (incerteza e desespero) e indirectamente o ajustamento psicológico à doença. Porém, outros estudos relatam que a elevada satisfação marital tem um efeito directo no ajustamento à doença (e.g., Hoskins, Baker, Budin, Ekstrom, Maislin, Sherman, Steelman-Bohlander, Bookbinder & Knauer, 1996). Apesar desta incongruência relativamente à influência da satisfação marital na adaptação ao diagnóstico e tratamento, o suporte social tem sido considerado de extrema importância neste contexto (Friedman e col., 1990; Kornblith e col., 1995; Arora, Rutten, Gustafson, Moser & Hawkins, 2007), e vários estudos sugerem que o suporte do parceiro pode ser particularmente importante no ajustamento psicológico e qualidade de vida da doente (Pistrang & Barker, 1995; Pistrang, Barker & Rutter, 1997; O'Mahoney & Carroll, 1997; Henson, 2002; Wenzel, DeAlba, Habbal, Kluhsman, Fairclough, Krebs, Anton-Culver, Berkowitz, Aziz, 2005, Helgeson & Cohen, 1996).

Assim sendo, o confronto com o processo de doença afecta não só a paciente mas também o parceiro que se depara com a possibilidade de perder a sua companheira, e simultaneamente tem de dar assistência prática e emocional, sendo a relação conjugal perturbada no que respeita à comunicação, sexualidade e identidade de papéis. Os níveis de distresse e ajustamento psicológico entre as pacientes e seus maridos parecem ser semelhantes, e o decréscimo na qualidade de vida dos companheiros prende-se com uma

maior necessidade de ajuda por parte da doente, *coping* focado na emoção e falta de suporte social. (Northouse, Templin, Mood & Oberst, 1998; O'Mahoney & Carroll, 1997; Northouse, Templin & Mood, 2001; Northouse, Kershaw, Mood & Schafenacker 2005; Wagner, Bigatti, & Storniolo, 2006). Deste modo, pode ainda realçar-se que um baixo nível de ajustamento marital relatado pelo esposo está relacionado com elevado distresse na paciente, o que remete para a possibilidade de se intervir somente junto da paciente, que funcionará como um mediador do distresse do parceiro, sendo este último uma peça essencial para o ajustamento psicológico da paciente (Fang, Manne & Pape, 2001).

É importante referir que a tentativa para medir a qualidade da relação marital tem sido marcada pela falta de compreensão e especificação do construto, havendo autores que se referem a ajustamento (e.g. Spanier, 1976), outros a qualidade (e.g. Ramos e Patrão, 2005), ou mesmo a satisfação (e.g. Northouse e col. 2001; 2005) relacional, conjugal ou marital, o que leva a uma sobreposição nos conteúdos dos itens nos instrumentos de medida e impede uma interpretação clara da relação empírica entre os diferentes construtos. Perante este problema, a qualidade marital tem sido estudada isoladamente como uma avaliação global do casamento (Fincham & Bradbury, 1987). Uma vez que este estudo se baseia na concepção de Spanier (1976) e do instrumento criado pelo próprio, será empregado o conceito multidimensional de ajustamento conjugal ou marital criado pelo mesmo autor, composto por quatro factores principais: o grau de satisfação, grau de coesão, grau de consenso e grau de expressão de afectos a nível diádico.

A investigação nesta área mostra que os casais expostos ao cancro de mama relatam perturbações no funcionamento marital e familiar e no ajustamento psicológico do casal, que é similar em ambos os membros (Northouse e col., 1998). A existência de menos dificuldades nos casamentos, de expressão de sentimentos e coesão familiar são factores importantes na superação desta crise (Friedman, Baer, Nelson, Lane, Smith & Dworkin, 1988). No entanto, a extrema coesão proporciona um sistema com perda de individuação e como consequência o emaranhamento dos esposos. Níveis baixos de consenso entre o casal podem equilibrar esta tendência, contrariando assim processos patogénicos na relação (Carter & Cártter, 1993).

A relação marital parece adquirir um significado único no contexto do cancro, sendo a boa comunicação caracterizada por uma elevada empatia, proximidade e auto-revelação (*self-disclosure*). O evitamento da discussão aberta sobre a experiência do cancro, por parte do parceiro, pode ser problemática para as pacientes (Pistrang & Barker,

1995). Ainda a nível da comunicação marital, o parceiro pode sentir dificuldades em lidar com as constantes crises emocionais impostas pela doença, desejando proteger a esposa, o que pode dificultar a comunicação relativamente a questões de mortalidade e intimidade (Northouse, 1994 cit. por Bakewell, R. T. & Volker, D. L., 2005).

A intimidade é um dos aspectos relacionais geralmente afectado por estes tipos de cancro. Como já foi dito anteriormente os tratamentos acarretam um elevado risco de alterações na saúde sexual devido ao desconforto emocional, físico e relacional. Estes transtornos prendem-se com a frequência da actividade sexual, de desejo, da resposta de excitação (Andersen & Jochimsen, 1985) e da comunicação, e a percepção destas alterações aumenta o medo de rejeição e a ansiedade, e diminui, por sua vez, o desejo e a resposta de excitação (Auchincloss & McCartney, 1998). Estima-se que 50% destas pacientes vêm a sua actividade sexual comprometida (Andersen, 1995, 1997 cit. por Taylor, Basen-Engquist, Shinn & Bodurka, 2004), e as razões apontadas pelas próprias para este facto são idênticas nos cancros ginecológicos e de mama, incluindo ausência de parceiro, falta de interesse ou desejo, secura vaginal, dor e desconforto durante a penetração e fadiga. A depressão é um importante determinante do menor desejo (Speer, Hillenberg, Sugrue, Blacker, Kresge, Decker, Zakalik & Decker, 2005), diminuição da frequência e da elevada disfunção sexual (Taylor e col., 2004). É importante ressaltar que existem autores que defendem que as avaliações da vida sexual corrente são influenciadas pelas alterações da imagem corporal, que podem representar um problema prevalente neste contexto, e não pelo ajustamento marital (e.g. Andersen & Jochimsen, 1985). Neste contexto, em Portugal, Ramos e Patrão (2005) estudaram a influência da imagem corporal da mulher com cancro de mama na qualidade do relacionamento conjugal e satisfação sexual. Não foram manifestadas alterações ao nível do relacionamento conjugal após a realização da cirurgia e tratamentos, e a qualidade marital é influenciada pelo tempo decorrido após os tratamentos e pelo grau de satisfação conjugal anterior à cirurgia. Contudo, foi evidente a insatisfação sexual, estando relacionada com os problemas ao nível da valorização da aparência e pela caracterização da actividade sexual anteriormente à cirurgia. Por outro lado, constatou-se que uma melhor qualidade do relacionamento conjugal diminui a insatisfação sexual.

As mulheres mais jovens apresentam mais problemas a nível do funcionamento sexual (Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky & Petersen, 1996, Henson, 2002; Bakewell & Volker, 2005), bem como ao nível da qualidade de vida em geral (Wenzel, Fairclough, Brady, 1999; Ganz, Greendale, Petersen, Kahn & Bower, 2003). No entanto,

muitas destas mulheres encontram satisfação nas suas vidas e relações (Shover, Fife, Gershenson, 1989), estando o distresse da paciente dependente do ajustamento individual e do *coping* do companheiro e vice-versa (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001).

Por tudo o referido, e considerando que em Portugal os estudos que se debruçam sobre o cancro e a relação conjugal são escassos, esta investigação propõe-se a estudar a influência dos cancros ginecológicos e de mama ao nível do ajustamento da relação conjugal.

Especificamente, pretende-se avaliar a percepção retrospectiva da mulher em relação ao nível de ajustamento conjugal, relativa a dois momentos: a) antes do conhecimento do diagnóstico da doença; e b) depois do conhecimento do diagnóstico até ao momento imediatamente após a cirurgia. A comparação da percepção do nível de ajustamento nestes dois momentos, permitirá investigar a influência do conhecimento do diagnóstico no ajustamento marital.

Outro objectivo deste estudo consiste em averiguar a percepção prospectiva da mulher relativamente ao ajustamento conjugal.

Na precursão destes objectivos são investigados temas tais como a proximidade entre o casal, a concordância, a expressão de sentimentos e a satisfação com a relação, e ainda a importância do apoio do marido ou companheiro no confronto com a doença.

A exploração destas percepções da mulher poderá ajudar a uma melhor compreensão dos sentimentos, necessidades e dificuldades com que esta se depara quando confrontada com estes tipos de cancro.

Esta informação pode revelar-se preciosa na fundamentação e orientação da intervenção psicológica, a fim de assegurar o bem-estar e qualidade de vida tanto da doente como do seu companheiro, o qual representa um apoio vantajoso na luta contra a doença.

# Metodologia

## Participantes

A população deste estudo é constituída por 17 mulheres<sup>1</sup> (n = 17), 13 com diagnóstico de cancro ginecológico (ovário, útero, colo do útero e vulva), o que corresponde a 76%, e 4 delas com cancro de mama, 24%, internadas no serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (IPOLFG, E.P.E.) para realização da 1ª intervenção cirúrgica nesse sentido, podendo ter efectuado terapêutica adjuvante (e.g. radioterapia, quimioterapia, laser). Acrescenta-se ainda a exigência que as pacientes estejam casadas ou em união de facto e sejam alfabetizadas.

### - Caracterização demográfica da amostra

As participantes são todas de nacionalidade portuguesa, sendo a média de idades de 50.12, variando entre 29 a 69 anos. Nos companheiros a idade média é de 52.12, com variação entre 30 a 68 anos.

Em termos de escolaridade, como é possível verificar nos gráficos abaixo, não existem diferenças notórias nas percentagens dos dois grupos, sendo que nas mulheres o 1º ciclo está em maioria, enquanto nos homens a percentagem mais elevada é igual no 1º e 2º ciclos.

Gráfico I - Caracterização das participantes por nível de escolaridade

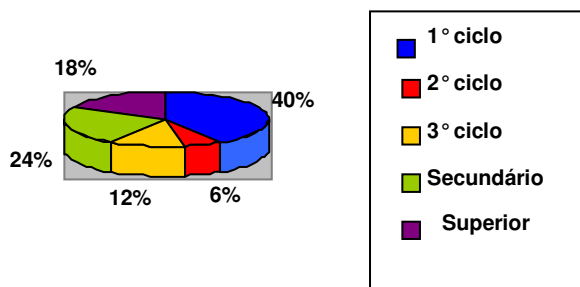
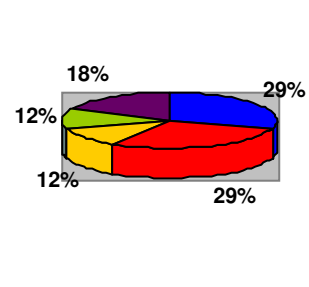


Gráfico II - Caracterização dos companheiros por nível de escolaridade



Relativamente ao estado civil, apenas 1 destas mulheres está em união de facto, enquanto as restantes são casadas, sendo a duração média da relação, na totalidade da

<sup>1</sup> É importante referir que o número reduzido desta amostra está relacionado com o longo tempo de espera (cerca de 4 meses) pela autorização da investigação, por parte do IPOLFG, E.P.E.

amostra, de 294.35 meses ( $n = 17$ ,  $DP = 142.563$ ), cerca de 25 anos. Em média existem entre 1 a 2 filhos em comum nestes casais ( $n = 17$ ,  $DP = 0.795$ ). A duração da fase de namoro corresponde a uma média de 42.47 meses ( $n = 15$ ,  $DP = 35.657$ ), cerca de 4 anos.

#### **- Caracterização da amostra à luz da condição de doença (diagnóstico e intervenção terapêutica)**

O tempo médio entre o diagnóstico da doença e a cirurgia é de 5.31 meses ( $n = 16$ ,  $DP = 5.724$ ), sendo importante referir que uma paciente não conseguiu precisar há quanto tempo lhe tinha sido diagnosticada a doença, daí somente terem sido consideradas 16 respostas. Neste intervalo de tempo, apenas 2 da totalidade das participantes foram submetidas a terapêutica adjuvante (12%), uma das quais fez quimioterapia e radioterapia e a outra realizou quimioterapia, radioterapia e cureoterapia.

Das 13 participantes com cancro ginecológico, 10 foram submetidas a *histerectomia (total ou radical)*, 1 a *exenteração pélvica* e 2 a *excisão da lesão*. Relativamente às 4 pacientes com cancro de mama, 3 foram sujeitas a *quadrantectomia* e 1 a *mastectomia*.

### **Instrumentos de avaliação**

No presente estudo utilizou-se uma revisão da *Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1977)*, denominada *Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS; Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995)*, que em português pode traduzir-se para Escala de Ajustamento Diádico.

Tanto a escala original (*DAS*) como a revisão (*RDAS*), constituem medidas globais do ajustamento marital, apresentando um formato de auto-relato (*self-report*). As respostas são agrupadas para produzirem um valor final. Este valor final representa o nível ajustamento marital, para casais que estão casados ou em união de facto, assinalando aqueles que estão sob distresse significativo.

O nível ajustamento conjugal é um conceito multidimensional, composto por satisfação diádica, coesão, consenso e expressão afectiva, representando assim um processo, pelo que este instrumento mede apenas um ponto nesse *continuum*, entre o bom e o mau ajustamento. Acrescenta-se a particularidade de poder ser usado como inventário aplicado em poucos minutos, ou então, os itens podem ser adaptados de forma a constituírem um guião de entrevista. Existe ainda a opção de complementar o

formato de inventário com um pequeno guião de entrevista que permite explorar e especificar alguns dos aspectos que se mostrem mais relevantes no *DAS* (Spanier, 1976).

A *DAS* é composta por 32 itens, cujas respostas são obtidas através de escalas de tipo Likert, ou seja, o sujeito indica a concordância ou discordância da afirmação em causa em escalas ordinais de intensidade (pontuadas de 0-1; 0-4; 0-5; 0-6), variando o total da pontuação entre 0 e 151 pontos. O resultado final obtido indica o grau de ajustamento da relação conjugal. Quanto mais elevado o valor obtido, maior o grau de ajustamento do relacionamento (Spanier, 1976).

Segundo o autor, a fidelidade da Escala total regista um índice de alfa de Cronbach's de 0.96, variando nas subescalas entre 0.73 e 0.90. As quatro subescalas são robustas e explicam 94% da variância entre os itens, e as validades de conteúdo, critério e construto são asseguradas (Spanier, 1976, Spanier & Thompson, 1982).

Algumas limitações foram sendo apontadas a esta Escala, incluindo a perda da precisão, aquando a utilização do resultado de uma subescala isolada, e a falha na verificação dos quatro factores, sendo detectados problemas com a validade da subescala da satisfação diádica e expressão afectiva (Kazak, Jarmas & Snitzer, 1988).

Mais recentemente surge a *RDAS* com o intuito de colmatar algumas lacunas do instrumento original, não pondo em causa, contudo, a concepção de ajustamento marital que este tem por base. Uma dessas limitações prendia-se com o elevado número de itens da *DAS*. A versão revista (*RDAS*) surge com menos 18 itens, sendo apenas 14 no total, tornando-se assim mais adequada à avaliação breve e precisa desejada para a prática clínica. Os itens não homogéneos foram retirados e os itens que persistem são agrupados em 3 subescalas. Uma vez que, os itens 4 e 6 do *DAS* avaliam o consenso na expressão afectiva, passam a estar inseridos na subescala que mede o construto consenso. Quando mais de dois itens se revelaram homogéneos, utilizou-se o princípio da parcimónia. Os itens dicotómicos também foram abolidos, por serem incompatíveis com os outros itens classificados numa escala de 4 ou 5 pontos. Os dois últimos itens foram eliminados por terem sido considerados subjectivos, podendo contaminar a Escala (Busby e col., 1995).

O resultado total da *RDAS* pode variar de 0 a 69, sendo um resultado maior ou igual a 48 indicador de ausência de distresse no casal. O coeficiente alfa de Cronbach's corresponde a 0.90, o que revela elevada consistência interna, e a correlação bipartida (*split-half*, Spearman-Brown) é de 0.95. A correlação entre o *DAS* e *RDAS* é elevada, 0.973 (coeficiente de Pearson), o que acrescenta à vantagem da brevidade, níveis

aceitáveis de validade de construto e adequada consistência interna. Uma possível limitação prende-se com o facto da amostra não conter variedade de casais (novos, caucasianos e no primeiro casamento), podendo não representar a população em geral (Crane, Middleton & Bean, 2000).

Apesar deste tipo de instrumentos fornecerem informação rápida e concisa, apresentam limitações, pois segundo Joyce-Moniz & Barros (2005), na Psicologia Clínica da Saúde e da Doença analisam-se as significações que o indivíduo atribui à doença e à vivência do processo. Pode afirmar-se que a avaliação de carácter qualitativo, por si só, não consegue cumprir esse objectivo.

Assim, uma abordagem qualitativa permite analisar o modo como a pessoa organiza a sua experiência mediante a forma como a representa em termos subjectivos, atendendo sobretudo à descrição e interpretação dessa experiência através do significado da expressão linguística, cultural e histórica, e ainda à integração da mesma na vida quotidiana. Com este objectivo é necessário utilizar métodos de recolha de informação que permitam a expressão genuína, sem a influência dos instrumentos como é o caso dos questionários, que restringem à partida o leque de respostas possíveis (Wilkinson, Joffe & Yardley, 2004).

A entrevista representa uma técnica qualitativa preciosa na avaliação psicológica, captando a espontaneidade das associações, não forçando o sujeito a pensar racionalmente, e propiciando a expressão emocional (Wilkinson e col., 2004). Esta metodologia pode assumir diferentes graus de estruturação. Especificamente, a entrevista semi-estruturada visa a recolha de informação de índole descritiva e exploratória, sendo por isso formada por um guião com questões abordadas livremente para permitir ao paciente que organize o seu campo psicológico, de forma ampla e flexível, representando assim um complemento dos instrumentos padronizados (Groth-Maruat, 1999; López & Santacana, 2003). Segundo Mathieson (1999), esta entrevista, em contexto de Saúde, torna-se útil nos estudos sobre a transição de um estado de saúde para outro de doença, o impacto do diagnóstico, os stressores associados ao tratamento, das relações estabelecidas com os profissionais de saúde e outros cuidadores, e das relações familiares, profissionais e sociais em contexto doença.

A utilização de metodologias complementares na recolha de informação permite a construção de uma base mais rica e rigorosa do processo avaliativo, que não visa apenas a exploração criativa, mas igualmente a intervenção psicológica (López & Santacana, 2003). Indo ao encontro a esta ideia e também ao cumprimento dos objectivos propostos

por este estudo optou-se por uma metodologia mista, em que os dados quantitativos se adequam à necessidade de informação rápida e concisa e os dados qualitativos a uma informação mais complexa e subjectiva, cuja análise cruzada proporciona o equilíbrio e o aperfeiçoamento das potencialidades de cada uma destas metodologias.

### **Plano Metodológico**

Antes de mais é importante referir que este é um estudo de natureza correlacional e transversal, uma vez que visa a exploração e descrição de relações entre as variáveis em causa, num determinado momento (Ribeiro, 1999). Portanto, pretende-se estudar a influência da tomada de conhecimento do diagnóstico da doença no ajustamento marital, através da comparação da percepção retrospectiva da mulher relativamente ao ajustamento conjugal na fase anterior ao diagnóstico, com a percepção retrospectiva da fase posterior ao diagnóstico até ao momento actual (pós-cirúrgico). Ainda, se deseja abordar uma visão prospectiva sobre as possíveis alterações a partir da cirurgia. Adicionalmente, considera-se o efeito recíproco, a influência da relação na doença. Toda esta informação é recolhida no período de internamento após a realização da cirurgia.

É essencial ter em mente que a dimensão reduzida da amostra impede a generalização dos resultados à população, e exige a restrição da interpretação dos dados apenas a essa amostra, o que dirige este estudo para linhas mais qualitativas e descritivas. Neste sentido, a existência de uma relação entre as variáveis em estudo não é sinónimo de causa-efeito entre as mesmas.

Esta investigação foi realizada no IPOLFG, E.P.E., mais especificamente no internamento do serviço de ginecologia, que tem cerca de 6 camas por quarto, o que não permite isolar determinadas variáveis indesejáveis como a falta de privacidade, o barulho e as condições físicas que permitam tanto às participantes como à investigadora estarem sentadas confortavelmente e o material apoiado numa mesa. Contudo, procurou-se criar um ambiente o mais neutro possível, escolhendo sempre as horas de menos movimento no serviço e uma distância aceitável entre a participante e a investigadora (para utilizar um tom de voz baixo) e as cortinas corridas.

## Procedimento

As participantes começaram por assinar um protocolo de consentimento informado (anexo I), sendo esclarecidas sobre os objectivos do estudo e das condições de participação.

Seguidamente, respondiam a uma tradução portuguesa da *RDAS* em formato papel (anexo II), especialmente efectuada para este estudo. Para obter a percepção retrospectiva da mulher em relação ao ajustamento marital, as participantes respondiam duas vezes à mesma Escala (*RDAS*), com a particularidade de se basearem em dois momentos distintos: 1) antes do conhecimento do diagnóstico (Q1), e 2) depois do conhecimento do diagnóstico até ao momento em que responderam a esta Escala, ou seja, no período de internamento seguidamente à intervenção cirúrgica (Q2). As participantes tiveram de pontuar 13 itens do inventário numa escala de 0-5 e 1 item numa escala de 0-4. A versão impressa do instrumento foi formatada de forma a ser dobrada para evitar contaminações nas duas secções do inventário.

Para uma das participantes, que se encontrava em condições físicas que impossibilitavam a leitura e resposta autónomas do inventário, a investigadora reproduziu oralmente os itens tendo registado o valor exacto verbalizado pela participante para cada um dos diferentes itens.

Adicionalmente, realizou-se uma entrevista semi-estruturada, e o guião (anexo III) que serviu de base para a mesma desenvolve-se a partir de três tópicos centrais: 1) diferenças entre a pontuação nos itens da *RDAS* nos dois momentos avaliados, e as questões eram colocadas mediante as diferenças nas respostas de cada participante em particular. Ou seja, nem todas as pacientes eram submetidas às mesmas questões e sempre que necessário eram colocadas questões suplementares, não padronizadas, que visavam explorar algo que cada participante pudesse ter referido em particular; 2) influência da relação marital na doença; e 3) visão prospectiva (expectativas) da mulher, em relação ao ajustamento marital a partir da cirurgia, baseada nos 14 itens do inventário. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas (anexo IV em CD). Infelizmente no caso G14 a gravação ficou danificada não sendo possível fazer a sua gravação, sendo esta participante considerada apenas no que respeita à análise quantitativa.

## Análise dos resultados

Nesta secção serão apresentados, primeiramente, os resultados quantitativos obtidos a partir da aplicação da Escala *RDAS*, e de seguida, os resultados qualitativos recolhidos através da entrevista semi-estruturada. No final de cada divisão, será feita uma síntese da informação mais relevante dos dois tipos de análise efectuados.

### Análise dos resultados quantitativos

Os dados de carácter quantitativo foram analisados através do *SPSS*, versão 15.0. O tratamento destes dados iniciou-se pela *análise descritiva* dos resultados na Escala (*RDAS*), que avaliou dois momentos distintos, Q1 (antes do conhecimento do diagnóstico) e Q2 (período entre o conhecimento do diagnóstico e o pós-cirúrgico). Também se fez este tipo de análise para a diferença entre Q2 e Q1.

Posteriormente, segue-se uma análise mais profunda, com o objectivo de investigar a existência de associações significativas entre duas ou mais variáveis. Neste sentido, foi utilizado o coeficiente de correlação  $r$  de Pearson. Para variáveis de nível ordinal de mensuração, usou-se um teste não paramétrico, o coeficiente de correlação de Spearman. Para investigar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre médias, da mesma amostra avaliada em dois momentos, optou-se pelo Teste  $t$  de Student, para amostras emparelhadas (Ribeiro, 1999; Pestana & Gageiro, 2000).

É conveniente referir ainda que, para efeitos de análise, a duração do casamento ou união de facto e a duração do namoro são apresentadas em meses, as profissões foram classificadas mediante a Classificação Nacional das Profissões (versão 1994) segundo o Instituto Nacional de Estatística ([http://metaweb.ine.pt/sine/UInterfaces/SineVers\\_Cat.aspx](http://metaweb.ine.pt/sine/UInterfaces/SineVers_Cat.aspx)), e a escolaridade foi dividida por frequência do 1ºciclo, 2ºciclo, 3ºciclo, ensino secundário e ensino superior.

Deve-se ainda salvaguardar que a análise quantitativa dos dados foi, em muito, condicionada pelo reduzido número da amostra. Outras relações entre variáveis poderiam ter sido estudadas, mas o número de participantes não foi suficiente para o permitir.

Seguidamente, serão apresentados os resultados da análise estatística, dando-se ênfase às relações significativas, a um nível de significância menor ou igual a 0.05

( $p \leq 0.05$ ). Contudo, todos os resultados obtidos nas análises efectuadas, assim como a base de dados, estão disponíveis em anexo (anexo V - CD).

Em primeiro lugar, no quadro I, é apresentada a análise descritiva dos resultados obtidos a partir da Escala (*RDAS*): 1) relativa à percepção retrospectiva da mulher do ajustamento marital antes do diagnóstico (Q1); e 2) relativa à percepção retrospectiva da mulher do ajustamento marital entre o momento do diagnóstico e o momento actual, o pós-cirúrgico (Q2). É também efectuada a análise da diferença dos resultados entre os dois momentos de aplicação da escala, subtraindo o Q1 ao Q2 (Q2-Q1).

Quadro I – Análise descritiva dos resultados no Q1, Q2 e da diferença entre Q1 e Q2.

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Q1	17	53.82	10.602
Q2	17	55.76	10.479
Q2 - Q1	17	2.00	3.021

Podemos reparar que o resultado médio das participantes na escala relativa ao Q1 foi de 53.82, um valor superior ao ponto de corte, que é 48, que distingue os casais mal ajustados ( $<48$ ) daqueles cujo ajustamento é melhor ( $\geq 48$ ). Na escala respeitante ao Q2 as participantes obtiveram um valor médio de 55.76, representativo de um bom nível de ajustamento marital. A média da pontuação em Q2 é superior à média da pontuação em Q1, o que remete para um ligeiro aumento do nível de ajustamento conjugal da fase anterior ao diagnóstico (Q1) para a fase posterior ao diagnóstico (Q2), sendo a fase posterior ao diagnóstico classificada como mais ajustada. Consta-se que a diferença entre os resultados obtidos nos dois momentos de aplicação da escala (Q2-Q1), é em média de 2 pontos (DP=3.021).

Será importante salvaguardar, que existiram 3 participantes que apresentaram valores inferiores ao ponto de corte de 48, como é possível ver no quadro II.

Quadro II – Participantes com resultados inferiores ao ponto de corte, 48, no Q1 e/ou Q2.

	Q1	Q2	Q2-Q1
G10	19	24	5
G14	44	44	0
G17	50	46	-4

Verifica-se que de entre estas 3 participantes que tiveram resultados inferiores ao ponto de corte 48, no Q1 e/ou Q2, a participante G10 apresentou um nível de ajustamento conjugal baixo no Q1 (19). Contudo, embora tivesse também um nível de ajustamento conjugal baixo em Q2 (24), denota-se a existência de uma subida de 5 pontos da fase anterior ao diagnóstico para a fase posterior. A participante G14 manifestou um nível de ajustamento conjugal igual em Q1 e Q2 (44), inferior ao ponto de corte. Por último, a participante G17 apresentou uma diminuição do nível de ajustamento conjugal entre Q2 e Q1, de 50 para 46, tendo obtido no Q1 (50) um valor considerado ajustado, que diminuiu 4 pontos no Q2 (46), passando assim para um nível inferior ao ponto de corte.

Só existiram duas participantes cujo resultado do Q2 é inferior ao de Q1, estando apresentados os casos no quadro III.

Quadro III – Participantes com resultados inferiores em Q2 relativamente a Q1

	Q1	Q2	Q2-Q1
G6	60	58	-2
G17	50	46	-4

A participante G17, que já foi referida anteriormente, teve uma diferença de -4 de Q2 para Q1, e a participante G6 que apresenta menos 2 pontos no Q2 (60) em comparação com o Q1 (58), mas ambos os níveis de ajustamento relatados são elevados.

Relativamente às diferenças positivas mais acentuadas entre Q2 e Q1, destacaram-se duas participantes, como se verifica no quadro IV.

Quadro IV – Participantes com maiores diferenças positivas entre Q2 e Q1.

	Q1	Q2	Q2-Q1
G9	60	67	7
G12	53	61	8

A participante G9 teve uma diferença de 7 pontos, e nos dois momentos avaliados o nível ajustamento é classificado como elevado, 60 e 67 pontos, e a participante G12 manifestou uma diferença de 8 pontos, subindo de 53 para 61 pontos.

Para verificar a existência de possíveis relações entre os resultados obtidos no Q1 e Q2 foi utilizado o coeficiente de correlação  $r$  de Pearson. No quadro V é apresentado o valor dessa correlação.

Quadro V – Coeficiente de correlação  $r$  de Pearson entre as variáveis: Q1 e Q2

	N	Correlação $r$ de Pearson	$P$
Q1- Q2	17	0.959	0.000

Através do valor coeficiente de correlação de  $r$  Pearson, 0.959 ( $p < 0.05$ ), apercebemo-nos que a correlação entre as duas variáveis, Q1 e Q2, foi muito elevada, o que significa que um resultado elevado no Q1 está associado a um resultado elevado em Q2.

Com o objectivo de detectar diferenças entre as médias dos resultados em Q1 e Q2, foi utilizado o Teste  $t$  para amostras emparelhadas. O quadro VI apresenta o resultado do Teste  $t$  aplicado às variáveis Q1 e Q2.

Quadro VI – Diferenças entre as médias dos resultados em Q1 e Q2

	N	Teste $t$	$P$
Q1- Q2	17	- 2.641	0.018

Como se verifica no quadro acima, o valor do Teste  $t$  é de -2.641 ( $p < 0.05$ ), o que denota que a média das diferenças dos resultados de Q1 e Q2 foi negativa, e representa

um valor significativo mediante a significância de 0.05. Isto indica que os resultados médios obtidos em Q2 são superiores aos resultados de Q1, ou seja, houve uma elevação da pontuação obtida na *RDAS* relativa à percepção do nível ajustamento marital na fase posterior ao diagnóstico, comparativamente à pontuação obtida na fase anterior ao diagnóstico.

Para estudar as correlações entre os pares dos itens de Q1 e Q2 (e.g. o item 1 do Q1 foi comparado com o item 1 do Q2, o item 10 do Q1 foi comparado com o item 10 do Q2), foi utilizado o coeficiente de correlação de *r* Pearson, e os resultados são apresentados no quadro VII.

Quadro VII – Coeficiente de correlação de *r* Pearson entre os itens iguais aplicados nos dois momentos (Q1 e Q2)

	<b>N</b>	<b>Correlação <i>r</i> de Pearson</b>	<b><i>P</i></b>
P1(Q1) – P1(Q2)	17	0.560	0.019
P2(Q1) – P2(Q2)	17	0.799	0.000
P3(Q1) – P3(Q2)	17	0.862	0.000
P4(Q1) – P4(Q2)	17	0.917	0.000
P5(Q1) – P5(Q2)	17	0.761	0.000
P6(Q1) – P6(Q2)	17	0.718	0.001
P7(Q1) – P7(Q2)	17	0.888	0.000
P8(Q1) – P8(Q2)	17	0.480	0.051
P9(Q1) – P9(Q2)	17	0.980	0.000
P10(Q1) – P10(Q2)	17	0.214	0.409
P11(Q1) – P11(Q2)	17	0.671	0.003
P12(Q1) – P12(Q2)	17	0.871	0.000
P13(Q1) – P13(Q2)	17	0.816	0.000
P14(Q1) – P14(Q2)	17	0.525	0.031

Como verificamos através do quadro VII, na maioria das comparações entre pares de itens existem diferenças significativas, o que significa que os resultados obtidos nos itens de Q1 estão associados positivamente com o mesmo item em Q2, ou

seja, o aumento de um item em Q1 foi acompanhado pelo aumento do mesmo item em Q2. As correlações significativas variam de moderadas a muito elevadas, de 0.525 a 0.980. As correlações mais elevadas dizem respeito ao item 4, que avalia o acordo nas relações sexuais, e ao item 9, que avalia o arrependimento por ter iniciado a relação conjugal. As exceções prenderam-se com item 8 e 10, em que a correlação dos pares do item 8 (Com que frequência, você e o seu companheiro, discutem?) é de 0.480 ( $p=0.051$ ), e a correlação dos pares do item 10 (Com que frequência, você e o seu companheiro, se enervam um ao outro?) é de 0.214 ( $p=0.409$ ). Analisando pormenorizadamente o resultado de cada participante nestes dois itens no Q1 e Q2 apercebemo-nos que no item 8, na maioria das participantes obtiveram a mesma pontuação em Q1 e Q2, e apenas em 4 participantes existiram diferenças, no sentido da diminuição das discussões entre o casal a partir do conhecimento do diagnóstico. No item 10, 7 das participantes assinalaram diferenças entre o Q1 e Q2, e dessas 7 apenas 1 das participantes manifestou um acréscimo no facto de se enervarem um ao outro, e as restantes 6 afirmaram uma diminuição a esse nível.

Quando comparamos os resultados médios dos pares de itens em Q1 e Q2, através do Test  $t$  (anexo V - CD), não surgem diferenças significativas.

Seguidamente, procedeu-se à exploração de possíveis relações entre as variáveis demográficas e as variáveis relativas à doença com os resultados em Q1; em Q2; e na diferença entre ambos (Q2-Q1).

Para estudar as relações entre variáveis de escala intervalar (idade da participante, idade do companheiro, duração do casamento, duração do namoro, número de filhos em comum, tempo de diagnóstico) e os resultados em Q1; em Q2; e na diferença entre ambos (Q2-Q1), usou-se o coeficiente de correlação  $r$  de Pearson. Destas relações apenas a idade da paciente, idade do companheiro e duração de união apresentaram uma correlação significativa ( $p \leq 0.05$ ) com a diferença entre Q2 e Q1 (Q2-Q1), estando apresentadas estas correlações no quadro VIII. As restantes correlações, que não se revelaram significativas encontram-se em anexo (anexo V - CD).

Quadro VIII – Correlação entre das variáveis idade da participante; idade do companheiro; e duração do casamento ou da união de facto com a diferença entre Q1 e Q2.

	<b>N</b>	<b>Correlação <i>r</i> de Pearson</b>	<b><i>P</i></b>
Idade da participante e (Q2-Q1)	17	- 0.497	0.042
Idade do companheiro e (Q2-Q1)	17	- 0.540	0.025
Duração da união e (Q2-Q1)	17	- 0.603	0.010

Verificou-se uma correlação negativa, - 0.497 ( $p \leq 0.05$ ), entre a idade da paciente e a diferença entre Q2 e Q1 (Q2-Q1), o que significa que quanto mais novas as mulheres maior a diferença nos resultados dos dois momentos avaliados pela escala (RDAS). O mesmo acontece com a idade dos companheiros e a diferença da percepção da mulher do ajustamento marital antes e depois do diagnóstico, em que a correlação foi de -0.540 ( $p \leq 0.05$ ), ou seja, o aumento da idade esteve associado à diminuição das diferenças entre Q2 e Q1 (Q2-Q1).

Da mesma forma, a variável duração do casamento ou da união de facto está associada negativamente com diferença entre Q2 e Q1, -0.603 ( $p \leq 0.05$ ), o que indica que as participantes com uniões com duração mais antiga revelaram menores diferenças no nível de ajustamento, entre a fase anterior e posterior ao diagnóstico.

Para estudar as possíveis relações entre as variáveis ordinais (escolaridade e profissão) utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, mas somente a profissão da mulher apresentou uma correlação significativa com o Q2, presente no quadro IX.

Quadro IX – Correlação entre as variáveis escolaridade e profissão e diferença entre Q1 e Q2.

	<b>N</b>	<b>Correlação de Spearman</b>	<b>P</b>
Profissão da participantes e Q2	17	-0.564	0.018

Portanto, a profissão da mulher apresenta uma associação negativa, de -0.564, com o resultado no Q2. As profissões consideradas superiores numa escala ordinal formulada pelo Instituto Nacional de Estatística (versão 1994) foram associadas a resultados inferiores na RDAS aplicada na fase posterior ao diagnóstico (Q2).

Em forma de síntese, através da análise quantitativa verificamos que existe um nível elevado de ajustamento marital na amostra estudada, mediante a percepção da mulher. Notamos também que o nível de ajustamento, antes do conhecimento do diagnóstico da doença, está associado positivamente com o nível de ajustamento após o conhecimento do diagnóstico, existindo um aumento do nível de ajustamento na fase posterior ao diagnóstico.

Relativamente aos itens estudados, a pontuação de um item correspondente ao momento antes do conhecimento do diagnóstico, está associada positivamente à pontuação do mesmo item relativo à fase posterior ao conhecimento do diagnóstico. As correlações mais elevadas correspondem ao item 4 (acordo nas relações sexuais) e item 9 (Com que frequência pensa em terminar a relação?). As exceções correspondem aos itens 8 (Com que frequência, você e o seu companheiro, discutem?) e 10 (Com que frequência, você e o seu companheiro, se enervam um ao outro?), em que esta associação não é evidente.

Quando se procedeu à comparação dos resultados médios de cada item nos dois momentos de aplicação verifica-se que não existem diferenças significativas.

Podemos ainda acrescentar que as mulheres e companheiros mais jovens obtiveram uma maior diferença entre as avaliações do ajustamento antes e depois do diagnóstico, de acordo com a percepção da participante. Da mesma forma, as mulheres com casamentos ou uniões de facto mais recentes tendem a ter uma maior diferença no nível de ajustamento conjugal, entre os dois momentos avaliados, antes e depois do

diagnóstico. Por último, as mulheres com profissões consideradas superiores tiveram resultados inferiores na *RDAS* que avalia o nível de ajustamento entre o casal após a notícia do diagnóstico.

## **Análise dos resultados qualitativos**

A informação qualitativa foi sujeita a uma análise temática desenvolvida através de um procedimento de análise de conteúdo das respostas obtidas através da entrevista semi-estruturada, procurando-se assim extrair os temas significativos apresentados pelas participantes do estudo, de acordo com os objectivos propostos. Segundo, Joffe & Yardley (2004), a análise temática é uma forma de análise de conteúdo, mas permite combinar a análise das frequências com a análise do significado no contexto, o que assegura o estudo da complexidade do fenómeno de forma mais fina.

A transcrição das entrevistas (anexo IV – em CD) representou o primeiro passo da análise qualitativa. Esta fase consiste no primeiro processo de triagem neste tipo de análise, pois só as verbalizações relacionadas com os objectivos deste estudo foram efectivamente transcritas. A cada verbalização é atribuído um código. Para as verbalizações das participantes este código inclui: o código atribuído a cada paciente (e.g. PG16), o número da questão ou resposta (PG16/R2), e o item da Escala *RDAS* com que esta verbalização está relacionada (PG16/R2.3), acompanhada de uma letra minúscula por ordem alfabética (PG16/R2.3c), caso exista mais que uma verbalização relativa a esse item.

Posteriormente, passou-se para o estabelecimento das categorias temáticas e subcategorias de um *modo indutivo*, pois estas foram formadas com base na informação transcrita, ou seja, com base nas respostas das participantes à entrevista semi-estruturada. A escolha destas categorias prendeu-se essencialmente com os objectivos deste estudo, e o título conceptual de cada uma só foi atribuído no final. Na codificação, as categorias vão sendo refinadas pela divisão, união e ligação de códigos. Perante as categorias estipuladas extraíram-se ligações entre as mesmas e formaram-se temas, mais abrangentes, para posteriormente se analisar o detalhe e a complexidade dos dados.

É importante realçar que como foi referido na metodologia, fazia parte da entrevista semi-estruturada uma questão que visava explorar a influência da relação na doença. Contudo, esta questão não foi bem colocada a fim de averiguar esse efeito,

conduzindo as respostas somente para o apoio prestado pelo companheiro. Deste modo, esta questão não será incluída na análise.

No quadro X são apresentadas as categorias e subcategorias temáticas formuladas, e ainda o código das respostas que contribuíram para a formulação da categoria em causa, e um exemplo de resposta produzida por uma paciente e que integra essa categoria. Por último, no mesmo quadro é apresentada a frequência de participantes que produziram verbalizações integradas na categoria em causa. A mesma participante pode ter produzido mais do que uma resposta integrada nessas categoria, sendo contabilizada, no entanto, apenas uma única vez. Assim, cada categoria é avaliada consoante a sua representatividade na amostra de participantes, ou seja, quantas pessoas referiram aquela categoria.

Quadro X – Categorias e subcategorias temáticas e frequência das respostas das participantes por subcategorias

Categorias temáticas	Subcategorias	Códigos/Exemplos	Frequência de cada participante por subcategoria	
<b>Vida conjugal</b>	Ausência de alterações	PG3/R1// PG3/R2// PG8/R1// PG9/R1// PG13/R1// PG15/R1// PG16/R1// PG17/R1 <i>“Não mudou absolutamente nada...entre o casal e os filhos...tudo como era antes...porque já havia uma relação sólida e uma harmonia...continua na mesma...”</i>	7	
	Mudanças	Positivas	PG1/R15.15a// PG1/R18.16a// PG1/R19.16c// PG4/R1// PG4/R9.9// PG2/R16.8c <i>“pelo contrário aconchegou-nos mais...”</i>	3
		Negativas		0
<b>Religiosidade</b>	Ausência de alterações	PG2/R3.1c// PG2/R4.1d <i>“Não [notou diferença relativamente à fé]... mais ou menos...está na mesma”</i>	1	
	Alterações	Positivas	PG1/R1.1a// PG12/R1.1 <i>“Eu aproximei-me mais de Deus sem dúvida”</i>	2
		Negativas	PG15/R2.1// [entram em desacordo devido ao reiki] PG1/R1.1a// PG11/R1.1a// <i>“mas o meu marido não, está zangado” [com Deus]</i>	3
	Outras	PG5/R1.1// [aborto] <i>“...interrupção médica da gravidez afectou-nos porque foi contra os nossos princípios mas acho que tomamos a decisão acertada e em acordo”</i>	1	
<b>Afectividade</b>	Aumento	PG1/R3.2// PG4/R2.2// PG5/R2.2// PG8/R3.2// PG16/R4.2// PG13/R4.2// PG12/R2.2//	7	

			<i>“Mais um bocadinho de apoio...mais carinhoso...sempre foi, mas agora mais sentido...”</i>	
	Ausência de alterações		PG2/R5.2// PG6/R1// PG6/R2.2// PG11/R3.2// PG17/R3.2 <i>“Nas demonstrações de afecto continua a mesma coisa...não houve mudança nenhuma...”</i>	4
<b>Tomada de decisões (geral)</b>	Individuais	Mais reflectidas	PG6/R3.3 <i>“Às vezes é um bocadinho mais complicado...desde que estou doente tenho de pensar mais...”</i>	1
		Mantiveram-se	PG16/R2.3a// PG16/R3.3b <i>“Tomar decisões relativas à minha doença não, tem sido relativa à vida financeira, à minha vida perante a saúde não. Acho que não” [se na vida extra doença mudou alguma coisa].</i>	1
	Conjuntas	Aumentaram		0
		Diminuíram		0
		Mantiveram-se	PG1/R4.3// PG2/R6.3// PG4/R3.3// PG5/R3.3 <i>“Continua a ser em conjunto”</i>	4
<b>Hábitos sexuais</b>	Mantiveram-se		PG2/R19.4a// PG5/R4.4 <i>“Até à data da operação normal como era antes...”</i>	2
	Alterações	Positivas		0
		Negativas	PG6/R4.4// PG8/R2.4// PG12/R3.4// PG13/R2.4// PG17/R2.4// PG7.R1.4 <i>“Desde que soube da doença nunca mais fizemos amor...”</i>	6
	Alterações com		PG1/R5.4// PG4/R4.4// PG6/R4.4// PG12/R3.4// PG13/R2.4// PG7.R1.4	6

	acordo		<i>“Sim....claro [continuam em acordo porque ele percebe-a mas alteraram os hábitos...], porque eu tenho limitações, dores, e falei com ele e ele concordou...portanto...é isso...”</i>	
<b>Costumes</b>	Alterações	Positivas		0
		Negativas	PG11/R4.5 <i>“Eu isolei-me um bocadinho mais...e agora não, eu já gostava mais de ficar sozinha em casa...e ele nunca se manifestou, eu é que dizia a ele...não ando aqui para mostrar a ninguém que estou doente, deixa-me sossegada vai tu que eu não me importo, e ele nunca foi contra a minha opinião.”</i>	1
	Ausência de alterações		PG1/R6.5// PG4/R5.5// PG5/R6.5b// PG6/R5.5 <i>“Mantêm-se...os mais importantes não se alteraram...houve outros que se tiveram que alterar...Em relação ao pequenino...quem o leva à escola...porque ele dependia de mim.”</i> <i>“Sempre em acordo”</i>	4
	Outras (mais específicas)	Filhos	PG1/R6.5 <i>“...houve outros que se tiveram que alterar...Em relação ao pequenino...quem o leva à escola...porque ele dependia de mim.”</i>	1
		Sociais	PG11/R4.5 <i>“Eu isolei-me um bocadinho mais...e agora não, eu já gostava mais de ficar sozinha em casa...e ele nunca se manifestou, eu é que dizia a ele...não ando aqui para mostrar a ninguém que estou doente, deixa-me sossegada vai tu que eu não me importo, e ele nunca foi contra a minha opinião.”</i>	1

<b>Tomada de decisão de carreira</b>	Alterações	Positivas		0
		Negativas	PG12/R4.6// PG11/R5.6a// PG11/R5.6b <i>“Eu estou em desacordo ele reformar-se...mas ele está pensar deixar de trabalhar... Em parte sim, para me dar mais assistência, mas eu não estou muito de acordo [se a doença influenciou a decisão do marido se reformar].”</i>	2
	Ausência de alterações		PG1/R7.6// PG4/R6.6 <i>“Sempre [decisões de carreira]...eu apoio-o a ele e ele a mim...falámos...”</i>	2
	Acordo/ Desacordo	Acordo	PG1/R7.6// PG4/R6.6// PG5/R7.6 <i>“Decisões de carreira...agora não temos nenhuma...quando foi para eu por baixa ficamos em acordo...”</i>	3
		Desacordo	PG2/R7.6// [ele queria que ela continuasse a estudar] PG12/R4.6// PG11/R5.6a// PG11/R5.6b <i>“Aí estamos um bocadinho em desacordo, porque ele achou que eu devia trabalhar menos, só fazia os almoços e à noite ia para casa, não era muito do meu acordo porque estava a sacrificar as minhas colegas...e agora não sei ele ontem disse: não voltas a pôr lá mais os pés! Mas logo se vê o que se arranja.”</i>	3
<b>Pensar em terminar a relação</b>	Nunca		PG6/R6.7// PG2/R8.7// PG4/R7.7 <i>“Terminar a relação nunca pus a hipótese...”</i>	3
	Só em tom de brincadeira		PG5/R8.7 <i>“Com que frequência falamos em terminar a relação...é tudo na base da brincadeira...”</i>	1

<b>Discussões</b>	Alterações	Positivas	PG10/R1.8//[mais calma] PG12/R5.8// PG13/R3.8//PG16/R5.8 [mais calma] “Mudou um pouco a nível do tratamento dele, de deixar as coisas irem com mais calma...discutimos menos”	4
		Negativas	PG1/R8.8 “O primeiro mês a frequência aumentou...mas ele não alinha...está sempre a dizer não te irrites...não te enerves...”	1
	Ausência de alterações		PG11/R7.8 “Tem dias, mas é muito raro, com a doença não aumentou, pode haver uns dias mais nervosos, mas haver aquela zaragata a ponto de olha assim, olha assado isso não”	1
	Frequência	Nunca	PG2/R9.8a// PG4/R8.8 “Discutir...nunca discutimos”	2
		O normal	PG5/R9.8// PG2/R16.8b “Discutimos o normal...as tarefas diárias...têm que ser muito controladas...porque ele acomoda-se...é uma discussão calma e conseguimos controlar-nos...”	2
		Quando está mais nervosa	PG6/R7.8// PG11/R7.8 “Quando eu estou mais nervosa discutimos mais um bocadinho mas nada de zanga...”	2
<b>Arrependimento em ter iniciado a relação</b>	Sim			0
	Não		PG2/R10.9// PG4/R9.9// PG6/R8.9 “Não estamos arrependidos de ter iniciado a relação...nunca me passou pela cabeça...”	3
<b>Enervarem-se um ao outro</b>	Alterações	Positivas	PG10/R1.10 “não falamos em certos assuntos para eu não me enervar”	1

		Negativas	PG11/R8.10 [desacordo] <i>“Às vezes um bocadinho...entramos em desacordo, mas acho que também será olhando à situação que se vive”</i>	1
	Frequência	Nunca	PG2/R11.10 <i>“Quando vocês se enervam um ao outro...também não [nunca]...”</i>	1
		Às vezes	PG4R10.10 <i>“Às vezes acontece...mas a gente passa um pano por cima”</i>	1
<b>Partilha dos mesmos interesses</b>	Alterações	Positivas	PG12/R6.11 <i>“Se eu disser vamos a um sítio, ele nunca põe a hipótese de não ir....agora muito mais que antes...agora participa em tudo.”</i>	1
		Negativas	PG11/R9.11// PG13/R5.11// <i>“Depois da minha doença não...agora tem saído mais ele sozinho...”</i>	2
	Ausência de alterações		PG1/R10.11b//[filho] PG16/R6.11// <i>“Isso não curtamos porque em relação ao pequenino era muito complicado acontecer...manteve-se...mantivemos...com muito esforço mas conseguimos...sim.”</i>	2
	Partilham os mesmos interesses, sem alterações		PG2/R12.11a// PG2/R12.11b// PG4/R10.11// PG5/R10.11// PG6/R10.11// <i>“Eu quero ir a um lado e ele nunca diz que não e vice-versa, tentamos sempre conjugar as coisas.”</i>	4
<b>Conversas estimulantes</b>	Alterações	Positivas	PG1/R11.12a // [apesar de actualmente não terem um assunto estimulante entre ambos] PG12/R7.12 [nem tanto sobre a doença]	2

			<i>“Conversamos mais, mesmo por telefone, quatro a cinco vezes ao dia...nem tanto sobre a doença porque tentamos esquecer um bocadinho para não fazer mal, sobre a nossa vida.”</i>	
		Negativas		0
	Ausência de alterações		PG17/R4.12 <i>“A mesma coisa”</i> [antes e depois da doença]	1
	Frequência	Frequentes	PG5/11.12// PG8/R4.12 <i>“Não podem ser quantificáveis...mas frequentemente...semanal...e continuamos a falar de assuntos relacionados com a nossa vida sexual, familiar.”</i>	2
		Não frequentes	PG4/R12.12// PG2/R14.12 <i>“Sim...não são constantes mas sim...”</i>	2
		Nos dias em que está mais em baixo	PG6/R11.12 <i>“Sim...naqueles dias que estou mais em baixo menos...”</i>	1
		Nos dias em que está mais calma	PG11/R10.12 <i>“Depende. Tem dias que dá melhor para conversar porque estou mais calma e aceito melhor as coisas. Depois, há dias que só de olhar para ele irrita-me.”</i>	1
<b>Projectos Comuns</b>	Existência de projectos comuns		PG2/R15.13// PG4/R13.13//[agora é a saúde] PG5/R12.13// PG6/R12.13// <i>“Nos projectos que se fazem são sempre comuns...não há nada que eu faça ou que ele não faça que não discutimos antes como comprar um carro ou uma casa, ou mesmo para a filha, ou isto ou aquilo...”</i>	4

	Mantêm projectos comuns, após a doença	PG1/R13.13// PG4/R13.13//[agora é a saúde] “Continuamos...[continuam a trabalhar juntos no mesmo projecto] espero bem que por muitos anos!”	2	
<b>Discussão calma de um assunto</b>	Sim	PG1/R14.14// PG4/R14.14// “Uma duas a três vezes por dia conversamos calmamente...sobre as nossas vidas, filhos, sobre a nossa situação...”	2	
	Alterações	Negativas	PG11/R11.14 [agora fica mais nervosa] “Eu acho que agora talvez a gente se enerve mais um bocadinho”	1
	Ausência de alterações		PG17/R5.14 “A mesma coisa” [que antes da doença].	1
<b>Apoio prestado pelo marido</b>	Positivo	PG1/R16.15b// PG2/R21.15b// PG3/R6.15a// PG4/R15.15// PG5/R13.15// [na base da troca] PG6/R14.15// PG9/R2.15// PG13/R6.15// PG15/R3.15// PG8/R5.15// PG17/R6.15// PG10/R2.15// PG16/R7.15// PG11/R12.15// PG12//R8.15// PG7/R3.15 “Tem-me apoiado muito...não sei o que seria de mim...tem sido muito importante.”	16	
	Aumentou	PG8/R5.15// PG10/R2.15// PG16/R7.15// PG11/R12.15// PG12//R8.15// PG7/R3.15 [Agora] “É uma relação a 100%, é aquilo que todas as mulheres querem quando se sentem doentes e quando não se sentem também. Era este tipo de relação que desejava antes de estar doente.”	6	
	Constante	PG15/R3.15// PG17/R6.15 “Excelente, mas sempre excelente. Sempre da mesma maneira, com a mesma disponibilidade.”	2	

<b>Projeções futuras</b>	Alterações Futuras	Positivas	PG1/R18.16a// PG1/R18.16b//[ [nada será igual] PG15/R4.16// [já não tem que se preocupar em engravidar] <i>“...mas eu acho que vou passar a valorizar isso [um gesto, uma palavra]...acho que ganhei ali um amigo já o tinha mas descobri ao fim de dez anos...”</i>	2
		Negativas		0
	Ausência de mudanças		PG2/R22.16//PG3/R8.16a// PG3/R8.16b// PG3/R8.16d// PG4/R18.16c// PG8/R6.16// PG9/R4.16b// [casamento antigo] PG17.R7.16// [casamento antigo] PG15/R4.16// [porque filhos já são crescidos] <i>“eu acredito que amanhã será igual porque o meu casamento de 30 anos nunca teve desequilibrado.”</i>	7
	Não sabe		PG10/R13.16// [ele é muito fechado] <i>“Não sei...eu nunca sei como será a reacção dele...é fechado...na minha cabeça já está alterada...mas estas coisas já vêm detrás...antes da doença...a mim a doença não trouxe mudanças...”</i>	1
	Doença levou à reflexão e levará mudança de atitude	Mais acordo	PG1/R18.16c// <i>“Eu penso que sim...vai haver mais acordo [entre ambos]...”</i>	1
		Mais afecto	PG5/R14.16 <sup>a</sup> // PG12/R9.16//[mudou com a doença e vai manter-se como está actualmente] <i>“Talvez o afecto...aumentou e futuramente também...”</i>	2
		Mais conversas	PG1/R18.16c// <i>“...eu acho que ele vai falar mais...”</i>	1
		Mais calma ou tolerância	PG5/R14.16a// PG16/R8.16// PG7/R4.16a <i>“Vou tentar ter uma postura mais calma...sou muito impulsiva...e isso atrapalha a</i>	3

			<i>relação...começo a ver a vida de outra forma...</i>	
		Decisões mais pensadas	PG6/R15.16 <i>“...talvez a tomada das decisões...vamos continuar a estar em acordo...mas são mais pensadas.”</i>	1
		Conhecerem- se melhor	PG5/R14.16a <i>“conhecer-me a mim e a ele...”</i>	1

Seguidamente serão comentadas as categorias e subcategorias temáticas, que surgem como mais significativas. Estabeleceu-se um critério de significância para as subcategorias, sendo necessárias pelo menos 3 das participantes terem produzido verbalizações que contribuíram para a definição da subcategoria em causa.

Das pacientes que foram questionadas, de uma forma geral, sobre possíveis alterações que o conhecimento do diagnóstico implementou na vida conjugal, 7 revelaram a ausência de alterações, e 3 afirmaram a existência de mudanças positivas, como por exemplo, uma maior aproximação entre o casal.

Uma das alterações positivas a nível conjugal mais patente nas respostas foi precisamente o aumento da afectividade na fase posterior ao diagnóstico, verbalizado por 7 mulheres, que realçaram um aumento da expressão afectiva por parte do marido. Ainda relativamente ao tema da afectividade, 4 mulheres revelaram a ausência de alterações.

Nas discussões entre o casal, 4 participantes revelaram mudanças positivas com a doença, salientando o aumento da preocupação dos companheiros em que estas mulheres se mantenham mais calmas desde que estão doentes.

Nos hábitos sexuais, 6 participantes referiram limitações físicas ou psicológicas que as impedem de manterem a sua vida sexual após o diagnóstico da doença. Seis participantes disseram que apesar de existirem alterações a este nível, estas foram acompanhadas por compreensão por parte do companheiro e de acordo entre o casal.

Relativamente à religiosidade, 3 participantes referem mudanças negativas, 2 das quais falam do facto dos maridos ficarem revoltados com Deus, e a outra refere ter começado a praticar *Reiki*, atitude que o marido discorda.

No que diz respeito à tomada das grandes decisões, 4 participantes afirmaram que as decisões continuaram a ser tomadas em conjunto, tal como acontecia antes do diagnóstico da doença. Especificamente nas decisões de carreira, 3 pacientes manifestaram a existência de acordo no casal, e outras 3 revelaram desacordo. De notar que desta últimas, 2 salientaram que o desacordo surgiu com a doença.

A nível dos costumes, 4 pacientes disseram manter os costumes depois do diagnóstico da doença, e uma delas especifica ainda que tiveram de assegurar os costumes mais importantes de forma a manter, tanto quanto possível, o nível de bem-estar do filho.

Nos interesses comuns, 4 participantes afirmaram continuar a partilhar os mesmos interesses com o companheiro, mesmo depois do diagnóstico da doença. Quatro falaram ainda na existência de projectos comuns entre o casal

Relativamente à hipótese de terminar a relação marital, 3 pacientes afirmaram nunca terem colocado essa hipótese, enquanto que 1 refere que este tema quando abordado é-o meramente em termos de brincadeira. Três verbalizaram peremptoriamente nunca terem estado arrependidas de iniciar a relação com o companheiro.

No apoio prestado pelo companheiro durante o processo de doença, a totalidade de participantes classificaram-no como positivo e atribuíram-lhe importância neste processo. Seis delas referiram ainda que o apoio aumentou depois do diagnóstico da doença.

No que respeita às perspectivas futuras, 7 participantes mostraram acreditar que não vão sentir alterações na relação conjugal a partir do momento da cirurgia, e 8 referiram que a doença as levou a reflectir, o que poderá levar a uma mudança de atitude, salientando a possibilidade de existir mais acordo (1), mais afecto (2), mais conversas (1) e mais reflexão na tomada das decisões enquanto casal (1) e, ainda, de confrontarem o meio com mais calma (3) e de se vir a conhecer melhor a si própria (1).

Em suma, existiram participantes que manifestaram a inexistência de alterações na vida conjugal de uma forma geral, perante o conhecimento do diagnóstico, e outras que falaram de alterações positivas. Estas mudanças positivas prendem-se essencialmente com o aumento da expressão afectiva entre o casal e a diminuição das discussões. No entanto, outras pacientes manifestaram a ausência de alterações na afectividade, na tomada das grandes decisões, nos costumes e nos interesses e projectos comuns. No que respeita especificamente às decisões de carreira a doença pode implementar divergências entre o casal, e nos casos em que isso se verifica estas parecem estar relacionadas com uma tentativa de protecção por parte do companheiro, que é vista como excessiva pela mulher.

Na área da sexualidade foram apontadas alterações de hábitos, devido a limitações quer físicas quer psicológicas, mas estas são acompanhadas pela compreensão e acordo do companheiro.

Mediante os dados obtidos através da entrevista, nenhuma das pacientes parece arrepende-se de ter iniciado a relação com o seu companheiro, não tendo sido nunca colocado a hipótese de terminar a relação.

O apoio do companheiro na doença é visto por todas as participantes como positivo, e muitas das mulheres fazem questão de frisar a importância desta ajuda no confronto com a doença. Em alguns destes casos há verbalizações indicadoras de um aumento do apoio e aproximação do companheiro depois do diagnóstico.

Na visão prospectiva destas mulheres existe uma divisão de opiniões. Por um lado, evidencia-se a convicção de não virem a sentir alterações na vida conjugal após a cirurgia, e por outro, o facto de a doença as ter levado a reflectir poderá produzir consequentemente mudanças de atitude, contribuindo para um aumento do acordo com o companheiro e do afecto entre ambos.

## Discussão

Na presente investigação estudou-se a influência do cancro ginecológico e de mama no nível de ajustamento conjugal, numa amostra de 17 mulheres hospitalizadas, que realizaram recentemente a primeira cirurgia relativa a esta doença. Os objectivos prendiam-se especificamente com a avaliação da percepção retrospectiva da mulher em dois momentos distintos, antes e depois do diagnóstico. Para este efeito utilizou-se a Revisão da Escala de Ajustamento Diádico, realizada por Busby e col. (1999). Posteriormente, com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada explorou-se as diferenças nos dois momentos avaliados pela escala, o apoio prestado depois do diagnóstico e ainda a visão prospectiva da doente relativamente ao ajustamento marital.

Para uma melhor compreensão, os resultados obtidos neste estudo serão discutidos à luz dos objectivos propostos, e no final desta secção proceder-se-á à sua integração.

### **1 - Avaliar a percepção retrospectiva da mulher relativamente ao ajustamento conjugal em dois momentos: antes do diagnóstico e depois do diagnóstico até ao pós-cirúrgico.**

Através dos resultados obtidos podemos perceber, antes de mais, que a maioria das mulheres desta amostra revelam um nível elevado de ajustamento marital, tanto na fase anterior como na fase posterior ao conhecimento do diagnóstico. A análise dos dados revelou também que o nível de ajustamento conjugal antes da tomada de conhecimento do diagnóstico (Q1) e depois do diagnóstico até ao momento da aplicação da escala (Q2) estão correlacionados, mantendo uma associação positiva. Contudo, a fase posterior ao conhecimento do diagnóstico revelou-se ainda mais ajustada do que a fase anterior.

Neste sentido, O'Mahoney & Carroll (1997) salientaram que, se por um lado, a doença pode conduzir a efeitos negativos no relacionamento, por outro, também pode levar a efeitos positivos. Nas relações com um bom nível de ajustamento notam-se, muitas vezes, experiências de melhoramento, especialmente nas áreas de proximidade entre o casal e comunicação. Pode-se acrescentar que os casais com mais problemas ao nível do relacionamento antes do diagnóstico da doença têm um risco acrescido para a existência de dificuldades de ajustamento durante a vivência do processo de cancro.

No presente estudo as mulheres, de uma forma geral, relataram a inexistência de alterações na vida conjugal, ou pelo contrário, a implementação de mudanças positivas, como a aproximação entre o casal, a existência de mais acordo e diminuição das discussões, acompanhada pela preocupação do marido de que a doente não se enerve. Contudo, a ideia referida por O'Mahoney & Carroll (1997), e também por Friedman e col. (1988), de que os casais com dificuldades no ajustamento quando se deparam com a doença tendem a enfrentar dificuldades no ajustamento durante esse processo não é corroborada por este estudo. Neste sentido, os dados analisados mostraram que a paciente G10, manifestou um nível de ajustamento baixo antes do diagnóstico. Nível de ajustamento esse que continuou a ser baixo após o diagnóstico. Contudo, a doente notou uma melhoria na relação conjugal após a doença, com menos discussões e mais acordo. Mesmo assim, o arrependimento de ter iniciado a relação e a vontade em separar-se continuaram patentes. Por outro lado, a paciente G12, que considerou a existência de discussões e insatisfação com a expressão afectiva do marido, afirmou existir uma mudança positiva da parte deste, passando a ter, depois do diagnóstico, o tipo de relação conjugal que sempre desejou. Com estes exemplos, pretende-se mostrar que independentemente da insatisfação prévia com a relação, a doença parece implementar alterações positivas nestes casais.

Friedman e col. (1988) também frisaram a importância da expressão de sentimentos e coesão familiar no confronto com o processo de cancro, e no presente estudo, o aumento da expressão emocional representa um aspecto positivo implementado pela doença, que as mulheres vêm com satisfação.

Ainda relativamente a itens específicos, verificamos na maioria dos itens a existência de uma correlação elevada entre os resultados obtidos para o mesmo item nos dois momentos distintos, sendo as correlações mais elevadas as referentes ao item 4, que se prende com o acordo relativamente às relações sexuais e ao item 9, relativo à hipótese de terminar em relação. As excepções dizem respeito aos itens 8 (frequência das discussões) e 10 (enervar-se um ao outro).

Começando pelas discussões e enervamento recíproco no casal, verifica-se um aumento da preocupação do parceiro, que procura evitar discussões para poupar a doente. Ou seja, o parceiro pode sentir dificuldades em lidar com as constantes crises emocionais impostas pela doença, desejando assim proteger a companheira (Northouse, 1994 cit. por Bakewell, R. T. & Volker, D. L., 2005).

O término da relação também apresenta uma correlação elevada entre os dois momentos, e quando cruzamos os dados qualitativos com os quantitativos percebemos que só uma mulher, G10, teve vontade de terminar a relação conjugal que mantém há 10 anos (resposta à Escala), mas mesmo assim reconheceu que o companheiro adquiriu um comportamento mais calmo desde que ela está doente (resposta obtida na entrevista). Contudo, essa vontade permanece (resposta à Escala).

Também o acordo entre o casal nas relações sexuais está relacionado nos dois momentos de aplicação da Escala. Esta correlação elevada prende-se com a ideia de que a insatisfação na actividade sexual após a cirurgia está associada à caracterização da actividade sexual anterior à cirurgia, tendo qualidade do relacionamento conjugal um papel fundamental neste contexto (Ramos & Patrão, 2005). No presente estudo notou-se que apesar de existirem alterações nos hábitos sexuais devido a problemas físicos ou psicológicos, estas mulheres referiram acordo e compreensão por parte do marido. Aquelas que revelaram menos acordo neste item são precisamente aquelas que obtêm pontuações menos elevadas no ajustamento conjugal quando comparadas com as restantes participantes. Estes resultados corroboram a afirmação de que a qualidade da relação conjugal é um importante preditor da saúde sexual (Henson, 2002; Ramos & Patrão, 2005). É também reforçada a provável necessidade dos casais, que se confrontam com cancro ginecológico ou de mama, necessitarem de um processo de reaprendizagem do comportamento sexual e, essencialmente de estratégias alternativas para expressar o seu afecto (Speer e col., 2005)

Relativamente às 3 subescalas (satisfação, coesão e consenso) envolvidas nesta escala, percebemos que os itens não são suficientemente discriminativos entre si para distinguirem os dois momentos de resposta. Assim, o instrumento é mais discriminativo em bloco do que cada subescala individualmente, o que já tinha sido anotado por outros estudos (e.g. Kazak e col., 1988).

Através da análise quantitativa percebemos que, das variáveis demográficas e variáveis médicas, apenas a idade da paciente; a idade do companheiro; e a duração do casamento ou união de facto, estão correlacionadas negativamente com a diferença do nível de ajustamento conjugal na fase anterior e posterior ao diagnóstico. Ou seja, as pacientes ou companheiros mais jovens tendem a sentir uma maior diferença (Q2-Q1) no nível de ajustamento perante o diagnóstico, o que neste estudo revela a existência de melhorias mais acentuadas nestes casais, e uma tendência para a estabilidade nos casais mais antigos.

Por último, as correlações entre o tempo decorrido desde o diagnóstico até ao momento da cirurgia, a escolaridade da participante, a escolaridade do companheiro, a duração da fase de namoro, o número de filhos em comum e a profissão do companheiro não pesaram no processo de ajustamento marital. A profissão da mulher só pesou no momento posterior ao diagnóstico.

## **2 – Percepção da mulher acerca do apoio prestado pelo marido, desde o conhecimento do diagnóstico.**

Todas as mulheres da amostra estudada descrevem o apoio do companheiro como positivo, mesmo aquelas cujo nível de ajustamento é considerado baixo. Grande parte das doentes classifica este apoio como importante no processo de doença, havendo casos em que é salientado um aumento da atenção e auxílio do marido após o conhecimento do diagnóstico. Vários estudos anteriores sugerem que o suporte do parceiro pode ser particularmente importante no ajustamento psicológico e qualidade de vida da doente (Pistrang & Barker, 1995; Pistrang e col., 1997; O'Mahoney & Carroll, 1997; Henson, 2002; Wenzel e col., 2005, Helgeson & Cohen, 1996). Os resultados do estudo agora apresentado sugerem a possibilidade da doença levar a uma maior aproximação entre os casais, mesmo naqueles que vivenciam conflitos antes do diagnóstico, levando em alguns casos, a uma reflexão e eventual mudança de atitude, no sentido de assegurarem um nível mais elevado de ajustamento marital.

## **3 – Percepção prospectiva da mulher relativa ao nível de ajustamento conjugal.**

O futuro da relação conjugal não preocupa estas mulheres. Enquanto que algumas acreditam que esta experiência de doença não vai alterar em nada a relação, para outras, esta experiência de doença pode mesmo contribuir para algumas melhorias, tais como o aumento de expressão afectiva e proximidade, mais acordo no seio do casal, mais diálogo e maior tolerância entre marido e mulher.

Desta discussão realizada em torno dos objectivos proposto, notamos que o nível de ajustamento conjugal nesta amostra foi elevado, estando o nível desse mesmo ajustamento na fase posterior ao diagnóstico relacionado com o nível de ajustamento anterior ao diagnóstico. Parte das participantes relataram a inexistência de alterações na vida conjugal com o conhecimento do diagnóstico, e outras, manifestaram a

implementação de mudanças positivas. Neste sentido, mesmo os casais que revelam pior ajustamento na fase anterior ao diagnóstico notaram um aumento desse ajustamento na fase posterior ao mesmo.

A vivência da sexualidade depois do diagnóstico parece estar relacionada com as características dessa mesma vivência antes do diagnóstico, e ainda com o nível de ajustamento marital antes do diagnóstico. Portanto, as alterações dos hábitos sexuais exigem que o casal encontre formas alternativas de expressar afectos, podendo-se verificar assim, neste estudo um aumento da expressão afectiva, o qual foi sentido por estas mulheres com satisfação. Parece, assim que existiu um movimento de compensação, comum a muitos dos casais que viram a sua vida sexual restringida por condições físicas ou psicológicas alteradas pela doença. As mulheres mais jovens mostraram os maiores acréscimos do nível do ajustamento marital da fase anterior para a fase posterior ao diagnóstico, o que nos remete para a possibilidade da existência de uma maior estabilidade no ajustamento marital nas pacientes mais velhas. Parece que estes casais mais recentes evidenciam o poder que a doença teve em fazê-los reflectir sobre a relação marital, conduzindo a uma eventual mudança de atitudes que poderá contribuir para um melhor ajustamento marital e individual.

Depois de confrontadas com o diagnóstico da doença e com a cirurgia, que na maioria dos casos constituiu a primeira intervenção terapêutica na doença em causa, estas mulheres classificam o apoio do companheiro como positivo neste processo, revelando-se este apoio importante no ajustamento psicológico e na qualidade de vida da doente. O futuro da relação marital parece não preocupar as participantes, que em alguns casos acreditam que a doença não implementará mudanças no nível de ajustamento conjugal, e noutros, que introduzirá mudanças positivas na afectividade, aproximação entre o casal, acordo, diálogo e tolerância.

## Conclusão

O diagnóstico de cancro ginecológico ou de mama impõe um conjunto de alterações físicas e psicológicas à mulher, podendo por isso influenciar o nível de ajustamento conjugal. Contudo, existem muitos casais que não notam alterações no ajustamento conjugal, e outros que revelam a existência de mudanças positivas, como a aproximação entre marido e mulher, o aumento do acordo, da expressão afectiva, a diminuição das discussões e aumento da tolerância.

Na sexualidade, estas mulheres manifestam a necessidade de alterarem hábitos devido a factores físicos ou psicológicos, no entanto, o acordo e compreensão do companheiro é um importante factor nestas situações. O ajustamento marital parece influenciar a adaptação a estas limitações sexuais. O casal vê-se assim com necessidade de encontrar formas de compensar esta limitação sexual, sendo notório o aumento da expressão afectiva. Este aumento da expressão afectiva pode estar ligado à reflexão sobre a vida a que a doença muitas vezes leva, e consequentemente à mudança de atitude, no sentido de um maior nível de ajustamento entre o casal.

Perante o confronto com a doença e a primeira intervenção cirúrgica, as mulheres revelam que o apoio do companheiro é fundamental no seu ajustamento psicológico e qualidade de vida. Neste sentido, o futuro da relação marital não é receado pelas participantes, que acreditam que a doença não implementará mudanças ao nível do ajustamento, ou mesmo que poderá continuar a implementar alterações positivas a nível da afectividade, da aproximação entre o casal, do acordo, do diálogo e da tolerância.

Em suma, a vivência dos cancros ginecológicos ou de mama representa uma nova experiência de vida para o casal. Apesar de, ao nível do senso comum as alterações negativas serem esperadas como as mais prováveis no ajustamento marital, a situação de doença pode também induzir alterações no sentido positivo, levando o casal a aproximar-se mais, a compreender-se melhor e assumir-se como uma única entidade.

## Limitações e implicações futuras

É importante não terminar esta discussão sem apontar as limitações inerentes a este estudo, sugerindo novas ideias para estudos futuros, a fim de explorar, cada vez mais, a influência dos cancros ginecológicos e de mama no ajustamento marital.

Uma das principais limitações, se não mesmo a mais visível, reside na dimensão reduzida da amostra em estudo. Este facto impossibilita a generalização dos resultados para a população geral.

Os estudos transversais de que este é um exemplo, embora sejam aqueles em que os doentes mais se disponibilizam a participar e que apresentam menos gastos aos mais diversos níveis, acabam por confinar a avaliação à percepção retrospectiva e prospectiva. Um estudo longitudinal ou um estudo misto poderia fornecer informação mais realista em cada momento de recolha de dados, uma vez que permite aceder a experiências realmente vividas ao longo do tempo.

É importante ainda realçar que a definição da variável de ajustamento marital continua a ser inconsistente, não incluindo todas as dimensões deste conceito, sendo necessário operacionalizá-la devidamente, e construir-se instrumentos ou desenvolverem-se procedimentos que permitam aceder de forma adequada à variável em causa.

Como foi referido na metodologia, fazia parte da entrevista semi-estruturada uma questão que visava explorar a influência da relação na doença. Contudo, esta questão não foi suficientemente bem colocada a fim de averiguar esse efeito, conduzindo as respostas somente para o apoio prestado pelo companheiro. Deste modo, esta questão poderia ser reformulada no sentido de avaliar exactamente esse efeito recíproco.

Outra limitação metodológica prende-se com a decisão de na primeira questão da entrevista questionar as participantes apenas sobre as diferenças nos resultados dos dois momentos da Escala. Em alternativa, poder-se-ia questionar todas as participantes sobre todos os itens, o que apesar de consumir mais tempo permitiria uma visão mais precisa das diferenças no ajustamento marital entre os dois momentos avaliados e tornaria a análise qualitativa mais rica.

Uma outra limitação prende-se com o facto da amostra só incluir a percepção da doente, e não a do companheiro. Além da percepção da doente do nível de ajustamento

marital poderia avaliar-se também a percepção do companheiro, o que possibilitaria o levantamento de outras questões de investigação.

Por último, seria interessante para além de avaliar apenas o ajustamento marital utilizar instrumentos que acedam também aos tipos de confronto com a doença, à capacidade de resolução de conflitos, à ansiedade e depressão, à hostilidade/irritabilidade e ao funcionamento do sistema familiar, com o objectivo de comparar estas variáveis com o nível de ajustamento marital.

## Bibliografia

Andersen, B. & Jochimsen, P. (1985). Sexual Functioning Among Breast Cancer, Gynecologic Cancer, and Healthy Women. *Journal of Consulting and Psychology*, 53 (1), 21-32.

Arora, N., Rutten, L., Gustafson, D., Moser, R. & Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474-486, retirado em 6 Fevereiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=8&sid=409c0427-ee28-4905-8712-f0725bd7318c%40sessionmgr7>

Auchincloss, S. (1995). After Treatment Psychosocial Issues in Gynecologic Cancer Survivorship. *Cancer*, 7(10), 2117-2124.

Auchincloss, S. & McCartney, C. (1998). Gynecological cancer, *In* J. Holland & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology*, (p.359-370). New York: Oxford University Press.

Badr, H., Basen-Engquist, K., Taylor, C. & Moor, C. (2006). Mood States Associated with Transitory Physical Symptoms Among Breast and Ovarian Cancer Survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), 461-475.

Bakewell, R. T. & Volker, D. L. (2005). Sexual Dysfunction Related to the Treatment of Young Women With Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(6), 697-702, retirado em 2 Fevereiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=102&sid=29f25450-445d-42e9-bbc2b2a68182aa28%40sessionmgr104>

Ben-Zur, H., Gilbar, O. & Lev, S. (2001). Coping With Breast Cancer: Patient, Spouse, and Dyad Models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.

Bodurka-Bervers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C., Fitzgerald, M., Wolf, J., De Moor, C., and Gershenson, D. (2000). Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 78: 302-308.

Busby, D., Christensen, C., Crane, D. & Larson, J., (1995). A revision of the adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(3), 231-237.

Carter & Carter (1993). Individual and Marital Adjustment in Spouse Pairs Subsequent to Mastectomy. *The American Journal of Family Therapy*, 21(4), 291-300, retirado em 10 Fevereiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=21&sid=5c31c2a3-85e4-4260-9222-1b096926a939%40SRCSM1>

Compas, B. & Luecken, L. (2002). Psychological Adjustment to Breast Cancer. *American Psychological Society*, 11(3), 111-114.

- Cordova, M., Studts, J., Hann, D., Jacobsen, P. & Andrykowski, M. (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 301–319, retirado em 12 Fevereiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=120&sid=e6a4d25e-fe09-4076-8d75-cd0ec6770589%40sessionmgr108>
- Coyne, J. C., Benazon, N. R., Gaba, C. G., Calzone, K., & Weber, B. L. (2000). Distress and psychiatric morbidity among women from high-risk breast and ovarian cancer families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 864–874, retirado em 7 Fevereiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=17&sid=a6de8e78-f032-4a1a-8626-ebc8c561c08b%40sessionmgr2>
- Crane, D., Middleton, K. Bean, R. (2000). Establishing Criterion Scores for the Kansas Marital Satisfaction Scale and the Revised Dyadic Adjustment Scale. *The American Journal of Family Therapy*, 28 (1) 53-60, retirado 3 de Janeiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=21&sid=1cb8449d-3fed-40ae-ad94-aabddb257366%40sessionmgr8>
- Dias, M. R. & Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Dow, K. H. (1995). A Review of Late Effects of Cancer in Women. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(2), 128-136.
- Epping-Jordon, J., Compas B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315–326.
- Fang, C., Manne, S. & Pape, S. (2001). Functional Impairment, Marital Quality, and Patient Psychological Distress as Predictors of Psychological Distress among Cancer Patients' Spouses. *Health Psychology*, 20 (6) 452-457.
- Fincham, F., Bradbury, T. (1987). The Assessment of Marital Quality: A Reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*, 49(4), 797-809, retirado em 8 Janeiro, 2008 de <http://www.jstor.org/cgibin/jstor/printpage/00222445/ap020092/02a00160/0.pdf?backcontext=table-of contents &dowhat =Acrobat&config=jstor&userID= c2750266@ul. pt/01c0a8346a10cd1174519014c&0.pdf>
- Friedman, L., Baer, P., Nelson, D., Lane, M., Smith, F. & Dworkin, R. (1988). Women With Breast Cancer: Perception of Family Functioning and Adjustment to Illness. *Psychosomatic Medicine* 50, 529-540.
- Friedman, L., Nelson, D., Baer, P., Lane, M., Smith, F. (1990). Adjustment to breast cancer: A replication study. *Journal Psychosocial Oncology*, 8: 27–40.
- Ganz, P., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38(2) 183-199.

Ganz, P., Greendale, G., Petersen, L., Kahn, B. & Bower, J. (2003). Breast Cancer in Younger Women: Reproductive and Late Health Effects of Treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4184-4193.

Green, B., Krupnick, J., Rowland, J., Epstein, S., Stockton, P., Spertus, I., Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (5), 1084–1093.

Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegner, I., & Pongratz, E. (2002). Prospective Assessment of Quality of Life of Female Cancer Patients. *Gynecologic Oncology*, 85, 140-147.

Groth- Marnat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment* (3rd ed.) NY: John Wiley. Cap. 3 – Assessment interview (pp. 67-97).

Helgeson, V. & Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15 (2) 135-148.

Henson, H. K (2002). Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 20(4), 261-275, retirado em 10 Janeiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=8&sid=9ce488cb-3872-444e-a380-790996700f61%40SRCSM2>

Holland, J. (1998). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.

Hoskins, C., Baker, S., Budin, W., Ekstrom, D., Maislin, G., Sherman, D., Steelman-Bohlander, J., Bookbinder, M. & Knauer, C. (1996). Adjustment among husbands of women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*., 14, 41–69.

Hoskins, W. J., Perez, C. A. & Young, R. C. (1992). *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Lippincott Company: Philadelphia.

Huber, C. Ramnarace, T. & McCaffrey, R. (2006). Sexuality and Intimacy Issues Facing Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1163-1167, retirado em 11 Janeiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=7&sid=6b986565-f51d-4f70-adcc-73741eff3003%40SRCSM2>

Instituto Nacional de Estatística, Classificação Nacional das profissões (versão 1994), retirado em 1 de Junho, 2008 de [http://metaweb.ine.pt/sine/UInterfaces/SineVers\\_Cat.aspx](http://metaweb.ine.pt/sine/UInterfaces/SineVers_Cat.aspx)

Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. & Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67, 1097–1117.

Joffe, H. & Yardley, L. (2004). Content and thematic analyses. In, D. Marks & L. Yardley (Eds), *Research Methods for Clinical and Health Psychology* (p.56-68). London: Sage Publications.

Joyce-Moniz, L. & Barros (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde*. Porto: Edições Asa.

Kazak, A., Jarmas, A. & Snitzer, L. (1988). The Assessment of Marital Satisfaction: An Evaluation of the Dyadic Adjustment Scale, *Journal of Family Psychology*, 2(1), 82-91, retirado 8 Janeiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=115&sid=ceddbf08-36c6-413f-afd2-d852421431c9%40sessionmgr103>

Knobf, M. T. (2007). Responses in Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83

Kornblith, A., Thaler, H., Wong, G., Vlamis, V., Lepore, J., Loseth, D., Hakes, T., Hoskins, W. & Portenoy, R. (1995). Quality of Life of Woman with Ovarian Cancer. *Gynecologic Oncology*, 59, 231-242.

López, F.R. & Santacana, M. F. (2003). Evaluación psicológica entendida como processo. In M. F. Santacana (Coord.). *Evaluación psicológica (pp. 5-45)*. Barcelona: UOC.

Lutgendorf, S., Anderson, B., Ullrich, P., Johnsen, E., Buller, R., Sood, A., Sorosky, J., Ritchie, J. (2002). Quality of Life and Mood in Women with Gynecologic Cancer. A One Year Prospective Study. *Cancer*, 94(1), 131-140.

Mathieson, C.M. (1999). Interviewing the ill and the healthy: Paradigm or process?, In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (p. 117-132). London: Sage Publications.

Morasso, G., Costantini, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Musso, M., Garrone, O., & Venturini, M. (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 216-223.

Northouse, L., Caffey, M., Deichelbohrer, L., Schmidt, L., Guziatek-Trojniak, L., West, S., Kershaw, T., & Mood, D. (1999). The quality of life of African-American women with breast cancer. *Research Nursing & Health*, 22 (6), 449-460.

Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D. & Schafenacker, A. (2005). Effects of a Family Intervention on the Quality of Life of Women With Recurrent Breast Cancer and their Family Caregivers. *Psycho-Oncology*, 14(6), 478 – 49, retirado em 10 Janeiro, 2008, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=8&sid=409c0427-ee28-4905-8712-f0725bd7318c%40sessionmgr7>

Northouse, L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S. & George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science & Medicine*, 50, 271-284.

Northouse, L., Templin, T. & Mood, D. (2001). Couples' Adjustment to Breast Disease During the First Year Following Diagnosis. *Journal of Behavioural Medicine*, 24(2), 115-136.

Northouse, L., Templin, T., Mood, D. & Oberst, M. (1998). Couples' Adjustment to Breast Cancer and Benign Breast Disease: A Longitudinal Analysis. *Psycho-Oncology*, 7(1) 37–48, retirado 10 Janeiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=106&sid=409c0427-ee28-4905-8712-f0725bd7318c%40sessionmgr7>

O'Mahoney, J. & Carroll, R. (1997). The Impact of Breast Cancer and Its Treatment on Marital Functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4 (4), 397-415.

Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente Oncológico e a sua Família*. Climepsi Editores: Lisboa.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). Análise de dados para as ciências sociais – A complementaridade do SPSS (2ª ed. rev.). Lisboa: Sílabo.

Pistrang, N. & Barker, C. (1995). The Partner Relationship in Psychological Response to Breast Cancer. *Social Science & Medicine*, 40 (6), 789-797.

Pistrang, N., Barker, C. & Rutter, C. (1997). Social Support as Conversation: Analysing Breast Cancer Patients' Interactions With Their Partners. *Social Science & Medicine*, 45(5), 773-782.

Spanier, G. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28, retirado em 8 Janeiro, 2008 de <http://www.jstor.org/cgi-bin/jstor/printpage/00222445/ap020092/02a00160/0.pdf?backcontext=table-ofcontents&dowhat=Acrobat&config=jstor&userID=c2750266@ul.pt/01c0a8346a10cd1174519014c&0.pdf>

Shover, L., Fife, Gershenson, D. (1989). Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer*, 63(1), 204-212, retirado em 7 Janeiro, 2008 de <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112685236/PDFSTART>

Spanier, G. & Thompson, L. (1982). A Confirmatory Analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44(3), 731-738, retirado em 8 Janeiro, 2008 de <http://www.jstor.org/cgi-bin/jstor/printpage/00222445/ap020077/02a00180/0.pdf?backcontext=table-of-contents&dowhat=Acrobat&config=jstor&userID=c2750266@ul.pt/01c0a8346a10cd1174519014c&0.pdf>

Speer, J., Hillenberg, B., Sugrue, D., Blacker, C., Kresge, C., Decker, V., Zakalik, D. & Decker, D. (2005). Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal*, 11(6) 440 – 447, retirado em 10 Fevereiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=106&sid=15dae766-d296-45e5-b92b-37babfa49f34%40sessionmgr103>

Ramos, A. S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII): 295-304.

- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Taylor, C., Basen-Engquist, K., Shinn, E. & Bodurka, D. (2004). Predictores of Sexual Functioning in Ovarian Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 22(5), 881-889, retirado em 11 Janeiro, 2008 de <http://jco.ascopubs.org/cgi/reprint/22/5/881>
- Wagner, D., Bigatti, S. & Storniolo, A. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15(2), 109-120, retirado 10 Janeiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=104&sid=409c0427-ee28-4905-8712-f0725bd7318c%40sessionmgr7>
- Wenzel, L., DeAlba, I., Habbal, R., Kluhsman, B., Fairclough, D., Krebs, L., Anton-Culver, Berkowitz, H., Aziz, N. (2005). Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 97(2), 310-317.
- Wenzel L., Fairclough D., Brady M., Cella D, Garrett K., Kluhsman B., Crane, L. & Marcus, A. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment, *Cancer*, 86(9), 1768-1774, retirado 5 Janeiro, 2008 de <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/75504139/PDFSTART>
- Wilkinson, S., Joffe, H. & Yardley, L. (2004). Qualitative data collection: interviews and focus groups. In, D. Marks & L. Yardley (Eds), *Research Methods for Clinical and Health Psychology* (p.39-55). London: Sage Publications.
- World Health Organization (WHO), retirado em 5 Junho, 2008 de <http://www.who.int/infobase/report.aspx?iso=PRT&rid=119&goButton=Go>
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28, retirado de 11 Janeiro, 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=112&sid=58910db7-6822-47c5-9014-da2a886f95e8%40sessionmgr10>