

INSTITUTO UNIVERSITARIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**A EXPERIÊNCIA DE SOBREVIVER AO CANCRO:
O PAPEL DA REDE DE APOIO E O MEDO DA RECORRÊNCIA**

Trabalho submetido por
Lauriane BARTIER
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Julho de 2025

INSTITUTO UNIVERSITARIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**A EXPERIÊNCIA DE SOBREVIVER AO CANCRO: O PAPEL DA REDE
DE APOIO E O MEDO DA RECORRÊNCIA**

Trabalho submetido por
Lauriane Bartier
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Elisa Kern de Castro
e coorientado por
Prof. Doutor Michel Binet

Julho de 2025

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que me acompanharam e apoiaram durante a realização desta dissertação.

Agradeço em especial à Professora Elisa Kern de Castro, pela sua orientação, pelos conselhos valiosos e pela disponibilidade ao longo de todo este trabalho.

Os meus agradecimentos vão também para o Professor Michel Binet, pela sua competência e apoio contínuo ao longo deste percurso.

Expresso igualmente o meu reconhecimento à minha família e aos meus amigos, pela paciência, pelo apoio emocional e pelos constantes incentivos.

Por fim, agradeço calorosamente aos participantes do meu estudo pela sua valiosa contribuição.

Declaração de Honra

Código | IMP-EM-EI-111_00

Declaro, por minha honra, que o presente trabalho académico é original e foi elaborado por mim própria, não se tendo recorrido a quaisquer outras fontes, para além das indicadas, usadas, adotadas literalmente ou adaptados a partir dos seus originais (em fontes impressas, não impressas ou na internet) e encontram-se adequados, identificados e citados, com observância das convenções do trabalho académico em vigor.

Mais declaro que esta Dissertação/Tese « A experiencia de sobreviver ao cancro: o papel da rede de apoio e o medo da recorrência » não foi apresentada, para efeitos de avaliação, a qualquer outra entidade ou instituição, para além da(s) diretamente envolvida(s) na sua elaboração, e que os conteúdos das versões impressa e eletrónica são inteiramente coincidentes.

Declaro, igualmente, encontrar-me ciente de que a inclusão, neste texto, de qualquer falsa declaração terá consequências legais.

Data: 12/07/2025

Declaração Conflito de Interesses (DCI)

Código | IMP-EM-EI-110_00

Eu Lauriane Caroline Raphaelle Bartier, referente a Dissertação/Tese « A experiencia de sobreviver ao cancro: o papel da rede de apoio e o medo da recorrência » declaro que não possuo conflitos de interesse de ordem pessoal, comercial, académica, político ou financeiro.

*caso exista conflito de interesse deve o autor sob compromisso de honra, declarar existir conflito (s) de interesse na sua participação do referido trabalho.

Data: 12/07/2025

Declaração de Financiamento

Código | IMP-EM-EI-113_00

Eu Lauriane Caroline Raphaele Bartier, referente a Dissertação/Tese « A experiência de sobreviver ao cancro: o papel da rede de apoio e o medo da recorrência » declaro que o meu trabalho não se encontra financiado.

*Caso o trabalho se encontre financiado deve o autor referir:

O Montante e Fonte de financiamento

A designação da Entidade Financiadora (entidades públicas, entidades privadas, autofinanciamento)

Breve descrição da parte ou do todo do projeto Financiado

Data: 12/07/2025

Declaração de Ética e Registo

Código | IMP-EM-EI-112_00

Eu Lauriane Caroline Raphaele Bartier, referente a Dissertação/Tese « A experiencia de sobreviver ao cancro: o papel da rede de apoio e o medo da recorrência » declaro que o meu trabalho integra o projeto mais amplo intitulado “A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro”, aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz, sob o número de processo 1453.

Data: 12/07/2025

Resumo

A presente dissertação visa explorar a experiência vivida por mulheres sobreviventes de cancro da mama, com especial enfoque no medo da recidiva e no papel do apoio social na adaptação à vida pós-doença. O estudo segue um desenho qualitativo exploratório. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a seis mulheres portuguesas em remissão há, pelo menos, um ano, com o objectivo de compreender como experienciam o medo da recidiva e de que forma a sua rede de apoio influencia o percurso de sobrevivência. As entrevistas, conduzidas online, foram gravadas e analisadas através de análise de conteúdo, com o apoio do software ELAN. A análise revelou dois temas centrais, medo da recidiva e apoio social, com quatro subtemas cada. No medo da recidiva emergiram: 1) insegurança face ao futuro; 2) hipervigilância e necessidade de controlo; 3) ansiedade perante exames de rotina; 4) influência do sistema de saúde neste medo. No apoio social, os subtemas foram: 1) apoio familiar; 2) apoio de amigos; 3) apoio de profissionais de saúde; 4) apoio de outras mulheres sobreviventes. Os resultados mostram que o medo da recidiva é vivido de forma intensa e persistente, influenciado tanto por factores individuais como contextuais. O apoio social revelou-se um recurso crucial na resiliência das participantes. Os apoios da família, dos amigos, dos profissionais de saúde, especialmente psicólogos, e dos pares desempenham papéis complementares na adaptação emocional e na reconstrução da identidade pós-cancro. Conclui-se que a sobrevivência ao cancro da mama não marca o fim do processo, mas sim o início de uma nova fase que exige acompanhamento contínuo. Recomenda-se a criação de intervenções psicológicas específicas para a gestão do medo da recidiva e o fortalecimento de redes de apoio, reconhecendo e valorizando a complexidade da vivência das sobreviventes.

Palavras-chave :Cancro da mama, sobrevivência, medo da recidiva, apoio social, análise de conteúdo, resiliência, intervenção psicológica.

Abstract

This master's thesis aims to explore the lived experience of women who have survived breast cancer, with a particular focus on the fear of recurrence and the role of social support in their post-cancer adaptation. The study follows an exploratory qualitative design. Semi-structured interviews were conducted with six Portuguese women who had been in remission for at least one year, to understand how they experience this fear and how their support networks influence their survivorship journey. The interviews were conducted online, recorded, and analysed using content analysis with the support of ELAN software.

The analysis revealed two central themes, fear of recurrence and social support, each with four subthemes. Within the fear of recurrence theme, the subthemes identified were: 1) uncertainty about the future; 2) hypervigilance and need for control; 3) anxiety related to routine medical exams; and 4) the role of the healthcare system in shaping this fear. Regarding social support, the subthemes were: 1) family support; 2) support from friends; 3) support from healthcare professionals; and 4) peer support from other breast cancer survivors.

Findings show that the fear of recurrence is experienced as intense and persistent, shaped by both individual and contextual factors. Social support emerged as a key resource in participant's resilience. Support from family, friends, healthcare professionals, particularly psychologists, and fellow survivors plays complementary roles in emotional adjustment and identity reconstruction after cancer.

In conclusion, surviving breast cancer does not mark the end of the process but the beginning of a new phase that requires continuous care. The study recommends the development of specific psychological interventions to manage fear of recurrence and strengthen support networks, while acknowledging and valuing the complexity of survivors' lived experiences.

Keywords: Breast cancer, survivorship, fear of recurrence, social support, content analysis, resilience, psychological intervention.

Índice

Résumé	1
Abstract	2
Índice	3
Lista das tabelas.....	4
Lista das abreviações.....	4
Introdução	5
Revisão da Literatura	6
• O cancro da mama	6
• Sobreviver ao cancro da mama	7
• O medo da recidiva	9
• O apoio social	11
Objetivos	13
Método	14
• Desenho do estudo	14
• Participantes	14
• Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	16
• Procedimentos Éticos	17
• Análise de Dados	18
Resultados e Discussão	19
Tema 1: O medo da recidiva	20
• Subtema 1: Insegurança face ao futuro	20
• Subtema 2: Hipervigilância e necessidade de controlo	22
• Subtema 3: Ansiedade perante exames de rotina	26
• Subtema 4: Influência do sistema de saúde neste medo	28
Tema 2: O apoio social	30
• Subtema 1: Apoio familiar	30
• Subtema 2: Apoio de amigos	35
• Subtema 3: Apoio de profissionais de saúde	37
• Subtema 4: Apoio de outras mulheres sobreviventes	40

Considerações finais	42
Pontos fortes do estudo	43
Bibliografia	45
Anexos	65
• Anexo 1: Guião de entrevista semi-estruturada.....	66
• Anexo 2: Aprovação da Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz (processo n.º 1453)	67
• Anexo 3: Aprovação deste projeto pela Comissão Científica do Instituto Universitario Egas Moniz.....	68
• Anexo 4: Consentimento informado	76
• Anexo 5: Tabela 3. Resumo dos verbatins.....	77

Lista das tabelas

Tabela 1. Perfil clínico das participantes	15
Tabela 2: Temas, Subtemas e Descrições Relacionados à Experiência do Medo da Recidiva e Apoio Social em Mulheres Sobreviventes de Cancro.....	19
Tabela 3. Resumo dos verbatins.....	77

Lista das abreviações

OMS: Organização mundial de saúde

ACT: Terapia de Aceitação e Compromisso

EMDR: Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares

Introdução

O cancro da mama constitui a principal causa de mortalidade por cancro entre as mulheres. No entanto, os avanços científicos, o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de novos tratamentos têm contribuído para a redução da taxa de mortalidade (OMS, 2024; Benvenuti et al., 2023), originando uma crescente população de sobreviventes (Fathi & Abdou, 2024).

Apesar do fim do tratamento, os desafios associados ao cancro da mama persistem. Muitos sobreviventes continuam a enfrentar consequências físicas, emocionais, psicológicas e sociais que integram a sua vivência pós-doença (González-Fernández et al., 2024). Um dos desafios mais frequentemente relatados é o medo da recidiva. Este medo pode comprometer significativamente a qualidade de vida e limitar a capacidade das pessoas para retomarem uma vida plena após o cancro (Rahovic, 2025; Wagner et al., 2021). Neste contexto, o apoio social surge como um factor relevante na mitigação do medo da recidiva e dos seus impactos. Estudos indicam que uma rede de apoio sólida, incluindo família, amigos, profissionais de saúde e pares, pode contribuir para uma melhor adaptação emocional e psicológica à vida pós-tratamento (Guo et al., 2022; Lu et al., 2023; Villani et al., 2014).

Assim, o presente estudo visa explorar, numa perspetiva qualitativa, experiência vivida por mulheres sobreviventes de cancro da mama, com especial enfoque no medo da recidiva e no papel do apoio social na adaptação à vida pós-doença. Pretende-se, deste modo, contribuir para uma compreensão mais aprofundada dos factores psicossociais envolvidos no processo de ajustamento à sobrevivência ao cancro.

Revisão de literatura

O Cancro da mama

A nível mundial, o cancro da mama é o cancro mais frequente entre as mulheres (Smolarz et al., 2022). Embora possa também afectar homens, essa ocorrência é rara, representando aproximadamente 1% dos casos (Methamem et al., 2020). Apesar das variações na incidência entre países, o cancro da mama continua a ser uma das principais causas de mortalidade oncológica, tendo sido responsável por cerca de 670 000 mortes em 2022 (OMS, 2024; Benvenuti et al., 2023).

O objetivo do tratamento do cancro da mama depende de cada situação, nomeadamente do estágio da doença e do estado físico e psicológico do paciente. As estratégias terapêuticas podem visar a cura, o controlo de sintomas ou a prevenção da progressão da doença, procurando preservar, sempre que possível, a qualidade de vida (Torcivia Natoli & Chopard, 2018). A cirurgia constitui o tratamento de primeira linha, sendo frequentemente combinada com uma preocupação estética, de forma a assegurar uma abordagem integral (Torcivia Natoli & Chopard, 2018). Outros tratamentos, como a radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia, são também utilizados, isoladamente ou de forma adjuvante, com o objectivo de reduzir o risco de recidiva ou de progressão (Smolarz et al., 2022). Todos estes tratamentos e a doença em si representam um desafio para o corpo, a mente e as relações sociais (Alkhaifi et al., 2025; Bodelon et al., 2025). Tanto a doença como os tratamentos associados representam desafios significativos a nível físico, psicológico e social (Torcivia Natoli & Chopard, 2018).

Actualmente, é cada vez mais possível viver durante longos períodos com cancro da mama, e em muitos casos alcançar a cura (Boghossian, 2025). Esta evolução evidencia a importância de reconhecer a população de sobreviventes de cancro e de considerar as suas necessidades específicas no período pós-tratamento. Frequentemente confrontadas com desafios psicológicos e sociais singulares, estas pessoas beneficiariam de uma maior atenção às suas vivências, o que permitiria uma compreensão mais aprofundada das suas necessidades e, por conseguinte, a implementação de cuidados mais adequados e sustentados a longo prazo (Horicks & Coppieters, 2021).

Sobreviver ao cancro da mama

O conceito de sobrevivência ao cancro não possui uma definição universalmente aceite (Duijts & Spelten, 2021; Marcom & Sorensen, 2024). Na presente dissertação, considera-se sobrevivente qualquer pessoa diagnosticada com cancro, desde o momento do diagnóstico até ao final da vida (Alabdajabar et al., 2020).

Na prática clínica, o termo *remissão* é frequentemente utilizado para descrever o período de melhoria do estado de saúde após os tratamentos oncológicos. No entanto, essa melhoria nem sempre equivale a uma cura definitiva (Instituto Nacional do Cancro, s.d.). Acresce que o conceito de remissão não possui uma definição única e consensual (Gernier, 2022). De acordo com o *National Cancer Institute* (NCI), entidade de referência em oncologia, a remissão é definida como a “diminuição ou desaparecimento dos sinais e sintomas do cancro” (NCI Dictionary of Cancer Terms, s.d.).

Em alguns casos, a pessoa doente não alcança a cura completa, mas vive durante vários anos com a doença controlada, numa forma crónica, situação designada por *remissão parcial* (Sociedade Canadiana do Cancro, s.d.). Por outro lado, considera-se *remissão completa* quando não são detectadas células cancerosas no organismo e a doença é considerada erradicada (NCI, s.d.-b). Importa, no entanto, referir que, mesmo durante o período de remissão, as células cancerosas podem reaparecer, fenómeno designado por *recidiva* (American Cancer Society, 2024; Lanthauve & Fleury, 2017; NCI Dictionary of Cancer Terms, s.d.-b).

No caso específico do cancro da mama, estima-se que a recidiva ocorra em 20 a 30% dos casos, sendo que cerca de 5 a 8% são diagnosticados em estágio avançado (Berrada Fathi Mohammed Abdou, 2024).

Os progressos feitos na luta contra o cancro da mama permitiram aumentar as taxas de sobrevivência (Berrada Fathi Mohammed Abdou, 2024). Contudo, do ponto de vista psicológico, a remissão é um período complicado (Jassim et al., 2023; Caires Barreto, 2020). Embora muito aguardada, ela é frequentemente acompanhada de incertezas e desafios emocionais, físicos e sociais, exigindo acompanhamento médico e psicossocial adequado (Sperlich et al., 2024; Jassim et al., 2023).

Os tratamentos oncológicos podem prolongar-se e as sequelas associadas ao cancro podem persistir para além do seu término, indicando que esta fase não corresponde ao fim da doença (Carmen et al., 2022). O período de remissão é frequentemente descrito como um “período de transição e adaptação” (Instituto Nacional do Cancro, s.d.-b), caracterizado por um elevado grau de incerteza (Torcivia Natoli & Chopard, 2018). As sequelas da doença e os efeitos secundários dos tratamentos são numerosos e comuns, podendo comprometer significativamente a qualidade de vida dos sobreviventes durante um período prolongado (Kim & Jo, 2023). Um estudo realizado por Doege et al. (2021) demonstrou que as sobreviventes de cancro da mama apresentam uma qualidade de vida inferior à de uma população controlo sem diagnóstico oncológico, mesmo entre 14 e 24 anos após o diagnóstico.

No caso do cancro da mama, as terapias propostas podem causar défices cognitivos, conhecidos como *chemobrain* (Henderson et al., 2019), assim como problemas de fertilidade, disfunções sexuais, dores, fadiga e disfunções pulmonares ou cardíacas (Fèmy Assogba, 2024), entre outras sequelas. Para muitos sobreviventes, o medo de recidiva constitui uma preocupação significativa, mesmo após vários anos em remissão (Tong et al., 2024; Lu et al., 2023; Schapira et al., 2021).

Para além das consequências físicas e psicológicas, surgem ainda repercussões ao nível das relações interpessoais. O diagnóstico de cancro da mama pode afetar, a longo prazo, as relações familiares, conjugais e profissionais (Torcivia Natoli & Chopard, 2018; Werutsky et al., 2024; Magnavita et al., 2024). Alguns sobreviventes relatam sentimentos de isolamento, rejeição (Fekih-Romdhane et al., 2023; Leblond, 2020) e até discriminação nas suas interações sociais (Mullen et al., 2023). O cancro pode igualmente modificar a perceção que os sobreviventes têm de si próprios e dos outros, influenciando as dinâmicas relacionais (Leblond, 2020).

A vida íntima pode também ser afectada. As relações sexuais, a intimidade (Reese et al., 2022) e a comunicação no casal podem ser comprometidas (Leblond, 2020). Estas dificuldades variam em função do tipo de tratamento recebido, do estado psicológico do sobrevivente, de problemas sexuais preexistentes (Vegunta et al., 2022) e da imagem corporal após o cancro (Charos & Vivilaki, 2022). Podem surgir ainda problemas físicos, como disfunção erétil ou secura vaginal (Vizza et al., 2023; Charos & Vivilaki, 2022), exigindo uma abordagem personalizada (Åsberg et al., 2025; Vizza et al., 2023).

No plano escolar e profissional, também se registam repercussões significativas. Os tratamentos realizados, as comorbilidades associadas ou o estágio avançado da doença podem levar à perda da capacidade para o trabalho (Caumette, 2022). Contudo, as limitações dos sobreviventes nem sempre são evidentes e, por vezes, não são reconhecidas socialmente. Por esta razão, muitos sobreviventes sentem-se obrigados a ocultar o seu estado de saúde no trabalho e na vida social, para evitar rejeição ou discriminação (Avril & Pradines, 2010; Fekih-Romdhane et al., 2023). Além disso, estas dificuldades profissionais podem resultar em perda de rendimento financeiro (Caumette, 2022; Olier, 2021).

As dificuldades psicossociais enfrentadas pelos sobreviventes são frequentemente subestimadas, especialmente quando não manifestam sofrimento aparente (Alabdajabar et al., 2020). O stress psicológico pós-cancro pode persistir muito para além da cura aparente. Assim, embora o cancro da mama possa hoje ser considerado uma doença crónica, continua a gerar desafios que ultrapassam o domínio exclusivamente médico (Van Wilder et al., 2021).

Todas estas dificuldades de reinserção social e económica podem conduzir a um isolamento social significativo (Leblond, 2020; Baguet, 2015), gerar níveis elevados de stress (Olier, 2021) e afetar profundamente a qualidade de vida dos sobreviventes (Van Wilder et al., 2021). As doenças crónicas continuam, atualmente, a enfrentar uma clara falta de aceitação social, discriminação e insuficiente reconhecimento das dificuldades que lhes estão associadas (Fekih-Romdhane et al., 2023).

Medo da recorrência do cancro

Entre as várias dificuldades enfrentadas pelas sobreviventes de cancro da mama e de cancro em geral, o medo da recidiva é uma das mais frequentes (Galica et al., 2021; Schapira et al., 2021; Pettersen, 2014). Este medo define-se como “receios, preocupações e inquietações relativas à possibilidade de um regresso ou progressão do cancro” (Houde et al., 2024). Considerado uma reação normativa, manifesta-se num continuum que varia desde “episódios de medo passageiro até níveis de medo difíceis de controlar” (Mutsaers et al., 2020), podendo ir de um medo funcional e protetor a um medo disfuncional, associado a uma diminuição significativa da qualidade de vida (Richter et al., 2022).

Este medo pode persistir muito para além dos primeiros cinco anos de sobrevivência, podendo provocar stress pós-traumático (Torcivia Natoli & Chopard, 2018) e, em casos extremos, levar a comportamentos suicidas (Zhang, 2017). Nas sobreviventes de cancro da mama, o risco de recidiva é constante (Torcivia Natoli & Chopard, 2018), tornando o medo quase inevitável (Lelorain et al., 2014; Savard et al., 2023). Estima-se que entre 53% e 60% dos sobreviventes experienciem este medo, o que o torna um dos distúrbios psicológicos mais prevalentes nesta população, podendo surgir desde o momento do diagnóstico e persistir durante vários anos (McBrearty et al., 2023; Lu et al., 2023).

A intensidade do medo da recidiva não está necessariamente correlacionada com o risco real de recorrência nem com dados médicos objetivos, sendo maioritariamente influenciada por fatores psicológicos e emocionais (Caplette-Gingras et al., 2016). Em níveis elevados, este medo associa-se a sofrimento psicológico, intrusões cognitivas e limitações físicas (Richter et al., 2022). Apesar da sua elevada prevalência, o medo da recidiva é frequentemente um dos aspetos psicológicos menos abordados nos cuidados de saúde (McBrearty et al., 2023). Este fenómeno complexo e multidimensional tem a sua intensidade modulada por fatores demográficos e sociais, como o sexo feminino, a idade jovem, o nível educacional e o suporte social, bem como por fatores psicológicos, incluindo depressão, ansiedade, intolerância à incerteza e perceção da gravidade da doença (Luigjes-Huizer et al., 2022; Calderon et al., 2024; McBrearty et al., 2023). Os desencadeadores podem ser internos, como a dor, ou externos, como as consultas médicas, sendo por vezes mal interpretados como ameaças, o que origina respostas cognitivas, emocionais, comportamentais (evitação, procura excessiva de exames) e fisiológicas (sintomas ansiosos), reforçando o medo (Kyriacou et al., 2017; Pettersen, 2014). Embora adaptativo em níveis moderados, o medo pode atingir intensidade clínica, caracterizada por preocupações excessivas, hipervigilância, défices funcionais e estratégias de coping inadequadas, como a procura constante de garantias médicas ou a evitação de consultas (Yu et al., 2022; Mutsaers et al., 2020). Se não tratado, pode conduzir a ansiedade, depressão e a uma redução significativa da qualidade de vida (Yu et al., 2022; Mutsaers et al., 2020). A literatura enfatiza a necessidade urgente de cuidados psicológicos adequados, sendo os profissionais de saúde fundamentais na sua gestão (Akechi et al., 2022; Savard et al., 2023).

Para a avaliação do medo da recidiva, utiliza-se frequentemente o Fear of Cancer Recurrence Inventory (Mutsaers et al., 2020). Entre os tratamentos eficazes destacam-se o programa Conquer Fear (Shih et al., 2019) e as terapias cognitivo-comportamentais, que podem ser individuais ou de grupo, presenciais ou online (Akechi et al., 2022; Mutsaers et al., 2020). Outras abordagens, como a terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e o EMDR, têm demonstrado melhorar a qualidade de vida e reduzir o medo, mesmo meses após a intervenção (Dolbeault et al., 2022). Contudo, a investigação sobre estas terapias ainda é limitada e carece de maior aprofundamento (Dolbeault et al., 2022).

Apoio social

O apoio social é um conceito multidimensional que se refere à função e qualidade das relações sociais através das quais um indivíduo recebe ajuda e suporte (Yıldırım & Çelik Tanrıverdi, 2020). Constitui o conjunto de recursos disponíveis no meio social de uma pessoa para enfrentar situações adversas (Cherba et al., 2019). Este tema é amplamente estudado, sobretudo em relação à saúde mental e ao bem-estar (Yıldırım & Çelik Tanrıverdi, 2020).

O apoio social revela-se fundamental para o bem-estar psicológico das sobreviventes de cancro. Evidências apontam que uma rede social sólida está associada a melhor qualidade de vida e menor sofrimento emocional nesta população (Acoba, 2024; Ancellin et al., 2014), especialmente na gestão do medo da recidiva, que afeta a maioria das sobreviventes após o término do tratamento ativo (Guo et al., 2022; Lu et al., 2023; Villani et al., 2014). Reconhecido como uma fonte importante de stress e ansiedade, o apoio social eficaz atua como fator protetor, fortalecendo a resiliência e reduzindo o stress percebido (Lu et al., 2023), além de facilitar estratégias adaptativas para gerir a ansiedade associada à possibilidade de recorrência (Yu et al., 2022; Mutsaers et al., 2020).

Por outro lado, sobreviventes com medo da recidiva podem apresentar comportamentos inadequados, frequentemente alimentados por crenças erradas sobre a sua condição e tratamentos, influenciadas por perceções subjetivas ou informações incorretas (Ferreira et al., 2011). Neste contexto, o papel do círculo social próximo, família, amigos e cuidadores é crucial para corrigir essas crenças, promovendo maior compreensão da doença, adesão ao tratamento e à realização de exames regulares (Laing et al., 2024; Petrescu Perlier, 2013).

Uma dinâmica familiar harmoniosa, caracterizada por comunicação aberta e suporte emocional constante, contribui para a redução da ansiedade e a melhoria da qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama (Faraji et al., 2023). O impacto do apoio social varia conforme o contexto cultural: em sociedades coletivistas, o suporte familiar é valorizado e favorece o controlo do medo da recorrência, já em sociedades individualistas, a valorização da autonomia pode aumentar a solidão emocional e agravar esse medo (Faraji et al., 2023). A ausência de apoio social ou interações negativas, como a sobreproteção ou pessimismo, podem intensificar a ansiedade e o sofrimento psicológico associados ao medo da recorrência. Famílias disfuncionais, marcadas por conflitos e falta de suporte, dificultam o desenvolvimento de competências necessárias para gerir esse medo (Faraji et al., 2023).

No cancro da mama, o apoio social exerce influência positiva sobre o bem-estar geral, qualidade de vida e saúde global (Belau et al., 2024; Yu et al., 2022; Sebri et al., 2021), funcionando como fator protetor contra a depressão e a ansiedade, condições que podem exacerbar o medo da recorrência (Javan Biparva et al., 2023; Sun et al., 2023; Canadian Cancer Survivor Network, 2019). O isolamento social e a fragilidade das redes de apoio estão associados a níveis mais elevados de sintomas ansiosos e depressivos (Liu et al., 2021). A qualidade do apoio social percebido, a dimensão da rede social e o estado civil correlacionam-se com melhor qualidade de vida e maior sobrevida (Belau et al., 2024), enquanto a falta de apoio social relaciona-se com prognóstico negativo e evolução desfavorável da doença (Wang et al., 2024).

O medo da recorrência, fonte significativa de sofrimento para as sobreviventes, é atenuado por um elevado nível de apoio social, que regula a ansiedade e melhora o bem-estar, sendo um elemento essencial na intervenção psicológica (Yu et al., 2022; Guo et al., 2022; Jiang et al., 2025). Sobreviventes isoladas apresentam medo mais intenso e maior sofrimento psicológico (Krok et al., 2023), pelo que reforçar as redes sociais e a perceção de apoio constitui uma estratégia prioritária para a melhoria da saúde mental e da qualidade de vida (Mutsaers et al., 2020). Este medo afeta também os cuidadores e familiares, complicando as dinâmicas de apoio mútuo (Shi et al., 2023; Cariou, 2021). Além do suporte familiar e social, os profissionais de saúde desempenham papel importante na redução do medo, ao fornecerem informação objetiva, legitimarem os receios e sugerirem estratégias adaptativas (Lymphome Canadá, 2022; Mutsaers et al., 2020). Em casos severos, especialistas em cuidados

psicossociais asseguram o suporte psicológico adequado (Kyriacou et al., 2017). Estas evidências reforçam a importância de considerar os fatores sociais, culturais e familiares no acompanhamento das sobreviventes de cancro da mama. Contudo, é fundamental respeitar a autonomia das pacientes na escolha do tipo e do momento do suporte, valorizando especialmente a ajuda oferecida por pessoas de confiança que atendam às suas necessidades individuais (Petrescu Perlier, 2013).

Objetivos

Dada a crescente população de sobreviventes de cancro da mama e os inúmeros desafios psicossociais que enfrentam, nomeadamente o medo da recidiva e as dificuldades de reintegração social e emocional, torna-se crucial aprofundar a compreensão destas experiências. O medo da recidiva, uma das preocupações mais frequentes e duradouras entre as sobreviventes, tem impacto significativo na qualidade de vida, podendo persistir anos após a remissão, independentemente do risco médico real. Este fenómeno complexo está fortemente influenciado por fatores psicológicos, emocionais e sociais, que ainda carecem de uma abordagem adequada nos cuidados de saúde. Paralelamente, o apoio social surge como um recurso fundamental para a adaptação pós-cancro, atuando como fator protetor que mitiga a ansiedade, fortalece a resiliência e promove o bem-estar psicológico.

Assim, o presente estudo visa explorar, numa perspetiva qualitativa, a experiência vivida por mulheres sobreviventes de cancro da mama, com especial enfoque no medo da recidiva e no papel do apoio social na adaptação à vida pós-doença. Esta investigação pretende contribuir para uma compreensão aprofundada dos fatores psicossociais que influenciam a vivência do medo da recidiva e o impacto do suporte social, oferecendo informações relevantes para a melhoria dos cuidados de saúde e das intervenções psicossociais direcionadas a esta população.

Método

Desenho do estudo

O método escolhido para esta dissertação foi definido em função dos objetivos da investigação, optando-se assim por um desenho qualitativo exploratório e descritivo. A presente dissertação enquadra-se dentro de um projeto maior intitulado “A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro”, liderado pela Professora Doutora Elisa Kern de Castro e aprovado pela comissão de ética do Instituto Universitário Egas Moniz (número interno 1453).

Através de uma metodologia rigorosa e de uma recolha de dados precisa, os estudos qualitativos permitem explorar temas como o presente, ainda relativamente pouco investigados. Este tipo de abordagem valoriza a qualidade e a riqueza dos dados, possibilitando a compreensão e a definição de “fenómenos complexos e mutáveis” (Johanne Gagnon, s.d.), em particular perceções subtis (Sawadogo, s.d.).

Ferramentas como a observação em campo, a análise de documentos e imagens, e sobretudo as entrevistas, são fundamentais para concretizar este propósito. Esta abordagem apresenta ainda a vantagem da flexibilidade, no caso das entrevistas, por exemplo, as perguntas podem ser ajustadas ao contexto e novos temas podem ser explorados, mesmo que não tenham sido planeados inicialmente (Le Meur, 2021).

Com o objetivo de fornecer um resumo qualitativo e descritivo da experiência humana, o modelo de estudo descritivo revelou-se o mais adequado, sendo o método ideal para descrever experiências pessoais e as respostas dos indivíduos a um acontecimento ou situação (Pin, 2023).

Participantes

Participaram no estudo seis mulheres portuguesas sobreviventes de cancro da mama, que tinham participado na primeira etapa quantitativa do projeto “A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro” e que se disponibilizaram, deixando contacto telefónico ou email, para serem entrevistadas.

Inicialmente, planeou-se incluir cerca de dez participantes, com possibilidade de ajustar esse número conforme o critério de saturação dos dados, considerado

fundamental em estudos qualitativos (Creswell & Clark, 2017). Apesar de não se ter alcançado a saturação, devido ao tempo disponível para a realização da dissertação de mestrado optou-se por interromper as entrevistas após a realização das seis.

Definiram-se critérios de inclusão e exclusão: os participantes deveriam ser adultos (entre 18 e 65 anos) e estar em remissão há pelo menos um ano. Todos os participantes ingressaram voluntariamente no estudo, constituindo uma amostra por conveniência. Na Tabela 1 apresenta-se um resumo dos principais dados das participantes.

Tabela 1. Perfil clínico das participantes

Participantes	Idade	Estado civil	Tem filhos	Tratamentos	Tempo de remissão
1	47	casada	2	cirurgia quimioterapia radioterapia	1 ano
2	42	casada		cirurgia quimioterapia radioterapia	5 anos
3	53	casada	2	cirurgia	3 anos
4	64	divorciada	1	cirurgia imunoterapia quimioterapia	15 anos
5	47	solteira	0	cirurgia quimioterapia hormonoterapia	2 anos
6	55	casada	2	cirurgia quimioterapia radioterapia hormonoterapia	11 anos

Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conduzidas em formato online através da plataforma Microsoft Teams. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas automaticamente, com posterior revisão manual. A escolha desta técnica baseou-se na sua adequação aos objetivos do estudo e na sua ampla utilização nas ciências sociais para a exploração de experiências subjetivas (Pin, 2023; Imbert, 2010).

O guião da entrevista, previamente elaborado (ver Anexo 1), incluía quatro perguntas abertas, formuladas para garantir estrutura sem rigidez. As questões abordavam sentimentos, impacto pessoal da doença, papel da rede de apoio e receios de recaída. Este formato permitiu direcionar a conversa para os temas de interesse, evitando dispersão excessiva e respeitando a duração prevista da entrevista. Além disso, favoreceu a livre expressão das participantes, característica essencial da abordagem semiestruturada, que promove uma dinâmica de co-construção de sentido entre entrevistador e entrevistada (Imbert, 2010; Pin, 2023).

As entrevistas foram realizadas com base em contacto prévio por telefone ou email, utilizando os dados fornecidos pelas participantes na fase quantitativa do projeto. Após manifestação de interesse, foram enviadas informações detalhadas sobre os objetivos da investigação, o procedimento e as condições para participação, incluindo a necessidade de um ambiente calmo e cerca de uma hora disponível para a entrevista. Todas as participantes contactadas aceitaram participar.

A realização das entrevistas por videoconferência justificou-se pela dispersão geográfica das participantes em diferentes regiões de Portugal. Este formato, amplamente utilizado em investigação qualitativa contemporânea, oferece várias vantagens: acesso facilitado a participantes distantes, maior flexibilidade logística e redução de custos. Permite ainda que os participantes realizem a entrevista num ambiente familiar, o que pode favorecer o conforto e facilitar a expressão, especialmente quando se abordam temas sensíveis (Caiata Zufferey & Aceti, 2022).

Contudo, reconhecem-se as limitações desta abordagem: a mediação por ecrã pode dificultar o estabelecimento de uma relação de confiança, limitar a observação de sinais não verbais e impedir a recolha do contexto físico envolvente. Problemas técnicos, distrações ou condições ambientais desfavoráveis podem também comprometer a qualidade da entrevista. Além disso, o acesso desigual a meios

tecnológicos pode introduzir enviesamentos na amostra (Abescat et al., 2022). Por estas razões, procedeu-se a uma reflexão ética e metodológica rigorosa antes da recolha de dados, e adotaram-se medidas para garantir a qualidade do processo.

No início de cada entrevista, foi realizada uma breve apresentação da investigação e dos membros presentes. Solicitou-se autorização verbal para gravação e todos os dispositivos foram colocados em modo silencioso. Após cada sessão, procedeu-se a um debriefing entre os membros da equipa, permitindo discutir impressões, ajustar o guião e identificar temas emergentes.

A equipa de investigação foi composta por diferentes elementos com funções complementares. As entrevistas foram conduzidas pela Professora Doutora Elisa Kern de Castro. A investigadora Lauriane Bartier participou como observadora, registando notas sobre aspetos verbais e não verbais relevantes. Em cinco das seis entrevistas, contou-se ainda com a presença de uma estudante da licenciatura em Psicologia, que participou como observadora e colaborou na organização dos dados e na revisão das transcrições.

O Professor Doutor Michel Binet, especialista em investigação qualitativa, orientou a formação da equipa na análise de dados, incluindo o uso do software específico. Foram realizadas três sessões de formação (com duração aproximada de 1h30 cada), nas quais se discutiram os fundamentos da análise qualitativa e se iniciou a análise conjunta.

As gravações foram importadas para o programa **ELAN**, utilizado para transcrição e análise. As entrevistas decorreram entre 6 de fevereiro e 22 de abril de 2025, com duração entre 22 minutos e 59 segundos e 59 minutos e 38 segundos.

Procedimentos Éticos

O presente estudo cumpre os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia. Integra o projeto mais amplo intitulado “*A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro*”, aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz (processo n.º 1453) (ver Anexo 2). O projeto específico desta dissertação foi igualmente aprovado pela Comissão Científica da mesma instituição (ver Anexo 3).

Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos e os seus direitos enquanto participantes. O

consentimento para participação nas entrevistas foi obtido de forma informada e voluntária (ver Anexo 4). Foi assegurado o anonimato dos dados recolhidos, garantindo-se que nenhuma participante pudesse ser identificada na análise ou apresentação dos resultados.

Análise de Dados

A análise qualitativa baseou-se numa abordagem indutiva inspirada na análise de conteúdo segundo Laville e Dionne (1999). Após uma leitura atenta das transcrições, foram extraídas as frases relevantes relativas ao tema sob a forma de verbatims. Estes excertos foram posteriormente agrupados em subtemas, os quais foram ligados aos dois temas principais identificados: o medo da recidiva e o apoio social. Esta abordagem permitiu identificar e organizar as ideias e experiências expressas pelas participantes, respeitando a riqueza e complexidade dos seus discursos.

A análise foi realizada com o apoio do software ELAN, utilizado logo após cada entrevista, a fim de preservar a memória contextual e facilitar o acompanhamento do critério de saturação dos dados. Inicialmente, planeava-se utilizar o programa MAXQDA; contudo, devido à indisponibilidade deste recurso na instituição, optou-se pelo ELAN, um software gratuito e de fácil utilização, adequado à finalidade proposta.

Cada gravação foi escutada repetidamente por membros da equipa, para assegurar a fidelidade à narrativa das participantes. Após a transcrição e familiarização com o conteúdo, os segmentos de discurso foram analisados objetivamente e categorizados em temas principais. Esses temas foram posteriormente codificados, organizados em subtemas e ilustrados com excertos representativos das entrevistas.

Resultados e discussão

A análise de conteúdo revelou dois temas centrais – medo da recidiva e apoio social – com quatro subtemas cada. No medo da recidiva emergiram: 1) insegurança face ao futuro; 2) hipervigilância e necessidade de controlo; 3) ansiedade perante exames de rotina; 4) influência do sistema de saúde neste medo. No apoio social, os subtemas foram: 1) apoio familiar; 2) apoio de amigos; 3) apoio de profissionais de saúde; 4) apoio de outras mulheres sobreviventes.

Tabela 2: Temas, Subtemas e Descrições Relacionados à Experiência do Medo da Recidiva e Apoio Social em Mulheres Sobreviventes de Cancro

Tema	Subtema	Descrição
Medo da recidiva	Insegurança face ao futuro	Refere-se à preocupação constante com a possibilidade de reaparecimento da doença, dificultando o planeamento e a vivência plena do presente.
	Hipervigilância e necessidade de controlo	Caracteriza-se por uma atenção excessiva aos sinais do corpo e por um esforço contínuo para manter controlo sobre tudo o que possa influenciar uma recaída.
	Ansiedade perante exames de rotina	Diz respeito ao nervosismo e receio intensificados antes de exames de seguimento, frequentemente associados ao medo de más notícias.
	Influência do sistema de saúde no medo	Demonstra como falhas na comunicação, atrasos ou experiências negativas nos serviços de saúde podem intensificar o receio de recidiva.
Apoio social	Apoio familiar	Abrange o suporte emocional, prático e afectivo prestado pela família, essencial para o processo de enfrentamento e recuperação.
	Apoio de amigos	Diz respeito ao apoio oferecido por amigos, que pode proporcionar conforto, distração e um sentimento de pertença ao longo do percurso.
	Apoio de profissionais de saúde	Refere-se ao acolhimento, empatia e orientação recebidos por parte de médicos, enfermeiros e outros profissionais, ajudando a reduzir a ansiedade.

Apoio de outras mulheres sobreviventes	Envolve o partilhar de experiências com outras mulheres sobreviventes, promovendo identificação, inspiração e sentido de rede de apoio.
--	---

Tema 1: Medo da recidiva (Resumo dos verbatins: ver anexo 5)

Subtema 1: Insegurança face ao futuro

O medo de recidiva ou de progressão da doença esteve presente em todos os testemunhos das participantes do presente estudo. Este medo manifesta-se de forma constante e persistente, associado a angústia face ao desconhecido e a um futuro percepcionado como incerto, por vezes até ameaçador. Em alguns casos, surge acompanhado por manifestações emocionais intensas.

(E1) "O medo está sempre associado, não é? O medo de ficar doente.." — P1

(E2) ".Estou a chorar porque estou cheia de medo."— P1

(E3) "Atualmente é o medo mais de me aparecer noutra... de ter um foco noutra sítio." - P2

(E4) “Mas pronto ficamos sempre com aquele e se acontece com a outra, há sempre aquela “ - P2

Esta experiência está em consonância com a literatura, que evidencia que o medo de recidiva pode dificultar a capacidade de projectar o futuro e provocar uma angústia emocional significativa (Banks et al., 2023; Hall et al., 2019). Os dados confirmam igualmente que os sobreviventes, por vezes, enfrentam dificuldades em usufruir plenamente da vida após o cancro, devido à preocupação constante com a possibilidade de recaída (Alabdajbar et al., 2020).

Uma das participantes descreveu este medo como uma ameaça permanente, comparável a uma espada suspensa sobre a cabeça. Esta imagem, frequentemente utilizada por sobreviventes de cancro, remete para a metáfora da “espada de Dâmocles”, que simboliza o peso constante do medo de recidiva ao longo da vida (Lebel et al., 2014). Trata-se de uma representação expressiva da natureza persistente e opressiva deste receio.

(E5) "Quando sinto esse medo,..é instabilidade e insegurança que que nós depois acabamos por sentir."

P2

(E6) "Está sempre a martelar porque é o medo de. Poderá estar noutro sítio... é como se vivêssemos com uma espada sempre sobre a cabeça." - P2

No entanto, duas participantes referem que, embora reconheçam a presença deste medo latente, optam por não lhe dar demasiada atenção no seu quotidiano, revelando, assim, indícios de resiliência face à incerteza.

(E7) "Tenho medo, tenho. O medo existe, mas eu também não quero dar muito espaço ao medo."- P2

(E8) « “ ..É assim pensar que a doença pode surgir. Nós pensamos, mas não vive com esse medo. Não vive com esse mito. ..”» - P6

Estas observações estão em consonância com os trabalhos de Seiler e Jenewein (2019), que salientam a capacidade de muitos sobreviventes de manifestar resiliência perante a doença. Para alguns, ultrapassar o cancro e o respectivo tratamento pode representar uma oportunidade de crescimento pessoal e de melhoria do bem-estar mental e emocional, o que poderá facilitar uma melhor adaptação às exigências associadas à experiência oncológica.

Assim, embora persista um sentimento de insegurança face ao futuro, este é contrabalançado por uma vontade expressiva de não permitir que o medo assuma um papel dominante. As participantes demonstram capacidade para lidar com a situação, recuperar algum controlo emocional e encontrar um equilíbrio, apesar da ameaça latente da doença.

Subtema 2: Hipervigilância e necessidade de controlo

Embora o medo da recidiva esteja presente, em algumas participantes este manifesta-se sob a forma de hipervigilância. Qualquer sinal corporal incomum pode ser interpretado como um possível indício de recaída, funcionando como um alerta constante. Esta perceção intensifica a ansiedade e, em certos casos, desperta uma necessidade acentuada de controlo sobre o corpo e sobre o ambiente.

(E9) "... qualquer dor ou qualquer sintoma diferente imediatamente associou a uma recaída, a uma recidiva.....O medo está sempre associado, não é? O medo de ficar doente,.."- P1

Este excerto ilustra de forma clara os modelos conceptuais existentes sobre o medo da recorrência do cancro, que identificam os sintomas físicos como desencadeadores significativos deste medo. Neste contexto, os sobreviventes tendem a interpretar sensações corporais, como dor ou fadiga, como potenciais indicadores de recorrência da doença (Hall et al., 2019).

A hipervigilância manifesta-se por um estado de atenção aumentada direcionada a estímulos percebidos como perigosos. Este mecanismo tem como função detetar e prevenir um perigo potencial (Houde et al., 2024). Este mecanismo pode ser adaptativo na sequência de um trauma como o cancro, sobretudo quando direcionado para riscos reais; no entanto, torna-se disfuncional quando assume proporções excessivas. Pode, assim, originar um ciclo vicioso de ansiedade e focalização no corpo, que perpetua e intensifica o estado de alerta (Houde et al., 2024). O exemplo de uma das participantes ilustra bem este processo de hipervigilância, que reforça o stress e alimenta uma espiral de ansiedade.

Em algumas participantes, esta vigilância excessiva traduz-se numa necessidade marcada de verificação e controlo médico, com o objetivo de obter tranquilização. Tal pode incluir pedidos repetidos de exames, pareceres adicionais ou a realização de exames complementares, mesmo quando os resultados anteriores são considerados normais ou tranquilizadores.

(E10) “O resultado que veio era bom. Mas.. tenho andado a pensar por acaso e em ir voltar a fazer para pedir uma segunda opinião.....” – P3

(E11) “.....procuro sempre respostas. Por isso daí o facto de ter pedido acompanhamento paralelo. Eu gosto de me adiantar no sentido de tentar perceber o que é que pode estar para vir. Não ficar à espera ...” – P5

Esta observação está em consonância com a literatura, que salienta que o medo da recidiva pode conduzir à procura constante de reafirmação e a uma utilização intensiva dos recursos de saúde. No entanto, apesar de estes comportamentos de controlo poderem proporcionar um alívio temporário da ansiedade, a longo prazo tendem a reforçar a dependência dos cuidados de saúde e podem associar-se a consequências negativas. Nesse sentido, os sobreviventes podem recorrer com maior frequência a consultas médicas, aumentar a toma de medicamentos ou recorrer mais intensamente a terapias complementares e alternativas (Lebel et al., 2014; Soriano et al., 2018).

Para além do recurso aos serviços de saúde, a necessidade de controlo pode também manifestar-se através de alterações nos comportamentos de saúde. Perante o medo da recidiva, uma das participantes procura retomar o controlo da situação ao modificar o seu estilo de vida, nomeadamente através da adopção de hábitos mais saudáveis. Esta constatação está igualmente de acordo com a literatura, que reconhece o papel central do medo da recorrência na adopção de comportamentos de saúde por parte dos sobreviventes (Hall et al., 2019).

(E12) “Também tentei ter mais cuidado com a alimentação. Não quer dizer que eu fosse uma pessoa aqui em casa... Nós normalmente temos uma alimentação. Tento manter uma alimentação saudável, pois uma pessoa, uma pessoa, claro, começa a pensar e terá sido a alimentação,..tenho isto e aquilo somos nós que fazemos, não compramos a pronto, há sempre aquela também aquela dúvida, aquela.” – P3

Esta situação exemplifica como o medo da recidiva pode impulsionar uma busca por controlo, traduzida em comportamentos proativos relacionados com a saúde.

Embora estes ajustamentos possam ser benéficos, revelam também uma dúvida

persistente e um sentimento de culpa face à doença, que alimentam uma necessidade constante de vigilância. Neste contexto, o medo da recidiva funciona como um fator que condiciona os comportamentos de saúde pós-tratamento, influenciando tanto os hábitos alimentares e a utilização dos cuidados de saúde, como as estratégias de adaptação adoptadas no quotidiano.

Por fim, a necessidade de controlo manifesta-se igualmente ao nível emocional. As participantes tentam controlar algumas das suas emoções, em particular o medo associado à recidiva, para não se deixarem dominar por ele. Algumas descrevem uma luta constante para não serem subjugadas pelo medo. Uma das participantes destaca que alimentar o medo, dando-lhe demasiada atenção, pode conduzir a um estado de paralisia:

(E13) "Se eu alimentar o medo, o medo ocupa-se de uma maneira que aí depois aí, como é que o medo paralisa..nos sentimentos não conseguimos controlar. É óbvio que eu há dias que estou. Estou mais agitada, estou mais ansiosa, estou mais, mas são coisas que eu consigo no meu dia a dia." - P2

(E14) "Ok, choro, mas não vou chorar todos os dias porque isso não faz bem, não é?"- P1

As estratégias de coping utilizadas pelos sobreviventes desempenham um papel fundamental na gestão do medo da recorrência. Estudos demonstram que o recurso a estratégias activas, como a procura de apoio social, a reavaliação positiva e a resolução de problemas, está associado a uma melhor qualidade de vida e a níveis inferiores de depressão e ansiedade (X. Zhang et al., 2025; Torcivia Natoli & Chopard, 2018).

No nosso estudo, várias participantes referiram ter desenvolvido mecanismos para enfrentar os seus medos. Algumas procuram racionalizar o medo, distinguindo entre o receio irracional e os sinais corporais reais. Outras optam por manter-se activas, tanto mental como fisicamente, envolvendo-se em actividades manuais ou criativas que lhes permitem ocupar a mente.

(E15) « Quando vem o medo, tem que pensar. Tem que ser a tal parte racional. Há motivos para? Há, há um sintoma para? Ou é só o medo que vem de forma irracional? ...É o que tento pensar. E depois tento fazer alguns outros exercícios. Tento fazer meditação, tento ir fazer uma caminhada, tento planejar qualquer coisa diferente para afastar... ham... Esses pensamentos. »- P1

(E16) “..Continuo a fazer a minha vida. Em Casa também estou sempre inventando, estou sempre, estou pequenos trabalhos de bricolagem reaproveitar faço, faço modificações, arranjo, faço 1001 coisas..Tive sempre muito ocupada ou tentar manter a cabeça sempre muito ocupada com coisas de de de bricolagem, de decoração, fazer algumas coisinhas para para para manter também o pronto a cabeça ocupada....” – P2

Este tipo de estratégias orientadas para a regulação emocional está alinhado com as recomendações apresentadas por Mutsaers et al. (2020), que indicam que práticas como a meditação, a actividade física e o diálogo com entes queridos podem ajudar a atenuar o medo da recidiva. Em conclusão, a hipervigilância e a necessidade de controlo podem ser entendidas como mecanismos de defesa face à imprevisibilidade do cancro. Embora se revelem adaptativos a curto prazo, proporcionando uma sensação temporária de controlo e segurança, a longo prazo tendem a perpetuar a ansiedade. Esta constatação reforça a importância de um acompanhamento adequado, especialmente em momentos-chave do seguimento clínico, que serão abordados nos subtemas seguintes.

Subtema 3: Ansiedade perante exames de rotina

O termo «*scan-anxiety*» foi criado para designar a ansiedade que surge antes, durante e após exames de imagem e tomografias relacionadas com o cancro (Patel et al., 2024). Estes exames de rotina são frequentemente identificados como desencadeadores do medo da recidiva (Soriano et al., 2018).

Entre as nossas participantes, esta ansiedade em relação aos exames está presente. Embora os exames possam, por vezes, proporcionar alguma tranquilização e contribuir para manter algum controlo sobre a situação e o medo, a sua realização e a espera pelos resultados continuam a ser uma importante fonte de ansiedade. A apreensão intensifica-se à medida que se aproximam as consultas ou durante o período de espera pelos resultados, gerando um stress difícil de gerir, mesmo com esforços de pensamento positivo.

(E17) “ ...os meus dias são tranquilos em relação à doença, data dos exames, ou das análises, ou das consultas de rotina...Nesta altura, sinto realmente que ficou, ..porque não consigo ficar tranquila nesses dias. O medo que nos outros dias está assim, disfarçado, antes dessas datas é maior.” – P1

(E18) “...Uns dias antes contêm consultas de de de controlo, portanto, de, de, de, de, de controlo. E é uma ansiedade e por mais que eu tento me abstrair e abstrai me, mas há sempre aquele medo. Há sempre aquele, aquele receio por mais. O pensamento positivo que eu tenho durante o meu dia a dia, na na, na minha vida, quando chega a estas alturas ou estas vésperas. – P2

(E19) É sempre aquela coisa que não me sai da cabeça, está sempre a martelar porque é o medo de. Poderá estar noutra sítio .. “ – P2

(E20) “ Mais ou menos eu quando estou muito ocupada, eu não me limito a pensar muito, fico nervosa, fico ansiosa...” – P2

(E21) “....Neste momento, estou a aguardar por uma ressonância que marquei hoje para fazer sábado, porque voltou me a doer e estou com dor, estou com medicação, porque devo ter feito, deve haver aqui qualquer coisa, mas agora não na parte lombar, mas é mesmo no meio da coluna.. ...Mas tudo bem, agora medo tenho. Se eu disser que não tenho medo, estou a mentir..E também sei que a qualquer momento que foi por acaso, aconteceu que pode a coluna ou outro osso qualquer pode fraturar. Por onde tiver a metástase o nível de osteoporose é muito elevado..” “ ...nunca ninguém me enganou porque eu sabia perfeitamente o primeiro médico que eu tive disse-me logo que é tudo poderia voltar, porque aquilo que eu que eu tinha tido, aquilo que me foi que foi tratado, e o dia voltar, portanto, eu não fui enganada.....” - P4

Um testemunho também ilustra como uma participante expressa uma forma de conflito interno entre a necessidade de se tranquilizar através da vigilância médica e a angústia de descobrir más notícias.

(E22) “Quando é seis em seis meses, o que é que me assusta ter que fazer? Agora, pensar, me assusta não ter que fazer..... Não Tenho plena consciência que o conflito é do racional, sabemos e o emocional.” – P1

O stress associado à possibilidade de receber más notícias invade a mente. A espera pelos resultados é vivida pelas sobreviventes como um dos momentos mais complicados emocionalmente. O tempo de espera entre o exame e a chegada dos resultados alimenta uma tensão prolongada.

(E23) “ Depois, foram 3 meses que eu tive que estar à espera do resultado da minha mama. Esse é que foi muito bom. Esse foi muito doloroso porque havia noites que não conseguia dormir. Acordava a pensar, qual é que vai ser o resultado, qual é que não vai ser, o que é que vai acontecer, porque depois aquilo lá...Por mais que se anda entretida a fazer coisas e quando chega a noite está se deitada na cama e quando se pensa mais..E era o stress de estar à espera” – P3

As histórias descritas acima destacam um paradoxo emocional bem documentado. Os exames, que deveriam trazer uma forma de segurança para essas mulheres, tornam-se eles próprios uma fonte de ansiedade.

Subtema 4: Influência do sistema de saúde no medo

Além do impacto dos exames médicos no medo da recorrência, todo o contexto médico e a relação com os profissionais de saúde também desempenham um papel importante na experiência desse medo. A literatura destaca que muitos pacientes com cancro expressam necessidades não atendidas ao longo do seu percurso de cuidados. Mais de 30% das mulheres com cancro da mama relatam uma necessidade crescente de informações sobre os sinais de recidiva, os efeitos secundários dos tratamentos e explicações médicas claras e atualizadas. Necessidades psicológicas, como o gerenciamento do medo da recidiva, preocupações com o futuro ou a organização da vida cotidiana, também se revelam importantes. Nesse contexto, o crescimento da população sobrevivente ao cancro constitui um desafio para os sistemas de saúde, que às vezes não conseguem oferecer apoio personalizado e contínuo (Ellegaard et al., 2017).

Os nossos dados mostram que o funcionamento do sistema de saúde pode influenciar a intensidade do medo da recorrência. Algumas participantes expressaram a sua insatisfação com o acompanhamento médico, destacando atrasos no tratamento, interrupções no acompanhamento e uma comunicação médica considerada insuficiente. Estes elementos alimentam uma desconfiança persistente em relação aos profissionais de saúde.

(E24) “não havia pessoal no laboratório, havia assim uma séria de coisas e depois houve muitas cirurgias, não só com o cancro da mama...e então aquilo estava tudo atrasado e isso é que me custou muito. Foi 3 meses que eu estive à espera da resposta...” - P3

(E25) “O que não me deixa tranquila, porque durante montes de tempo eles é de achavam que eu que eu que a mamã teve o cancro que estava bem, não é que era só o canal de leite entupido, mas agora em esquerda, portanto, eu fui prá direita, mas A esquerda acho que está com o mesmo.” - P3

O medo de uma recidiva não detetada manifesta-se em relatos onde são evocadas memórias de erros ou atrasos médicos. Esta insegurança provoca uma ruptura na relação de confiança entre o doente e o sistema de saúde.

Em alguns casos, verifica-se uma ausência de regularidade no acompanhamento

médico, por vezes em contradição com as orientações inicialmente comunicadas no início do tratamento.

(E26) “ Na minha opinião, não é suficiente. Eu estou a ser seguida numa instituição bastante reputada e com muita qualidade a nível humano e técnico. Mas eu estou, por exemplo, eu já não tenho uma de oncologia médica que acompanhe o tratamento da hormonoterapia desde setembro do ano passado... Portanto, isso eu vou ter em junho, junho ou julho. Eu acho que é demasiado tempo para alguém que tem... teve um cancro tão recentemente, acho que é um tempo demasiado espaçado. ...” - P5

(E27) “ De início, quando fui admitida na entidade, disseram que ia ser vigiada, ter consultas de vigilância de 4 em 4 meses. Não é o que está a acontecer.” – P5

As discrepâncias entre as expectativas iniciais e a realidade do acompanhamento clínico intensificam o sentimento de abandono e vulnerabilidade frequentemente reportado por sobreviventes após o tratamento (Lantheaume et al., 2014). Esta ausência de apoio levou à procura de soluções alternativas de acompanhamento, visando uma maior sensação de segurança.

(E28) « Eu suponho que seja falta de meios. Normalmente faço exames com intervalo de 1 ano. E o que me levou a procurar acompanhamento paralelo noutra instituição” – P5

Assim, o contexto clínico parece moldar a experiência subjetiva do medo da recidiva. A falta de recursos, de continuidade no acompanhamento ou de informação clara pode agravar as preocupações preexistentes. Esta situação evidencia a importância de um acompanhamento estruturado, humanizado e acessível, capaz de responder às necessidades individuais ao longo de todo o percurso de sobrevivência.

Tema 2: Apoio social (Resumo dos verbatins: ver anexo 5)

Subtema 1: Apoio da família

Os resultados obtidos confirmam a importância crucial do apoio familiar na reabilitação e adaptação das sobreviventes de cancro da mama, em consonância com a literatura existente. Conforme salientado por Muhamad, Afshari e Kazilan (2011), o apoio social atua como um factor de redução do stress, minimizando o impacto negativo da doença. Este fenómeno é ilustrado nos relatos das participantes, que descrevem a família como um verdadeiro pilar, fonte de motivação e força. O papel da família próxima (cônjuges, pais, irmãos, irmãs, filhos, netos) revelou-se fundamental para fornecer diversos tipos de apoio, incluindo logístico, emocional e médico.

(E29) "... O apoio familiar foi importante.... a minha mãe e uma enfermeira... Ela conseguia-me ajudar fisicamente, não é quando eu me sentia menos... , quando eu tinha dores, ela conseguia ajudar a superar alguns sintomas, ou algumas bazelas que eu tinha. E também me explicou aquilo que eu sentia, não é fisicamente. Portanto, a família ajudou imenso.. "No geral posso ter a falar da família, não só da minha mãe, mas da família no geral. .."- P1

(E30) "...As pessoas importantes, foi o meu marido, a minha mãe, a minha irmã, portanto, família mais próxima... Portanto, a minha família e um foi o meu pilar hum incondicionalmente foi meu pilar."- P2

(E31) " a todas as consultas e consultas principalmente, a minha irmã aqui. O meu, o meu marido teve sempre um bocadinho à margem, sou muito sincera.... O meu marido. depois dava-me um apoio doutra maneira aqui em casa, com com tarefas e com com Nice ajudam bastante, mas...." - P2

(E32) "... tinha o marido que "anda Leonor vamos anda lá, vamos entrar na banheira que é para eu te lavar." Porque eu não podia agachar, não podia fazer nada..." "Embora anda, não estás a olhar anda, vamos lá que eu lá eu dou-te banho e pronto." E depois, com a ajuda dele, também acho que foi acho que não foi fundamental porque eu no início não consegui olhar para mim e quase que nem conseguia, nem não tinha coragem para tomar banho sozinha. Eu andei andei para aí um mês e tal ou 2 a tomar banho com ele e com ele com ele..." - P3

(E33) "É que é o caso dos meus pais, que ainda são vivos, mas que estão a minha rede de apoio.... Há dias que eu não consigo sair de casa, aqueles 3, 4 dias de ressaca do tratamento. E ao meu pai, a minha mãe, que me veio trazer as coisas..."- P4

(E34) "... eu alguns elementos da família que sempre, tiveram sempre perto e me ajudar em tudo que foi possível... Dar a mim acompanhamento, por exemplo, para as consultas, para os exames, para os tratamentos, não me abandonaram. Se eu estive lá, estive sempre acompanhada, nunca estive sozinha. Às vezes, até me tentavam facilitar demasiado a vir em casa. Não faço isto, não faças aquilo. É uma coisa que me aborrecia um bocadinho, o que eu gostava de fazer, mas foi, foi assim. A nível logístico, foi um apoio bastante consistente...." - P5

(E35) « .. no meu caso, a família foi um grande pilar.."- P6

(E36) “Foi meu marido e as minhas filhas... Foram sempre elas o meu apoio e os meus irmãos. Os meus irmãos também foram muito meu apoio .. Tem também as minhas sobrinhas. Tenho 2 sobrinhas que são como minhas filhas... foram as pessoas que me deram sempre que estiveram sempre ali comigo sempre, sempre, sempre, sempre. Deram muita força e muito apoio ...” - P6

(E37) “Tanto a MC foi a primeira neta e eu achei que a vinda da MC, da MC, foi como uma bênção para mim. Foi mais um motivo para eu lutar e conseguir dar a volta e vencer .. Quando a MC nasceu, ..., foi um brinde muito grande que a vida me deu, uma grande força para continuar” – P6

(E38) “.. tinha o marido que " anda lá, vamos entrar na banheira que é para eu te lavar." Porque eu não podia agachar, não podia fazer nada.”.. "Embora anda, não estás a olhar anda, vamos lá que eu lá eu dou-te banho e pronto." E depois, com a ajuda dele, também acho que foi acho que não foi fundamental porque eu no início não consegui olhar para mim e quase que nem conseguia, nem não tinha coragem para tomar banho sozinha. Eu andei andei para ai um mês e tal ou 2 a tomar banho com ele e com ele com ele...” – P3

(E39) “.. eu alguns elementos da família que sempre, tiveram sempre perto e me ajudar em tudo que foi possível... Dar a mim acompanhamento, por exemplo, para as consultas, para os exames, para os tratamentos, não me abandonaram. Se eu estive lá, estive sempre acompanhada, nunca estive sozinha. Às vezes, até me tentavam facilitar demasiado a vir em casa. Não faço isto, não faças aquilo. É uma coisa que me aborrecia um bocadinho, o que eu gostava de fazer, mas foi, foi assim. A nível logístico, foi um apoio bastante consistente....” – P5

Estes diversos testemunhos evidenciam a multiplicidade das formas de apoio providenciado pela família. As participantes referiram uma ajuda multifacetada, que abrange desde o acompanhamento às consultas e participação nos cuidados, até ao apoio emocional e à criação de uma sensação de segurança e presença constante (Muhamad et al., 2011).

O apoio de familiares que também experienciaram um cancro complementa esta rede familiar e social, promovendo uma compreensão singular e um vínculo emocional terapêutico (Tan et al., 2022; Clougher et al., 2023). Este ponto é ilustrado por uma participante que relata:

(E40) “ ...tinha uma tia nessa altura que era quase como minha irmã. E tenho uma prima que isto para mim é fundamental, uma prima direita que veio 5 anos mais tarde até cancro de mama também. E que nessa altura me apoiou imenso. E que neste momento é a pessoa que mais me apoia, porque sabe exatamente o que é passar por tudo isto...” – P4

Contudo, o apoio familiar manifestou-se, por vezes, de formas bastante variadas. Algumas participantes experienciaram reacções distintas por parte do seu círculo

próximo, que oscilaram entre um apoio ativo e uma forma de afastamento silencioso. Duas participantes explicam esta realidade...

(E41) "...eles (ses enfants) os 2 são muito diferentes porque o o G não queria que eu eu digo,..dizia que não queria e a C a dizia que sim.. a C começou a chorar e tal dizia que sim queria saber a verdade toda.." – P3

(E42) "... tinha a minha filha nessa altura, que que era, foi complicado... E que nunca me fui ver ao hospital, nunca nada, porque tudo o que tivesse a ver com hospitais e e tudo o que tivesse a ver com toda esta situação. Ela tentava fugir o mais possível, portanto, ela ficava muito magoada...ela ficava extremamente aquilo não lhe fazia bem...mais tarde conversamos e ela disse, bem, "já era só tu.. se tu morresses, eu ficava sozinha.. »" – P4

Este tipo de divergência reflete o stress partilhado por toda a família, nomeadamente o medo da recidiva, que afecta tanto os sobreviventes como os cuidadores. O cancro gera um stress significativo não só para o doente, mas também para os seus familiares. A partilha de informação com a família pode, por vezes, constituir uma fonte de angústia partilhada, que se propaga (Banks et al., 2023).

(E43) "... E depois também durante esses 3 meses, estive à espera do resultado da mama na verdade também foi foi um bocadinho cansativo porque voltei-me aí e eles perguntavam, mas "tu, já tens o resultado da mama, já tens o resultado da mama?.."–P3

As estratégias de proteção familiar surgem também como mecanismos utilizados pelas mulheres sobreviventes para preservar os seus entes queridos do stress e sofrimento associados à doença. Algumas optaram por reter certas informações ou limitar a partilha, de modo a não aumentar a preocupação dos familiares.

(E44) “..eu tentei desdramatizar e explicar, aos duas, tentei explicar que estava doente, aos meus filhos, claro, que estava doente mas que....., para ficar melhor.

“A minha filha, eu não disseAo meu filho eu disse logo que tinha um cancro da mama porque ele tinha ...uma professora, ainda tinha na altura, que tinha represado, tinha sido professora dele, após represar de uma baixa de um cancro da mama. E ela sempre foi falando na turma dele e nas outras turmas E quando diz que tinha um cancro da mama, ele disse que sabia que era uma doença, mas que sabia que havia pessoas que conseguiam ficar bem porque a professora dele continua a ser uma chata...”

“Com a minha filha foi um bocadinho mais difícil. Disse que tinha uma mastite ou uma mamita, inventei um nome.. eu disse-lhe, pensa um bocadinho, ... ver esta reportagem que está na televisão porque aquela senhora tem a mesma doença da mãe. E quando eu acabei cancro da mama....., pois sabia ler, não é, e ficou realmente assustada e perguntou-me se eu ia morrer. E eu disse... sim, eu vou morrer, toda a gente vai morrer. Mas o que eu estou a tentar é que isso não aconteça agora. Ela primeiro ficou um bocadinho em estado de choque,.... Apesar que eu disse que eu ia morrer. Ela percebeu, não é. Não lhe podia dizer que ia ficar tudo bem, porque não sabia se ficar, não é....”

– P1

Algumas participantes preferem até mesmo adiar o anúncio da doença, como mostra os testemunhos a seguir:

(E45) “..Tomei a decisão que não lhes ia contar naquele momento, só lhe iria contar quando foi fazer a cirurgia...Como eles andavam os testes, também não quis estar.Queria que eles se focassem nos testes e não é preciso focar em mim.. eles também não sabiam, é eles, eles ficaram a saber, precisamente quando eu vim fazer a cirurgia.Antes, eu disse-lhe que ia ser operada à mama e que me iam tirar que tinha o canal de leite entupido..” – P3

(E46) “...eu ainda não tive coragem de contar à minha mãe, porque naquela fase a minha mãe também estava a passar por um problemaEntão eu não, eu até hoje ainda não lhe.Não tive coragem de contar...” – P3

Uma participante disse que às vezes fingia estar sempre bem para proteger os seus entes queridos:

(E47) “A fiz-me de forte muitas vezes, quando às vezes eu não estava forte, principalmente quando começou aquela fase dos tratamentos, a em que estava debilitada e que muitas vezes é quase nem me conseguia levantar...A das minhas filhas chegarem ao pé de mim para me abraçarem e beijarem AAE só delas me tocarem. Parece que a carne doía, mas pronto eu.Tinha que não mostrava isso para porque é assim. Eu acho que nós, como doentes, sofremos...” – P6

Por fim, o sentimento de impotência dos familiares é bem destacado por uma participante.

(E48) “ .Deram muita força e muito apoio e ao que eu digo eu, eu como doente sei como estava, mas via-a preocupação deles. Muitas vezes não sabiam o que é que haviam de fazer para que eu me sentisse bem..” – P6

(E49) “ Eu acho que para o cuidador também é uma fase muito má e muito complicada. Porque eu acho que eles sentem-se muito tipo, muito impotentes, porque querem tratar de nós, mas não sabem como...penso.” – P6

Os resultados evidenciam a necessidade de um acompanhamento específico para os familiares, num contexto em que o cancro provoca um stress significativo em toda a família (Ren et al., 2025).

Subtema 2: O apoio dos amigos

Os resultados do estudo reforçam igualmente a importância do apoio dos amigos no percurso das pacientes com cancro da mama, complementando o apoio familiar. Em mulheres diagnosticadas com cancro da mama, demonstrou-se que a presença de um ou mais amigos próximos exerce um efeito protetor na sobrevivência, ao fornecer apoio social, psicossocial, emocional e prático. Esta rede de amigos promove um sentimento de pertença a um grupo e reduz a sensação de isolamento.

Os amigos facilitam a partilha de informações sobre a situação da pessoa, através da escuta, do diálogo, do humor e da celebração das conquistas e marcos importantes, além de apoiarem mudanças positivas. Contribuem para que os sobreviventes se projetem no futuro, oferecem força e suporte para enfrentar a tristeza e a depressão, bem como amor incondicional (Evans et al., 2015).

Estas diferentes dimensões encontram-se refletidas nos testemunhos recolhidos:

(E50) “.. desde que uma pessoa tenha um ..o apoio dos amigos e que tenha uma rede por trás dela que consiga ajudar, é muito mais fácil. E eu tive essa sorte de ter .. os amigos comigo...” “...tive muitos amigos, tive realmente, tinha os amigos que estavam sempre comigo...” – P4

O papel ativo dos amigos no acompanhamento do tratamento, nomeadamente através da participação em atividades físicas e de lazer, é particularmente marcante, como relata uma participante:

(E51) "3 amigas..." "A os amigos influência influenciaram muito também porque como eu sou uma pessoa muito, muito activa. A eles tiveram comigo, mais na parte de, eu queria ir fazer uma caminhada e vim eu, eu cheguei a sair do dos tratamentos de quimioterapia. Vinha tão ligada à corrente que eu, em vez de ir para casa, ia caminhar. » – P2

(E52) "..eu tinha sempre uma dessas pessoas amigas que eu ligava e disse, olha, eu preciso de caminhar e elas depois iam conversando. Aliás, as conversas que nós íamos tendo na caminhada nem era sobre nada do de do problema em si. Era conversas de distração, tipo de para rirmos para, brincarmos para estarmos sempre mais mais, para estar sempre mais bem disposta. " – P2

(E53) "...estes amigos que que isto só este estas 3 pessoas que eu estou a mencionar que foram foram foram amigos mesmo... Portanto, eu estive sempre aqui uma balança do apoio familiar e do apoio destas deste destes 3 grandes suportes de amizade que eu tenho, portanto." – P2

Este tipo de apoio evidencia a importância dos laços sociais, não apenas para o conforto emocional, mas também como mecanismo de evasão. Contudo, esta experiência positiva não foi universal. Em determinados casos, a doença revelou as limitações ou fragilidades da rede de amigos, conforme referido por uma participante.

(E54) “ .. tive amigos também. Que como eu costumo dizer na doença, nós conhecemos os amigos e eu conheci que nós achamos que temos muitos amigos, mas não temos muitos amigos. Nós temos amigos e conhecidos, porque aqueles que são verdadeiramente amigos nunca se afastam de nós e aqueles pronto que nós achávamos que era amigos quando surgiu o problema e eles simplesmente se afastam e pronto, nunca mais se se se lembram de nós.” – P6

Esta constatação está em consonância com os trabalhos de Pilleron et al. (2023), que evidenciam um aumento da solidão ao longo do tempo nas pessoas com cancro.

Por fim, a questão da aceitação do apoio social também foi referida. A necessidade de independência pode condicionar a perceção do apoio recebido. Conforme assinala Petrescu Perlier, os sobreviventes procuram poder escolher, em função do seu ritmo, personalidade e percurso, o momento, a forma e as pessoas junto das quais recebem apoio. Este desejo de independência e autonomia é ilustrado num dos testemunhos recolhidos.

(E55) “.....mas eu como fui sempre uma pessoa muito independente. E nunca, e eu não quero estar assim mesmo, sempre agarrar aí é a melar ali....” – P4

Em suma, os resultados destacam que o apoio dos amigos representa um complemento valioso ao apoio familiar, proporcionando oportunidades de partilha e momentos de leveza. Contudo, pode igualmente revelar fragilidades relacionais, evidenciando até que ponto a doença coloca à prova a qualidade dos laços sociais.

Subtema 3: O apoio dos profissionais de saúde

Os resultados do estudo revelam que o apoio fornecido pelos profissionais de saúde constitui um elemento essencial no percurso das mulheres com cancro da mama, tanto a nível técnico como emocional.

Uma participante destacou a competência e a humanidade do pessoal de saúde responsável pelo seu acompanhamento:

(E56) “..Em nível técnico e os médicos, mas essencialmente os enfermeiros são estra ordinários...Cuidam das pessoas com muita paciência, muito carinho e acho que estão no sítio certo. ..” – P5

Estes resultados confirmam os trabalhos de Lervat et al. (2020), que destacam o apoio emocional como um fator relevante para as pacientes.

Entre as formas de apoio mais valorizadas, o apoio psicológico emerge como um pilar fundamental no percurso de cuidados, especialmente quando é oferecido de forma precoce e disponível mediante solicitação.

(E57) “.... O facto de ter tido apoio psicológico desde o início, foi o fator decisivo, não é? Porque era alguém que sabia o que estava a tratar, não é, tem experiência na área, com outros doentes, e todas as ferramentas psicóloga..... phenomenal.” – P1

(E58)“... até hoje, continuo a contactar as vezes peço ajuda quando me sinto mais de baixo ou quando preciso de falar. Sim, ela está sempre lá, mas agora é sóFoi difícil, deixar foi difícil também Porque era ali um porto seguro, não é. ” – P1

(E59) “ Tenho uma psicóloga. Que me apoia ou me apoiou e que me apoia até hoje... agora aqui mais uma relação até de de uma amizade muito grande e e quem entende perfeitamente... e que sempre entendeu tudo muito bem, portanto, eu estive em consulta com ela, consulta individual, depois estive nas consultas de grupo...Já há muitos anos que trabalha, portanto, com doentes com cancro de mama e que nos entende perfeitamente... ” – P4

Estes testemunhos ilustram o papel do psicólogo na gestão da doença. Conforme indicado por Defer e Bernatchez (2022), o sofrimento emocional é frequente ao longo de todo o percurso da doença, incluindo após os tratamentos, o que torna a intervenção psicológica particularmente essencial. Aproximadamente um terço dos pacientes com cancro manifesta desejo de receber apoio psico-oncológico profissional

para lidar com a vida quotidiana e com a doença. Os serviços de psico-oncologia constituem um componente fundamental na reabilitação de pacientes com cancro da mama (Fauser et al., 2023). Contudo, algumas participantes referem insatisfação quanto à frequência insuficiente e ao atraso no acompanhamento psicológico, que nem sempre responde às suas necessidades.

(E60) “ A parte das consultas de psicologia vem um pocadinho tarde, portanto, já tinha começado o processo, então já tinha arranjado alternativas, portanto já tinha ..ido ao tapete, já tinha levantado, já tinha encarado. ...Portanto, só tive 2 consultas de de de psicologia.Foi muito pouco.” – P2

(E61) “ .. não tão frequente também, como seria desejável.” – P5

Outras participantes expressaram um sentimento de falta ou frustração em relação ao seu acompanhamento médico, apesar dos esforços observados por parte dos profissionais de saúde:

(E62) « Não, não é culpa. Não se pode atribuir culpa nem aos médicos, enfermeiros, mas não há tempo.São muitos doentes e não há tempo para esclarecer todas as dúvidas, não há tempo para...para todo o apoio que nós precisamos.E eu acho que eles tentam, não é? Eles tentam dar, mas não há tempo, não há... Há muitas pessoas que ficam muito tempo à espera.” – P1

(E63) “ .. hoje em dia há muito pouco apoio, portanto, nestas situações de doentes oncológicos...há poucos profissionais..” – P4

Estas constatações corroboram os trabalhos de Mino e Lefève (2023), que defendem uma abordagem integral e personalizada do paciente, integrando cuidados médicos e psicológicos, com o objetivo de responder à complexidade da experiência vivida pelos sobreviventes. Por fim, uma participante relatou uma experiência negativa marcante com um profissional de saúde, durante uma consulta em que foi informada da recidiva da doença:

(E64) “... eu aí optei por ir ao hospital (um outro)..porque tive um um bate-papo muito mau com a médica que eu tinha..., porque duvidou dos conhecimentos que eu tinha para fazer tudo mais rápido. E chegou mesmo até a quase que é insultar, porque de tal maneira que eu nunca mais fiz nenhuma consulta sozinha com ela, levei sempre o meu irmão ou uma amiga ou a minha prima... E e ela virou-se para mim, diz-me, “está tão preocupada em substituir a prótese para ficar aí com umas mamas como deve ser e quando eu estou a ver aqui que tem um cancro na coluna. ...E eu fiquei partir daí. Disse, não, eu não vou ser mais tratada nem neste hospital, nem com esta médica...” – P4

Este testemunho ilustra os efeitos nocivos de uma comunicação inadequada entre pacientes e profissionais de saúde, salientando a importância da relação terapêutica, da confiança e do respeito para garantir a segurança emocional dos pacientes. Os resultados confirmam estudos anteriores que evidenciam que a relação médico-paciente é determinante face à pressão emocional do diagnóstico, e que a satisfação dos pacientes, assim como a sua avaliação da qualidade dos cuidados, depende em grande medida da qualidade da comunicação com os profissionais de saúde (Elkefi et al., 2024; Elkefi & Asan, 2023).

Deste modo, o estudo sublinha que o apoio dos profissionais de saúde, quando adequado, constitui um recurso valioso para as pacientes. Para que seja plenamente eficaz, deve ser também acessível em tempo útil, suficientemente frequente e personalizado, de forma a responder ao complexo desafio do cancro.

Subtema 4: Apoio de outras mulheres sobreviventes

Por fim, várias participantes destacaram a dificuldade em falar sobre a doença e os medos associados com pessoas que não foram afetadas pelo cancro. Expressaram um sentimento de incompreensão, o que as leva a procurar aproximação a outras que vivenciaram a mesma experiência, permitindo a partilha num ambiente de compreensão mútua:

(E65) “ ...comecei em 2007 com o blog e depois falar com a porque ABC e todas tinham passado pela mesma experiência. E é muito mais fácil quando nós falamos com pessoas que tenham passado ou que estejam a passar pela mesma experiência que nós estamos a passar e é mais fácil do que ser uma pessoa de fora, até mesmo que seja familiar ou amigo, não consegue entender nos como quem está, como quem está na situação, como é lógico, não é ? ” – P4

(E66) “.. na clínica da mama é uma coisa inexplicável. Nós tínhamos sempre conversa com alguém de experiências, muitas vezes até da da forma como as pessoas sentiam, e havia sempre um bocadinho para nos ouvirmos... “ – P5

Estes resultados coincidem com os de Rini et al. (2007) e Skirbekk et al. (2018), que salientam que o apoio entre pares favorece a adaptação, reduz a ansiedade e auxilia no enfrentamento do medo da recidiva.

Algumas participantes também procuraram tornar-se fonte de apoio para outras pacientes, através de diversos projetos e partilhas:

(E67) “... alimentei um blog durante cerca de 10 anos mais ou menos, alimentei um blog a a contar toda a minha história, o que se ia passando, o que não se passava, como foi confronto que eu tinha os, momentos bons momentos menos bons, porque isso ajuda muito nós pormos tudo isso cá fora e depois temos também do outro lado....” – P4

(E68) “... A resposta das pessoas lerem e até nos ajudarem, quem não, não nos conhece, incentivar-nos a ir mais para a frente a, além, o blog, deu-me a conhecer a outras mulheres. E que estavam na mesma situação que eu...” “ .. me faz bem em mim deitar isso cá fora e é para outras pessoas que, neste momento, estão a passar pela mesma situação, possam ler a forma como eu estou a levar tudo isto, estou a encarar toda toda esta situação..” – P4

(E69) “ ... conheci pessoas e que tinham o mesmo objetivo e a mesma forma de estar na vida hum que eu tenho. ..tivemos um amigo também que gosta muito de teatro e ensinou-nos uma peça em que nós

contamos toda a nossa história, a em palco...mas aquilo tinha tudo uma sequência desde a cada uma contava a sua parte desde o momento em que se sabia ou soubemos que tínhamos cancro, até ao final dos tratamentos. Portanto, andamos pelo país fora para 3 anos a passar a mensagem em várias instituições em hospitais, a quem nos convidava, nós íamos...foi muito gratificante... isso ajudou muito, o que foi uma espécie de uma catarse a tudo aquilo que nos aconteceu para trás e só sabermos que a, com aquilo que estávamos a passar e aquilo que estávamos a fazer, ajudávamos outras mulheres que estavam realmente ou no início ou no meio dos tratamentos que estavam em baixo e que elas ficavam muito mais animadas e só de as poder deixar pela esperança de que realmente há vida para além do do do do cancro. Isso deu-nos a nós ainda mais ainda mais vitalidade e ainda mais ainda mais esperança.” – P4

(E70) “É também participei em vários programas de televisão e e noutros noutros projectos também, portanto, como médicos como com cc, com médicos, portanto, a contar toda toda toda a história para passar também essa mensagem que realmente há vida depois.” – P4

(E71) “ Na altura que eu estive no grupo, era mais não por mim, mas para passar, passar a mensagem passar a a a força de que realmente nós se quisermos, conseguimos. ...”

– P4

(E72) “.. assim tem sido e é como tem levado a minha vida e tenho dado força a outras pessoas que também passam pela mesma situação. Digo sempre para não desanimarem, para não pronto. Acho que nós, nos devemos agarrar.”– P6

Iniciativas como as descritas estão em consonância com os trabalhos de Kiemen et al. (2023), que afirmam que o apoio oferecido por pessoas diretamente afetadas pela doença difere do apoio profissional ou familiar. A partilha de experiências entre pares possibilita a criação de uma comunidade de apoio mútuo, alicerçada na compreensão recíproca, promovendo o alívio emocional, a resiliência e um envolvimento ativo no percurso de cuidados (Kiemen et al., 2023).

Considerações finais

A análise dos testemunhos evidenciou que o medo da recorrência do cancro constitui uma fonte significativa de angústia para as pessoas que experienciaram esta doença. Este desafio psicológico persiste frequentemente após o término dos tratamentos e exerce um impacto profundo e prolongado na vida quotidiana das sobreviventes, interferindo na sua perceção do futuro e no seu bem-estar emocional.

O medo da recidiva manifesta-se em formas diversas, incluindo hipervigilância aos sinais corporais e uma necessidade constante de controlo, que embora possam funcionar como mecanismos adaptativos a curto prazo, tendem a alimentar a ansiedade a longo prazo. Este fenómeno reforça a necessidade de um acompanhamento global, estruturado e adaptado às especificidades emocionais e psicossociais destas pacientes.

O apoio social revela-se fundamental na gestão deste medo, especialmente o proporcionado pela família e pelos amigos. A família, enquanto pilar multifacetado de apoio logístico, emocional e prático, oferece uma base de segurança e motivação. Contudo, a experiência do apoio social nem sempre é homogénea, pois a doença pode evidenciar fragilidades nas relações e gerar stress partilhado entre sobreviventes e cuidadores. Por outro lado, o apoio entre pares, fundamentado na partilha de experiências e na compreensão mútua, emerge como um recurso singular e precioso, que promove o alívio emocional, a resiliência e o envolvimento ativo no percurso de cuidados.

Apesar da competência técnica dos profissionais de saúde, o seu apoio emocional nem sempre é percebido como suficiente ou adequadamente acessível. A comunicação deficiente, a falta de continuidade no acompanhamento e o acesso limitado a serviços psicológicos especializados podem agravar o sofrimento psicológico e a sensação de vulnerabilidade das sobreviventes.

Assim, para melhorar a qualidade do acompanhamento, é imprescindível fortalecer as redes sociais e comunitárias, garantir a disponibilização de apoio psicológico personalizado e acessível, e valorizar as iniciativas de apoio entre pares, que se revelam eficazes no alívio do medo da recorrência e na promoção do bem-estar emocional das sobreviventes.

Estes resultados salientam a necessidade de uma abordagem integrada, centrada na pessoa, que reconheça a complexidade do medo da recidiva e promova intervenções

multidimensionais que respondam às necessidades emocionais, sociais e médicas ao longo de todo o percurso de sobrevivência.

Embora a investigação qualitativa proporcione uma compreensão profunda e complexa do fenómeno da sobrevivência ao cancro da mama, apresenta limitações inerentes. Entre estas destacam-se o carácter exploratório do método, a impossibilidade de generalização dos resultados para outras populações e a subjetividade inerente à interpretação dos dados. Além disso, a amostra limitada e o número reduzido de entrevistas, devido ao tempo restrito disponível para a realização do mestrado, impossibilitaram a obtenção da saturação teórica dos dados, o que poderia ter aprofundado ainda mais as conclusões.

Pontos fortes do estudo

O estudo beneficiou de entrevistas profundas, que permitiram captar relatos detalhados e ricos das participantes. A análise minuciosa dos dados assegurou um rigor metodológico, potencializado pela experiência da equipa de investigação e pela presença de um coorientador especialista em métodos qualitativos, o que contribuiu para a validade e credibilidade dos resultados.

Futuros trabalhos poderão explorar mais profundamente as questões de género relacionadas com o cancro da mama e os papéis sociais desempenhados no âmbito do apoio social, dado que, neste estudo, aspectos como o apoio do marido ou companheiro foram pouco abordados. Além disso, considerando as limitações e dificuldades relacionadas com o tratamento no sistema nacional de saúde, seria pertinente aprofundar o impacto das barreiras institucionais e do funcionamento do sistema na vivência e no bem-estar das sobreviventes, sobretudo tendo em conta que os exames de rotina foram identificados como uma fonte significativa de sofrimento.

Os resultados obtidos fornecem informações relevantes para a conceção de programas de atenção psicológica dirigidos a sobreviventes de cancro da mama. Estes programas devem contemplar o acompanhamento continuado, com especial enfoque na gestão do stress associado à sobrevivência, às consultas e exames de rotina, bem como no restabelecimento das rotinas quotidianas. Promover intervenções personalizadas, que integrem o apoio emocional, a promoção da resiliência e a valorização do apoio social, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da saúde mental destas pessoas,

respondendo às suas necessidades específicas ao longo de todo o percurso pós-tratamento.

Referências

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health : The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology, 15*, 1330720.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- Afiyanti, Y., Milanti, A., & Putri, R. H. (2018). Perspectives internationales : Les besoins en soins de soutien comme prédicteurs de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer gynécologique. *Canadian Oncology Nursing Journal, 28*(1), 30-37.
<https://doi.org/10.5737/236880762813037>
- Akechi, T., Yamaguchi, T., Uchida, M., Imai, F., Momino, K., Katsuki, F., Sakurai, N., Miyaji, T., Mashiko, T., Horikoshi, M., Furukawa, T. A., Yoshimura, A., Ohno, S., Uehiro, N., Higaki, K., Hasegawa, Y., Akahane, K., Uchitomi, Y., & Iwata, H. (2023). Smartphone psychotherapy reduces fear of cancer recurrence among breast cancer survivors : A fully decentralized randomized controlled clinical trial(J-support 1703 study). *Journal of Clinical Oncology, 41*(5), 1069-1078.
<https://doi.org/10.1200/JCO.22.00699>
- Alabdajabar, M. S., Muhsen, I. N., Knight, J. M., Syrjala, K. L., & Hashmi, S. K. (2021). Free of malignancy but not of fears : A closer look at Damocles syndrome in survivors of hematologic malignancies. *Blood Reviews, 48*, 100783.
<https://doi.org/10.1016/j.blre.2020.100783>
- Alkhaifi, M., Zhang, E., Peera, M., Jerzak, K., Czarnota, G., Eisen, A., Roberts, A., Carmona-Gonzalez, C. A., Pezo, R., & Gandhi, S. (2025). Risk factors for treatment toxicity and high side effect burden among breast cancer survivors : A retrospective chart review. *Cancers, 17*(2), 328. <https://doi.org/10.3390/cancers17020328>

American Cancer Society. (2024, mai 31). *Managing cancer as a chronic illness*.

<https://www.cancer.org/cancer/survivorship/long-term-health-concerns/cancer-as-a-chronic-illness.html>

Ancellin, R., Ben Diane, M.-K., Berenger, C., Bessette, D., Bouhnik, A.-D., Buzyn, A.,

Cabanel-Gicquel, M.-C., Cavallini-Lambert, M., Chantry, M., Chauvet, C.,

Cortaredona, S., Danguy, V., Deutsch, A., Herbet, J.-B., Gaillot, J., Le

Corroller-Soriano, A.-G., Mancini, J., Meresse, M., Paraponaris, A., ... Verger, P.

(2014). *La vie deux ans après un cancer : rapport thématique de synthèse*.

INSERM. <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-viedeuxansaprescancer-synthese-2014.pdf>

Åsberg, E., Giskeødegård, G. F., Karlsen, J., Kiserud, C. E., Aune, G., Nilsen, M., &

Reidunsdatter, R. J. (2025). Sexual health in female and male cancer survivors –

compared with age-matched cancer-free controls in Norway. *Acta Oncologica*, *64*,

380-390. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2025.42451>

Assogba, E. L. F. (2024). *Le cancer du sein chez la femme jeune en France : Conditions*

de vie des survivantes, fertilité et identification des profils de sexualité [Thèse de

doctorat, Université Bourgogne Franche-Comté]. HAL Archives ouvertes.

https://theses.hal.science/tel-04619873v1/file/118273_ASSOGBA_2024_archivage.pdf

Avril, C., & Pradines, D. (2010). Maladies chroniques et qualité de vie sociale. *Actualité*

et dossier en santé publique, *72*, 22–24.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger%3FNomFichier%3Dad722224.pdf>

Baguet, F. (2015). *Facteurs psycho-sociaux associés à la fatigue chez des patients âgés*

fragiles atteints d'un lymphome non hodgkinien : Rôle de la dépression, du coping,

- du soutien social et de la routinisation* [Phdthesis, Université Paul Valéry - Montpellier III]. <https://theses.hal.science/tel-01245620>
- Banks, H., Webb, K., Sharpe, L., & Shaw, J. (2023). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in caregivers. *Psycho-Oncology*, 32(7), 1076-1084. <https://doi.org/10.1002/pon.6149>
- Belau, M. H., Jung, L., Maurer, T., Obi, N., Behrens, S., Seibold, P., Becher, H., & Chang-Claude, J. (2024). Social relationships and their impact on health-related quality of life in a long-term breast cancer survivor cohort. *Cancer*, 130(18), 3210-3218. <https://doi.org/10.1002/cncr.35364>
- Benvenuti, C., Gaudio, M., Jacobs, F., Saltalamacchia, G., De Sanctis, R., Torrisi, R., Santoro, A., & Zambelli, A. (2023). Clinical review on the management of breast cancer visceral crisis. *Biomedicines*, 11(4), 1083. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11041083>
- Bodelon, C., Masters, M., Bloodworth, D. E., Briggs, P. J., Rees-Punia, E., McCullough, L. E., Patel, A. V., & Teras, L. R. (2025). Physical health decline after chemotherapy or endocrine therapy in breast cancer survivors. *JAMA Network Open*, 8(2), e2462365. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.62365>
- Boghossian, R. (2025). *Comment les nouvelles technologies peuvent améliorer la prise en charge du cancer du sein ?* 143. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05056573>
- Brearty, C. M., Bisailon, L., Lauzier, S., & Savard, J. (2023). Peur de la récurrence du cancer en contexte pandémique chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 13(1), 15-22. <https://doi.org/10.51656/psycause.v13i1.51849>
- Caires Barreto, M. O. (2020). *Cuidar da pessoa adulta com doença oncológica e sua família: Construção de um programa de intervenção psicoeducativo* [Mémoire de

master, Universidade de Lisboa].

https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/49996/1/ulsd736568_td_Maria_Barreto.pdf

Calderon, C., Gustems, M., Galán-Moral, R., Muñoz-Sánchez, M. M., Ostios-García, L., & Jiménez-Fonseca, P. (2024). Fear of recurrence in advanced cancer patients : Sociodemographic, clinical, and psychological correlates. *Cancers*, 16(5), 909.

<https://doi.org/10.3390/cancers16050909>

Canadian Cancer Society . (s. d.). *Cancer as a chronic disease*. Canadian Cancer Society.

Consulté 2 juillet 2025, à l'adresse

<https://cancer.ca/en/living-with-cancer/life-after-treatment/cancer-as-a-chronic-disease>

Caplette-Gingras, A., Casault, L., Savard, M.-H., & Savard, J. (2016, avril). *La peur de la récurrence du cancer : Comment vivre avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête?*

<https://www.ordrepsy.qc.ca/-/la-peur-de-la-recidive-du-cancer-comment-vivre-avec-une-eppee-de-damocles-au-dessus-de-la-tete->

Caring for the adult with cancer and their family : Building a psychoeducational intervention program. (s. d.).

Cariou, Gautier . (2021, juillet 29). *La peur mise à nu*. CNRS Le journal.

<https://lejournal.cnrs.fr/articles/la-peur-mise-a-nu>

Carmen, A., Anne, O., Monika, S., Daniel, E., Johannes, G., Verena, M., Michael, H., & Christine, B. (2023). Does the toxicity of endocrine therapy persist into long-term survivorship? : Patient-reported outcome results from a follow-up study beyond a 10-year-survival. *Breast Cancer Research and Treatment*, 198(3), 475-485.

<https://doi.org/10.1007/s10549-022-06808-9>

- Caumette, E. (2022). *Environnement social des patientes et réinsertion professionnelle après un cancer du sein*[Phdthesis, Sorbonne Université].
<https://theses.hal.science/tel-03934854>
- Charos, D., & Vivilaki, V. (2022). Sexual dysfunction in women with breast cancer : The role of community midwives in early detection. *European Journal of Midwifery*, 6(December), 1-3. <https://doi.org/10.18332/ejm/156900>
- Cherba, M., Thoër, C., Turbide, O., Denault, V., Renaud, L., Valderrama, A., Courcy, I., Cordelier, B., Laquerre, M.-E., Cyr, C., Hovington, J., & Muloin, C. (2019). Le soutien social en ligne comme mode d'intervention psychosociale : Revue de littérature, pistes de recherche et recommandations pour les intervenants: *Santé Publique, Vol. 31*(1), 83-92. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0083>
- Clougher, D., Ciria-Suarez, L., Medina, J. C., Anastasiadou, D., Racioppi, A., & Ochoa-Arnedo, C. (2024). What works in peer support for breast cancer survivors : A qualitative systematic review and meta-ethnography. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(2), 793-815. <https://doi.org/10.1111/aphw.12473>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Sage Publications.
- Defer, C., & Bernatchez, M.-S. (2022). Réflexion sur l'offre de services psychologiques en oncologie et soins palliatifs dans deux centres hospitaliers universitaires montréalais. *Psycho-Oncologie*, 16(1), 212-217.
<https://doi.org/10.3166/pson-2022-0184>
- Doege, D., Thong, M. S. Y., Weißer, L., Koch-Gallenkamp, L., Jansen, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Nennecke, A., Pritzkuleit, R., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H., & Arndt, V. (2021). Health-related quality of life in very long-term cancer survivors 14–24 years post-diagnosis compared to population controls : A

population-based study. *Cancers*, 13(11), 2754.

<https://doi.org/10.3390/cancers13112754>

Dolbeault, S., Terrasson, J., Rault, A., Malinowski, D., Bisch, A. M., Soulié, O., & Brédart, A. (2022). Interventions psycho-oncologiques : Quelles approches innovantes ? *Bulletin du Cancer*, 109(5), 548-556.

<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.03.001>

Duijts, S. F. A., & Spelten, E. R. (2021). Cancer survivorship issues : Dissemination and translation of evidence-based knowledge. *Cancers*, 13(22), 5794.

<https://doi.org/10.3390/cancers13225794>

Elkefi, S., & Asan, O. (2023). The impact of patient-centered care on cancer patients' qoc, self-efficacy, and trust towards doctors : Analysis of a national survey. *Journal of Patient Experience*, 10, 23743735231151533.

<https://doi.org/10.1177/23743735231151533>

Elkefi, S., Asan, O., Yu, Z., Yen, T., & Rowley, S. (2024). Patient-centered communication's association with trust, satisfaction, and perception of electronic health records use among newly diagnosed patients with cancer. *Frontiers in Communication*, 9, 1391981. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2024.1391981>

Ellegaard, M.-B. B., Grau, C., Zachariae, R., & Bonde Jensen, A. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study. *Acta Oncologica*, 56(2), 314-320.

<https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1268714>

Evans, R., Mallet, P., Bazillier, C., & Amiel, P. (2015). Friendship and cancer. *Reviews in Health Care*, 6(2), 53-65. <https://doi.org/10.7175/rhc.v6i2.1171>

- Faraji, A., Dehghani, M., & Khatibi, A. (2023). Familial aspects of fear of cancer recurrence : Current insights and knowledge gaps. *Frontiers in Psychology, 14*, 1279098. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1279098>
- Fathi , B., & Abdou, M. (2024). *Breast Cancer from Illness to Social Disability. 6(6)*, 163-169. <https://www.ajssmt.com/Papers/66163169.pdf>
- Fausser, D., Rimalis-Vogt, E., Mattes, J., & Bethge, M. (2023). Psychological interventions during breast cancer rehabilitation : A randomized controlled trial comparing structured short-term psychotherapy versus non-specific group discussion. *BMC Cancer, 23(1)*, 1133. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11576-w>
- Fekih-Romdhane, F., Obeid, S., Chidiac, G., Dabbous, M., Malaeb, D., Hallit, R., & Hallit, S. (2023). Measuring public attitudes towards people living with chronic diseases in Arabic-speaking populations : Adaptation and development of the Social Stigma Scale of Chronic Diseases (Sss-cd). *BMC Public Health, 23(1)*, 1375. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16315-1>
- Ferreira, C., Gay, M.-C. G., Regnier-Aeberhard, F., & Bricaire, F. B. (2011, July 23). *Representations of the disease and antiretroviral treatment side effects as determinants of adherence in HIV patients*. HAL. <https://hal.science/hal-00610659/document>
- Gagnon, J. (s. d.). *Modules d'auto-apprentissage des habiletés de lecture critique*. <https://infocritique.fmed.ulaval.ca/cours/infocritique/Index.aspx?MID=680>
- Galica, J., Saunders, S., Haase, K., & Maheu, C. (2021). Écrire entre les lignes : Analyse secondaire des commentaires non sollicités de survivants du cancer sur la peur d'une récurrence. *Canadian Oncology Nursing Journal, 31(1)*, 92-101. <https://doi.org/10.5737/2368807631192101>

- Gernier, F. (2022). *Séquelles du cancer et effets indésirables tardifs liés aux traitements : Impacts sur la qualité de vie des patients dans la période de l'après-cancer* [Thèse de doctorat, Normandie Université]. HAL.
<https://theses.hal.science/tel-04032384v1/document>
- González-Fernández, L., Romero-Morales, C., Martínez-Pascual, B., Río-González, A., Cerezo-Téllez, E., & López-Martín, I. (2024). Breast cancer survivors suffering from lymphedema : What really do affect to corporeality/body image? A qualitative study. *Breast Cancer Research*, 26(1), 47.
<https://doi.org/10.1186/s13058-024-01806-9>
- Guo, H.-T., Wang, S.-S., Zhang, C.-F., Zhang, H.-J., Wei, M.-X., Wu, Y., & Su, C.-X. (2022). Investigation of factors influencing the fear of cancer recurrence in breast cancer patients using structural equation modeling : A cross-sectional study. *International Journal of Clinical Practice*, 2022, 1-10.
<https://doi.org/10.1155/2022/2794408>
- Hall, D. L., Jimenez, R. B., Perez, G. K., Rabin, J., Quain, K., Yeh, G. Y., Park, E. R., & Peppercorn, J. M. (2019). Fear of cancer recurrence : A model examination of physical symptoms, emotional distress, and health behavior change. *Journal of Oncology Practice*, 15(9), e787-e797. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00787>
- Henderson, F. M., Cross, A. J., & Baraniak, A. R. (2019). 'A new normal with chemobrain' : Experiences of the impact of chemotherapy-related cognitive deficits in long-term breast cancer survivors. *Health Psychology Open*, 6(1), 2055102919832234. <https://doi.org/10.1177/2055102919832234>
- Horicks, F., & Coppieters, Y. (2021). Les défis actuels en oncologie dans la région de Bruxelles-capitale : Une étude qualitative. *Bulletin du Cancer*, 108(7-8), 705-717.
<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.04.016>

- Houde, P., Bergeron, P., & Simard, S. (2024). Les biais attentionnels associés à la peur de la récurrence du cancer : Une recension des écrits. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 14(1), 6-15.
<https://doi.org/10.51656/hsa00s21>
- Hua, R., Fu, H., Liang, G., & Yang, F. (2024). Preferences of cancer survivors for follow-up care : A systematic review of discrete choice experiments. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1519. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12000-0>
- Imbert, G. (2010, septembre). *L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*.
https://shs.cairn.info/article/RSI_102_0023/pdf?lang=fr
- Institut national du cancer. (s.d.). *Rémission – Suivi*.
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Suivi/Remission>
- Institut national du cancer. (s.d.-b). *Suivi et surveillance après le traitement du cancer*.
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Suivi/Suivi-et-surveillance>
- Jassim, G. A., Doherty, S., Whitford, D. L., & Khashan, A. S. (2023). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008729.pub3>
- Javan Biparva, A., Raoofi, S., Rafiei, S., Masoumi, M., Doustmehraban, M., Bagheribayati, F., Vaziri Shahrehabak, E. S., Noorani Mejareh, Z., Khani, S., Abdollahi, B., Abedi Bafrajard, Z., Sotoude Beidokhti, S., Shojaei, S. F., Rastegar, M., Pashazadeh Kan, F., Nosrati Sanjabad, E., & Ghashghae, A. (2023). Global depression in breast cancer patients : Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 18(7), e0287372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287372>

- Jiang, Y., Wu, X., Li, H., Xiong, Y., Knobf, M. T., & Ye, Z. (2025). Social support, fear of cancer recurrence and sleep quality in breast cancer : A moderated network analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 74, 102799.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102799>
- Kiemen, A., Czornik, M., & Weis, J. (2023). How effective is peer-to-peer support in cancer patients and survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(11), 9461-9485.
<https://doi.org/10.1007/s00432-023-04753-8>
- Kim, S.-H., & Jo, H.-Y. (2023). Factors associated with poor quality of life in breast cancer survivors : A 3-year follow-up study. *Cancers*, 15(24), 5809.
<https://doi.org/10.3390/cancers15245809>
- Krok, D., Telka, E., & Kocur, D. (2024). Perceived and received social support and illness acceptance among breast cancer patients : The serial mediation of meaning-making and fear of recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 58(3), 147-155. <https://doi.org/10.1093/abm/kaad067>
- Kyriacou, J., Black, A., Drummond, N., Power, J., & Maheu, C. (2017). Peur de la récurrence : Étude de l'expérience vécue par les survivantes du cancer des ovaires. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(3), 243-250.
<https://doi.org/10.5737/23688076273243250>
- Laing, E. M., Heinen, J. M., Acebo De Arriba, R., Schäffeler, N., Zipfel, S., Stengel, A., & Graf, J. (2024). Adaptations of interpersonal psychotherapy in psycho-oncology and its effects on distress, depression, and anxiety in patients with cancer : A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 15, 1367807.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1367807>

- Lanthaume, S., & Fleury, B. (2017). Rémission, guérison... et rétablissement dans l'expérience du cancer du sein. *Psycho-Oncologie*, 11(4), 227-232.
<https://doi.org/10.3166/s11839-017-0636-8>
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed. 1 ed. Tradução H. Monteiro e F. Settineri.
- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M., Jolicoeur, L., Benea, A., Harris, C., Fung, M. F. K., Rosberger, Z., & Catton, P. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer : A feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 485-496.
<https://doi.org/10.1007/s11764-014-0357-3>
- Leblond, A. (2020). *Les conséquences psychosociales du cancer du sein chez les femmes demeurant en Gaspésie* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation. https://constellation.uqac.ca/id/eprint/6383/1/Leblond_uqac_0862N_10753.pdf
- Lefèvre, N. (s. d.). *L'entretien comme méthode de recherche*.
https://ph13.uv.utc.fr/resources/Enquete/L_entretien_comme_methode_de_recherch_e.pdf
- Lelorain, S. (2009). *Qualité de vie et développement post-traumatique de patientes* [Thèse de doctorat, Université de Nantes].
https://www.academia.edu/3452226/QUALITE_DE_VIE_ET_DEVELOPPEMENT_POST_QUALITE_DE_VIE_ET_DEVELOPPEMENT_POST_TRAUMATIQUE_TRAUMATIQUE_DE_PATIENTES_EN

- Le Meur, G. (2021). *Étude qualitative sur le vécu et les leviers permettant aux aidants d'être partenaires dans les soins lors d'un premier épisode psychotique* [Mémoire de fin d'étude, Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, Université de Rennes].
<https://www.promesses-sz.fr/wp-content/uploads/2023/01/Memoire-infirmier-leviers-aidants.pdf>
- Lervat, C., Vanlemmens, L., Bondil, P., Jacquot, J., Scotté, F., & Gofiti-Laroche, L. (2021). Les soins de support pour améliorer l'accompagnement personnalisé des patients. *Bulletin du Cancer*, *108*(2), 210-223.
<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.08.008>
- Liu, B., Wu, X., Shi, L., Li, H., Wu, D., Lai, X., Li, Y., Yang, Y., & Li, D. (2021). Correlations of social isolation and anxiety and depression symptoms among patients with breast cancer of Heilongjiang province in China : The mediating role of social support. *Nursing Open*, *8*(4), 1981-1989. <https://doi.org/10.1002/nop2.876>
- Lu, X., Wu, C., Bai, D., You, Q., Cai, M., Wang, W., Hou, C., & Gao, J. (2023). Relationship between social support and fear of cancer recurrence among Chinese cancer patients : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1136013. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1136013>
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W. T., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., Afyanti, Y., Bell, K. J. L., Custers, J. A. E., De Wit, N. J., Fisher, P. L., Galica, J., Garland, S. N., Helsper, C. W., Jeppesen, M. M., Liu, J., ... Van Der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *31*(6), 879-892.
<https://doi.org/10.1002/pon.5921>

- Magnavita, N., Meraglia, I., & Terribile, D. A. (2024). Returning to work after breast cancer : A one-year mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 1057. <https://doi.org/10.3390/ijerph21081057>
- Marcom, S. M., & Sorensen, M. (2024). Female breast cancer survivor narratives on paths to healing after the conclusion of primary treatment : A qualitative study. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01688-y>
- Methamem, M., Ghadhab, I., Hidar, S., & Briki, R. (2020). Breast cancer in men : A series of 45 cases and literature review. *Pan African Medical Journal*, 36. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.183.22574>
- Mino, J.-C., & Lefève, C. (2023). Les soins de support, entre soins et soin de soi. *Sciences Sociales et Santé*, 41(4), 33-42. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0260>
- Mullen, L., Signorelli, C., Nekhlyudov, L., Jacobsen, P. B., Gitonga, I., Estapé, T., Lim Høeg, B., Miles, A., Sade, C., Mazariego, C., Degi, C. L., Howard, F., Manne, S., Travado, L., Jefford, M., & International Psycho-Oncology Society Survivorship Special Interest Group. (2023). Psychosocial care for cancer survivors : A global review of national cancer control plans. *Psycho-Oncology*, 32(11), 1684-1693. <https://doi.org/10.1002/pon.6218>
- Mutsaers, B., Rutkowski, N., Jones, G., Lamarche, J., & Lebel, S. (2020). Assessing and managing patient fear of cancer recurrence. *Canadian Family Physician*, 66(9), 672-673. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491663/>
- National Cancer Institute. (n.d.). *NCI dictionary of cancer terms*. U.S. National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/remission>
- NCI Dictionary of Cancer Terms. (n.d.-a). *Cancer.gov*. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/remission>

NCI Dictionary of Cancer Terms. (n.d.-b). *Cancer.gov*.

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/recurrence>

Olier, L. (2021). *The consequences of cancer on social and professional life*.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/s3_LOlier.ppt

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024, 13 mars). *Cancer du sein*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Ampleur>

[%20du%20probl%C3%A8me,mesure%20que%20l'%C3%A2ge%20avance](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Ampleur%20du%20probl%C3%A8me,mesure%20que%20l'%C3%A2ge%20avance)

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024, 1 février). *Cancer : une charge*

toujours plus lourde dans le monde et des besoins en services croissants.

<https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amid>

[st-mounting-need-for-services](https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amid)

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2025, 3 février). *Cancer*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=%C3%80%20l'>

[origine%20de%20pr%C3%A8s,le%20cancer%20de%20la%20prostate](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=%C3%80%20l'origine%20de%20pr%C3%A8s,le%20cancer%20de%20la%20prostate)

Patel, D. S., Webster, S. N., Dowling, E. J., Knowles, C. R., Lockwood-Taylor, G.,

Coutts-Bain, D., Simons, L. E., Diver, E. J., Chilcot, J., Schapira, L., & Heathcote,

L. C. (2024). Scanxiety and fear of recurrence in young adult female breast and

gynaecological cancer survivors : Investigating shared mechanisms.

Psycho-Oncology, 33(12), e70050. <https://doi.org/10.1002/pon.70050>

Petrescu Perlier, L. (2013). *The impact of social support on cancer patients and their*

illness trajectory: A qualitative study. *European Scientific Journal, Special Edition*,

4, 1857-7881 (Print), 1857-7431 (e-ISSN).

<https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/2513/2386>

- Pettersen, R. (2014). *Cognitive processes involved in fear of cancer recurrence* [Thèse de doctorat, Université du Québec].
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7369/1/030674050.pdf>
- Pilleron, S., Sun, V., Ayala, A. P., Haase, K. R., Arthur, E. K., Kenis, C., Roggendorf, S., Krok-Schoen, J. L., Trevino, K., Schmidt, H., Hannan, M., Nikita, N., Monginot, S., Navarrete, E., & Puts, M. (2023). Loneliness in older adults living with cancer : A scoping review of the quantitative and qualitative evidence on behalf of the International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group. *Journal of Geriatric Oncology*, *14*(5), 101519.
<https://doi.org/10.1016/j.jgo.2023.101519>
- Pin, C. (2023, 10 mai). *L'entretien semi-directif*. HAL Open Science.
<https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1/document>
- Rahovic, J. (2025). *Fear of cancer recurrence and need for psychological support among Dutch breast cancer survivors: Prevalence and associated factors* [Master's thesis, University of Twente]. https://essay.utwente.nl/106253/1/Rahovic_MA_BMS.pdf
- Reese, J. B., Zimmaro, L. A., McIlhenny, S., Sorice, K., Porter, L. S., Zaleta, A. K., Daly, M. B., Cribb, B., & Gorman, J. R. (2022). Coping with changes to sex and intimacy after a diagnosis of metastatic breast cancer : Results from a qualitative investigation with patients and partners. *Frontiers in Psychology*, *13*, 864893.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.864893>
- Ren, H., Yang, T., Mei, S., Zhu, Z., Shi, J., Tong, L., Yang, J., & Sun, Y. (2025). Dyadic effects of illness perception and maladaptive cognitive-emotional regulation strategies on the fear of cancer recurrence in breast cancer patients and spouses : An actor-partner interdependence mediation model. *BMC Psychiatry*, *25*(1), 41.
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-06354-2>

Richter, D., Clever, K., Mehnert-Theuerkauf, A., & Schönfelder, A. (2022). Fear of recurrence in young adult cancer patients—A network analysis. *Cancers, 14*(9), 2092. <https://doi.org/10.3390/cancers14092092>

Santé mentale et solitude : (Re)créer des liens pour mieux protéger | Astrée. (s. d.).

Consulté 2 juillet 2025, à l'adresse

<https://www.carenews.com/astree/news/sante-mentale-et-solitude-recreer-des-liens-pour-mieux-protéger-0>

Savard, J., Caplette-Gingras, A., Casault, L., & Hains, J. (2023, avril). *Fear of cancer recurrence psychotherapy group: Participant's manual*. CRCHU of Québec.

https://www.crchudequebec.ulaval.ca/wp-content/uploads/2023/04/SavardJ_Manuel-du-participant.pdf

Sawadogo, H. P. (s. d.). *L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête*.

Pressbooks.

<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>

Schapira, L., Zheng, Y., Gelber, S. I., Poorvu, P., Ruddy, K. J., Tamimi, R. M.,

Peppercorn, J., Come, S. E., Borges, V. F., Partridge, A. H., & Rosenberg, S. M.

(2022). Trajectories of fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors.

Cancer, 128(2), 335-343. <https://doi.org/10.1002/cncr.33921>

Sebri, V., Mazzoni, D., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021). The impact of unsupportive

social support on the injured self in breast cancer patients. *Frontiers in Psychology,*

12, 722211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722211>

Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry,*

10, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208>

- Shi, Y., Dai, J., Kuai, B., Su, X., Yang, R., Gong, S., & Guo, Y. (2023). Impact of fear of recurrence in patients with cancer on caregivers' psychological health : A meta-analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *10*(10), 100299. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100299>
- Shih, S. T., Butow, P., Bowe, S. J., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Mihalopoulos, C., & On behalf of the ConquerFear research group. (2019). Cost-effectiveness of an intervention to reduce fear of cancer recurrence : The ConquerFear randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *28*(5), 1071-1079. <https://doi.org/10.1002/pon.5056>
- Smolarz, B., Nowak, A. Z., & Romanowicz, H. (2022). Breast cancer—Epidemiology, classification, pathogenesis and treatment(Review of literature). *Cancers*, *14*(10), 2569. <https://doi.org/10.3390/cancers14102569>
- Soriano, E. C., Valera, R., Pasipanodya, E. C., Otto, A. K., Siegel, S. D., & Laurenceau, J.-P. (2019). Checking behavior, fear of recurrence, and daily triggers in breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, *53*(3), 244-254. <https://doi.org/10.1093/abm/kay033>
- Sperlich, S., Noeres, D., Holthausen-Markou, S., Park-Simon, T.-W., Sahiti, E., & Geyer, S. (2024). Social participation of women with breast cancer compared to the general population 5 years after primary surgery—What role do medical data and cancer-related complaints play? *Supportive Care in Cancer*, *32*(8), 566. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08695-w>
- Sun, M., Liu, C., Lu, Y., Zhu, F., Li, H., & Lu, Q. (2023). Effects of physical activity on quality of life, anxiety and depression in breast cancer survivors : A systematic review and meta-analysis. *Asian Nursing Research*, *17*(5), 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2023.11.001>

- Tong, L., Wang, Y., Xu, D., Wu, Y., & Chen, L. (2024). Prevalence and factors contributing to fear of recurrence in breast cancer patients and their partners: A cross-sectional study. *International Journal of Women's Health, 16*, 229-236.
<https://doi.org/10.2147/ijwh.s443681>
- Torcivia Natoli, T. N., & Chopard, K. (2018). Femmes en rémission d'un cancer du sein : Des pistes d'interventions infirmières pour améliorer la gestion de l'incertitude à domicile. <https://sonar.rero.ch/hesso/documents/313786>
- Van Wilder, L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., Boeckxstaens, P., & De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease : Insights from patients with a low socioeconomic status. *BMC Family Practice, 22*(1), 233.
<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01578-7>
- Vegunta, S., Kuhle, C. L., Vencill, J. A., Lucas, P. H., & Mussallem, D. M. (2022). Sexual health after a breast cancer diagnosis : Addressing a forgotten aspect of survivorship. *Journal of Clinical Medicine, 11*(22), 6723.
<https://doi.org/10.3390/jcm11226723>
- Villani, M., Flahault, C., Montel, S., Sultan, S., & Bungener, C. (2014). Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : Revue de littérature et illustration clinique. *Bulletin de Psychologie, 528*(6), 477-487.
https://www.researchgate.net/publication/275911610_Proximity_of_illness_representations_in_patients_and_their_relatives_literature_review_and_clinical_illustration
- Vizza, R., Capomolla, E. M., Tosetto, L., Corrado, G., Bruno, V., Chiofalo, B., Di Lisa, F. S., Filomeno, L., Pizzuti, L., Krasniqi, E., Sanguineti, G., Villa, A., Giannini, A., Kayal, R., Stranges, V., Tomao, S., Botti, C., Tomao, F., Barba, M., ... Vici, P.

- (2023). Sexual dysfunctions in breast cancer patients : Evidence in context. *Sexual Medicine Reviews*, 11(3), 179-195. <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qead006>
- Wagner, L. I., Tooze, J. A., Hall, D. L., Levine, B. J., Beaumont, J., Duffecy, J., Victorson, D., Gradishar, W., Leach, J., Saphner, T., Sturtz, K., Smith, M. L., Penedo, F., Mohr, D. C., & Cella, D. (2021). Targeted ehealth intervention to reduce breast cancer survivors' fear of recurrence : Results from the fortitude randomized trial. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 113(11), 1495-1505. <https://doi.org/10.1093/jnci/djab100>
- Wang, F., Simon, M. S., Kroenke, C. H., Krok-Schoen, J., Jung, S. Y., Chlebowski, R., Ballinger, T. J., Pichardo, M. S., Coday, M., Garcia, L., & Luo, J. (2024). Social support, social strain, stressful life events and mortality among postmenopausal women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 33(11), e70013. <https://doi.org/10.1002/pon.70013>
- Werutsky, G., Lopes, M., Jesus, R. G. D., Gazola, A. A., Pellegrini, R. A., Rebelatto, T. F., Freitas, L. V. W., Heck, A. P., Silva, A. F. D., Rodrigues, M. F., Gössling, G., Giacomazzi, J., Rocha, M. S., Rosa, D. D., Barrios, C. H., Cronemberger, E. H., Queiroz, G. S., Bines, J., Simon, S. D., & Fay, A. P. (2024). The impact of a breast cancer diagnosis on marital outcomes and factors associated with divorce and separation. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 46, e-rbgo60. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo60>
- Yu, Z., Sun, D., & Sun, J. (2022). Social support and fear of cancer recurrence among Chinese breast cancer survivors: The mediation role of illness uncertainty. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.864129>
- Yıldırım, M., & Çelik Tanrıverdi, F. (2020). Social support, resilience and subjective well-being in college students. *ResearchGate*.

https://www.researchgate.net/profile/Murat-Yildirim-3/publication/343471864_Social_Support_Resilience_and_Subjective_Well-being_in_College_Students/links/5f69e5b4a6fdcc0086344470/Social-Support-Resilience-and-Subjective-Well-being-in-College-Students.pdf

Zhang, X., Yuan, M., Yue, Y., & Duan, X. (2025). Fear of cancer recurrence and coping strategies among patients with oral cancer : The impact on post-traumatic growth.

BMC Psychology, 13(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02499-1>

Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness : Theory review, application, and extension.

Oncology Nursing Forum, 44(6), 645-649. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.645-649>

ANEXOS

Anexo 1

Guião de entrevista semi-estruturada

Gostaríamos de conhecê-lo(a) e compreender como é a sua experiência de ter sobrevivido ao cancro. Para isso, temos algumas perguntas para lhe fazer. Não há respostas certas nem erradas, apenas queremos conhecer sua experiência subjetiva e única.

- 1) Por favor, conte-me sobre a sua experiência de sobreviver ao cancro e sobre como essa experiência impacta sua vida atual
- 2) Conte-me sobre como se sente em ter sobrevivido ao cancro
- 3) Conte-me sobre quem foram as pessoas importantes para a superação da doença e como essas pessoas lhe ajudaram e ajudam nisso (perguntar quem são essas pessoas e como cada uma delas ajudou a pessoa)
- 4) Conte-me sobre sua qualidade de vida atual, os seus desejos e receios/medos (se a pessoa espontaneamente não falar sobre o medo da recorrência, perguntar diretamente se existe esse medo).

Anexo 2 :

Aprovação da Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz (processo n.º 1453)

 EGAS MONIZ SCHOOL
OF HEALTH & SCIENCE

Comissão de Ética EGAS MONIZ

Processo Interno: 1453

Ex.ma Senhora
Elisa Kern de Castro

Monte de Caparica, 20 de novembro de 2024:

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Cidália de Castro

EGAS MONIZ – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL
Campus Universitário – Quinta da Granja – Monte de Caparica
2829-511 Caparica

Anexo 3

Aprovação deste projeto pela Comissão Científica do Instituto Universitário Egas Moniz

The screenshot displays a web interface for a thesis submission system. At the top, there is a navigation bar with the 'agir' logo, home, add, list, and notification icons, and the user name 'Lauriane Bartier'. The main header shows the title 'PT-232/24 Proposta de Tese registada por Lauriane Bartier a 02/10/2024' and a 'Workflow Proposta de Tese' section with tabs for 'Formulário de submissão', 'Dados dos orientadores', 'Parecer Orientação', 'ROT', 'Direção de Laboratórios', 'PCC', 'PC', and 'Comissão de Ética'. A green 'Aprovado' button is visible on the right.

The 'Dados do Aluno' section includes:
- Nome do proponente: Lauriane Caroline Raphaelle Bartier
- Email do Aluno: 118337@alunos.egasmoniz.edu.pt
- Nº do Aluno: 118337
- Nº do telemóvel: +330640712060
- Nome do Curso: MPSC
- Unidade Orgânica: IUEM
- CNAEF: 311 (Psicologia)

The 'Dados da Tese' section includes:
- Ano letivo de defesa da tese: 2024/2025
- Título da tese (PT): A experiência de sobreviver ao cancro: o papel da rede de apoio e o medo da recorrência
- Título da tese (EN): The experience of surviving cancer: the role of the social support and the fear of recurrence
- Resumo da tese: O cancro, um grande desafio de saúde global no século XXI, é responsável por 30% das mortes prematuras entre pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos, sendo o cancro do pulmão o mais mortal nos homens e o cancro da mama nas mulheres (Bray e al., 2024). Por exemplo, Portugal terá 69 567 novos casos de cancro em 2022 (OMS, 2024) e a França, mais de 400 000 novos casos em 2023 (Institut National du Cancer, 2024). Com o crescimento e envelhecimento da população, projeta-se um aumento de 77% no número de novos casos de cancro entre 2020 e 2050, atingindo 35 milhões de pessoas doentes (Bray et al., 2024). No entanto, graças aos avanços na deteção e tratamento precoces, as taxas de sobrevivência melhoraram significativamente, atingindo 90% aos cinco anos e 80% aos dez anos após o diagnóstico em geral (OMS, 2024). No entanto, sobreviver ao cancro não significa escapar aos desafios psicológicos pós-tratamento, incluindo o medo da recorrência (MR). O medo da recorrência continua sendo uma grande preocupação para os sobreviventes de cancro.
- Metodologias: Este estudo segue um desenho qualitativo descritivo, permitindo uma exploração aprofundada das experiências dos sobreviventes de cancro.
- Palavras-Chave: Qualidade de vida; stress; distress; medo da recorrência; perceção da doença; suporte social

The flowchart on the right, titled 'Aprovado', shows the following steps:
1. INÍCIO
2. Submissão de pedido de proposta de tese
3. Parecer Orientação - Proposta de Tese
4. Parecer do ROT - Proposta de Tese
5. Aprovação de Custos
6. Aprovação da Direção Clínica - Proposta de Tese
7. Aprovação da Direção de Laboratórios - Proposta de Tese
8. Aprovação PCC - Proposta de Tese
9. Aprovação PC - Proposta de Tese
10. Aprovação Comissão Ética - Proposta de Tese
11. FIM

Dados do Aluno

Nome do proponente	Lauriane Caroline Raphaelle Bartier		
Nº do Aluno	118337	Data do pedido	30/12/2024
Email do Aluno	118337@alunos.egasmoniz.edu.pt		
Nº do telemóvel	+330640712060	Nome do Curso	MPCS
Unidade Orgânica	IUEM	CNAEF	311 (Psicologia)

Dados da Tese

Ano letivo de defesa da tese 2024/2025

Título da tese (PT)	A experiência de sobreviver ao cancro: o papel da rede de apoio e o medo da recorrência
Título da tese (EN)	The experience of surviving cancer: the role of the social support and the fear of recurrence

Resumo da tese

O cancro, um grande desafio de saúde global no século XXI, é responsável por 30% das mortes prematuras entre pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos, sendo o cancro do pulmão o mais mortal nos homens e o cancro da mama nas mulheres (Bray e al., 2024).

Por exemplo, Portugal terá 69 567 novos casos de cancro em 2022 (OMS, 2024) e a França, mais de 400 000 novos casos em 2023 (Institut National du Cancer, 2024).

Com o crescimento e envelhecimento da população, projeta-se um aumento de 77% no número de novos casos de câncer entre 2020 e 2050, atingindo 35 milhões de pessoas doentes (Bray et al., 2024).

No entanto, graças aos avanços na deteção e tratamento precoces, as taxas de sobrevivência melhoraram significativamente, atingindo 90% aos cinco anos e 80% aos dez anos após o diagnóstico em geral (OMS, 2024).

No entanto, sobreviver ao cancro não significa escapar aos desafios psicológicos pós-tratamento, incluindo o medo da recorrência (MR). O medo da recorrência continua sendo uma grande preocupação que continua pesando na qualidade de vida dos pacientes após o término dos tratamentos.

O medo da recorrência (RP), definido como a preocupação de que o câncer retorne ou piore, seja no mesmo local ou em outro lugar do corpo (Nandakumar et al., 2022), afeta aproximadamente 50% dos sobreviventes (Bergerot et al., 2022; Coutts-Bain et al., 2022) e frequentemente persiste além da fase de tratamento ativo, independentemente da idade, sexo ou estágio da doença, levando a comportamentos compulsivos de verificação e ruminções (Horwood et al., 2023). Constitui, portanto, um importante preditor de sofrimento psicológico a longo prazo (Kuswanto et al., 2022).

Assim, embora a sobrevivência ao câncer esteja aumentando, o medo da recorrência persiste além do cuidado, gerando sofrimento psicológico significativo.

O sofrimento psicológico relacionado à MR se manifesta por meio de sintomas como ansiedade, depressão e isolamento social (Li et al., 2020). Além disso, a MR amplifica pensamentos e ruminções intrusivas, aumentando assim o risco de comportamentos desadaptativos e depressão (Kuswanto et al., 2022; Hosseini et al., 2023).

Outro fator crucial na intensidade da MR é a percepção que os pacientes têm da sua doença. Este conceito, ancorado no modelo Common Sense de Leventhal et al. (1998), inclui em particular as crenças dos pacientes relativamente aos sintomas, causas e consequências do seu cancro. A percepção negativa da doença está fortemente ligada ao aumento da MR e ao aumento do sofrimento psicológico (Horwood et al., 2023). Assim, a forma como os sobreviventes compreendem e interpretam a sua doença desempenha um papel central na sua adaptação e recuperação.

Outro grande desafio para os sobreviventes do cancro é a sua reintegração na vida social e profissional, muitas vezes complicada por efeitos físicos duradouros, como fadiga, dor e perturbações do sono, bem como repercussões psicológicas, como imagem corporal prejudicada, stress e ansiedade, comprometendo a sua capacidade global. bem-estar (Henson et al., 2020). Muitos sentem dificuldade em retornar à atividade profissional normal, diante da pressão da rotina ou do desconforto físico (Henson et al., 2020). A doença também atinge entes queridos dos pacientes, que podem apresentar sobrecarga mental, cansaço excessivo, isolamento social e até problemas de saúde (Li et al., 2020; Bovero et al., 2023). O apoio social, definido como ajuda e protecção prestada por aqueles

que os rodeiam, é crucial para os sobreviventes do cancro. Promove a sua recuperação, fortalece a adesão aos cuidados e melhora a sua qualidade de vida, fornecendo apoio emocional e prático (Langford et al., 1997). No entanto, este apoio pode por vezes tornar-se uma fonte de stress quando as relações com os cuidadores se deterioram, levando a conflitos ou isolamento (Mullen et al., 2023). As tensões familiares, em particular, podem prejudicar gravemente a adaptação dos sobreviventes e a sua qualidade de vida (Mullen et al., 2023). Como resultado, as dificuldades de adaptação dos sobreviventes do cancro, quer relacionadas com a sua saúde mental ou com as relações interpessoais, podem comprometer seriamente a sua qualidade de vida. No início da doença, os pacientes recebem frequentemente um apoio significativo da família e dos entes queridos, mas é essencial avaliar a qualidade e a continuidade desse apoio, especialmente durante a remissão (Banovcinova e Baskova, 2016). A família e os amigos desempenham um papel fundamental na prestação de apoio e acompanhamento emocional aos pacientes, o que contribui para melhores resultados terapêuticos e melhor adaptação após o tratamento (Boinon et al., 2014). Porém, após o tratamento, muitas vezes a atenção é voltada para a saúde física, em detrimento das relações interpessoais, nomeadamente das relações familiares (Mullen et al., 2023). As tensões familiares, particularmente quando os cuidadores estão exaustos ou isolados, podem comprometer a reintegração social dos sobreviventes e agravar o seu sofrimento (Mullen et al., 2023). Os cuidadores, muitas vezes sobrecarregados pela doença do seu ente querido, também podem isolar-se ou sentir stress, o que pode causar conflitos e estranhamento durante este período particularmente delicado. Como resultado, as dificuldades de adaptação dos sobreviventes do cancro, quer relacionadas com a sua saúde mental ou com as relações interpessoais, podem comprometer seriamente a sua qualidade de vida. Uma avaliação precisa da qualidade deste apoio é, portanto, crucial para maximizar o bem-estar pós-tratamento.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo explorar estas dimensões:

- Compreender as experiências dos sobreviventes do cancro, em especial examinar como os sobreviventes percebem o papel de sua rede de apoio na sua recuperação.
- Examinar como suas experiências de sobreviver ao cancro se relacionam com o medo de uma recorrência da doença, a fim de propor caminhos para melhorar a sua adaptação à vida após a doença.

Este estudo segue um desenho qualitativo descritivo, permitindo uma exploração aprofundada das experiências dos sobreviventes de cancro.

Participantes:

Os participantes serão convidados a participar da investigação a partir do contacto com associações de apoio a pessoas com cancro em França, por conveniência. Estima-se a participação de cerca de dez sobreviventes do cancro, que devem estar em remissão da doença há pelo menos um ano, podendo alterar para mais ou menos participantes de acordo com o critério de saturação dos dados dos estudos qualitativos (Creswell & Clark, 2017). Os critérios de inclusão para a presente pesquisa são: ser adulto (entre 18 e 65 anos), estar em remissão da doença há pelo menos um ano e falar francês fluentemente. Serão excluídas as pessoas com cancro ativo ou que reportem problemas de saúde mental.

Instrumentos:

- Entrevista semiestruturada com sobreviventes de cancro: guião elaborado pelas autoras (em anexo), com o objetivo de explorar em profundidade a experiência subjetiva da sobrevivência. Para tal serão abordados os sentimentos, o impacto pessoal, o papel da rede de apoio e os possíveis medos da recorrência. As entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise. As entrevistas serão realizadas em língua francesa. O guião da entrevista é exatamente o mesmo do projeto maior em que o presente projeto de dissertação encontra-se inserido.

Procedimentos éticos e de recolha de dados

O presente estudo será conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia de 2024. O estudo é parte de um projeto já aprovado pela comissão de ética, supra mencionado.

Os participantes serão informados dos objetivos do estudo e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (traduzido para o francês, em anexo), informando que concordam em participar da pesquisa e que estão cientes de que seus dados serão utilizados para fins de pesquisa e não serão divulgados. Todos os dados recolhidos serão anonimizados em ambas as etapas, garantida a sua confidencialidade.

Os dados recolhidos dos áudios das entrevistas ficarão guardados por cinco anos, e após esse período serão apagados. Será explicado que os riscos associados à participação são mínimos, ou seja, poderá haver algum desconforto em responder a questões pessoais. Caso o participante se sinta desconfortável, poderá desistir da participação e o suporte necessário será fornecido no momento da coleta de dados.

Análise de dados

Os dados das entrevistas serão analisados por meio de análise temática indutiva para identificar padrões recorrentes nas experiências dos participantes, sem impor um quadro pré-estabelecido. Esta é uma abordagem flexível que proporcionará uma compreensão profunda das experiências dos sobreviventes do câncer. Será realizada uma análise de conteúdo (Laville & Dione, 1999). O software MAXQDA será utilizado para análise de conteúdo.

Metodologias

Este estudo segue um desenho qualitativo descritivo, permitindo uma exploração aprofundada das experiências dos sobreviventes de cancro.

Participantes:

Os participantes serão convidados a participar da investigação a partir do contacto com associações de apoio a pessoas com cancro em França, por conveniência. Estima-se a participação de cerca de dez sobreviventes do cancro, que devem estar em remissão da doença há pelo menos um ano, podendo alterar para mais ou menos participantes de acordo com o critério de saturação dos dados dos estudos qualitativos (Creswell & Clark, 2017). Os critérios de inclusão para a presente pesquisa são: ser adulto (entre 18 e 65 anos), estar em remissão da doença há pelo menos um ano e falar francês fluentemente. Serão excluídas as pessoas com cancro ativo ou que reportem problemas de saúde mental.

Instrumentos:

- Entrevista semiestruturada com sobreviventes de cancro: guião elaborado pelas autoras (em anexo), com o objetivo de explorar em profundidade a experiência subjetiva da sobrevivência. Para tal serão abordados os sentimentos, o impacto pessoal, o papel da rede de apoio e os possíveis medos da recorrência. As entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise. As entrevistas serão realizadas em língua francesa. O guião da entrevista é exatamente o mesmo do projeto maior em que o presente projeto de dissertação encontra-se inserido.

Procedimentos éticos e de recolha de dados

O presente estudo será conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia de 2024. O estudo é parte de um projeto já aprovado pela comissão de ética, supra mencionado.

Os participantes serão informados dos objetivos do estudo e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (traduzido para o francês, em anexo), informando que concordam em participar da pesquisa e que estão cientes de que seus dados serão utilizados para fins de pesquisa e não serão divulgados. Todos os dados recolhidos serão anonimizados em ambas as etapas, garantida a sua confidencialidade.

Os dados recolhidos dos áudios das entrevistas ficarão guardados por cinco anos, e após esse período serão apagados. Será explicado que os riscos associados à participação são mínimos, ou seja, poderá haver algum desconforto em responder a questões pessoais. Caso o participante se sinta desconfortável, poderá desistir da participação e o suporte necessário será fornecido no momento da coleta de dados.

Análise de dados

Os dados das entrevistas serão analisados por meio de análise temática indutiva para identificar padrões recorrentes nas experiências dos participantes, sem impor um quadro pré-estabelecido. Esta é uma abordagem flexível que proporcionará uma compreensão profunda das experiências dos sobreviventes do câncer. Será realizada uma análise de conteúdo (Laville & Dione, 1999). O software MAXQDA será utilizado para análise de conteúdo.

Palavras-Chave

Qualidade de vida; stress; distress; medo da recorrência; percepção da doença; suporte social

Bibliografia

Banovcinova, L., & Baskova, M. (2016). Role of the family, friends and significant others in providing social support and enhancing quality of life in cancer patients. In SHS Web of Conferences, 30, 1-6. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20163000020>

Bergerot, C. D.; Phillip, E.; Bergerot, P. G.; Siddiq, M.; Tinianov, S. & Lutsberg, M. (2022). Fear of Cancer Recurrence or Progression: What Is It and What Can We Do About It? American Society of Clinical Oncology Educational Book. 42. Educational Book. https://doi.org/10.1200/EDBK_100031

Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Stulz, A., Guillemeau, C., Delalogue, S., & Dauchy, S. (2014). Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: The predictive role of social sharing and social support. *Psycho-Oncology*, 23(3), 291-298. <https://doi.org/10.1002/pon.3420>

Bovero, A., Cotardo, F., Lops, C., Botto, R., & Geminiani, G. C. (2023). Is there a relationship between end-of-life cancer patients' dignity-related distress and caregivers' distress? An exploratory study. *Palliative & Supportive Care*, 21(4), 578-584. <https://doi.org/10.1017/S1478951522000840>

Bray, F.; Laversanne, M.; Sung, H.; Ferlay, J. & Siegel, R. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Cancer Journal for Clinicians*, 74, 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>

Coutts-Bain, D.; Sharpe, L.; Pradhan, P.; Russell, H.; Heathcote, L. & Costa, D. (2022). Are fear of cancer recurrence and fear of progression equivalent constructs? *Psycho-Oncology*, 31, 1381, 1380. <https://doi.org/10.1002/pon.5944>

Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. Sage Publications; 2017

Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905-914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>

Horwood, M., Loades, M., Košir, U., & Davis, C. (2023). Illness perceptions, fear of cancer recurrence, and mental health in teenage and young adult cancer survivors. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 41(1), 44-55. <https://doi.org/10.1177/27527530231190378>

Kuswanto, C. N., Sharp, J., Stafford, L., & Schofield, P. (2022). Fear of cancer recurrence as a pathway from fatigue to psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. *Stress and Health*, 39(1), 197-208. <https://doi.org/10.1002/smi.3180>

Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>

Laville, C. & Dione, J. (1999). *A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed. 1 ed. Tradução H. Monteiro e F. Settineri.

Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 13(4), 717-733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>

Li, J., Luo, X., Cao, Q., Lin, Y., Xu, Y., & Li, Q. (2020). Communication needs of cancer patients and/or caregivers: A critical literature review. *Journal of Oncology*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/7432849>

Mullen, L.; Signorelli, C.; Nekhlyudov, L; Jacobsen, P. et al.(2023). Psychosocial care for cancer survivors: A global review of national cancer control plans. *Psycho-Oncology*, (online first). <https://doi.org/10.1002/pon.6218>

National Cancer Institute. (2024, 3 October). *Cancer Epidemiology: Global Data. Consulted on [date of consultation] on <https://www.e-cancer.fr/Health-professionals/The-figures-of-cancer-in-France/Epi-des-cancers/Global-data>

Nandakumar, D., Veeraiah, S., Krishnamurthy, A., Sridevi, V., & Anandi, B. (2022). Fear of Cancer Recurrence and associated factors among breast cancer survivors in South India. *Psycho-Oncology*, 32(1), 107-112. <https://doi.org/10.1002/pon.6056>

Local de Realização do Estudo O estudo será realizado a partir do contacto com diferentes associações de doentes com cancro e a procura ativa de pessoas nas redes sociais, em grupos de pessoas com cancro.

Notas/Observações

O projeto de dissertação faz parte do projeto “A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro” que já está aprovado pela comissão de ética, processo interno nº 1453, investigador principal Elisa Kern de Castro.

Objetivo de trabalho

- Compreender as experiências dos sobreviventes do cancro, em especial examinar como os sobreviventes percebem o papel de sua rede de apoio na sua recuperação.
- Examinar como suas experiências de sobreviver ao cancro se relacionam com o medo de uma recorrência da doença, a fim de propor caminhos para melhorar a sua adaptação à vida após a doença.

Alinhamento estratégico da tese

Não aplicável

Transferência de conhecimento pra sociedade

Não aplicável

Dados da Instituição

Dados da Instituição Egas Moniz

Tipo de Trabalho

Tipo de investigação Primária Investigação primária Aplicada

Metodologia de investigação Qualitativa

Desenho estudo Descritivo

Grupo de investigação Non-Communicable Disease Burden

Enquadramento nos ODS

3. Saúde de qualidade

Comissão de Ética

O trabalho submetido nesta proposta requer aprovação pela Comissão de Ética? Não

Projeto Científico

Dissertação / Investigação Associada a Projeto Científico? Sim

Título do Projeto A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro

Laboratório Associado

Nome do Laboratório Clinical and Health Laboratory Lab

Responsável do Laboratório catarina ramos

Área Temática do CiiEM Data registo Concursos CiiEM Data registo



Clinica Dentária

Necessita de utilizar a clínica dentária Egas Moniz? Não

Necessita de utilizar o banco de dentes? Não

Clínica Fisioterapia

Necessita de utilizar a clínica fisioterapia Egas Moniz? Não

Necessita de consultar os registos clínicos? Não

Clínica Almada

Necessita de utilizar a clínica Almada? Não

Necessita de consultar os registos clínicos? Não

Laboratórios Egas Moniz

O trabalho requer utilização de Laboratórios Internos? Não

Cronograma

1- Atividade: Aprofundamento da revisão de literatura	Mês: Abril	Ano: 2025
2- Atividade: Recolha de dados	Mês: Abril	Ano: 2025
3- Atividade: Análise dos dados	Mês: Abril	Ano: 2025
4- Atividade: Escrita dos resultados e discussão	Mês: Maio	Ano: 2025
5- Atividade: Elaboração dos artigos	Mês: Junho	Ano: 2025
6- Atividade: DATA PREVISTA PARA A CONCLUSÃO DO TRABALHO	Mês: Junho	Ano: 2025

Financiamento

Custos Não

Estimativa de Custos 0,00€

Fonte de Financiamento? Não

Dados dos Orientadores

Orientador

Elisa Castro

Nº de Co-orientadores 0

Outros Membros da Equipa de Investigação

Prof Michel Binet : o professor Binet é especialista em metodologia qualitativa, e colaborará no treinamento da mestranda com esse tipo de análise de dados, bem como na tradução das entrevistas do francês para o português.

Tem co-orientador externo

Parecer Orientação

Lista de pareceres dos Orientadores

	Tipo de parecer	Orientador	Atual	Estado
1-	Orientador	Elisa Castro	Não	Proposta de melhoria
2-	Orientador	Elisa Castro	Sim	Parecer positivo

PC

Aprovado por José Grillo

Data

10/01/2025

Proposta aprovada? Sim

Anexo 4



Monte de Caparica, de _____ de 2024

Exmo. (a) Sr. (a),

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Egas Moniz School of Health & Science, sob a responsabilidade da Professor(a) Doutor(a) Elisa Kern de Castro, solicita-se autorização para a participação no estudo “A relação entre qualidade de vida, medo da recorrência e fatores psicológicos em adultos sobreviventes de cancro” com pessoas que estão em remissão do tratamento para o cancro. O objetivo geral do estudo é examinar fatores psicológicos que se relacionam com o medo da recorrência da doença e a qualidade de vida dessas pessoas, e sua participação no estudo consiste em participar de uma entrevista sobre o assunto supramencionado, que será gravada em áudio para posterior análise do seu conteúdo.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como conhecer mais profundamente aspetos psicológicos que podem estar a contribuir ou prejudicar a qualidade de vida e o medo da recorrência de sobreviventes de cancro, contribuindo para o progresso do conhecimento.

Este estudo pode trazer potenciais riscos tais como sentir que as perguntas são pessoais e lhe tragam memórias ou sentimentos que não quer ter contacto. Nesse caso, o participante tem a total liberdade de interromper sua participação.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento dos dados e publicação, e será tratada sempre de forma anónima, apenas pela professora responsável e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial. Os dados pessoais dos participantes serão omitidos na transcrição das entrevistas. Os dados ficarão guardados em HD externo e apenas a equipa de investigação terá acesso às entrevistas.

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexos 5

Resumo dos verbatins

Tema 1:medo da recidiva

Subtema 1: Um sentimento de insegurança face ao futuro

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E1)	“O medo está sempre associado, não é? O medo de ficar doente..”	1
(E2)	“..Estou a chorar porque estou cheia de medo.”	1
(E3)	“ Atualmente é o medo mais de me aparecer noutro... de ter um foco noutro sítio.”	2
(E4)	“Mas pronto ficamos sempre com aquele e se acontece com a outra, há sempre aquela “	2
(E5)	“ Quando sinto esse medo, é l’instabilidade et l’insécurité que nous finissons par ressentir.”	2
(E6)	“Está sempre a martelar porque é o medo de. Poderá estar noutro sítio... é como se vivêssemos com uma espada sempre sobre a cabeça.”	2
(E7)	“ Tenho medo, tenho. O medo existe, mas eu também não quero dar muito espaço ao medo.”	2
(E8)	“ ..É assim pensar que a doença pode surgir. Nós pensamos, mas não vive com esse medo. Não vive com esse mito. ..”»	6

Subtema 2: Hipervigilância e necessidade de controlo

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E9)	"... qualquer dor ou qualquer sintoma diferente imediatamente associou a uma recaída, a uma recidiva.....O medo está sempre associado, não é? O medo de ficar doente.."	1
(E10)	"O resultado que veio era bom. Mas.. tenho andado a pensar por acaso e em ir voltar a fazer para pedir uma segunda opinião....."	3
(E11)	".....procuro sempre respostas. Por isso daí o facto de ter pedido acompanhamento paralelo. Eu gosto de me adiantar no sentido de tentar perceber o que é que pode estar para vir. Não ficar à espera ..."	5
(E12)	"Também tentei ter mais cuidado com a alimentação. Não quer dizer que eu fosse uma pessoa aqui em casa...Nós normalmente temos uma alimentação. Tento manter uma alimentação saudável, pois uma pessoa, uma pessoa, claro, começa a pensar e terá sido a alimentação,..tenho isto e aquilo somos nós que fazemos, não compramos a pronto, há sempre aquela também aquela dúvida, aquela."	3
(E13)	"Se eu alimentar o medo, o medo ocupa-se de uma maneira que aí depois aí, como é que o medo paralisa..nos sentimentos não conseguimos controlar. É óbvio que eu há dias que estou. Estou mais agitada, estou mais ansiosa, estou mais, mas são coisas que eu consigo no meu dia a dia."	2
(E14)	"Ok, choro, mas não vou chorar todos os dias porque isso não faz bem, não é?"	1
(E15)	« Quando vem o medo, tem que pensar. Tem que ser a tal parte racional. Há motivos para? Há, há um sintoma para? Ou é só o medo que vem de forma irracional? [...]É o que tento pensar. E depois tento fazer alguns outros exercícios. Tento fazer meditação, tento ir fazer uma caminhada, tento planear qualquer coisa diferente para afastar... ham... Esses pensamentos. »	1
(E16)	"..Continuo a fazer a minha vida. Em Casa também estou sempre inventando, estou sempre, estou pequenos trabalhos de bricolagem reaproveitar faço, faço modificações, arranjo, faço 1001 coisas..Tive sempre muito ocupada ou tentar manter a cabeça sempre muito ocupada com coisas de de de bricolagem, de decoração, fazer algumas coisinhas para para para manter também o pronto a cabeça ocupada...."	2

Subtema 3: Ansiedade face aos exames

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E17)	“ ...os meus dias são tranquilos em relação à doença, data dos exames, ou das análises, ou das consultas de rotina...Nesta altura, sinto realmente que ficou, ..porque não consigo ficar tranquila nesses dias. O medo que nos outros dias está assim, disfarçado, antes dessas datas é maior.”	1
(E18)	“...Uns dias antes contêm consultas de de de controlo, portanto, de, de, de, de, de controlo. E é uma ansiedade e por mais que eu tento me abstrair e abstraí me, mas há sempre aquele medo. Há sempre aquele, aquele receio por mais. O pensamento positivo que eu tenho durante o meu dia a dia, na na, na minha vida, quando chega a estas alturas ou estas vésperas. “	2
(E19)	“É sempre aquela coisa que não me sai da cabeça, está sempre a martelar porque é o medo de. Poderá estar noutro sítio .. “	2
(E20)	“ Mais ou menos eu quando estou muito ocupada, eu não me limito a pensar muito, fico nervosa, fico ansiosa...”	2
(E21)	“...Neste momento, estou a aguardar por uma ressonância que marquei hoje para fazer sábado, porque voltou me a doer e estou com dor, estou com medicação, porque devo ter feito, deve haver aqui qualquer coisa, mas agora não na parte lombar, mas é mesmo no meio da coluna.. ...Mas tudo bem, agora medo tenho. Se eu disser que não tenho medo, estou a mentir..E também sei que a qualquer momento que foi por acaso, aconteceu que pode a coluna ou outro osso qualquer pode fraturar. Por onde tiver a metástase o nível de osteoporose é muito elevado..” “ ...nunca ninguém me enganou porque eu sabia perfeitamente o primeiro médico que eu tive disse-me logo que é tudo poderia voltar, porque aquilo que eu que eu tinha tido, aquilo que me foi que foi tratado, e o dia voltar, portanto, eu não fui enganada.....”.	4
(E22)	“Quando é seis em seis meses, o que é que me assusta ter que fazer? Agora, pensar, me assusta não ter que fazer..... . Não Tenho plena consciência que o conflito é do racional, sabemos e o emocional.”	1
(E23)	“ Depois, foram 3 meses que eu tive que estar à espera do resultado da minha mama. Esse é que foi muito bom. Esse foi muito doloroso porque havia noites que não conseguia dormir. Acordava a pensar, qual é que vai ser o resultado, qual é que não vai ser, o que é que vai acontecer, porque depois aquilo lá...Por mais que se anda entretida a fazer coisas e quando chega a noite está se deitada na cama e quando se pensa mais..E era o stress de estar à espera”	3

Subtema 4: O papel do contexto médico e do sistema de saúde no medo

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E24)	“não havia pessoal no laboratório, havia assim uma séria de coisas e depois houve muitas cirurgias, não só com o cancro da mama...e então aquilo estava tudo atrasado e isso é que me custou muito. Foi 3 meses que eu estive à espera da resposta....”	3
(E25)	“O que não me deixa tranquila, porque durante montes de tempo eles é de achavam que eu que eu que a mamã teve o cancro que estava bem, não é que era só o canal de leite entupido, mas agora em esquerda, portanto, eu fui prá direita, mas A esquerda acho que está com o mesmo.”	3
(E26)	“ Na minha opinião, não é suficiente. Eu estou a ser seguida numa instituição bastante reputada e com muita qualidade a nível humano e técnico. Mas eu estou, por exemplo, eu já não tenho uma de oncologia médica que acompanhe o tratamento da hormonoterapia desde setembro do ano passado....Portanto, isso eu vou ter em junho, junho ou julho. Eu acho que é demasiado tempo para alguém que tem... teve um cancro tão recentemente, acho que é um tempo demasiado espaçado. ...”	5
(E27)	“ De início, quando fui admitida na entidade, disseram que ia ser vigiada, ter consultas de vigilância de 4 em 4 meses. Não é o que está a acontecer.”	5
(E28)	« Eu suponho que seja falta de meios. Normalmente faço exames com intervalo de 1 ano. E o que me levou a procurar acompanhamento paralelo noutra instituição”	5

Tema 2: Apoio social

Subtema 1: Apoio da família

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E29)	“... O apoio familiar foi importante.... a minha mãe e uma enfermeira... Ela conseguia-me ajudar fisicamente, não é quando eu me sentia menos... , quando eu tinha dores, ela conseguia ajudar a superar alguns sintomas, ou algumas bazelas que eu tinha. E também me explicou aquilo que eu sentia, não é fisicamente. Portanto, a família ajudou imenso.. “No geral posso ter a falar da família, não só da minha mãe, mas da família no geral. ..”	1
(E30)	“...As pessoas importantes, foi o meu marido, a minha mãe, a minha irmã, portanto, família mais próxima... Portanto, a minha família e um foi o meu pilar hum incondicionalmente foi meu pilar.”	2
(E31)	“ a todas as consultas e consultas principalmente, a minha irmã aqui. O meu, o meu marido teve sempre um bocadinho à margem, sou muito sincera.... O meu marido. depois dava-me um apoio doutra maneira aqui em casa, com com tarefas e com com Nice ajudam bastante, mas....”	2
(E32)	“.. tinha o marido que "anda Leonor vamos anda lá, vamos entrar na banheira que é para eu te lavar." Porque eu não podia agachar, não podia fazer nada.”..”Embora anda, não estás a olhar anda, vamos lá que eu lá eu dou-te banho e pronto.” E depois, com a ajuda dele, também acho que foi acho que não foi fundamental porque eu no início não consegui olhar para mim e quase que nem conseguia, nem não tinha coragem para tomar banho sozinha. Eu andei andei para aí um mês e tal ou 2 a tomar banho com ele e com ele com ele...”	3
(E33)	“É que é o caso dos meus pais, que ainda são vivos, mas que estão a minha rede de apoio.... Há dias que eu não consigo sair de casa, aqueles 3, 4 dias de ressaca do tratamento. E ao meu pai, a minha mãe, que me veio trazer as coisas..”	4
(E34)	“.. eu alguns elementos da família que sempre, tiveram sempre perto e me ajudar em tudo que foi possível...Dar a mim acompanhamento, por exemplo, para as consultas, para os exames, para os tratamentos, não me abandonaram. Se eu estive lá, estive sempre acompanhada, nunca estive sozinha. Às vezes, até me tentavam facilitar demasiado a vir em casa. Não faço isto, não faças aquilo. É uma coisa que me aborrecia um bocadinho, o que eu gostava de fazer, mas foi, foi assim. A nível logístico, foi um apoio bastante consistente....”	5

(E35)	« .. no meu caso, a família foi um grande pilar..»	6
(E36)	“Foi meu marido e as minhas filhas... Foram sempre elas o meu apoio e os meus irmãos.Os meus irmãos também foram muito meu apoio .. Tem também as minhas sobrinhas. Tenho 2 sobrinhas que são como minhas filhas... foram as pessoas que me deram sempre que estiveram sempre ali comigo sempre, sempre, sempre, sempre. Deram muita força e muito apoio ...”	6
(E37)	“Tanto a MC foi a primeira neta e eu achei que a vinda da MC, da MC, foi como uma bênção para mim. Foi mais um motivo para eu lutar e conseguir dar a volta e vencer .. Quando a MC nasceu, ..., foi um brinde muito grande que a vida me deu, uma grande força para continuar”	6
(E38)	“.. tinha o marido que "anda Leonor vamos anda lá, vamos entrar na banheira que é para eu te lavar." Porque eu não podia agachar, não podia fazer nada.”.. "Embora anda, não estás a olhar anda, vamos lá que eu lá eu dou-te banho e pronto." E depois, com a ajuda dele, também acho que foi acho que não foi fundamental porque eu no início não consegui olhar para mim e quase que nem conseguia, nem não tinha coragem para tomar banho sozinha. Eu andei andei para aí um mês e tal ou 2 a tomar banho com ele e com ele com ele...”	3
(E39)	“.. eu alguns elementos da família que sempre, tiveram sempre perto e me ajudar em tudo que foi possível...Dar a mim acompanhamento, por exemplo, para as consultas, para os exames, para os tratamentos, não me abandonaram. Se eu estive lá, estive sempre acompanhada, nunca estive sozinha. Às vezes, até me tentavam facilitar demasiado a vir em casa. Não faço isto, não faças aquilo. É uma coisa que me aborrecia um bocadinho, o que eu gostava de fazer, mas foi, foi assim. A nível logístico, foi um apoio bastante consistente....”	5
(E40)	“ ...tinha uma tia nessa altura que era quase como minha irmã. E tenho uma prima que isto para mim é fundamental, uma prima direita que veio 5 anos mais tarde até cancro de mama também. E que nessa altura me apoiou imenso. E que neste momento é é a pessoa que mais me apoia, porque sabe exatamente o que é passar por tudo isto...”	4
(E41)	“...eles (ses enfants) os 2 são muito diferentes porque o o G não queria que eu eu digo,..dizia que não queria e a C a dizia que sim.. a C começou a chorar e tal dizia que sim queria saber a verdade toda..”	3
(E42)	“ .. tinha a minha filha nessa altura, que que era, foi complicado... E que nunca me fui ver ao hospital, nunca nada, porque tudo o que tivesse a ver com hospitais e e tudo o que tivesse a ver com toda esta situação. Ela tentava fugir o mais possível, portanto, ela ficava muito magoada...ela ficava extremamente aquilo não lhe fazia	4

	bem...mais tarde conversamos e ela disse, bem, “já era só tu.. se tu morresses, eu ficava sozinha.. » “	
(E43)	“.. E depois também durante esses 3 meses, estive à espera do resultado da mama na verdade também foi foi um bocadinho cansativo porque voltei-me aí e eles perguntavam, mas "tu, já tens o resultado da mama, já tens o resultado da mama.?.. “	3
(E44)	<p>“..eu tentei desdramatizar e explicar, aos duas, tentei explicar que estava doente, aos meus filhos, claro, que estava doente mas que....., para ficar melhor.</p> <p>A minha filha, eu não disseAo meu filho eu disse logo que tinha um cancro da mama porque ele tinha ...uma professora, ainda tinha na altura, que tinha represado, tinha sido professora dele, após represar de uma baixa de um cancro da mama. E ela sempre foi falando na turma dele e nas outras turmas E quando diz que tinha um cancro da mama, ele disse que sabia que era uma doença, mas que sabia que havia pessoas que conseguiam ficar bem porque a professora dele continua a ser uma chata...”</p> <p>“Com a minha filha foi um bocadinho mais difícil. Disse que tinha uma mastite ou uma mamita, inventei um nome.. eu disse-lhe, pensa um bocadinho, ... ver esta reportagem que está na televisão porque aquela senhora tem a mesma doença da mãe. E quando eu acabei cancro da mama....., pois sabia ler, não é, e ficou realmente assustada e perguntou-me se eu ia morrer. E eu disse... sim, eu vou morrer, toda a gente vai morrer. Mas o que eu estou a tentar é que isso não aconteça agora. Ela primeiro ficou um bocadinho em estado de choque,.... Apesar que eu disse que eu ia morrer. Ela percebeu, não é. Não lhe podia dizer que ia ficar tudo bem, porque não sabia se ficar, não é.... “</p>	1
(E45)	“..Tomei a decisão que não lhes ia contar naquele momento, só lhe iria contar quando foi fazer a cirurgia...Como eles andavam os testes, também não quis estar.Queria que eles se focassem nos testes e não é preciso focar em mim.. eles também não sabiam, é eles, eles ficaram a saber, precisamente quando eu vim fazer a cirurgia.Antes, eu disse-lhe que ia ser operada à mama e que me iam tirar que tinha o canal de leite entupido..”	3
(E46)	“...eu ainda não tive coragem de contar à minha mãe, porque naquela fase a minha mãe também estava a passar por um problemaEntão eu não, eu até hoje ainda não lhe.Não tive coragem de contar...”	3
(E47)	“A fiz-me de forte muitas vezes, quando às vezes eu não estava forte, principalmente quando começou aquela fase dos tratamentos, a em que estava debilitada e que muitas vezes é quase nem me conseguia levantar...A das minhas filhas chegarem ao pé de mim para me abraçarem e beijarem AAE só delas me tocarem. Parece que a carne dóia, mas pronto eu tinha que não mostrava isso para porque é assim. Eu acho que nós, como doentes, sofremos...”	6

(E48)	“ .Deram muita força e muito apoio e ao que eu digo eu, eu como doente sei como estava, mas via-a preocupação deles. Muitas vezes não sabiam o que é que haviam de fazer para que eu me sentisse bem..” – P6	
(E49)	“ Eu acho que para o cuidador também é uma fase muito má e muito complicada. Porque eu acho que eles sentem-se muito tipo, muito impotentes, porque querem tratar de nós, mas não sabem como...penso.”	6

Subtema 2: O apoio dos amigos

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E50)	“.. desde que uma pessoa tenha um ..o apoio dos amigos e que tenha uma rede por trás dela que consiga ajudar, é muito mais fácil. E eu tive essa sorte de ter .. os amigos comigo...”“...tive muitos amigos, tive realmente, tinha os amigos que estavam sempre comigo...”	4
(E51)	"3 amigas..." "A os amigos influência influenciaram muito também porque como eu sou uma pessoa muito, muito activa. A eles tiveram comigo, mais na parte de, eu queria ir fazer uma caminhada e vim eu, eu cheguei a sair do dos tratamentos de quimioterapia. Vinha tão ligada à corrente que eu, em vez de ir para casa, ia caminhar. »	2
(E52)	"..eu tinha sempre uma dessas pessoas amigas que eu ligava e disse, olha, eu preciso de caminhar e elas depois íamos conversando. Aliás, as conversas que nós íamos tendo na caminhada nem era sobre nada do de do problema em si. Era conversas de distração, tipo de para rirmos para, brincarmos para estarmos sempre mais mais, para estar sempre mais bem disposta. "	2
(E53)	"...estes amigos que que isto só este estas 3 pessoas que eu estou a mencionar que foram foram foram amigos mesmo... Portanto, eu estive sempre aqui uma balança do apoio familiar e do apoio destas deste destes 3 grandes suportes de amizade que eu tenho, portanto."	2
(E54)	“ .. tive amigos também. Que como eu costumo dizer na doença, nós conhecemos os amigos e eu conheci que nós achamos que temos muitos amigos, mas não temos muitos amigos. Nós temos amigos e conhecidos, porque aqueles que são verdadeiramente amigos nunca se afastam de nós e aqueles pronto que nós achávamos que era amigos quando surgiu o problema e eles simplesmente se afastam e pronto, nunca mais se se se lembram de nós.”	6
(E55)	“.....mas eu como fui sempre uma pessoa muito independente. E nunca, e eu não quero estar assim mesmo, sempre agarrar aí é a melar ali.... “	4

Subtema 3: O apoio dos profissionais de saúde

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E56)	“..Em nível técnico e os médicos, mas essencialmente os enfermeiros são estra ordinários...Cuidam cuidam das pessoas com muita paciência, muito carinho e acho que estão no sítio certo. ...”	5
(E57)	“... O facto de ter tido apoio psicológico desde o início, foi o fator decisivo, não é? Porque era alguém que sabia o que estava a tratar, não é, tem experiência na área, com outros doentes, e todas as ferramentas psicóloga..... phenomenal.”	1
(E58)	“... até hoje, continuo a contactar as vezes peço ajuda quando me sinto mais de baixo ou quando preciso de falar. Sim, ela está sempre lá, mas agora é sóFoi difícil, deixar foi difícil também Porque era ali um porto seguro, não é. ”	1
(E59)	“ Tenho uma psicóloga. Que me apoia ou me apoiou e que me apoia até hoje... agora aqui mais uma relação até de de uma amizade muito grande e e quem entende perfeitamente... e que sempre entendeu tudo muito bem, portanto, eu estive em consulta com ela, consulta individual, depois estive nas consultas de grupo...Já há muitos anos que trabalha, portanto, com doentes com cancro de mama e que nos entende perfeitamente... ”	4
(E60)	“ A parte das consultas de psicologia vem um pocadinho tarde, portanto, já tinha começado o processo, então já tinha arranjado alternativas, portanto já tinha ..ido ao tapete, já tinha levantado, já tinha encarado. ...Portanto, só tive 2 consultas de de de psicologia.Foi muito pouco.”	2
(E61)	“ .. não tão frequente também, como seria desejável.”	5
(E62)	« Não, não é culpa. Não se pode atribuir culpa nem aos médicos, enfermeiros, mas não há tempo.São muitos doentes e não há tempo para esclarecer todas as dúvidas, não há tempo para...para todo o apoio que nós precisamos.E eu acho que eles tentam, não é? Eles tentam dar, mas não há tempo, não há... Há muitas pessoas que ficam muito tempo à espera.”	1

(E63)	“ .. hoje em dia há muito pouco apoio, portanto, nestas situações de doentes oncológicos...há poucos profissionais..”	4
(E64)	“... eu aí optei por ir à Luz completamente porque tive um um bate-papo muito mau com a médica que eu tinha aqui na Feira, porque duvidou dos conhecimentos que eu tinha para fazer tudo mais rápido. E chegou mesmo até a quase que é insultar, porque de tal maneira que eu nunca mais fiz nenhuma consulta sozinha com ela, levei sempre o meu irmão ou uma amiga ou a minha prima. Era para oi também foi a minha filha... E e ela virou-se para mim, diz-me, “está tão preocupada em substituir a prótese para ficar aí com umas mamas como deve ser e quando eu estou a ver aqui que tem um cancro na coluna. ...E eu fiquei partir daí. Disse, não, eu não vou ser mais tratada nem neste hospital, nem com esta médica...”	4

Subtema 4: Apoio entre pacientes – procurar e oferecer apoio

EXTRATO	CITAÇÃO	PARTICIPANTE
(E65)	“ Eu posso eu posso verbalizar com com o mesmo, com as pessoas que estão à minha volta. Sinto medo, sinto que sair sinto-me quando se aproxima estas consultas. Mas ninguém me consegue compreender o que é que se entende dizer. Eu sinto receoso o sinto com medo.Eu estou verbalizar, mas o que eu estou a sentir cá dentro. Pronto, no, no, no, no Coiso é uma luta e e acaba por ser um uma luta silenciosa exatamente.”	2
(E66)	“Depois extra extra contexto médico, não falo muito intensa.. eu acho que é complicado falar disso com pessoas que porque é que não a sintam na pele e depois que não trabalham no meio...Podemos explicar 1001 coisas, não é falta de empatia, é mesmo é. Só se consegue perceber quando se calça aquele sapato..Acho que é mais isso.”	5
(E67)	“ ...comecei em 2007 com o blog e depois falar com a porque ABC e todas tinham passado pela mesma experiência. E é muito mais fácil quando nós falamos com pessoas que tenham passado ou que estejam a passar pela mesma experiência que nós estamos a passar e é mais fácil do que ser uma pessoa de fora, até mesmo que seja familiar ou amigo, não consegue entender nos como quem está, como quem está na situação, como é lógico, não é ? ”	4
(E68)	“.. na clínica da mama é uma coisa inexplicável. Nós tínhamos sempre conversa com alguém de experiências, muitas vezes até da da forma como as pessoas sentiam, e havia sempre um bocadinho para nos ouvirmos... “	5
(E69)	“... alimentei um blog durante cerca de 10 anos mais ou menos, alimentei um blog a a contar toda a minha história, o que se ia passando, o que não se passava, como foi confronto que eu tinha os, momentos bons momentos menos bons, porque isso ajuda muito nós pormos tudo isso cá fora e depois temos também do outro lado....”	4

(E70)	“... A resposta das pessoas lerem e até nos ajudarem, quem não, não nos conhece, incentivar-nos a ir mais para a frente a, além, o blog, deu-me a conhecer a outras mulheres. E que estavam na mesma situação que eu...” “ .. me faz bem em mim deitar isso cá fora e é para outras pessoas que, neste momento, estão a passar pela mesma situação, possam ler a forma como eu estou a levar tudo isto, estou a encarar toda toda esta situação..”	4
(E71)	“ ... conheci pessoas e que tinham o mesmo objetivo e a mesma forma de estar na vida hum que eu tenho. ..tivemos um amigo também que gosta muito de teatro e ensinou-nos uma peça em que nós contamos toda a nossa história, a em palco...mas aquilo tinha tudo uma sequência desde a cada uma contava a sua parte desde o momento em que se sabia ou soubemos que tínhamos cancro, até ao final dos dos tratamentos. Portanto, andamos pelo país fora para 3 anos a passar a mensagem em várias instituições em hospitais, a quem nos convidava, nós íamos...foi muito gratificante... isso ajudou muito, o que foi uma espécie de uma catarse a tudo aquilo que nos aconteceu para trás e só sabermos que a, com aquilo que estávamos a passar e aquilo que estávamos a fazer, ajudávamos outras mulheres que estavam realmente ou no início ou no meio dos tratamentos que estavam em baixo e que elas ficavam muito mais animadas e só de as poder deixar pela esperança de que realmente há vida para além do do do do do cancro. Isso deu-nos a nós ainda mais ainda mais vitalidade e ainda mais ainda mais esperança.”	4
(E72)	“É também participei em vários programas de televisão e e noutros noutros projectos também, portanto, como médicos como com cc, com médicos, portanto, a contar toda toda toda a história para passar também essa mensagem que realmente há vida depois.”	4
(E73)	“ Na altura que eu estive no grupo, era mais não por mim, mas para passar, passar a mensagem passar a a a força de que realmente nós se quisermos, conseguimos. ...”	4
(E74)	“.. assim tem sido e é como tem levado a minha vida e tenho dado força a outras pessoas que também passam pela mesma situação. Digo sempre para não desanimarem, para não pronto. Acho que nós, nos devemos agarrar..”	6