



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

As Strong as We are United: Efeitos da Regulação Emocional
Intrapessoal e Interpessoal na Qualidade de Vida em Mulheres com
Cancro da Mama

Rita da Silva Moura

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Cristina Maria Lopes Camilo, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018

As Strong as We Are United



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

As Strong as We are United: Efeitos da Regulação Emocional
Intrapessoal e Interpessoal na Qualidade de Vida em Mulheres com
Cancro da Mama

Rita da Silva Moura

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Cristina Maria Lopes Camilo, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018

As Strong as We Are United

Ao meu pai,
Pelo amor, força e motivação,
E por me ter inspirado a seguir este caminho.

Agradecimentos / Acknowledgements

À professora Cristina, a minha orientadora, pela dedicação com que me guiou, apoiou e reforçou durante todo este percurso, sempre tão otimista e encorajadora. Obrigada por cada uma das nossas reuniões, preenchidas de boas partilhas de conhecimento e de emoções, e por ter confiado nas minhas competências e capacidade de ser autónoma para conduzir esta investigação do início ao fim. Trabalhar consigo foi uma oportunidade única e, sem dúvida, das experiências mais positivas e divertidas.

Ao Movimento Vencer e Viver e à Associação Amigas do Peito, e a todas as pessoas envolvidas, por tornarem a recolha de dados possível. Sem a vossa colaboração, teria sido quase impossível avançar com o estudo em tão pouco tempo.

Em particular, à Dr.^a Sofia, coordenadora do Movimento Vencer e Viver, pela simpatia e receptividade com que acolheu este projeto e me auxiliou em tudo o que lhe foi possível. Agradeço também a todas as Voluntárias, à psicóloga Ana e à Sandra, pela amabilidade com que me receberam todas as manhãs e me integraram no vosso cantinho. Obrigada pelo enorme apoio, pelas palavras de motivação, pela excelente companhia e por todos os chás quentinhos acompanhados de boa conversa.

À Dr.^a Emília, presidente da Associação Amigas do Peito, pelo interesse demonstrado por este estudo e pela prontidão com que colaborou na sua aplicação. Igualmente, agradeço à Dr.^a Isidra, por ter divulgado o projeto entre as suas pacientes e reforçado junto destas a importância de contribuir para a investigação sobre o cancro da mama a nível psicológico.

A todas as participantes, pelo tempo que dedicaram a este projeto. Sem a vossa enorme ajuda, não teria sido possível terminá-lo. Obrigada por terem partilhado os vossos testemunhos comigo, pois a vossa força e coragem será sempre uma fonte de inspiração. Foi um prazer conhecer cada uma de vocês.

À Gui, por estar sempre disponível para me ajudar com tudo o que precisei e entusiasmada para ouvir todas as novidades sobre o meu progresso. Obrigada por todas as mensagens de incentivo. E à Teresa, pelo tempo e paciência para ler este estudo em primeira mão e contribuir tão positivamente para a sua revisão final. A sua ajuda foi fundamental.

À minha família, pelo amor incondicional. À minha mãe, por me ter dado todas as ferramentas necessárias para chegar até aqui e cruzar esta meta. Obrigada por me teres ensinado não só a lutar pelo que eu quero, sem nunca desistir, mas também por me relembrares constantemente que há sempre uma solução para cada obstáculo. É graças a ti e aos teus ensinamentos que chego ao fim deste percurso de sorriso na cara. Obrigada por teres estado presente em todos os momentos e por teres tido toda a paciência do mundo para mim. És o meu

maior e melhor exemplo a seguir na vida. Ao meu irmão *super*, por me chatear com perguntas às horas mais inconvenientes só porque se preocupa e queria ter a certeza que estava tudo bem. Obrigada por cuidares da maninha mais nova e por queres sempre o melhor para mim. À minha cunhada *maravilha*, por contribuir com tudo o que podia e sabia e por arranjar sempre espaço para me ajudar com este estudo. Em especial, obrigada aos dois por me mostrarem que vale a pena correr certos riscos, apostar no desconhecido e ir atrás do que queremos na vida. Este projeto é prova disso. Aos meus sobrinhos *incríveis*, por me encherem constantemente de sorrisos, abraços e mimos. Obrigada por terem sempre um “ó tia” na ponta da língua, seguido dos pensamentos mais tontos e divertidos que me fizeram rir até doer. Vocês alegraram os meus dias.

À Jo, por ter caminhado ao longo deste percurso comigo, sempre lado a lado, sem vacilar. Não tenho palavras suficientes para agradecer tudo o que fizeste por mim. Obrigada por estares sempre pronta a ajudar, por me apoiares a cada passo (especialmente nos mais difíceis), por celebrares as minhas vitórias comigo, e por saberes sempre como me motivar e inspirar a dar o meu melhor. Sem ti, este processo teria sido bem mais difícil. És como uma irmã para mim e foste, certamente, a melhor companhia durante esta aventura.

And finally, to John, for being incredibly supportive. I can't thank you enough for having the patience to listen to me ramble on and on about this project and always making the effort to understand and try to help me out. Your words and suggestions were brilliant.

Resumo

As pacientes com cancro da mama estão sujeitas a uma elevada carga emocional negativa devido à sua doença e respetivos tratamentos, o que, por consequência, tende a diminuir os seus níveis de qualidade de vida. O presente estudo correlacional tem por objetivo comparar dois níveis de regulação emocional, a regulação intrapessoal e a partilha social das emoções (enquanto regulação interpessoal), e explorar o efeito de ambos na perceção de qualidade de vida destas mulheres, na altura em que estavam a realizar os tratamentos médicos. A amostra foi constituída por 68 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, com a idade média de 63 anos ($DP=11.58$). Os dados foram recolhidos através de um questionário de autorrelato, onde foram avaliadas as variáveis da experiência emocional, preferência da regulação, regulação intrapessoal, partilha social das emoções e qualidade de vida. Os resultados demonstram que a maioria das participantes teve preferência por regular a sua afetividade negativa recorrendo apenas a um dos níveis regulatórios e optou por utilizar mais as estratégias de partilha social e as estratégias de reformulação cognitiva. Mais ainda, os dados evidenciam que a regulação interpessoal contribuiu mais para a perceção de qualidade de vida das participantes do que a regulação intrapessoal. Assim, este estudo permite concluir que a partilha social é um processo particularmente vantajoso para as pacientes do cancro da mama conseguirem lidar de forma eficaz e adaptativa com as suas dificuldades emocionais e melhorarem os seus níveis de qualidade de vida.

Palavras-chave: cancro da mama, emoções negativas, regulação emocional, partilha social das emoções, qualidade de vida.

Códigos de Classificação (*American Psychological Association*):

2360 Motivação e Emoção

3293 Cancro

3360 Psicologia da Saúde e Medicina

3365 Promoção e Manutenção da Saúde e Bem-estar

Abstract

Breast cancer patients are subject to a high level of negative emotions due to their illness and treatments which tends to result in a decrease of their quality of life. This present correlational study aims to compare two levels of emotion regulation, the intrapersonal regulation and social sharing of emotions (as an interpersonal regulation process) and to explore their effect on these women's quality of life during the time they were undergoing medical treatments. Sixty-eight women diagnosed with breast cancer participated on this study, with a mean age of 63 years old ($SD=11.58$). Data was collected through a self-report questionnaire that evaluated the variables of emotional experience, preference in regulation, intrapersonal regulation, social sharing of emotions and quality of life. The results revealed that the majority participants had a preference to regulate their negative emotions using only one of the regulatory levels and choose to use more the social sharing strategies and the cognitive reappraisal strategies. Moreover, the results also show that the interpersonal regulation contributed more to the women's perception of their quality of life than intrapersonal regulation. Thus, this research concludes that social sharing is particularly helpful process for breast cancer patients to be able to deal in an effective and adaptive way with their emotional difficulties and improve their quality of life.

Keywords: breast cancer, negative emotions, emotion regulation, social sharing of emotions, quality of life.

Classification Codes (American Psychological Association):

2360 Motivation & Emotion

3293 Cancer

3360 Health Psychology & Medicine

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Índice

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 3 |
| 1. CANCRO DA MAMA | 3 |
| 1.1. Panorama europeu e nacional..... | 3 |
| 1.2. Repercussões na saúde. | 4 |
| 1.2.1. Vulnerabilidade emocional. | 5 |
| 2. REGULAÇÃO EMOCIONAL..... | 6 |
| 2.1. Definição e características gerais. | 6 |
| 3. REGULAÇÃO EMOCIONAL INTRAPESSOAL | 8 |
| 3.1. Definição e modelo teórico. | 8 |
| 3.1.1. Reavaliação cognitiva <i>versus</i> supressão emocional. | 10 |
| 4. REGULAÇÃO EMOCIONAL: NÍVEL INTERPESSOAL..... | 12 |
| 4.1. Definição e modelo teórico. | 12 |
| 4.2. Partilha social das emoções..... | 13 |
| 4.2.1. Partilha socioafetiva <i>versus</i> partilha cognitiva..... | 15 |
| 5. CANCRO DA MAMA E REGULAÇÃO EMOCIONAL | 16 |
| 6. JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO | 18 |
| CAPÍTULO II - MÉTODO | 21 |
| 1. PARTICIPANTES | 21 |
| 1.1. Caracterização sociodemográfica e clínica. | 21 |
| 2. INSTRUMENTOS | 24 |
| 2.1. Experiência recordada. | 24 |
| 2.2. Emoção associada à experiência. | 24 |
| 2.3. Preferência da regulação emocional..... | 25 |
| 2.4. Regulação emocional intrapessoal. | 26 |
| 2.5. Partilha social das emoções..... | 26 |
| 2.6. Qualidade de vida..... | 27 |
| 2.7. Questionário de caracterização sociodemográfica e situação clínica..... | 28 |
| 3. PROCEDIMENTO..... | 29 |
| CAPÍTULO III - RESULTADOS..... | 31 |
| 1. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO..... | 31 |

| | |
|---|----|
| 2. CORRELAÇÕES ENTRE A REGULAÇÃO EMOCIONAL E A QUALIDADE DE VIDA | 34 |
| 3. ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO ESTUDO | 36 |
| 3.1. Preferência da regulação emocional intrapessoal <i>versus</i> interpessoal. | 36 |
| 3.2. Comparação dos níveis de regulação e dos tipos de estratégias regulatórias..... | 37 |
| 3.3. Relações lineares entre a regulação emocional e a qualidade de vida. | 39 |
| CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO..... | 45 |
| 1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 45 |
| 1.1. Limitações e estudos futuros. | 49 |
| 1.2. Contributos teóricos e implicações práticas. | 51 |
| 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 55 |
| ANEXOS..... | 61 |

Índice de Quadros

| | |
|--|----|
| QUADRO 2.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA | 22 |
| QUADRO 2.2 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA | 23 |
| QUADRO 3.1 - ANÁLISE DESCRITIVA DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL, REGULAÇÃO EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA..... | 32 |
| QUADRO 3.2 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES DAS VARIÁVEIS DA REGULAÇÃO EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA..... | 34 |
| QUADRO 3.3 - REGRESSÕES LINEARES MÚLTIPLAS ENTRE AS VARIÁVEIS DA REGULAÇÃO EMOCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA..... | 40 |

Índice de Figuras

FIGURA 1.1 - MODELO PROCESSUAL DE REGULAÇÃO EMOCIONAL DE JAMES GROSS (1998A)..... 9

FIGURA 3.1 - HISTOGRAMA E DISTRIBUIÇÃO NORMAL DA PREFERÊNCIA DA REGULAÇÃO
EMOCIONAL..... 37

FIGURA 3.2 - GRÁFICO DA MÉDIA OBTIDA NOS DOIS FATORES DA REGULAÇÃO EMOCIONAL 38

Glossário de Siglas

DGS – Direção-Geral da Saúde

FACIT - *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*

FACT-B – *Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast*

FACT-G – *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*

OMS – Organização Mundial da Saúde

QRE – Questionário de Regulação Emocional

SAM – *Self-Assessment Manikin*

SDS – *Semantic Differential Scale*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Introdução

O cancro da mama é uma doença que pode atingir qualquer mulher, independentemente das suas características pessoais (e.g., idade) e sociais (e.g., estatuto económico), acarretando inúmeras consequências negativas. As fases do diagnóstico, dos tratamentos ou até mesmo da sobrevivência são experiências disruptivas que alteram o decurso normal de vida destas mulheres e ameaçam a sua saúde física e mental, sendo que todos os esforços são importantes para garantir resultados mais favoráveis.

Para além dos sintomas físicos, é comum as pacientes experienciarem emoções negativas e intensas que prejudicam a sua recuperação total. Um exemplo prático é que a taxa de depressão nestas pacientes tende a ser superior à de outros doentes oncológicos (e.g., Fann *et al.*, 2008). A regulação adaptativa dessas emoções negativas é um meio para alcançar uma melhor adaptação à doença e, conseqüentemente, atingir melhores níveis de qualidade de vida. Atualmente sabe-se que a regulação emocional pode ocorrer individualmente ou na presença dos outros e que tal pode ter diferentes implicações na saúde das pessoas. No entanto, permanece a questão: como é que diferentes níveis de regulação interferem com a percepção de qualidade de vida no âmbito do cancro da mama? Esta é uma questão que ainda está subexplorada na literatura. O presente estudo pretende contribuir para o desenvolvimento desta área ao explorar o impacto de dois níveis regulatórios, o intra e o interpessoal, na percepção da qualidade de vida de sobreviventes do cancro da mama, no momento em que estavam a realizar os tratamentos.

Este trabalho está organizado em quatro capítulos, em conformidade com as secções principais de um estudo empírico. O primeiro capítulo começa por expor a problemática do cancro da mama e a sua relevância. Considerando o objetivo do estudo, o foco assenta nas componentes emocionais a fim de clarificar como é que esta doença desencadeia as emoções negativas e dificuldades emocionais acima mencionadas. De seguida, introduz-se a temática da regulação emocional e é feita uma revisão dos pressupostos teóricos deste processo. Posteriormente, é feita uma distinção entre os dois níveis de regulação e respetivos modelos teóricos que permitem compreender como é que estes fenómenos ocorrem. No fim, é ainda apresentado um conjunto de evidências empíricas que demonstram como a regulação intra e interpessoal têm impacto em diferentes aspetos relacionados com o cancro da mama, com especial enfoque na qualidade de vida da população afetada.

No segundo capítulo é explicitada a metodologia empregue neste estudo correlacional. Aqui constam informações sobre a caracterização da amostra e o método de recrutamento, assim como a descrição das medidas incluídas no questionário para avaliar as variáveis da

experiência emocional, preferência da regulação emocional, regulação intrapessoal, partilha social das emoções e qualidade de vida. Na última parte, é ainda explicado detalhadamente como é que se procedeu à implementação do protocolo de estudo.

No terceiro capítulo são apresentadas todas as análises estatísticas, descritivas e inferenciais, que foram realizadas. Para facilitar a leitura, esta secção está organizada de acordo com os objetivos específicos do estudo, começando por explorar as diferenças entre os dois níveis regulatórios e prosseguindo para os efeitos que estes níveis têm na perceção da qualidade de vida.

No quarto capítulo apresenta-se a discussão dos resultados obtidos. Esta secção engloba uma reflexão crítica e cuidada dos dados, apoiada na literatura existente, e identifica os principais contributos do estudo para o avanço da investigação na área. Por fim, são discutidas as limitações e dadas sugestões para estudos futuros. Este trabalho termina como um breve parágrafo de considerações finais.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Cancro da Mama

1.1. Panorama europeu e nacional. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cancro é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo. Entre as mulheres, o cancro da mama é o tipo de tumor mais comum (Stewart & Wild, 2014), apresentando dos valores mais elevados de incidência e prevalência. Prevê-se que uma em cada nove mulheres seja diagnosticada com esta doença em algum momento da sua vida (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017). As estatísticas que se seguem ilustram claramente este panorama.

Em 2012, só na Europa, foram registados cerca de 464 mil novos casos da doença (28.8% do total das mulheres afetadas) e 131 mil mortes (16.8%; Stewart & Wild, 2014) e estima-se que em 2018 os números aumentem para quase 523 mil novos casos e 138 mil mortes (European Cancer Information System, 2018). Em Portugal, o padrão é muito semelhante ao encontrado nos restantes países europeus, embora o nosso país apresente dos valores mais baixos de toda a Europa (DGS, 2017). Em 2010, ano mais recente de que existem dados disponíveis, foram contabilizados 6541 novos casos (31.1%; Registo Oncológico Regional do Norte, 2016) e em 2015 foram registadas 1683 mortes (18.2%; DGS, 2017). Estima-se que em 2018 estes valores aumentem ligeiramente para 6974 novos casos e 1748 mortes (European Cancer Information System, 2018).

Ainda assim, o cancro da mama não é dos mais letais e na última década tem-se vindo a verificar um declínio da mortalidade. Tal pode ser explicado com os avanços científicos ao nível do diagnóstico precoce e da eficácia dos tratamentos, de modo que a taxa de sobrevivência tem aumentado exponencialmente e prevê-se que continue a aumentar ao longo do tempo (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017). A nível europeu, o cancro da mama registou o maior número de sobreviventes com cerca de 1.8 milhões (39.7%) de mulheres diagnosticadas nos cinco anos anteriores a 2012 (Stewart & Wild, 2014). A nível nacional, a taxa de sobrevivência registada entre 2010 e 2014 foi boa, com 87.6%, por comparação à Islândia e à Suécia que apresentaram as melhores taxas a nível europeu, com 89.1% e 88.8% (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017). Em Portugal, um dos fatores explicativos está também associado ao aumento da taxa de cobertura geográfica e da taxa de adesão aos programas nacionais de rastreios. Em 2016, estas rondaram os 80% e os 60%, respetivamente, implicando que um número considerável de pessoas foi rastreado (DGS, 2017).

Estes números parecem indicar que há cada vez mais mulheres diagnosticadas a entrar em fase de remissão, o que significa que têm de continuar a lidar com as consequências adversas que se estendem para além da fase aguda da doença.

1.2. Repercussões na saúde. Os desafios inerentes ao cancro da mama iniciam-se na fase do diagnóstico e dos tratamentos e podem durar até vários anos após as mulheres entrarem na fase de sobrevivência. Embora exista uma grande variabilidade acentuada na trajetória que cada paciente faz durante todo o percurso, todas as pacientes vivenciam um conjunto de sintomas persistentes que dificultam a adaptação à doença (Brandão, Schulz, & Matos, 2017a) e prejudicam a sua qualidade de vida (Perry, Kowalski, & Chang, 2007).

O conceito de qualidade de vida tem sido conceptualizado de várias formas, não existindo uma definição consensual na literatura. A OMS (1997) define-a como a perceção que os indivíduos têm da sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores no qual se inserem, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Em conformidade, Cella (1994) define qualidade de vida no âmbito das doenças crónicas como a junção de duas componentes fundamentais, a multidimensionalidade e a subjetividade. A primeira refere-se ao conteúdo abrangente deste constructo, incluindo aspetos relacionados com o bem-estar físico (e.g., sintomas da doença, efeitos secundários dos tratamentos), funcional (e.g., capacidade física, mobilidade), emocional (e.g., sentimentos negativos, preocupações constantes) e social (e.g., relações com as pessoas próximas, suporte social). Para o cancro da mama em particular, há ainda outra dimensão relacionada com as preocupações específicas da doença (e.g., sentimento de feminidade e atratividade, inchaço nos braços), fundamental para caracterizar a qualidade de vida desta população em específico (Cella, 1994; Cella *et al.*, 1993). A segunda diz respeito ao facto deste constructo só poder ser avaliado sob a perspetiva da paciente, através do autorrelato. Como tal, a forma como esta percebe a sua vida e situação atual, bem como a sua doença e respetivos tratamentos, determina a sua perceção de qualidade de vida (Cella, 1994).

A sintomatologia desta doença manifesta-se nas diferentes dimensões da qualidade de vida. A nível físico, são comuns os sintomas como as dores no corpo, a fadiga constante, os períodos de insónias, os défices cognitivos, os problemas de infertilidade ou sintomas de menopausa, e o edema linfático (i.e., inchaço) num ou em ambos os braços. Consequentemente, estes sintomas afetam a dimensão funcional ao impedirem a realização de certas atividades rotineiras, como por exemplo, levantar da cama, vestir e deslocar-se dentro e fora de casa. Aos sintomas físicos, acrescem-se outros problemas psicológicos igualmente

adversos, como a vulnerabilidade emocional, a percepção e (in)satisfação com a autoimagem, o sofrimento prolongado, as preocupações relacionadas com a situação clínica, os pensamentos intrusivos, e a satisfação com a vida. Também na esfera social, surgem complicações ao nível das relações com os outros (e.g., no contexto familiar ou social), na percepção de suporte social e na capacidade de assumir os papéis sociais normativos (e.g., no contexto laboral; Adler & Page, 2008; Brandão *et al.*, 2017a; Bloom, Petersen, & Kang, 2007; Brem & Kumar, 2011; Campbell-Enns & Woodgate, 2017; Perry *et al.*, 2007).

1.2.1. Vulnerabilidade emocional. Um subconjunto de sintomas psicológicos que é particularmente debilitante diz respeito às dificuldades emocionais. Perante o cancro da mama, as emoções negativas são respostas normativas (Marroquín, Czamanski-Cohen, Weihs, & Stanton, 2016), visto que viver com o diagnóstico e ter de lidar diariamente com os sintomas associados à doença e aos tratamentos gera tensão emocional (Adler & Page, 2008). No entanto, quando esta tensão passa a ser muito intensa ou severa, torna-se preocupante (Ng *et al.*, 2017) pois influencia a forma como as pacientes se posicionam perante a sua doença (Shapiro *et al.*, 2001).

Numa revisão sistemática recente de Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak e Bock (2015), os autores afirmam que a ansiedade e os sintomas depressivos são das reações emocionais mais frequentes associadas ao cancro da mama. A percentagem de mulheres que sofre com depressão após terminarem os tratamentos é de aproximadamente 40% e 21% apresenta sintomas depressivos severos. De igual modo, aproximadamente, 27% sofre de ansiedade e quase 13% apresenta sintomas de ansiedade severos (Maass *et al.*, 2015). Outras emoções negativas comuns ao longo de toda a evolução da doença são a tristeza, o medo (e.g., de morrer, sofrer ou da recidiva), a raiva e hostilidade, a incerteza (e.g., sobre o futuro), o choque, o desespero, a frustração e, por vezes, a culpa (Adler & Page, 2008; Bloom *et al.*, 2007; Brandão *et al.*, 2017a; Campbell-Enns & Woodgate, 2017; Maass *et al.*, 2015; Ng *et al.*, 2017; Perry *et al.*, 2007; Shapiro *et al.*, 2001).

Se, por um lado, as pacientes experienciam este leque de emoções negativas devido à sua situação clínica, por outro, estas emoções também afetam aspetos relacionados com a doença e com o funcionamento normal das pacientes, sendo uma relação bidirecional. Assim, este sofrimento emocional a que as pacientes estão sujeitas associa-se a um aumento dos seus problemas psicológicos e emocionais, da severidade da doença, dos efeitos secundários dos tratamentos, da mortalidade e morbidade, do impacto dos sintomas físicos e sociais e do período de recuperação. De igual modo, também se reflete na diminuição nos seus níveis de

saúde, no envolvimento em comportamentos saudáveis, na adesão aos tratamentos e às terapias, no autocuidado, e na capacidade de se adaptar à doença (Bloom *et al.*, 2007; Brandão *et al.*, 2017a; Fann *et al.*, 2008; Marroquín *et al.*, 2016; Ng *et al.*, 2017).

Em última instância, quando esta vulnerabilidade emocional não é clinicamente tratada, tem um efeito prejudicial na qualidade de vida das pacientes (Ng *et al.*, 2017). Por esse motivo, atingir níveis emocionais mais estáveis pode atuar como um fator de proteção e ajudar a minimizar os efeitos nocivos da doença.

2. Regulação Emocional

2.1. Definição e características gerais. Quando as pessoas sentem emoções que são desajustadas para um determinado momento, é comum procurarem exercer algum tipo de controlo para melhorarem a forma como se estão a sentir (Gross, 2014). Este tipo de situação acontece com frequência no dia-a-dia (DeSteno, Gross, & Kubzansky, 2013).

A regulação emocional diz respeito aos processos através dos quais os indivíduos influenciam quais as emoções que sentem, quando as sentem e como é que as experienciam e expressam (Gross, 1998a). Estes processos são responsáveis por monitorizar, avaliar e modificar as respostas emocionais (Thompson, 1994), positivas ou negativas na sua valência (Naragon-Gainey, McMahon, & Chacko, 2017), de modo a atingir um determinado objetivo (Thompson, 1994). Assim, a resposta emocional que se sucede é diferente da que teria ocorrido na ausência dessa regulação (Gross, 2015).

Qualquer ação que tenha o propósito de influenciar as emoções pode ser considerada como regulação emocional (Naragon-Gainey *et al.*, 2017). No entanto, uma vez que vários constructos têm vindo a ser utilizados como sinónimos na literatura, Gross (2014) estabeleceu três características base deste processo regulatório. A primeira característica prende-se com a ativação do objetivo para modificar a emoção, ou seja, com o objetivo que os sujeitos procuram atingir ao regular as suas emoções. Este objetivo pode ser diminuir ou aumentar as emoções negativas ou positivas, embora seja mais frequente diminuir as negativas e aumentar as positivas. A segunda característica diz respeito às múltiplas estratégias e táticas que podem ser utilizadas para regular as emoções, independentemente do objetivo. Estas podem oscilar entre processos explícitos, conscientes, controlados e que requerem grande esforço (e.g., tentar ficar calma embora esteja nervosa por ir à primeira sessão de tratamentos) a processos implícitos, inconscientes, automáticos e que não requerem esforço (e.g., desviar a atenção da máquina responsável por monitorizar o tratamento). Porém, embora as estratégias possam ser utilizadas de forma isolada, o mais comum é serem implementadas em simultâneo

ou de forma alternada numa sucessão rápida (e.g., após terminar o ciclo de quimioterapia, a pessoa pode ir para casa, distrair-se com a televisão e descansar um pouco junto do/a parceiro/a). A terceira característica refere-se ao impacto que a regulação tem na trajetória da emoção, ou seja, a forma como através deste processo, a resposta emocional pode ter mais ou menos impacto na pessoa e assim influenciar a sua resposta à mesma. Em suma, estas três características permitem distinguir a regulação emocional de outros processos semelhantes, como por exemplo, o *coping* (Gross, 2014).

A regulação emocional articula-se intimamente com o funcionamento adaptativo e a saúde geral das pessoas (Nyklíček, Vingerhoets, & Zeelenberg, 2011). Uma boa capacidade para regular está associada a resultados mais positivos, tais como níveis mais elevados de bem-estar e de qualidade de vida, melhores indicadores de saúde, menor risco de algumas doenças físicas, menos problemas psicológicos, melhor ajustamento social, melhores relações sociais, e melhor desempenho em diferentes contextos (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; DeSteno *et al.* , 2013; Hu *et al.* , 2014; Nyklíček *et al.* , 2011). Assim, pode-se constatar que os benefícios não se refletem apenas a nível individual, mas também social. Por oposição, quando a regulação é disfuncional ou subótima, torna-se contraproducente. Quando os indivíduos não conseguem gerir eficazmente as suas respostas emocionais, tendem a vivenciar períodos de sofrimento mais demorados e severos (Nyklíček *et al.* , 2011) que podem resultar em problemas de saúde (e.g., doenças somáticas), psicológicos (e.g., depressão e ansiedade) e sociais (e.g., pior funcionamento social; Aldao *et al.* , 2010; DeSteno *et al.* , 2013; Hu *et al.* , 2014; Nyklíček *et al.* , 2011). Nesta lógica, assegurar uma regulação adaptativa é mais favorável para todos os indivíduos.

Todavia, o método através do qual a regulação é implementada influencia o impacto que esta tem na saúde das pessoas (DeSteno *et al.* , 2013). Até à data, a investigação tem-se focado maioritariamente nos processos intrapessoais, ou seja, no modo como os indivíduos respondem de forma individual e isolada às suas emoções (Marroquín, Tennen, & Stanton, 2017). No entanto, a literatura tem enfatizado desde cedo a importância dos processos interpessoais na regulação emocional (Dixon-Gordon, Bernecker, & Christensen, 2015; Hoffmann, Carpenter, & Curtiss, 2016). A área da regulação interpessoal ainda é um campo recente, pelo que se sabe pouco sobre a sua estrutura, frequência de utilização e eficácia (Williams, Morelli, Ong, & Zaki, 2018). Contudo, uma parte considerável dos episódios regulatórios são de natureza social e é comum os indivíduos unirem-se para enfrentarem um problema juntos (Marroquín *et al.* , 2017). Atualmente sabe-se que estes dois tipos de regulação, intra e interpessoal, existem num continuum sem uma delimitação clara entre si

(Williams *et al.*, 2018), de modo que os sujeitos podem facilmente recorrer tanto a um, como ao outro, se assim o entenderem, ou mesmo recorrer a ambos em simultâneo (Zaki & Williams, 2013). De seguida, os dois níveis de regulação emocional são explicados mais ao detalhe.

3. Regulação Emocional Intrapessoal

3.1. Definição e modelo teórico. A regulação emocional intrapessoal diz respeito aos processos que os sujeitos utilizam para regular as suas emoções (Gross, 2015). Assim, a eficácia desta regulação está única e exclusivamente relacionada com as capacidades que o indivíduo detém para lidar com a sua experiência afetiva (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017).

Um quadro conceptual muito utilizado neste âmbito é o Modelo Processual de Regulação Emocional (Gross, 1998a). As emoções iniciam-se com a avaliação que a pessoa faz da situação e a forma como estas são avaliadas desencadeiam um conjunto de tendências de resposta que se manifestam a diversos níveis (e.g., comportamental). Por sua vez, estas tendências podem ser controladas de várias formas (Gross & John, 2003).

A premissa do modelo processual tem como ponto de partida os passos que ocorrem na geração da emoção, tratando cada passo como um potencial alvo de regulação. Nesse sentido, o modelo salienta cinco famílias de estratégias que são utilizadas para esse efeito: a seleção da situação, a modificação da situação, a modificação do foco atencional, a mudança cognitiva e a modulação da resposta (Figura 1.1.). Estas famílias distinguem-se entre si por atuarem pela primeira vez em momentos diferentes no processo de geração da emoção (Gross, 2014, 2015). Adicionalmente, estas estratégias podem ser distinguidas pelo foco que têm durante o processo de regulação. As estratégias de foco no antecedente atuam antes da resposta emocional estar completamente instalada e procuram diminuir o seu grau de ativação. As primeiras quatro famílias fazem parte desta dimensão. Por contraste, as estratégias com foco na resposta emocional atuam depois da emoção já estar instalada e a resposta emocional já se ter iniciado, manipulando aspetos externos, como a expressão emocional da pessoa. A quinta e última família faz parte desta dimensão (Gross, 1998b; Gross & John, 2003).

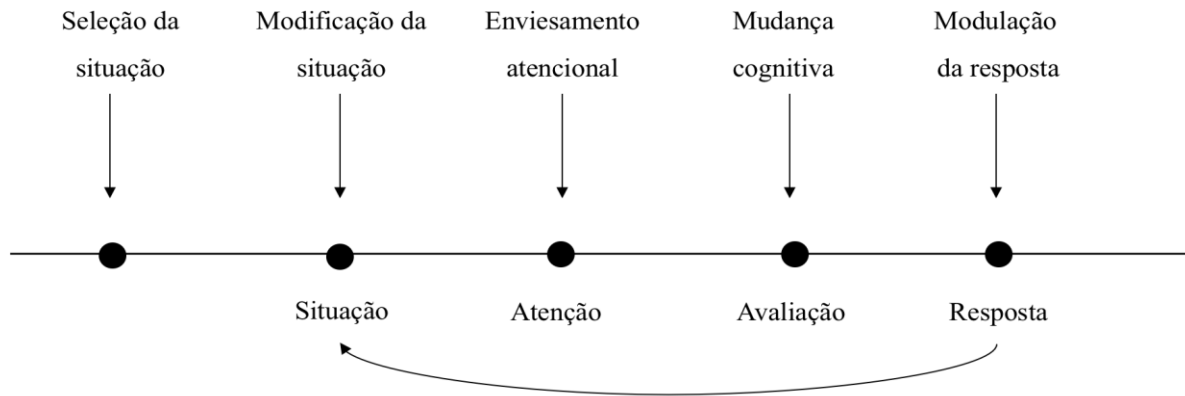


Figura 1.1 - *Modelo processual de regulação emocional de James Gross (1998a)*

Particularmente, a seleção da situação implica que a pessoa adote medidas que tornem mais ou menos provável que se encontre numa situação que dê origem a emoções desejáveis ou indesejáveis para si (e.g., optar por falar com um/a amigo/a sobre o diagnóstico para se sentir melhor com a situação). A modificação da situação implica que o indivíduo procure alterar ativamente a situação, ou seja, modificar os aspetos físicos e externos da situação (e.g., guardar na gaveta a carta onde consta a sua situação clínica). A modificação do foco atencional implica que o sujeito direcione a sua própria atenção para outros aspetos dentro ou fora da situação (e.g., pensar no que vai fazer com a família logo à noite em vez de pensar que está à espera para ir a outra consulta de oncologia). A mudança cognitiva implica que a pessoa altere as avaliações cognitivas que fez sobre a situação, ao mudar a forma como está a pensar sobre isso ou sobre a sua capacidade para lidar com as exigências impostas pela situação. Esta mudança pode ser aplicada a uma situação externa (e.g., pensar que ter cancro da mama pode ser uma experiência de crescimento pessoal) ou a uma situação interna (e.g., pensar que sentir o coração acelerado não significa ansiedade, mas sim que o corpo se está a preparar para uma nova sessão de radioterapia). A modulação da resposta ocorre numa fase mais tardia do processo e implica que o indivíduo influencie diretamente as componentes experienciais, comportamentais ou fisiológicas da resposta emocional após a emoção já estar instalada (e.g., utilizar a comida como forma de melhorar o estado afetivo; Gross, 2014, 2015).

Uma característica central do modelo é que assenta no pressuposto que as diferentes estratégias e a forma como são implementadas têm diferentes consequências no modo como a pessoa se sente, pensa e age, tanto no próprio momento, como ao longo do tempo. Isto resulta da conceção de que emoções e a regulação emocional são processos dinâmicos que se estendem para além de um único episódio e decorrem ao longo do tempo, e, portanto, intervir

em diferentes alturas desencadeia diferentes padrões ao nível da experiência, expressão e fisiologia emocional. Ademais, uma vez que as estratégias requerem diferentes recursos (e.g., cognitivos), estas podem ter, em si mesmas, diferentes consequências (Gross, 2015) para a saúde física e psicológica dos sujeitos (Gross & John, 2003).

De facto, existe um grande número de estratégias de regulação emocional. Todavia, devido à extensão deste processo, optou-se por um exemplar do foco no antecedente e outro do foco na resposta, visto que é uma distinção relevante para este estudo.

3.1.1. Reavaliação cognitiva versus supressão emocional. Duas das estratégias mais exploradas e comparadas são a reavaliação cognitiva, que faz parte da família da mudança cognitiva, e a supressão emocional, que faz parte da família da modulação da resposta (Gross, 2014). Estas estratégias são muito utilizadas e comuns no dia-a-dia (Gross & John, 2003) e são usualmente empregues para reduzir as emoções negativas (Gross, 2014).

A reavaliação cognitiva é uma estratégia de regulação cognitiva através da qual o indivíduo tenta pensar sobre a situação de uma perspetiva diferente, de modo a alterar a resposta emocional (e.g., em vez de pensar que não aguenta mais uma sessão de quimioterapia, pensar que é a última deste ciclo de tratamentos; Gross, 2014). Esta estratégia reconhece que as respostas emocionais são consequências diretas dos pensamentos e avaliações que as pessoas fazem da situação. Logo, a mesma situação externa pode gerar uma emoção agradável ou desagradável, dependendo se a avaliação feita foi ou não consistente com o objetivo de regulação que foi ativado (McRae, 2016). Adicionalmente, o alvo desta reavaliação pode ser o significado que a situação tem para a pessoa ou a relevância que a pessoa atribui à situação que deu origem à emoção (Gross, 2015).

Já a supressão emocional consiste numa estratégia comportamental onde a pessoa tenta suprimir a expressão comportamental e procura não deixar transparecer o que está a sentir quando está emocionalmente ativada (Gross, 2014). Por outras palavras, procurar inibir totalmente o comportamento verbal e não-verbal associado à emoção (McRae, 2016).

A reavaliação é uma das estratégias mais eficazes para regular as emoções (Webb, Miles, & Sheeran, 2012) e tende a ser preferível e mais adaptativa do que a supressão. De facto, os estudos têm vindo a comprovar de forma consistente que a reavaliação está associada a resultados mais positivos e a supressão a resultados mais negativos. No entanto, tal deve ser considerado com cautela pois os efeitos e os benefícios das estratégias de regulação dependem das características da pessoa, do contexto e dos objetivos que foram formulados (Gross, 2014). Portanto, uma estratégia que foi eficaz para uma pessoa num

determinado contexto, pode ser ineficaz num contexto diferente ou mesmo para outra pessoa (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017), pelo que é redutor considerar uma estratégia como inteiramente adaptativa ou prejudicial (McRae, 2016). Assim, saber selecionar a estratégia regulatória mais apropriada para cada momento é fundamental para reduzir eficazmente os efeitos aversivos das emoções negativas (Gross, 2014).

Enquanto estratégia de foco no antecedente, a reavaliação é mais eficaz para modificar a trajetória da emoção antes de esta estar integralmente instalada (Gross & John, 2003). Isto significa que pode ajudar a pessoa a voltar a um estado neutro (e.g., pensar que ser diagnosticada numa fase precoce do cancro não é assim tão mau) ou a sentir-se mais positiva (e.g., pensar que ser submetida aos tratamentos é uma forma mais eficaz de lutar contra a doença), embora reavaliar com o intuito de atingir um estado afetivo positivo pareça ser mais adaptativo do que voltar somente a um estado neutro. De igual modo, parece ser mais eficaz quando a situação que deu origem à emoção não está sob o controlo da pessoa, ou seja, não é algo que esta possa ter evitado (e.g., quando o cancro é hereditário). No entanto, tal como mencionado acima, esta estratégia nem sempre é a mais indicada. A eficácia da reavaliação fica comprometida quando o estímulo emocional é muito forte (i.e., ativa demasiado a pessoa, incapacitando-a), o tempo para a utilizar é limitado ou os recursos cognitivos são insuficientes. Nestas condições, pode ser contraindicado utilizar esta estratégia (McRae, 2016).

Como a supressão tem antes um foco na resposta, atua mais tarde no processo e é mais eficaz a diminuir a expressão emocional (Gross & John, 2003). Embora possa ser útil a curto-prazo para reduzir o impacto da experiência emocional no momento, a sua utilização não costuma ser recomendável, até porque a longo-prazo é menos eficiente a diminuir a ativação emocional (Aldao *et al.*, 2010; McRae, 2016). Esta estratégia é normalmente pouco adaptativa porque suprimir as emoções ou os pensamentos relacionados com as emoções é uma tarefa difícil (Webb *et al.*, 2012) e pode mesmo vir a produzir o efeito oposto ao desejado, aumentando o impacto da emoção negativa (Gross & John, 2003) ou reprimindo a expressão da emoção positiva (McRae, 2016). Além disso, implica que a pessoa tenha de se esforçar mais para lidar com as tendências de resposta à medida que vão ocorrendo ao longo do episódio emocional, ao invés de resolver o problema à primeira tentativa. Este esforço continuado e repetitivo pode levar ao desgaste dos recursos pessoais e cognitivos. Mais ainda, a implementação da supressão gera uma discrepância ou incongruência entre o que o sujeito está a sentir interiormente e está a mostrar exteriormente, levando a uma sensação de que não está a ser verdadeiro consigo próprio ou mesmo com os outros. Em última instância, isto pode

conduzir a uma intensificação das emoções negativas, invalidando o objetivo inicial de reduzir o afeto negativo (Gross & John, 2003).

4. Regulação Emocional: Nível Interpessoal

4.1. Definição e modelo teórico. As emoções e os fatores emocionais derivam muitas vezes dos contextos sociais e fazem parte das inúmeras relações interpessoais que os indivíduos estabelecem ao longo da sua vida (Dixon-Gordon *et al.*, 2015). Na verdade, estas relações têm impacto na regulação, na medida em que as pessoas afetam os estados emocionais umas das outras, sincronizam e co-regulam as suas emoções e influenciam quais as estratégias de regulação que são utilizadas, determinando assim quais os resultados que derivam desses processos regulatórios (Marroquín *et al.*, 2017). Ademais, quando os sujeitos são alvo de experiências afetivas relevantes para si, é normal procurem ajuda para compreenderem e lidarem com as suas emoções (Zaki & Williams, 2013). Tal concretiza-se ao preferirem ter companhia durante esses momentos ou estarem com outros após o episódio afetivo ter terminado e aí partilharem o que sentiram na altura (Williams *et al.*, 2018). Como tal, grande parte da regulação acaba por acontecer durante as interações sociais (Dixon-Gordon *et al.*, 2015; Hoffmann *et al.*, 2016; Niven, 2017).

A característica principal que demarca a regulação interpessoal da intrapessoal é que os episódios regulatórios ocorrem exclusivamente em contextos sociais (Zaki & Williams, 2013) e envolvem no mínimo a presença de duas pessoas, a que está a regular e a que está a ajudar a regular (Niven, 2017), sendo fenómenos comunicativos de natureza muito dinâmica e interativa. Portanto, este tipo de regulação foca-se nas interações sociais que procuram influenciar deliberadamente as emoções da pessoa (Dixon-Gordon *et al.*, 2015). Atente-se que tal não significa que a pessoa não possa implementar estratégias de regulação intrapessoal (e.g., reavaliação cognitiva) na presença de outros (Zaki & Williams, 2013), até porque a regulação interpessoal pode ser tão simples como a implementação das estratégias de regulação intrapessoal no âmbito das relações sociais (Williams *et al.*, 2018).

A regulação interpessoal pode ser especialmente útil quando a regulação intrapessoal constitui um desafio (Reeck, Ames, & Ochsner, 2016), o que é o caso quando o indivíduo não dispõe das competências necessárias para lidar com a experiência emocional (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017). Por vezes, este pode não conseguir reconhecer bem as suas emoções e reações (e.g., associando-as a uma fonte errada) e pessoas externas à situação podem ser mais precisas a fazer esse julgamento (Reeck *et al.*, 2016). Do mesmo modo, como os outros podem não estar diretamente envolvidos na situação, é possível que tenham maior facilidade

em selecionar as estratégias mais adaptativas e eficientes para resolver o problema (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017). Outras vezes, o indivíduo pode ter menor capacidade de autorregulação (e.g., devido a perturbações mentais ou diminuição dos recursos cognitivos disponíveis) e precisa de uma ajuda extra para implementar as estratégias intrapessoais. Nestes casos, o facto de haver outros envolvidos no processo significa que a pessoa pode fazer uso dos seus próprios recursos, dos recursos dos outros e dos recursos sociais e, assim, conseguir lidar melhor com o que está a sentir (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017; Marroquín *et al.*, 2017; Reeck *et al.*, 2016).

Recentemente, Zaki e Williams (2013) procuraram integrar a investigação da regulação interpessoal existente num único modelo de acordo com os vários processos envolvidos. Este modelo começa por dividir a regulação interpessoal em dois tipos diferentes, consoante se o alvo da regulação é intrínseco ou extrínseco. Deste modo, uma regulação intrínseca refere-se aos episódios nos quais a pessoa inicia contacto com outra para regular a sua própria experiência afetiva e uma regulação extrínseca refere-se aos episódios nos quais a pessoa tenta regular as emoções do outro. Depois, salienta que ambos os tipos de regulação podem ser dependentes ou independentes da resposta. Quando são dependentes da resposta, significa que as características da resposta que a pessoa dá tem impacto na regulação (e.g., a pessoa sentir-se melhor após expressar as suas emoções, mas somente porque o outro lhe respondeu de forma solidária). Pelo contrário, quando são independentes, não necessitam que a pessoa responda de uma forma específica (e.g., a pessoa consegue identificar as suas emoções na presença do outro e isso ajuda-a regular o que está a sentir por si só). Apesar destas distinções, os autores defendem que as categorias não são mutuamente exclusivas, até porque as relações sociais são interativas e as pessoas podem facilmente oscilar entre os diferentes tipos de regulação ou recorrer a ambos ao mesmo tempo, dependendo do papel que assumem na interação social (Zaki & Williams, 2013).

Devido à complexidade deste processo, o presente estudo irá focar-se somente no tipo intrínseco. À semelhança da regulação intrapessoal, existe um número considerável de ações que podem ser consideradas como regulação interpessoal intrínseca. A partilha social das emoções é um desses processos interpessoais que pode exercer uma função regulatória, sendo uma das respostas mais comuns e frequentes face a um episódio emocional (Zaki & Williams, 2013).

4.2. Partilha social das emoções. Quando as pessoas experienciam uma emoção, estas tendem a manifestar uma necessidade premente de partilhar e falar com os outros sobre

isso. A partilha social das emoções é um processo que ocorre em formato de discurso. Por outras palavras, é uma conversa na qual a pessoa fala abertamente com outros sobre as circunstâncias do evento que deram origem à emoção, bem como seus próprios sentimentos e reações emocionais face ao mesmo. Tipicamente, inicia-se pouco tempo depois da emoção se ter instalado e pode durar desde minutos até anos depois (Rimé, 2009). De facto, diferentes estudos têm vindo a demonstrar de forma consistente que 80 a 95% dos episódios emocionais são socialmente partilhados e que cerca de 60% das primeiras partilhas acontecem no dia em que o episódio se sucede (Brans, Mechelen, Rimé, & Verduyn, 2013a). São vários os motivos que levam os sujeitos a querer partilhar, entre os quais relembrar o episódio, desabafar, procurar apoio, tentar clarificar o significado dessa experiência, pedir conselhos, despertar a atenção do outro ou até mesmo informá-lo sobre o que aconteceu (Duprez, Christophe, Rimé, Congard, & Antoine, 2015).

Por norma, os indivíduos partilham múltiplas vezes com vários ouvintes, sugerindo que este é um processo repetitivo e que envolve uma rede alargada. Na grande maioria, os alvos da partilha são pessoas próximas. Para os adultos em específico, os cônjuges e os parceiros tornam-se os alvos principais, seguidos pelos membros da família e os amigos. Em termos de frequência, os episódios tendem a ser partilhados durante a primeira e a segunda semana, apresentando um declínio nas semanas e meses seguintes. É importante salientar que a partilha só ocorre se for atingido um certo limite de intensidade emocional (Rimé, 2009), sendo que episódios mais intensos são partilhados de forma mais repetitiva e por um período de tempo mais longo (Rimé, Paez, Kanyangara, & Yzerbyt, 2011). No entanto, um prolongamento excessivo da partilha do mesmo episódio, equivalente ao processo de ruminação, significa que a experiência emocional continua a ser um problema angustiante para o indivíduo, o que perpetua as emoções negativas, o desajustamento psicológico e a incapacidade de resolução (Curci & Rimé, 2012).

Embora a partilha tenha a capacidade de ajudar as pessoas a regularem as suas emoções, esta estratégia regulatória pode ser difícil de implementar porque envolve obrigatoriamente a presença de um ou mais parceiros que estejam disponíveis para fazer parte deste processo (Brans, Koval, Verduyn, Lim, & Kuppens, 2013b). Todavia, quando é eficazmente implementada, traz benefícios a nível individual (e.g., melhora a perceção de suporte social e gera emoções mais positivas), interpessoal (e.g., fortalece as relações sociais, tornando-as mais fortes, estáveis e solidárias) e social (e.g., reforça a integração e coesão social e enriquece as crenças e conhecimento partilhados entre os elementos do grupo; Rimé, 2018).

A ocorrência da partilha não parece depender da idade, do género, do nível de escolaridade ou da cultura. Ademais, também não difere com o tipo ou valência da emoção. Por exemplo, as emoções negativas como o medo, raiva ou tristeza parecem ser tão partilhadas como a felicidade. As únicas exceções são a culpa ou a vergonha que são partilhadas em menor quantidade por serem emoções controversas. Contudo, a forma como as pessoas partilham oscila amplamente (Rimé, 2009).

Inicialmente, a crença era que apenas falar sobre a experiência emocional era o suficiente para dissolver o seu impacto emocional negativo e que, por sua vez, isso iria garantir a recuperação emocional. Atualmente sabe-se que a partilha em si é de facto benéfica, mas não é suficiente para resolver o impacto emocional da experiência (Rimé *et al.*, 2011), sendo que a mera verbalização do episódio pode chegar a exacerbar as emoções negativas por algum tempo (Nils & Rimé, 2012). Para atingir um resultado mais positivo, é necessário ter em consideração o modo como a partilha ocorre entre as pessoas (Brans *et al.*, 2013a).

Um quadro conceptual recente que permite compreender melhor esta questão é o Modelo dos Dois Modos (Rimé, 2009). Este modelo faz uma distinção entre dois modos de partilha. A partilha socioafetiva está associada a um ouvinte que dá uma resposta solidária baseada no apoio, conforto, validação e empatia. Já a partilha cognitiva implica que o ouvinte estimule o trabalho cognitivo da outra pessoa para tentar reformular ou reavaliar o significado do evento emocional (Brans *et al.*, 2013a). O pressuposto teórico subjacente é que, para ultrapassar eficazmente o impacto emocional que um episódio negativo tem na pessoa, é preciso implementar os dois modos de partilha. Assim, os indivíduos têm de, para além de se sentirem apoiados e reconfortados pelos outros, trabalhar cognitivamente no significado do episódio emocional tem para si (Brans *et al.*, 2013a; Nils & Rimé, 2012). Estabelecendo uma analogia com os focos das estratégias intrapessoais do modelo de Gross (1998), e para efeitos deste estudo, pode considerar-se que a natureza da partilha cognitiva está mais associada ao foco nos antecedentes da emoção (e.g., pensamentos) e que a natureza da partilha socioafetiva se associa mais ao foco na resposta emocional (e.g., expressão facial e corporal).

4.2.1. Partilha socioafetiva versus partilha cognitiva. A partilha socioafetiva costuma ser mais benéfica na fase inicial, após o evento ter ocorrido, porque proporciona um estado de alívio temporário (Brans *et al.*, 2013a) ao atenuar o sofrimento emocional e aumentar os sentimentos positivos (Nils & Rimé, 2012). Todavia, não resulta a longo-prazo porque os recursos cognitivos necessários para atingir a recuperação estão geralmente ausentes (Rimé *et al.*, 2011). Isto verifica-se porque, por um lado, em situações espontâneas de partilha no dia-a-

dia, os ouvintes dão menor prioridade às respostas cognitivas e procuram agir mais com base nas respostas socioafetivas (e.g., encurtar a distância para olhar diretamente e tocar na pessoa). Por outro, imediatamente após a experiência emocional, que é quando a maioria dos momentos de partilha ocorrem, não é comum as pessoas envolverem-se em processos cognitivos (Brans *et al.*, 2013a; Nils & Rimé, 2012). Uma explicação plausível para isso é que não se sentem preparadas para o esforço cognitivo que implica reformular ou modificar a sua perspectiva sobre toda a experiência emocional (Rimé *et al.*, 2011), e só mais tarde, quando o impacto é menor, é que se sentem mais dispostas a fazê-lo (Brans *et al.*, 2013a). Já a partilha cognitiva é mais indicada para lidar com os significados do episódio negativo que são desafiantes para o indivíduo. Esta já é mais favorável a longo-prazo porque permite reduzir significativamente os efeitos negativos da crise emocional e resolvê-la na íntegra, ou seja, a experiência emocional deixa de afetar a pessoa (Nils & Rimé, 2012).

5. Cancro da Mama e Regulação Emocional

Dada a frequência com que as mulheres diagnosticadas com cancro da mama experienciam emoções negativas, é apenas natural que se envolvam em processos regulatórios para lidarem com essas emoções e se sentirem melhor. À semelhança de outros contextos, é amplamente reconhecido na literatura que a forma como as pacientes regulam e expressam as suas emoções pode influenciar diversos indicadores de saúde física e psicológica, o que contribui para a sua condição médica e percepção de qualidade de vida (Brandão, Tavares, Schulz, & Matos, 2016).

Em termos da regulação intrapessoal, esta população clínica utiliza com mais frequência as estratégias tipicamente não adaptativas e com menos frequência as estratégias mais adaptativas do que a população geral (e.g., Li *et al.*, 2015). A supressão emocional, enquanto estratégia menos adaptativa, tende a estar associada a resultados mais negativos. Os estudos têm vindo a demonstrar que as pacientes que implementam esta estratégia, também apresentam mais alterações de humor, emoções negativas, sofrimento psicológico, ansiedade face à doença e aos tratamentos, *stress*, dificuldades em identificar e descrever o que estão a sentir, queixas de saúde, sintomas físicos (e.g., dor), efeitos secundários da quimioterapia (e.g., fadiga), e complicações ao nível do sistema imunitário (e.g., febre) e do sistema cardiovascular (e.g., palpitações; Brandão *et al.*, 2016; Brandão, Schulz, Gross, & Matos, 2017b; Iwamitsu *et al.*, 2005; Nakatani *et al.*, 2014; Schlatter & Cameron, 2010; Tamagawa *et al.*, 2013). A reavaliação cognitiva é geralmente mais adaptativa e está mais associada a resultados positivos. As pacientes que reportam utilizar esta estratégia, também mostram ter

menos sintomas depressivos e episódios de insónia; e mais autoeficácia emocional (e.g., para expressar e partilhar os seus sentimentos), humor positivo, crescimento pós-traumático, benefícios retirados da experiência (e.g., mudanças positivas na forma de viver e se relacionar com os outros), e saúde percebida (Brandão *et al.*, 2017b; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003; Wang *et al.*, 2014; Wang *et al.*, 2015; Wang, Zhu, Li, Yi, & He, 2016).

Adicionalmente, ambas as estratégias assumem um papel importante na qualidade de vida das pacientes, sendo que uma maior utilização da supressão está associada a pior qualidade de vida percebida, em todas as dimensões, e a reavaliação cognitiva está associada a uma melhor perceção deste constructo, em especial nas dimensões psicológica e social (Brandão *et al.*, 2017b; Li *et al.*, 2015; Lu, Tsai, Chu, & Xie, 2018). Mais especificamente, um estudo recente demonstrou que as mulheres com tendência para utilizar menos a reavaliação e mais a supressão apresentaram níveis inferiores de qualidade de vida; mas que, entre as mulheres que tendem a utilizar mais a reavaliação, a supressão não teve impacto na qualidade de vida, ou seja, a reavaliação atenuou o efeito negativo da supressão (Lu *et al.*, 2018).

Relativamente à regulação interpessoal, são poucos os estudos que exploram a relação entre a partilha social das emoções e o cancro da mama. Num estudo de Cantisano, Rimé e Muñoz-Sastre (2012), os resultados evidenciam que cerca de 97% dos participantes diagnosticados com cancro partilharam o seu diagnóstico com mais de 10 pessoas. Mais ainda, estes percecionaram o processo de partilha como algo benéfico para si. Noutros dois estudos recentes, os resultados sugerem que os pacientes com cancro que evitaram partilhar as suas preocupações sobre a sua doença, apresentaram níveis mais elevados de sofrimento psicológico e depressão e uma perceção de qualidade de vida emocional e física inferior (Manne *et al.*, 2014), e que os pacientes que se sentiram mais capazes de partilhar informação sobre a doença com a sua família, apresentaram níveis mais elevados de qualidade de vida (Lai, Borrelli, Ciurluini, & Aceto, 2017). Em particular para o cancro da mama, Boinon e colaboradores (2014) demonstraram que as pacientes que evitaram falar sobre determinados tópicos relacionados com a doença, reportaram níveis mais elevados de sofrimento psicológico e pensamentos intrusivos. No entanto, quando estas estavam menos satisfeitas com a reação por parte do ouvinte ou quando se envolviam emocionalmente durante o processo (i.e., partilhavam com mais frequência), apresentaram mais sintomas depressivos e afeto negativo (Boinon *et al.*, 2012). Isto remete para o pressuposto teórico que apenas verbalizar a experiência emocional não é suficiente para atingir um estado de recuperação emocional.

Uma componente primordial do processo de partilha é a capacidade de expressar as emoções com os outros. A literatura tem vindo a demonstrar que as pacientes com cancro da mama que expressam mais as suas emoções, tendem a apresentar resultados mais favoráveis. Por exemplo, apresentam uma maior satisfação com a vida, crescimento positivo, perceção de saúde, probabilidade de sobrevivência (Brandão *et al.*, 2016); e menos deslocações ao médico, sofrimento psicológico, emoções negativas (e.g., raiva), e sintomas depressivos e de ansiedade (Brandão *et al.*, 2016; Iwamitsu *et al.*, 2005; Marroquín *et al.*, 2016; Nakatani *et al.*, 2014), o que se reflete positivamente na sua qualidade de vida.

6. Justificação e Objetivos do Estudo

Com base neste enquadramento teórico, pode-se constatar que existem algumas lacunas na investigação da regulação emocional. Uma das mais evidentes é que a investigação sobre a regulação interpessoal continua a ser insuficiente. Outra é que a literatura sobre a regulação intrapessoal e sobre a regulação interpessoal não são tipicamente integradas e são escassos os estudos que procuram comparar estes dois níveis regulatórios. Como tal, torna-se primordial perceber como é que a regulação intra e interpessoal são semelhantes ou diferentes entre si em termos de processos e resultados.

Sabe-se que é frequente as mulheres diagnosticadas com cancro da mama sentirem dificuldades emocionais ao longo de todo o processo, o que, por sua vez, leva a uma diminuição da sua perceção de qualidade de vida. Contudo, não está claro qual é o nível de regulação que tem maior impacto e está associado a melhores resultados. Inclusive, não foram encontrados estudos que explorem esta questão, e a relação entre a partilha social das emoções e o cancro da mama ainda está subexplorada. Nesse sentido, avaliar os efeitos da regulação intra e interpessoal pode ser especialmente interessante para compreender a mudança nos níveis de qualidade de vida no contexto desta doença.

Não havendo sustentação teórica para formular hipóteses, este estudo tem por objetivo geral comparar os processos de regulação emocional intrapessoal e a partilha social das emoções (enquanto regulação interpessoal) junto de sobreviventes do cancro da mama.

Especificamente, o primeiro objetivo pretende explorar se perante a elevada carga emocional negativa a que foram sujeitas na altura do diagnóstico ou dos tratamentos, tiveram preferência por uma regulação mais intra ou interpessoal, ou se preferiram ambas ao mesmo tempo. O segundo objetivo procura compreender qual foi o nível regulatório (i.e., intra ou interpessoal) e qual foi o tipo de estratégia (i.e., focada no antecedente ou na resposta) que foi mais implementado na fase aguda da doença para regular as emoções negativas. Mais ainda,

também pretende verificar se houve coerência na utilização das estratégias, ou seja, se o mesmo tipo de estratégia foi utilizado (ou não) em ambos os níveis regulatórios. O terceiro objetivo pretende avaliar se a regulação emocional no geral contribuiu para a qualidade de vida (e respetivas dimensões) destas mulheres, na altura em que foram submetidas aos tratamentos oncológicos. Mais concretamente, procura comparar de que modo é que a regulação intrapessoal e a partilha social das emoções contribuíram para a sua perceção de qualidade de vida, explorando qual foi o nível de regulação mais benéfico e que apresentou melhores resultados entre as mulheres com cancro da mama.

Capítulo II - Método

1. Participantes

Neste estudo participaram 77 mulheres previamente diagnosticadas com cancro da mama. Contudo, a amostra final foi composta apenas por 68 mulheres. Os critérios de inclusão estabelecidos foram que todas as participantes tivessem um diagnóstico de cancro da mama, mas que já tivessem terminado todos os tratamentos necessários (exceto a hormonoterapia) durante a sua participação no estudo. Adicionalmente, tinham de ter idade igual ou superior a 18 anos e ser fluentes em português. As mulheres que se encontravam em fase de diagnóstico, a realizar os tratamentos ou em fase de recidiva foram consideradas não elegíveis para participar para evitar adicionar um fator extra de fragilidade emocional, uma vez que estas situações representam fases críticas da doença. Assim, cerca de 15 pessoas não puderam participar ou optaram por não o fazer devido a outras restrições (e.g., de tempo).

Os dados foram recolhidos por intermédio de um questionário em formato papel ou *online*. A amostra foi não probabilística por conveniência e as participantes foram recrutadas maioritariamente com a colaboração do Movimento Vencer e Viver e a Associação Amigas do Peito. Da totalidade das observações, 61 questionários foram preenchidos em papel e 16 foram preenchidos *online*. Dos questionários *online*, apenas sete foram considerados válidos pois os restantes não se encontravam devidamente preenchidos. Verificou-se que as participantes que preencheram o questionário em formato *online* foram significativamente mais novas, $t_{(63)} = 2.89, p = .005$.

1.1. Caracterização sociodemográfica e clínica. Na presente amostra, as participantes tinham uma idade média de aproximadamente 63 anos ($DP = 11.58$), sendo que a mais nova tinha 34 anos e a mais velha 81 anos. Como se pode observar no Quadro 2.1., a maioria era casada (57.35%), tinha o 4º ano (23.88%), o ensino secundário (23.88%) ou a licenciatura (22.39%) e era reformada (57.58%).

Quadro 2.1 - *Caracterização sociodemográfica da amostra*

| | N | Porcentagem | Média | Desvio-padrão |
|---------------------|----|-------------|-------|---------------|
| Idade | 65 | - | 63.49 | 11.58 |
| Estado civil | 68 | - | - | - |
| Solteira | 2 | 2.94 | - | - |
| Casada | 39 | 57.35 | - | - |
| União de facto | 4 | 5.88 | - | - |
| Divorciada/separada | 10 | 14.71 | - | - |
| Viúva | 13 | 19.12 | - | - |
| Escolaridade | 67 | - | - | - |
| 4º ano | 16 | 23.88 | - | - |
| 9º ano | 10 | 14.93 | - | - |
| Ensino secundário | 16 | 23.88 | - | - |
| Licenciatura | 15 | 22.39 | - | - |
| Mestrado | 2 | 2.99 | - | - |
| Outras | 8 | 11.94 | - | - |
| Situação laboral | 66 | - | - | - |
| Ativa/a trabalhar | 17 | 25.76 | - | - |
| Desempregada | 3 | 4.55 | - | - |
| De baixa | 3 | 4.55 | - | - |
| Reformada | 38 | 57.58 | - | - |
| Outras | 5 | 7.58 | - | - |

No Quadro 2.2. verifica-se que em média as participantes tinham sido diagnosticadas há cerca de 118 meses ($DP = 89.19$) e terminado os tratamentos há 90 meses atrás ($DP = 90.49$). Do total, 89.71% dos casos foram cancro primários. Todas foram submetidas a cirurgia, das quais 66.18% foram mastectomias radicais e 29.41% foram tumorectomias. Apenas 21.54% fez reconstrução da mama e em média há quase 135 meses ($DP = 71.19$). Quanto aos restantes tratamentos, 70.59% fez radioterapia, 58.82% fez quimioterapia e 55.88% fez hormonoterapia. Somente 10 participantes (14.7%) ainda estavam a fazer hormonoterapia na altura em que participaram no estudo. A grande maioria não aderiu a intervenções alternativas (87.69%).

Relativamente a ter acompanhamento psicológico, 23.53% responderam que sim, sendo que nove participantes (13.24%) indicaram que este ainda estava a decorrer. Mais ainda, 20.90% reportaram já ter sido diagnosticadas com alguma doença mental. Por fim, 22.06% afirmaram já terem participado em grupos ou associações de apoio à doença. Destas, 10 participantes (14.71%) assinalaram que ainda estavam a participar.

Quadro 2.2 - *Caracterização clínica da amostra*

| | N | Percentagem | Média | Desvio-padrão |
|---|----|-------------|--------|---------------|
| Tempo desde do diagnóstico (em meses) | 67 | - | 117.52 | 89.19 |
| Tipo de cancro | 68 | - | - | - |
| Cancro original/primário | 61 | 89.71 | - | - |
| Recidiva | 7 | 10.29 | - | - |
| Tempo desde o último tratamento (em meses) | 61 | - | 90.07 | 90.49 |
| Tratamentos (mais do que uma possibilidade) | 68 | - | - | - |
| Cirurgia | 68 | 100.00 | - | - |
| Radioterapia | 48 | 70.59 | - | - |
| Quimioterapia | 40 | 58.82 | - | - |
| Hormonoterapia | 38 | 55.88 | - | - |
| Medicação/Analgésicos | 25 | 36.76 | - | - |
| Outros | 5 | 7.35 | - | - |
| Ainda a realizar hormonoterapia | 68 | - | - | - |
| Sim | 10 | 14.71 | - | - |
| Não | 58 | 85.29 | - | - |
| Intervenções alternativas | 65 | - | - | - |
| Sim | 8 | 12.31 | - | - |
| Não | 57 | 87.69 | - | - |
| Tipo de cirurgia | 68 | - | - | - |
| Mastectomia radical | 45 | 66.18 | - | - |
| Tumorectomia | 20 | 29.41 | - | - |
| Quadrante | 3 | 4.41 | - | - |
| Reconstrução mamária | 65 | - | - | - |
| Sim | 14 | 21.54 | - | - |
| Não | 51 | 78.46 | - | - |
| Tempo desde da reconstrução (em meses) | 9 | - | 134.67 | 71.19 |
| Acompanhamento psicológico | 68 | - | - | - |
| Sim | 16 | 23.53 | - | - |
| No passado | 7 | 10.29 | - | - |
| A decorrer | 9 | 13.24 | - | - |
| Não | 52 | 76.47 | - | - |
| Diagnóstico de doença mental | 67 | - | - | - |
| Sim | 14 | 20.90 | - | - |
| Depressão | 11 | 16.18 | - | - |
| Ansiedade | 2 | 2.94 | - | - |
| Ambas | 1 | 1.47 | - | - |
| Não | 53 | 79.10 | - | - |
| Participação em grupos e/ou associações | 68 | - | - | - |
| Sim | 15 | 22.06 | - | - |
| No passado | 5 | 7.35 | - | - |
| A decorrer | 10 | 14.71 | - | - |
| Não | 53 | 77.94 | - | - |

2. Instrumentos

O questionário aplicado neste estudo foi dividido em três partes (Anexo A). Na primeira parte foi pedido às participantes que recordassem uma experiência relacionada com o seu diagnóstico ou tratamento do cancro da mama na qual tenham sentido uma emoção negativa forte. De seguida, com base nessa situação, foi-lhes pedido que respondessem a um conjunto de questões sobre a experiência que selecionaram, a respetiva emoção e os processos de regulação emocional intrapessoal e partilha social das emoções. Já na segunda parte, foi-lhes pedido que, com base na sua experiência em geral com a doença, avaliassem a sua qualidade de vida na altura em que se encontravam a realizar os tratamentos. A terceira e última parte consistiu num breve questionário composto por questões de caracterização sociodemográfica e sobre a situação clínica das participantes. A ordem das perguntas foi igual para todas as participantes.

Atendendo que no questionário se pedia às participantes que respondessem com base em situações que ocorreram no passado, todas as questões e instrumentos utilizados, com a exceção do questionário sociodemográfico, foram construídos ou modificados para que também estivessem escritos no passado.

2.1. Experiência recordada. De modo a caracterizar a experiência que cada participante recordou, foi formulada uma questão de resposta aberta para avaliar em anos e meses quando é que essa situação ocorreu (i.e., “há quanto tempo é que ocorreu essa experiência”) e foi utilizado um item para avaliar a sua importância (i.e., “em que medida considera que a experiência que deu origem à emoção negativa foi importante para si”), adaptado do estudo de Brans e colaboradores (2013a). Para este item, a escala de resposta tem sete pontos que variam entre 1 (Não foi de todo importante) e 7 (Foi muitíssimo importante). Como tal, um valor mais elevado indica uma maior importância da experiência para a pessoa.

2.2. Emoção associada à experiência. Para medir a resposta emocional associada à experiência recordada foi utilizada a escala *Self-Assessment Manikin* (SAM) de Bradley e Lang (1994). A SAM é uma escala de auto-reporte não verbal que permite avaliar três dimensões afetivas relacionadas com a resposta emocional que ocorre perante um determinado estímulo ou evento, nomeadamente a valência, ativação e dominância emocional (Bradley & Lang, 1994).

A dimensão da valência varia entre uma figura de cara triste e amuada (i.e., negativa) e uma figura de cara feliz e sorridente (i.e., positiva). A dimensão da ativação está

representada num polo por uma figura com um ar relaxado e sonolento (i.e., descontraída) e no outro polo por uma figura com um ar excitado e de olhos abertos (i.e., excitada; Bradley & Lang, 1994). Além disso, esta dimensão também demonstra diferentes níveis de intensidade na área do abdómen, variando entre um pequeno ponto (i.e., baixa intensidade) e uma explosão (i.e., elevada intensidade; Bynion & Feldner, no prelo). A dimensão dominância varia entre uma figura de tamanho pequeno (i.e., sem controlo na situação) e uma figura de tamanho grande (i.e., com máximo controlo na situação; Bradley & Lang, 1994). Neste estudo, foi utilizada a versão da escala com nove figuras humanóides para facilitar a interpretação da mesma. Assim, cada dimensão é avaliada numa escala de resposta de nove pontos. Por exemplo, valores mais elevados em cada uma das dimensões indicam que a resposta emocional que ocorreu foi mais positiva, deu origem a maior ativação e implicou um maior controlo da situação (Bradley & Lang, 1994).

Esta escala apresenta boas qualidades psicométricas no geral. O coeficiente de correlação entre a SAM e outra medida semelhante, a *Semantic Differential Scale* (SDS) de Mehrabian e Russel (1974), foi de .97 para a valência e .94 para a ativação. Para a dominância, a correlação foi não significativa de .23 (Bradley & Lang, 1994). Contudo, outros estudos revelaram um coeficiente de correlação mais elevado para esta dimensão (Bynion & Feldner, *in press*).

2.3. Preferência da regulação emocional. Com o intuito de avaliar o nível de regulação (i.e., intra e interpessoal) que as pacientes preferiram implementar para lidar com a emoção, foram construídos dois itens. O primeiro item permite avaliar qual foi a primeira tendência para regular a emoção (i.e., “assim que a experiência ocorreu, a sua primeira tendência para tentar lidar com a emoção que sentiu foi”) e o segundo permite avaliar qual foi a tendência após o impacto inicial (i.e., “após esse primeiro momento, ao longo do dia, quando tentou lidar com essa emoção, a sua tendência foi”). Ambos os itens são avaliados numa escala de pontuação que varia entre dois polos, desde 1 (Tentar resolver sozinha o que estava a sentir) a 9 (Procurar a ajuda de outras pessoas para resolver o que estava a sentir). Valores iguais ou inferiores a quatro indicam que houve uma preferência pela regulação intrapessoal, o valor cinco indica que não houve uma preferência por nenhum dos processos de regulação e valores iguais ou superiores a seis indicam uma preferência pela regulação interpessoal.

Os itens foram construídos especificamente para este estudo visto que não foi encontrada na literatura uma medida que se adequasse e permitisse dar resposta aos objetivos

formulados. Na presente amostra, os itens apresentaram um valor de consistência interna excelente, com um K de Cohen de .97, evidenciando uma elevada validade facial.

2.4. Regulação emocional intrapessoal. Para avaliar o processo de regulação intrapessoal foi utilizado o Questionário de Regulação Emocional (QRE) de Gross e John (2003), adaptado para a população portuguesa por Vaz (2009) e validado para o contexto oncológico por Brandão e colaboradores (2017b). O QRE é uma escala de auto-reporte composta por 10 itens que permitem avaliar duas estratégias principais de regulação, a reavaliação cognitiva com seis itens (e.g., “quando quis sentir mais emoções positivas, como alegria ou contentamento, mudei o que estava a pensar) e a supressão emocional com quatro itens (e.g., “guardei as minhas emoções para mim própria”; Gross & John, 2003). Os itens foram ligeiramente modificados para que estivessem escritos no passado, em vez de no presente como constam na versão original. A escala de cotação é constituída por sete pontos e varia entre 1 (Discordo totalmente) e 7 (Concordo totalmente). Um valor mais elevado indica uma maior utilização dessa estratégia (Gross & John, 2003).

Na versão original, a dimensão da reavaliação cognitiva e da supressão emocional apresentaram um valor de consistência interna boa, com uma média do alfa de Cronbach de .79 e .73 respetivamente (Gross & John, 2003). Na versão adaptada para a população portuguesa, a análise de consistência interna revelou um alfa de Cronbach de .76 para a reavaliação cognitiva e .65 para a supressão emocional (Vaz, 2009). Já na versão validada para o contexto oncológico, os itens revelaram para ambas as estratégias uma consistência interna igualmente boa, com um alfa de Cronbach de .82 para a reavaliação cognitiva e um alfa de Cronbach de .72 para a supressão emocional (Brandão *et al.*, 2017b).

Neste estudo, ambas as dimensões apresentaram valores de consistência interna aceitáveis, em conformidade com os estudos mencionados. A dimensão da reavaliação cognitiva apresentou um alfa de Cronbach de .81 e a dimensão da supressão emocional apresentou um alfa de Cronbach de .76.

2.5. Partilha social das emoções. Para medir este processo de regulação emocional interpessoal foram agrupados 15 itens relacionados com os indicadores mais relevantes da partilha social das emoções, adaptados de estudos-chave anteriores (e.g., Brans *et al.*, 2013a; Cantisano, *et al.*, 2012; Duprez *et al.*, 2015; Nils & Rimé, 2012).

Assim, uma parte dos itens permite avaliar indicadores como: (a) a necessidade de partilhar, com um item (i.e., “em que medida sentiu a necessidade de partilhar a emoção

relacionada com sua experiência”); e (b) os benefícios da partilha, com quatro itens (e.g., “em que medida acredita que essa partilha foi benéfica para si”; Barns *et al.*, 2013a; Cantisano *et al.*, 2012; Nills & Rimé, 2012). A escala de resposta é constituída por sete pontos que variam entre 1 (De modo nenhum) a 7 (Muitíssimo), sendo que valores mais elevados indicam uma maior necessidade de partilhar e mais benefícios retirados da partilha.

Os restantes itens incluídos estão relacionados com os indicadores da: (a) ocorrência, com um item para medir se o processo de partilha se concretizou (i.e., “na altura, falou com alguém sobre essa experiência e/ou sobre essa emoção); (b) intensidade, com cinco itens para avaliar se falaram mais ou menos com os principais alvos da partilha (e.g., “com quem é que falou: companheiro”); e (c) frequência, com três itens para medir com que frequência é que a partilha se sucedeu na fase mais inicial (e.g., “após quanto tempo depois dessa experiência ter ocorrido é que a partilhou com alguém: no próprio dia”; Barns *et al.*, 2013a; Duprez *et al.*, 2015). Estes itens foram avaliados numa escala de pontuação de igualmente sete pontos que varia entre 1 (Não falei) a 7 (Falei muitíssimo). Assim, valores mais elevados indicam que houve uma maior ocorrência, intensidade e frequência da partilha. Por fim, foi ainda incluída uma questão de resposta aberta para medir com quantas pessoas é que o processo de partilha ocorreu (i.e., “e aproximadamente com quantas pessoas é que falou”; Cantisano *et al.*, 2012).

Para a amostra em estudo, a agregação dos itens sobre a intensidade da partilha com os alvos (i.e., companheiro/a, família, amigos e profissionais de saúde) revelou um alfa de Cronbach aceitável de .75, excluindo o item sobre a partilha com estranhos, e a agregação dos itens sobre a frequência dessa partilha revelou um alfa de Cronbach bom de .81. De igual modo, os itens sobre os benefícios evidenciaram um alfa de Cronbach bom de .87.

2.6. Qualidade de vida. Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida, referente à altura em que as pacientes estavam a realizar os tratamentos, foi utilizada a quarta versão da escala *Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast* (FACT-B), originalmente de Brady e colaboradores (1997). Esta escala resulta da junção da escala *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* (FACT-G) de Cella e colaboradores (1993), com 27 itens sobre a qualidade de vida no âmbito do cancro no geral e uma subescala adicional, com 10 itens sobre problemas específicos relacionados com o cancro da mama. Deste modo, a FACT-B é composta por 37 itens que permitem avaliar a qualidade de vida de pacientes diagnosticadas com cancro da mama numa perspetiva multidimensional. As cinco subescalas que a compõem são: (a) o bem-estar físico, com sete itens (e.g., “estava sem energia”); (b) o bem-estar social e familiar, com sete itens (e.g., “senti que tinha uma boa relação com os meus amigos”); (c) o

bem-estar emocional, com seis itens (e.g., “senti-me triste”), (d) o bem-estar funcional, com sete itens (e.g., “fui capaz de trabalhar (inclusive em casa)”); e (e) as preocupações adicionais, com 10 itens (e.g., “senti falta de ar”; Brady *et al.*, 1997). A versão portuguesa da escala foi traduzida e disponibilizada pelo FACIT, entidade responsável pela distribuição da medida. À semelhança do restante questionário, os itens foram modificados para que estivessem escritos no passado. A escala de resposta é de cinco pontos e varia entre 0 (De modo nenhum) e 4 (Muitíssimo). Os valores de 20 itens são invertidos para o cálculo da pontuação final. Assim, valores mais elevados revelam uma melhor qualidade de vida no contexto do cancro da mama (Brady *et al.*, 1997).

Num estudo recente, a quarta versão desta escala apresentou boas qualidades psicométricas. As quatro subescalas que compõem a FACT-G revelaram valores de alfa de Cronbach entre .67 e .90, e a escala evidenciou um índice de consistência interna global bom, com um alfa de Cronbach de .88. Já a subescala específica para o cancro da mama (i.e., das preocupações adicionais) apresentou um alfa de Cronbach de .60. Em termos gerais, a FACT-B revelou uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de .89 (Hahn, Segawa, Kaiser, Cella, & Smith, 2016).

Nesta amostra, a análise de consistência interna das cinco subescalas que compõem a medida também foi boa, com valores de alfa de Cronbach de .86 para o bem-estar físico, .81 para o bem-estar social e familiar, .79 para o bem-estar emocional, .85 para o bem-estar funcional e .80 para as preocupações adicionais. Já a escala em geral apresentou um alfa de Cronbach aceitável de .70.

2.7. Questionário de caracterização sociodemográfica e situação clínica. De forma a caracterizar a amostra em estudo, foi elaborado um questionário para recolher informações sobre a idade, o estado civil, a escolaridade e a situação laboral atual das participantes. De igual modo, também foram incluídas questões sobre os aspetos mais relevantes da situação clínica das participantes, tais como há quanto tempo foram diagnosticadas, o tipo de cancro (i.e., primário ou recidiva), há quanto tempo terminaram os tratamentos, o tipo de tratamentos que realizaram, o tipo de cirurgia a que foram submetidas, se fizeram reconstrução mamária, se tiveram acompanhamento psicológico associado à doença, se foram diagnosticadas com alguma doença mental e se aderiram a grupos ou associações de apoio. Por fim, foi incluída uma questão sobre se ainda estavam a realizar o tratamento de hormonoterapia na altura em que participaram no estudo.

3. Procedimento

O presente estudo teve um *design* correlacional e a recolha de dados decorreu ao longo de três meses. Antes de se iniciar o estudo, o questionário foi pré-testado com duas pessoas saudáveis com diferentes níveis de escolaridade (um baixo e outro médio) para garantir que era legível e fácil de compreender.

As instituições foram contactadas por *e-mail*, no qual constavam as informações principais sobre o estudo e foram anexados o questionário, o consentimento informado, o *debriefing* e um breve enquadramento teórico a explicar as temáticas do estudo (Anexo B). Posteriormente, o projeto foi apresentado oralmente junto da entidade responsável por cada instituição. Ressalva-se que este projeto foi submetido à aprovação da Comissão de Ética do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) e às respetivas direções das instituições que aceitaram colaborar, tendo sido aprovado com um parecer favorável por ambas as partes (Anexo C).

Na fase de recolha de dados, questionário foi aplicado em formato de papel ou *online* através da plataforma *Qualtrics*. Primeiramente foi estabelecido um contacto pessoal ou via *e-mail* onde era perguntado às mulheres se gostariam de participar num estudo sobre regulação emocional e qualidade de vida no âmbito do cancro da mama com a duração máxima de 20 minutos (Anexo D). Caso demonstrassem interesse em participar e preenchessem os requisitos necessários, as participantes tinham a oportunidade de escolher em que formato lhes era mais conveniente responder. Cada questionário foi aplicado individualmente e numa única sessão.

Quando o questionário foi aplicado em papel, foi entregue a cada participante um termo de consentimento informado (Anexo E). Neste constavam as condições gerais do estudo, nomeadamente uma explicação breve do objetivo do estudo e em que é que consistiria a sua participação, bem como as informações referentes ao carácter voluntário da participação, ao anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Mais ainda, também foram incluídos nos consentimentos os contactos das investigadoras responsáveis pelo estudo. Após as participantes assinarem este termo, foi-lhes pedido que se sentassem na sala de espera de cada instituição, num local onde se sentissem confortáveis, e depois foi-lhes disponibilizado o questionário. No decorrer do preenchimento, as participantes puderam esclarecer quaisquer dúvidas que fossem surgindo. Quando solicitado pelas participantes, a investigadora principal facilitou o preenchimento do questionário lendo em voz alta as instruções e os itens e explicando como interpretar a escala de resposta. Já quando o questionário foi aplicado em formato *online*, este foi divulgado via *e-mail* e foi pedido às

participantes que o partilhassem com pessoas conhecidas que pudessem e tivessem interesse em participar. À semelhança do questionário em papel, após as participantes lerem o consentimento e aceitarem participar, procederam ao seu preenchimento. Cada questionário demorou cerca de 15 a 20 minutos a ser preenchido.

Quando terminaram de responder ao questionário, quer em papel ou *online*, cada participante teve acesso ao *debriefing* (Anexo F) onde foi explicado com mais detalhe os objetivos do estudo e foram disponibilizados novamente os endereços de *e-mail* caso estas quisessem estabelecer contacto mais tarde. Mais ainda, foi reforçado às participantes que a qualquer momento poderiam contactar uma das pessoas responsáveis caso necessitassem de algum apoio na sequência da sua participação no estudo ou quisessem esclarecer alguma questão adicional.

Capítulo III - Resultados

De seguida são apresentados os resultados das análises estatísticas que foram realizadas em função dos objetivos de investigação formulados. Após a aplicação do protocolo de investigação e da consequente recolha de dados, estes foram inseridos numa base de dados única e analisados através do programa de tratamento de dados estatísticos *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 25. Os *missing-values*, correspondentes a menos de 20% do total dos dados recolhidos, foram tratados pelo método de *listwise deletion*. Todas as análises estatísticas foram efetuadas a um intervalo de confiança de 95%.

1. Análise Descritiva das Variáveis em Estudo

Em primeiro lugar, apresenta-se a análise descritiva dos dados, nomeadamente os valores médios e de desvio-padrão das variáveis relacionadas com a experiência emocional, a preferência da regulação, a regulação emocional intra e interpessoal e a qualidade de vida no âmbito do cancro da mama.

Quadro 3.1 - *Análise descritiva da experiência emocional, regulação emocional e qualidade de vida*

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão | Assimetria | Curtose | KS (Sig.) |
|---|----|--------|--------|--------|---------------|------------|---------|-----------|
| Experiência emocional | | | | | | | | |
| Tempo desde a experiência (em meses) | 68 | 6 | 432 | 112.97 | 90.40 | 1.00 | 1.02 | .019 |
| Importância da experiência | 67 | 1 | 7 | 5.52 | 1.59 | -0.78 | -0.05 | .000 |
| Valência da emoção | 67 | 1 | 9 | 4.60 | 2.32 | 0.10 | -0.69 | .016 |
| Ativação da emoção | 65 | 1 | 9 | 5.25 | 2.34 | -0.16 | -0.83 | .001 |
| Dominância da emoção | 68 | 1 | 9 | 5.93 | 2.68 | -0.66 | -0.72 | .000 |
| Regulação emocional | | | | | | | | |
| Preferência da regulação | 68 | 1 | 9 | 4.99 | 3.02 | 0.11 | -1.50 | .001 |
| Regulação intrapessoal | | | | | | | | |
| Reavaliação cognitiva | 68 | 1 | 7 | 5.11 | 1.30 | -0.86 | 0.16 | .001 |
| Supressão emocional | 68 | 1 | 7 | 3.98 | 1.65 | -0.24 | -0.69 | .200 |
| Regulação interpessoal (Partilha social das emoções) | | | | | | | | |
| Necessidade de partilhar | 68 | 1 | 7 | 4.60 | 1.94 | -0.39 | -0.84 | .000 |
| Ocorrência da partilha | 68 | 1 | 7 | 4.82 | 1.80 | -0.66 | -0.30 | .000 |
| Número de pessoas com quem partilhou | 59 | 0 | 50 | 9.95 | 12.54 | 2.23 | 4.31 | .000 |
| Intensidade da partilha (alvos) | 68 | 1 | 7 | 4.83 | 1.57 | -0.44 | -0.51 | .002 |
| Frequência da partilha (dias) | 67 | 1 | 7 | 3.84 | 1.52 | 0.08 | 0.57 | .011 |
| Benefícios da partilha | 67 | 1 | 7 | 5.25 | 1.72 | -1.05 | 0.25 | .000 |
| Qualidade de vida | | | | | | | | |
| Bem-estar físico | 68 | 0 | 4 | 2.27 | 1.05 | -0.42 | -0.83 | .001 |
| Bem-estar social e familiar | 68 | 0 | 4 | 2.96 | 0.80 | -1.01 | 0.67 | .001 |
| Bem-estar emocional | 68 | 0 | 4 | 2.64 | 0.82 | -0.32 | -0.29 | .200 |
| Bem-estar funcional | 68 | 0 | 4 | 2.41 | 0.81 | -0.16 | -0.36 | .200 |
| Preocupações adicionais | 68 | 0 | 4 | 2.39 | 0.76 | -0.65 | 0.23 | .200 |
| Qualidade de vida | 68 | 0 | 20 | 12.66 | 2.89 | -0.59 | 0.09 | .012 |

Como se pode verificar no Quadro 3.1., as experiências emocionais recordadas pelas pacientes tinham ocorrido em média há cerca de 113 meses atrás e foram reportadas como importantes para si. As respostas emocionais médias associadas a cada experiência foram consideradas como neutras e ativaram medianamente as participantes, que reportaram sentir algum controlo na situação. Contudo, as distribuições das respostas foram estatisticamente diferentes da distribuição normal. O tempo desde a experiência (em meses) e a valência da emoção apresentaram uma distribuição assimétrica positiva, com uma concentração das

respostas nos valores mais baixos, e a importância da experiência, da ativação e da dominância da emoção apresentaram uma distribuição assimétrica negativa, com uma concentração das respostas nos valores mais elevados. Ademais, o tempo desde a experiência revelou uma distribuição platicúrtica e as restantes apresentaram uma distribuição leptocúrtica.

O valor médio da preferência da regulação coincidiu com o ponto médio da escala, no entanto este resultado deve ser considerado com cautela devido à distribuição das respostas desta variável. Esta análise será realizada com maior detalhe no subcapítulo que se destina à análise do primeiro objetivo específico. Ao nível da regulação intrapessoal, as participantes utilizaram, em média, mais a reavaliação cognitiva e menos a supressão emocional. Apenas a supressão emocional apresentou uma distribuição normal. A reavaliação cognitiva apresentou uma distribuição assimétrica negativa e platicúrtica, de modo que as respostas se concentraram mais nos valores mais elevados da escala de resposta.

Ao nível dos indicadores da partilha social das emoções, a média da necessidade de partilhar e da ocorrência da partilha foram semelhantes, ou seja, as participantes apresentaram uma necessidade ligeiramente acima do moderada para partilhar e efetivamente partilharam a sua experiência com os outros. Em média, falaram com 10 pessoas e partilharam com uma intensidade um pouco acima do moderada com os vários alvos. Em termos da frequência da partilha nos diferentes dias, esta foi apenas moderada. Os benefícios retirados da partilha apresentaram o valor médio mais elevado de todos os indicadores, o que demonstra que as participantes consideraram esta partilha como algo positivo e benéfico para si. Todas as variáveis apresentaram uma distribuição estatisticamente diferente da normal. A distribuição das respostas do número de pessoas com quem partilharam e a frequência da partilha apresentaram uma assimetria positiva, com uma concentração das respostas nos valores mais baixos. As restantes variáveis apresentaram uma assimetria negativa, com uma concentração das respostas nos valores mais elevados. Destas, o número de pessoas, a frequência e os benefícios da partilha revelaram uma distribuição platicúrtica e outras variáveis apresentaram uma distribuição leptocúrtica.

Quanto à qualidade de vida, verificaram-se diferenças nos valores médios das cinco dimensões que a compõem. O bem-estar social e familiar e o bem-estar emocional apresentaram valores mais elevados do que o bem-estar físico, o bem-estar funcional e as preocupações adicionais específicas do cancro da mama. No geral, as pacientes apresentaram um nível de qualidade de vida mediano na altura em que estavam a realizar os tratamentos do cancro da mama. As distribuições das respostas do bem-estar físico, do bem-estar social e

familiar e da qualidade de vida foram estatisticamente diferentes da distribuição normal, revelando uma assimetria negativa, ou seja, as respostas concentraram-se mais nos valores mais elevados da escala de resposta. O bem-estar social e familiar e a qualidade de vida apresentaram uma distribuição platicúrtica e o bem-estar físico apresentou uma distribuição leptocúrtica.

2. Correlações entre a Regulação Emocional e a Qualidade de Vida

Em segundo lugar, realizou-se uma análise correlacional entre as variáveis da regulação emocional e da qualidade de vida através do coeficiente de Pearson.

Quadro 3.2 - *Matriz de correlações das variáveis da regulação emocional e qualidade de vida*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|-------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 1. Preferência da regulação | - | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Reavaliação cognitiva | .14 | - | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Supressão emocional | -.24 | .17 | - | | | | | | | | | | | | |
| 4. Necessidade de partilhar | .50** | .31* | -.26* | - | | | | | | | | | | | |
| 5. Ocorrência da partilha | .53** | .01 | -.42** | .69** | - | | | | | | | | | | |
| 6. Número de pessoas com quem partilhou | .25 | .14 | -.35** | .43** | .41** | - | | | | | | | | | |
| 7. Intensidade da partilha (alvos) | .38** | .04 | -.42** | .52** | .67** | .36** | - | | | | | | | | |
| 8. Frequência da partilha (dias) | .29* | -.00 | -.33** | .42** | .56** | .22 | .52** | - | | | | | | | |
| 9. Benefícios da partilha | .43** | .32** | -.13 | .48** | .43** | .19 | .52** | .51** | - | | | | | | |
| 10. Bem-estar físico | -.30* | -.04 | .01 | -.30* | -.04 | -.21 | -.13 | -.02 | -.13 | - | | | | | |
| 11. Bem-estar social e familiar | .10 | .35** | .13 | .23 | .16 | .30* | .20 | .20 | .41** | -.04 | - | | | | |
| 12. Bem-estar emocional | -.23 | -.15 | .02 | -.36** | -.01 | -.25 | -.13 | -.07 | -.08 | .51** | -.05 | - | | | |
| 13. Bem-estar funcional | -.06 | .08 | .11 | -.02 | .25* | .06 | .11 | .13 | .18 | .37** | .23 | .48** | - | | |
| 14. Preocupações adicionais | -.14 | -.12 | .00 | -.23 | .09 | -.21 | -.14 | -.02 | -.09 | .59** | .01 | .61** | .52** | - | |
| 15. Qualidade de vida | -.20 | .03 | .08 | -.21 | .12 | -.11 | -.03 | .06 | .07 | .76** | .32** | .75** | .76** | .80** | - |

** $p < .01$; * $p < .05$

Observando o Quadro 3.2., a preferência da regulação relacionou-se de forma positiva e significativa com todos os indicadores da partilha social das emoções, menos com o número de pessoas com quem se partilhou a experiência. As associações variaram entre fracas a moderadas. Isto significa que quanto mais as participantes optaram por uma regulação interpessoal, melhor classificaram os vários indicadores da partilha social, como por exemplo, mais necessidade sentiram de partilhar.

A reavaliação cognitiva apresentou uma associação positiva, fraca e significativa com a necessidade de partilhar e os benefícios da partilha, de modo que quanto mais as participantes utilizaram esta estratégia, mais tiveram necessidade de partilhar e mais esta partilha foi benéfica para si. Por oposição, a supressão emocional apresentou uma associação negativa e significativa com todos os indicadores da partilha social, com a exceção dos

benefícios da partilha. Estas relações variaram entre fracas a moderadas. Isto implica que quanto mais as pacientes implementaram esta estratégia, pior classificaram os indicadores da partilha social, como foi o caso da necessidade de partilhar.

Os indicadores da partilha social das emoções revelaram uma associação positiva e significativa entre si. A única exceção foi número de pessoas com quem a experiência foi partilhada, pois esta só apresentou uma associação positiva e significativa com a necessidade de partilhar, a ocorrência da partilha e a intensidade da partilha. As associações foram maioritariamente moderadas. De forma genérica, isto indica que quanto melhor as participantes classificaram um dos indicadores da partilha social, melhor classificaram os restantes indicadores. Por exemplo, quanto maior foi a sua necessidade de partilhar, maior foi a ocorrência da partilha.

O mesmo padrão verifica-se para as dimensões da qualidade de vida pois também se relacionaram de forma positiva e significativa entre si, menos o bem-estar social e familiar. Esta dimensão só se relacionou de forma positiva e significativa com a qualidade de vida. As associações oscilaram entre fracas a fortes. Mais uma vez, isto significa que quanto melhor as pacientes avaliaram uma das dimensões da qualidade de vida, melhor avaliariam as restantes dimensões. Por exemplo, quanto melhor classificaram o seu bem-estar físico, melhor classificaram o seu bem-estar emocional. Mais ainda, quanto melhor foi a avaliação destas dimensões em separado, melhor foi o seu nível de qualidade de vida global na altura em que estavam a realizar os tratamentos do cancro da mama.

Em relação às associações entre as variáveis da regulação emocional e as da qualidade de vida, verificou-se uma associação negativa, fraca e significativa entre o bem-estar físico e a preferência da regulação e a necessidade de partilhar, de modo que quanto melhor as participantes classificaram o seu bem-estar físico, maior foi a sua preferência pela regulação intrapessoal e menor foi a necessidade de partilharem a experiência emocional. Em relação ao bem-estar social e familiar, verificou-se uma relação positiva e significativa com a reavaliação cognitiva, o número de pessoas com quem se partilhou e os benefícios da partilha. As relações variaram entre fracas a moderadas. Isto demonstra que quanto melhor as participantes consideraram o seu bem-estar social e familiar, mais utilizaram a estratégia de reavaliar cognitivamente a experiência emocional, maior foi o número de pessoas com quem partilharam e melhores foram os benefícios retirados dessa partilha. O bem-estar emocional relacionou-se apenas de forma negativa, fraca e significativa com a necessidade de partilhar, ou seja, quanto melhor as pacientes qualificaram o seu bem-estar emocional, menor foi a sua necessidade de partilhar. O bem-estar funcional também só se relacionou de forma positiva,

fraca e significativa com a ocorrência da partilha, pelo que quanto melhor as participantes classificaram o seu bem-estar funcional, mais partilharam a experiência recordada. Quanto à dimensão das preocupações adicionais e à qualidade de vida, não se verificaram associações estatisticamente significativas com as restantes variáveis em análise.

3. Análise dos Objetivos do Estudo

Em terceiro lugar, procedeu-se à análise inferencial dos dados. Para facilitar a sua interpretação, os resultados foram organizados de acordo com os objetivos específicos de investigação.

3.1. Preferência da regulação emocional intrapessoal *versus* interpessoal. O primeiro objetivo consistiu em explorar se as participantes preferiram implementar uma regulação intra ou interpessoal ou se não mostraram uma preferência clara por nenhum dos níveis para lidar com a emoção negativa. Para tal, optou-se por analisar a distribuição normal da preferência da regulação emocional, para além da análise dos valores médios e de desvio-padrão anteriormente apresentados.

Embora a média das respostas tenha coincidido com o ponto médio da escala de resposta, parecendo indicar que não houve uma preferência por nenhum nível de regulação, esta variável seguiu uma distribuição estatisticamente diferente da normal, revelando uma assimetria positiva e leptocúrtica (ver Quadro 3.1.). De igual modo, também foi realizado um teste de qui-quadrado para determinar se a preferência pelos dois níveis de regulação foi semelhante, verificando-se que esta variável não foi igualmente distribuída na população, $\chi^2_{(13, n=68)} = 49.77, p < .001$.

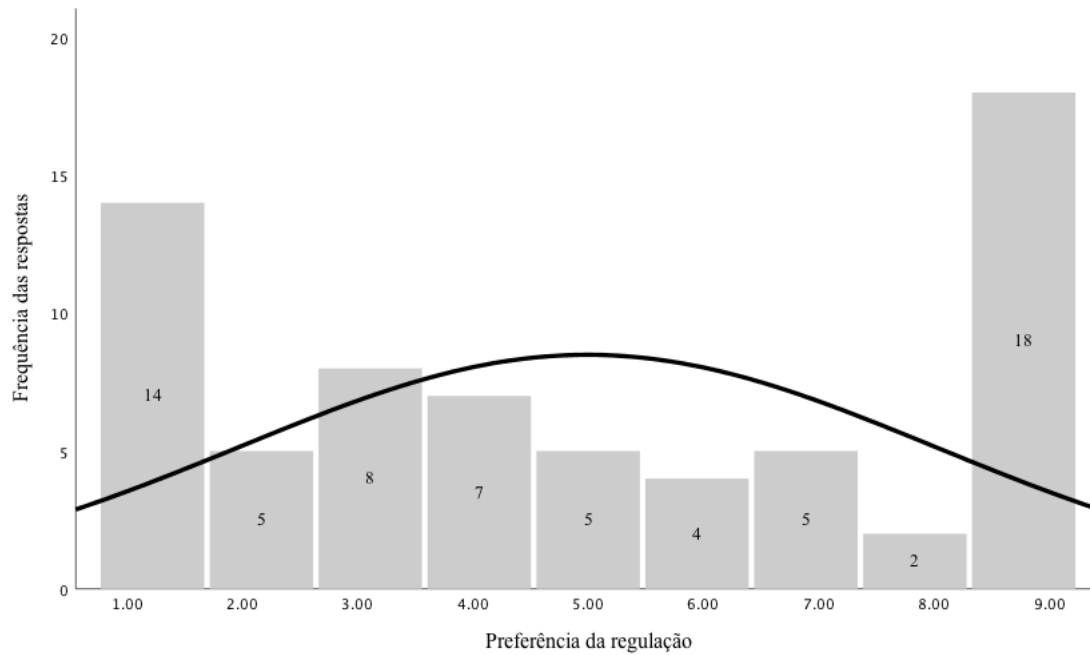


Figura 3.1 - *Histograma e distribuição normal da preferência da regulação emocional*

Através da Figura 3.1., verifica-se que as respostas tenderam a concentrar-se mais nos polos extremos da escala. Mais especificamente, 16.18% das respostas centraram-se no ponto mais baixo da escala, equivalente a uma preferência por uma regulação intrapessoal, e 23.53% das respostas centraram-se no ponto mais elevado, correspondente a uma preferência por uma regulação interpessoal. No ponto médio da escala, apenas se registaram 7.35% das respostas. Assim, a maioria das participantes preferiu implementar exclusivamente um nível de regulação em detrimento do outro, ou seja, demonstrou uma preferência clara por um dos níveis. Apesar de se observar uma maior concentração das respostas no ponto 9 da escala, parecendo indicar que houve uma preferência pela regulação interpessoal, o conjunto de respostas correspondentes à preferência pela regulação intrapessoal e o conjunto de respostas correspondentes à preferência pela regulação interpessoal apresentaram uma percentagem equivalente, ou seja, nenhum nível de regulação foi predominante.

3.2. Comparação dos níveis de regulação e dos tipos de estratégias regulatórias. O segundo objetivo procurou compreender qual foi o nível regulatório e qual foi o tipo de estratégia que as participantes efetivamente utilizaram mais, independentemente da sua preferência da regulação. Além disso, procurou compreender se houve coerência na utilização das estratégias, ou seja, se o mesmo tipo de estratégia foi ou não utilizado em ambos os níveis regulatórios. Para dar resposta a este objetivo, realizou-se uma ANOVA de medidas repetidas.

As Strong as We Are United

As variáveis foram combinadas num desenho fatorial de 2 (nível: regulação intrapessoal *versus* interpessoal) x 2 (estratégia: foco no antecedente *versus* na resposta). Ambos os fatores foram intra-participantes.

Verificou-se um efeito principal do nível, $F_{(1,66)} = 12.49$, $p = .001$, $\eta^2_{part} = .16$, o que significa que houve uma diferença estaticamente significativa na utilização de estratégias da regulação intrapessoal ou de estratégias da partilha social das emoções (enquanto regulação interpessoal). Deste modo, a regulação interpessoal ($M = 5.40$; $DP = 1.90$) obteve uma média superior que a regulação intrapessoal ($M = 4.54$; $DP = 1.37$), o que significa que as participantes regularam mais as emoções negativas no âmbito das suas relações sociais. Também se verificou um efeito principal da estratégia, $F_{(1,66)} = 5.34$, $p = .024$, $\eta^2_{part} = .08$, que demonstra que houve uma diferença estaticamente significativa entre a utilização de estratégias focadas no antecedente e estratégias focadas na resposta. Assim, as estratégias focadas no antecedente ($M = 5.14$; $DP = 1.38$) obtiveram uma média superior às estratégias focadas na resposta ($M = 4.81$; $DP = 1.23$), pelo que as participantes optaram mais por utilizar as estratégias de reformulação cognitiva a fim de pensar na experiência emocional de outra forma.

Por fim, verificou-se um efeito de interação entre a estratégia e o nível, $F_{(1,66)} = 34.15$, $p < .001$, $\eta^2_{part} = .34$, o que significa que a combinação dos dois fatores também deu origem as diferenças significativas na utilização das estratégias.

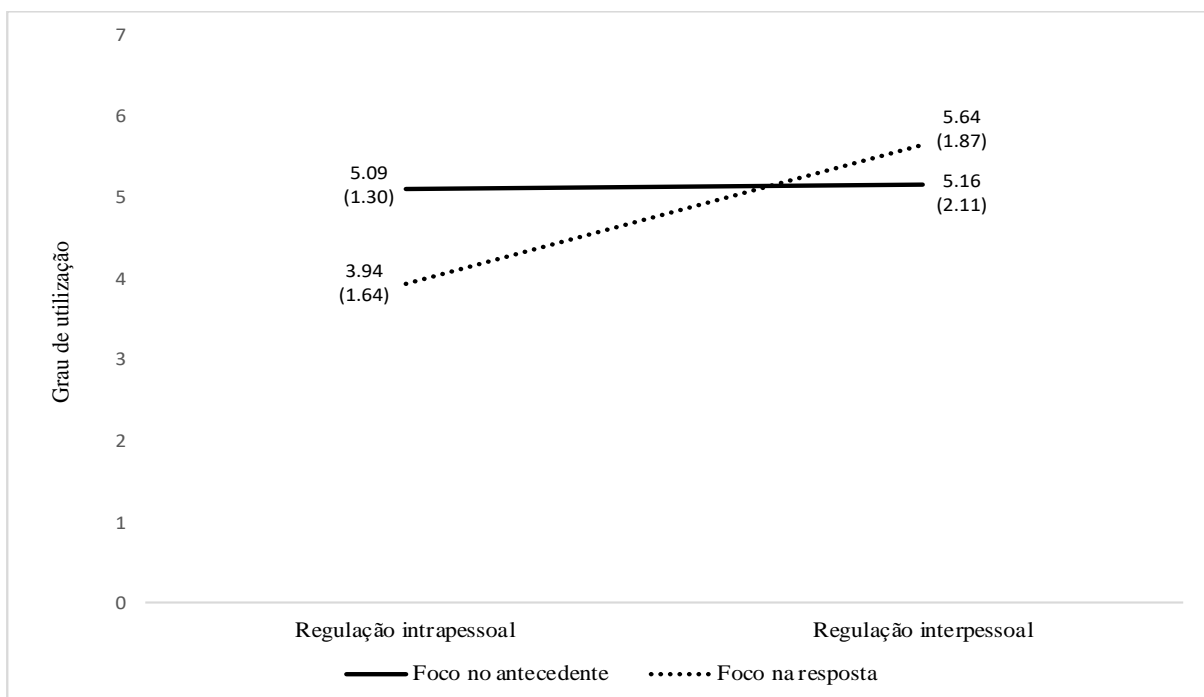


Figura 3.2 - Gráfico da média obtida nos dois fatores da regulação emocional

Como se pode observar na Figura 3.2., o grau de utilização das estratégias focadas no antecedente da emoção foi constante, ou seja, as pacientes que utilizaram mais as estratégias focadas no antecedente da emoção, como é o caso da reavaliação cognitiva e da partilha cognitiva, tenderam a fazê-lo tanto quando estavam a regular sozinhas as suas emoções (i.e., a um nível intrapessoal), como quando estavam a regular na presença de outras pessoas (i.e., a um nível interpessoal). No entanto, comparando as estratégias focadas na resposta, nomeadamente, a supressão emocional e a partilha socioafetiva, verificou-se que estas são opostas. As mulheres que tenderam a utilizar a supressão emocional, não utilizaram a estratégia de partilhar a sua experiência emocional com os outros.

3.3. Relações lineares entre a regulação emocional e a qualidade de vida. O terceiro objetivo consistiu em avaliar de que modo é que a regulação emocional, mais especificamente, os dois níveis regulatórios, contribuíram para as diferentes dimensões da qualidade de vida e para a qualidade de vida global destas mulheres, na altura em que estavam a realizar os tratamentos para o cancro da mama. Para isso, realizou-se um conjunto de regressões lineares múltiplas para explorar a relação de dependência funcional entre as variáveis. Nos presentes modelos de regressão, as variáveis da preferência da regulação, da regulação intrapessoal e da partilha social das emoções foram tratadas como variáveis preditoras e as dimensões da qualidade de vida, bem com a qualidade de vida na sua totalidade, foram tratadas como variáveis critério.

Quadro 3.3 - Regressões lineares múltiplas entre as variáveis da regulação emocional e da qualidade de vida

| Bem-estar físico | | | | | |
|---|----------------------------------|-------------|------------------------------|----------|------|
| | Coeficientes não estandardizados | | Coeficientes estandardizados | <i>t</i> | Sig. |
| | <i>B</i> | Erro padrão | β | | |
| Constante | 2.74 | .88 | | 3.13 | .003 |
| Preferência da regulação | -0.11 | .06 | -.29 | -1.94 | .058 |
| Reavaliação cognitiva | 0.11 | .12 | .14 | 0.95 | .347 |
| Supressão emocional | -0.05 | .09 | -.08 | -0.50 | .617 |
| Necessidade de partilha | -0.26 | .11 | -.47 | -2.47 | .017 |
| Ocorrência da partilha | 0.26 | .14 | .39 | 1.84 | .073 |
| Número de pessoas com quem partilhou | -0.01 | .01 | -.15 | -1.05 | .297 |
| Intensidade da partilha (alvos) | -0.06 | .14 | -.09 | -0.47 | .639 |
| Frequência da partilha (dias) | 0.02 | .12 | .02 | 0.13 | .897 |
| Benefícios da partilha | 0.01 | .11 | .02 | 0.12 | .909 |
| $R^2 = 0.26$; R^2 ajustado = 0.12; $F_{(9,48)} = 1.87$; $p = .080$ | | | | | |
| Bem-estar social e familiar | | | | | |
| | Coeficientes não estandardizados | | Coeficientes estandardizados | <i>t</i> | Sig. |
| | <i>B</i> | Erro padrão | β | | |
| Constante | 0.61 | .61 | | 1.01 | .319 |
| Preferência da regulação | -0.02 | .04 | -.07 | -0.54 | .592 |
| Reavaliação cognitiva | 0.11 | .08 | .18 | 1.35 | .184 |
| Supressão emocional | 0.15 | .07 | .30 | 2.21 | .032 |
| Necessidade de partilha | -0.05 | .08 | -.12 | -0.70 | .489 |
| Ocorrência da partilha | -0.02 | .10 | -.03 | -0.15 | .882 |
| Número de pessoas com quem partilhou | 0.02 | .01 | .33 | 2.49 | .016 |
| Intensidade da partilha (alvos) | 0.03 | .10 | .06 | 0.36 | .723 |
| Frequência da partilha (dias) | 0.08 | .09 | .13 | 0.92 | .363 |
| Benefícios da partilha | 0.18 | .08 | .38 | 2.40 | .020 |
| $R^2 = 0.38$; R^2 ajustado = 0.27; $F_{(9,48)} = 3.29$; $p = .003^{**}$ | | | | | |
| Bem-estar emocional | | | | | |
| | Coeficientes não estandardizados | | Coeficientes estandardizados | <i>t</i> | Sig. |
| | <i>B</i> | Erro padrão | β | | |
| Constante | 3.06 | .64 | | 4.75 | .000 |
| Preferência da regulação | -0.09 | .04 | -.30 | -2.10 | .041 |
| Reavaliação cognitiva | 0.02 | .09 | .04 | 0.28 | .778 |
| Supressão emocional | -0.02 | .07 | -.05 | -0.33 | .745 |
| Necessidade de partilha | -0.25 | .08 | -.57 | -3.19 | .002 |
| Ocorrência da partilha | 0.30 | .10 | .59 | 2.93 | .005 |
| Número de pessoas com quem partilhou | -0.01 | .01 | -.18 | -1.29 | .202 |
| Intensidade da partilha (alvos) | -0.07 | .10 | -.12 | -0.71 | .483 |
| Frequência da partilha (dias) | -0.04 | .09 | -.07 | -0.44 | .659 |
| Benefícios da partilha | 0.06 | .08 | .19 | 0.73 | .467 |
| $R^2 = 0.35$; R^2 ajustado = 0.22; $F_{(9,48)} = 2.82$; $p = .010^*$ | | | | | |

| Bem-estar funcional | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------|------------------------------|----------|------|
| | Coeficientes não estandardizados | | Coeficientes estandardizados | <i>t</i> | Sig. |
| | <i>B</i> | Erro padrão | β | | |
| Constante | 1.33 | .60 | | 2.21 | .032 |
| Preferência da regulação | -0.08 | .04 | -.30 | -2.04 | .047 |
| Reavaliação cognitiva | 0.07 | .08 | .12 | 0.82 | .418 |
| Supressão emocional | 0.12 | .07 | .28 | 1.86 | .069 |
| Necessidade de partilha | -0.19 | .07 | -.49 | -2.61 | .012 |
| Ocorrência da partilha | 0.25 | .10 | .56 | 2.64 | .011 |
| Número de pessoas com quem partilhou | 0.01 | .01 | .16 | 1.09 | .283 |
| Intensidade da partilha (alvos) | -0.02 | .09 | -.05 | -0.25 | .806 |
| Frequência da partilha (dias) | -0.03 | .09 | -.05 | -0.34 | .738 |
| Benefícios da partilha | 0.09 | .08 | .20 | 1.20 | .235 |

$R^2 = 0.27$; R^2 ajustado = 0.13; $F_{(9,48)} = 1.96$; $p = .066$

| Preocupações adicionais | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------|------------------------------|----------|------|
| | Coeficientes não estandardizados | | Coeficientes estandardizados | <i>t</i> | Sig. |
| | <i>B</i> | Erro padrão | β | | |
| Constante | 2.97 | .61 | | 4.86 | .000 |
| Preferência da regulação | -0.05 | .04 | -.19 | -1.29 | .202 |
| Reavaliação cognitiva | 0.03 | .08 | .05 | 0.32 | .753 |
| Supressão emocional | -0.03 | .07 | -.06 | -0.41 | .684 |
| Necessidade de partilha | -0.17 | .07 | -.42 | -2.28 | .027 |
| Ocorrência da partilha | 0.28 | .10 | .62 | 2.91 | .005 |
| Número de pessoas com quem partilhou | -0.01 | .01 | -.16 | -1.12 | .266 |
| Intensidade da partilha (alvos) | -0.18 | .09 | -.35 | -1.87 | .068 |
| Frequência da partilha (dias) | -0.04 | .09 | -.06 | -0.41 | .683 |
| Benefícios da partilha | 0.03 | .08 | .07 | 0.42 | .676 |

$R^2 = 0.28$; R^2 ajustado = 0.14; $F_{(9,48)} = 2.04$; $p = .055$

| Qualidade de vida | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------|------------------------------|----------|------|
| | Coeficientes não estandardizados | | Coeficientes estandardizados | <i>t</i> | Sig. |
| | <i>B</i> | Erro padrão | β | | |
| Constante | 10.71 | 2.14 | | 5.00 | .000 |
| Preferência da regulação | -0.34 | .13 | -.35 | -2.52 | .015 |
| Reavaliação cognitiva | 0.34 | .28 | .16 | 1.18 | .245 |
| Supressão emocional | 0.17 | .23 | .10 | 0.73 | .467 |
| Necessidade de partilha | -0.93 | .26 | -.63 | -3.55 | .001 |
| Ocorrência da partilha | 1.08 | .34 | .63 | 3.16 | .003 |
| Número de pessoas com quem partilhou | -0.00 | .03 | -.02 | -0.12 | .903 |
| Intensidade da partilha (alvos) | -0.30 | .33 | -.16 | -0.90 | .371 |
| Frequência da partilha (dias) | -0.01 | .30 | -.00 | -0.03 | .977 |
| Benefícios da partilha | 0.38 | .28 | .23 | 1.41 | .165 |

$R^2 = 0.35$; R^2 ajustado = 0.23; $F_{(9,48)} = 2.89$; $p = .008^{**}$

** $p < .01$; * $p < .05$

Tal como consta no Quadro 3.3., a primeira análise centrou-se na dimensão do bem-estar físico. Os resultados demonstram que o modelo de regressão não foi estatisticamente significativo, $F_{(9,48)} = 1.87$, $p = .080$, ou seja, as variáveis da regulação emocional não contribuíam para explicar a variância desta dimensão.

A segunda análise focou-se na dimensão do bem-estar social e familiar. O modelo linear foi significativo, $F_{(9,48)} = 3.29$, $p = .003$, mas revelou uma fraca capacidade explicativa visto que apenas explicou 27% da variação desta dimensão. A supressão emocional (Beta = .30, $t = 2.21$, $p = .032$), o número de pessoas com quem a experiência foi partilhada (Beta = .33, $t = 2.49$, $p = .016$) e os benefícios da partilha (Beta = .38, $t = 2.40$, $p = .020$) foram variáveis preditoras positivas e significativas, indicando que quanto mais as participantes utilizaram a supressão emocional, quanto mais elevado foi o número de pessoas com quem partilharam e quanto mais benefícios foram retirados dessa partilha, melhor foi o seu nível de bem-estar social e familiar. Em termos da quantificação do efeito, as variáveis preditoras do bem-estar social e familiar explicaram muito pouco da sua variância, sendo que o número de pessoas com quem se partilhou explicou 8%, os benefícios da partilha explicaram 7% e a supressão emocional explicou 6%.

A terceira análise concentrou-se na dimensão do bem-estar emocional. O modelo linear foi significativo, $F_{(9,48)} = 2.82$, $p = .010$, e explicou 22% da variação da dimensão. No entanto, capacidade explicativa do modelo foi fraca. Neste, a preferência da regulação (Beta = -.30, $t = -2.10$, $p = .041$) e a necessidade de partilhar (Beta = -.57, $t = -3.19$, $p = .002$) foram variáveis preditoras negativas e significativas, pelo que quanto mais houve uma preferência por uma regulação interpessoal e quanto maior foi a necessidade de partilhar, pior foi o nível de bem-estar emocional. Das duas variáveis, a necessidade de partilhar explicou 14% e a preferência da regulação explicou apenas 6% da variância da dimensão. Já a ocorrência da partilha foi uma preditora positiva e significativa (Beta = .59, $t = 2.93$, $p = .005$), de modo que quanto mais as pacientes partilharam, melhor foi o seu nível de bem-estar emocional. Esta variável preditora explicou 12% da variação desta dimensão.

A quarta análise centrou-se na dimensão do bem-estar funcional. O modelo de regressão não foi estatisticamente significativo, $F_{(9,48)} = 1.96$, $p = .066$, pelo que as variáveis da regulação emocional não contribuíam para explicar a variação desta dimensão. A quinta análise focou-se na dimensão das preocupações adicionais relacionadas especificamente com o cancro da mama. À semelhança da análise anterior, este modelo linear também não foi estatisticamente significativo, $F_{(9,48)} = 2.04$, $p = .055$.

A sexta análise concentrou-se na qualidade de vida no geral. O modelo linear foi significativo, $F_{(9,48)} = 2.89$, $p = .008$, mas apenas explicou 23% da variação da qualidade de vida, ou seja, apresentou uma fraca capacidade explicativa. A preferência da regulação (Beta = $-.35$, $t = -2.52$, $p = .015$) e a necessidade de partilhar (Beta = $-.63$, $t = -3.55$, $p = .001$) foram variáveis preditoras negativas e significativas. Portanto, quanto maior foi a preferência por uma regulação interpessoal e quanto maior foi a necessidade de partilhar, pior foi o nível de qualidade de vida. A necessidade de partilhar já explicou 17% e a preferência da regulação explicou 9%, embora ambas expliquem pouco da variância da qualidade de vida. Já a ocorrência da partilha foi uma variável preditora positiva e significativa (Beta = $.63$, $t = 3.16$, $p = .003$), de modo que quanto mais as pacientes partilharam, melhor foi o seu nível de qualidade de vida. A ocorrência foi responsável por explicar 13% da variação desta variável.

Em suma, os resultados parecem indicar que alguns indicadores da partilha social das emoções (e.g., a mera ocorrência da partilha) tiveram um impacto maior e mais positivo na qualidade de vida das mulheres que tiveram cancro da mama do que as estratégias de regulação intrapessoal.

Capítulo IV – Discussão

1. Discussão dos Resultados

O cancro da mama é um problema de saúde que tem implicações graves no bem-estar e na qualidade de vida da população afetada (Brandão *et al.*, 2016). Com os avanços médicos, tem-se verificado um número crescente de sobreviventes (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017), o que significa que há cada vez mais pessoas a lidarem com as consequências que surgem desde do diagnóstico até à fase mais tardia da doença, após o término dos tratamentos oncológicos. Por conseguinte, esta experiência disruptiva dá frequentemente origem a dificuldades emocionais com quais as mulheres têm de saber lidar de forma eficaz e adaptativa (Brandão *et al.*, 2016).

Neste estudo, o foco foi a relação estabelecida entre a regulação emocional e a qualidade de vida. A investigação tem vindo a demonstrar que a utilização de estratégias regulatórias tipicamente menos adaptativas está associada a uma pior perceção de qualidade de vida em pacientes do cancro da mama (Brandão *et al.*, 2016). No entanto, ainda não está claro qual o papel dos diferentes níveis de regulação nesta relação. Nesta linha de pensamento, o objetivo geral do estudo consistiu em comparar dois níveis de regulação emocional, o intra e o interpessoal, e explorar de que modo é que estes processos regulatórios afetaram a perceção de qualidade de vida em sobreviventes do cancro da mama na altura em que foram submetidas aos tratamentos médicos. Para dar resposta este objetivo geral, foram estabelecidos três objetivos específicos de carácter exploratório.

O primeiro objetivo examinou a preferência pelos níveis de regulação. Através dos resultados, verificou-se que a maioria afirmou ter preferido regular as suas emoções negativas recorrendo apenas a um dos níveis, intra ou interpessoal. Quase metade das participantes afirmou preferir o nível intrapessoal e a outra metade o nível interpessoal, pelo que na amostra total nenhum dos níveis foi privilegiado. Refletindo na heterogeneidade da distribuição das respostas obtidas, esta sugere que existem dois perfis regulatórios distintos. Não tendo sido encontrados estudos prévios que explorem esta questão, sugerem-se duas justificações possíveis para as respostas encontradas. Por um lado, existem diferenças individuais (e.g., traços de personalidade) que podem influenciar esta escolha, e por outro, as pessoas não dispõem todas dos mesmos recursos sociais (e.g., suporte social) para regular as suas emoções. Além disso, as estratégias regulatórias também requerem certas condições base para que possam ser implementadas. Para uma regulação intrapessoal, é necessário que cada pessoa tenha as competências pessoais necessárias (e.g., capacidade cognitiva) para conseguir implementá-las autonomamente (Gross, 2014), ao passo que para uma regulação

interpessoal, é obrigatório que a pessoa tenha um ou mais ouvintes com quem possa partilhar a sua experiência emocional (Rimé, 2009). Por essa razão, é possível que um nível de regulação seja mais acessível ou fácil de adotar que o outro. Estes dados permitem inferir que existem variáveis internas e externas que têm um papel relevante para explicar as diferenças observadas e que devem ser tidas em consideração. No presente estudo estes fatores não foram analisados, ficando em aberto a questão de quais são os que têm maior impacto nesta preferência e de que modo afetam a direção da relação.

O segundo objetivo procurou comparar a utilização dos dois níveis de regulação e dos dois tipos de estratégias regulatórias no momento em que as participantes estavam a regular as suas emoções negativas. Apesar do padrão verificado na preferência pela regulação, a análise revelou que as participantes optaram por utilizar mais as estratégias de partilha social das emoções (enquanto regulação interpessoal), implicando que, sempre que possível, estas procuraram recorrer à ajuda dos outros para regular as suas emoções. Devido às exigências e às fragilidades inerentes ao diagnóstico e aos tratamentos do cancro da mama, a regulação individual pode ser particularmente desafiadora. Sabe-se que em situações de crise as pessoas deparam-se com um desequilíbrio entre a dificuldade que o problema representa e os recursos que estão disponíveis para enfrentá-lo (Caplan, 1964). Assim, se as pacientes sentirem que não têm meios suficientes para lidar com a situação, a regulação interpessoal pode facilitar a gestão das emoções enquanto fonte de apoio e recursos extra que vão além dos recursos e competências pessoais (Reeck *et al.*, 2016). Mais ainda, as participantes também optaram por utilizar mais as estratégias com foco no antecedente (i.e., cognitivas), independentemente do nível regulatório em que operavam. Dado que estas estratégias estão associadas a resultados mais positivos e tendem a ser mais eficazes (Webb *et al.*, 2012), mesmo no âmbito desta doença, é possível que estas mulheres consigam reconhecer os benefícios da sua utilização e, portanto, procurem implementá-las como maior frequência a fim de reduzir consideravelmente a ativação e o impacto das emoções negativas a curto e longo-prazo.

Ao mesmo tempo, os resultados evidenciaram uma coerência na utilização das estratégias focadas no antecedente da emoção, ou seja, as participantes que optaram por utilizar mais este tipo de estratégias, tenderam a fazê-lo tanto ao nível intra, como interpessoal. Por esse motivo, pode considerar-se que a reavaliação cognitiva e a partilha cognitiva representam mecanismos regulatórios paralelos, sendo estratégias equivalentes. De facto, ambas as estratégias assentam no mesmo pressuposto teórico que para lidar com as emoções negativas é necessário haver uma reformulação cognitiva das características e das avaliações subjetivas que deram origem à experiência emocional (Brans *et al.*, 2013a; Gross,

2014). Este resultado parece indicar que o normal é as pacientes procurarem usar o mesmo tipo de estratégia, desde que seja coerente com o objetivo regulatório que estabeleceram, sendo que o nível a que é aplicada representa apenas um meio para atingir esse objetivo. Todavia, o mesmo não se verificou com a utilização das estratégias focadas na resposta. Tal pode ser explicado por estas estratégias assentarem em pressupostos teóricos diferentes. A supressão implica que a pessoa procure ativamente não expressar o que está a sentir (Gross, 2014), enquanto que a partilha socioafetiva implica que a pessoa fale de forma livre com os outros sobre os seus sentimentos (Brans *et al.*, 2013a), tornando-as estratégias incompatíveis. Deste modo, pode considerar-se que estas estratégias constituem pólos opostos da mesma dimensão.

O terceiro objetivo explorou o contributo da regulação intra e interpessoal para a perceção da qualidade de vida neste contexto oncológico. No geral, verificou-se que a regulação emocional contribuiu para duas dimensões da qualidade de vida, o bem-estar social e familiar e o bem-estar emocional, e para a qualidade de vida na sua globalidade. No entanto, não contribuiu para as dimensões associadas aos aspetos físicos da doença, designadamente o bem-estar físico, o bem-estar funcional e as preocupações adicionais. Como se foi observando, um conjunto de estudos demonstra que há uma relação entre uma regulação emocional adaptativa e níveis mais elevados de qualidade de vida no geral. Todavia, os resultados obtidos não permitem explorar quais foram os aspetos da representação da doença que foram alterados por intermédio da regulação emocional e, conseqüentemente, não permitem explicar as alterações observadas nas dimensões subjetivas da qualidade de vida e não nas dimensões físicas. Ainda assim, colocam-se duas hipóteses explicativas. É possível que as melhorias verificadas no bem-estar emocional se relacionem com uma maior utilização das estratégias cognitivas, remetendo para a sua eficácia em reduzir a carga emocional negativa (Gross, 2014), e que as melhorias no bem-estar social e familiar se associem a uma maior utilização das estratégias interpessoais e da inclusão dos outros no processo regulatório. Segundo Rimé (2018), um dos benefícios da partilha social é o reforço dos laços sociais entre as pessoas envolvidas no processo, pelo que se prevê que relações mais positivas estejam relacionadas com uma melhor perceção do bem-estar social e familiar.

Comparando os dois níveis de regulação em estudo, a análise confirmou que existem diferenças entre a regulação intra e interpessoal. A regulação interpessoal, mais concretamente, os indicadores da partilha social, contribuíram mais para a perceção do bem-estar social e familiar, bem-estar emocional e qualidade de vida das participantes do que a regulação intrapessoal. Estes dados apoiam os resultados de outro estudo semelhante de Levy-

Gigi e Shamay-Tsoory (2017), onde as estratégias de regulação interpessoais também assumiram um papel mais importante que as estratégias intrapessoais para reduzir significativamente os níveis de *distress* dos participantes após visualizarem estímulos negativos.

Relativamente aos indicadores da partilha social, verificou-se que o número de pessoas com quem a experiência foi partilhada e os benefícios dessa partilha contribuíram positivamente para o bem-estar social e familiar, e que a ocorrência da partilha teve um efeito positivo no bem-estar emocional e na qualidade de vida. Tal parece demonstrar que, à exceção do bem-estar social e familiar, o número de pessoas, a intensidade e a frequência com que a partilha ocorre e os respetivos benefícios retirados tornam-se fatores irrelevantes uma vez que a mera ocorrência da partilha é suficiente para melhorar a perceção de bem-estar emocional e qualidade de vida. Logo, independentemente se o modo de partilha foi socioafetivo, cognitivo ou misto, o fator mais importante foi ter-se sucedido uma partilha através da qual as participantes conseguiram regular as suas emoções de forma eficiente. Os dados mostram ainda que uma maior necessidade de partilhar e uma preferência por uma regulação interpessoal prejudicaram a perceção de bem-estar emocional e a qualidade de vida. Isto sugere que uma elevada necessidade de partilhar e preferência por regular na presença dos outros podem ser contraproducentes, em especial se as pacientes sentirem que a sua vontade e necessidade de falar com os outros não foi totalmente atendida, reduzindo a sua satisfação geral com a partilha ou com os ouvintes, em particular. Este padrão é semelhante ao encontrado no estudo de Boinon e colaboradores (2012) onde as pacientes que não estavam satisfeitas com as reações dos ouvintes durante a partilha, apresentaram mais emoções negativas. Uma maior necessidade de partilhar e de regular ao nível interpessoal pode estar interligado com a perceção de autoeficácia na regulação, no sentido em que, quanto menor for a perceção de autoeficácia destas mulheres para regular as suas emoções sozinhas e implementarem as estratégias regulatórias eficazmente, mais procuram os outros para as ajudar. Isto remete novamente para a conceção teórica que em situações de crise, as pessoas nem sempre dispõem dos recursos e competências pessoais necessários e recorrer a ajuda externa é uma forma de colmatar esse problema.

Quanto à regulação intrapessoal, diferentes estratégias têm sido associadas à perceção do nível de qualidade de vida em pacientes do cancro da mama. Inclusive, estudos recentes nesta área demonstram que a utilização da reavaliação cognitiva está associada a melhores níveis de qualidade de vida e que a utilização da supressão apresenta uma relação inversa (e.g., Brandão *et al.*, 2017b; Li *et al.*, 2015; Lu *et al.*, 2018). Porém, tal não se verificou nesta

investigação. A reavaliação cognitiva não apresentou nenhuma relação estatisticamente significativa com a qualidade de vida e respetivas dimensões. Já a supressão emocional evidenciou uma relação positiva com a dimensão do bem-estar social e familiar. Perante este resultado, propõem-se duas explicações possíveis. Para começar, nem sempre os outros estão disponíveis para se envolverem no processo de partilha. Em situações em que as emoções são demasiado intensas ou acarretam um elevado risco de ativação secundária (i.e., possibilidade de os ouvintes começarem a experienciar emoções negativas derivadas da partilha), como é o caso das experiências no âmbito do cancro da mama, os membros que constituem a rede de apoio podem restringir ou mesmo negar essa expressão emocional para o seu próprio bem e conforto psicológico (Rimé, 2009). Depois, as pacientes também podem limitar a partilha dos seus pensamentos, sentimentos e preocupações sobre a doença devido aos constrangimentos sociais (e.g., criticismo, rejeição, abandono por parte dos outros) com que se deparam nas suas interações sociais negativas, influenciando a forma como estas se adaptam à doença e percecionam a sua qualidade de vida (Lepore & Revenson, 2007). Nesse sentido, é possível que as participantes tenham sentido que ao suprimirem as suas emoções, reduzindo a expressão emocional, estavam a melhorar as suas relações e interações sociais com os outros, aumentando a sua perceção de bem-estar social e familiar. Esta hipótese articula-se ainda com o estudo de Rimé, Páez, Basabe e Martínez (2010), no qual vítimas de ataques terroristas sentiram que partilhar reativava a experiência emocional e perpetuava o impacto negativo, refletindo-se nas suas relações com os outros. Deste modo, a opção de suprimir é um meio para evitar as consequências negativas que emergem da partilha social das emoções.

1.1. Limitações e estudos futuros. O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ponderadas na interpretação destes resultados. A sua principal fragilidade está relacionada com as limitações inerentes aos estudos correlacionais. Deste modo, não se podem estabelecer relações causais entre as variáveis da regulação emocional e da qualidade de vida no contexto da doença oncológica.

A dimensão da amostra foi reduzida, o que restringiu a análise dos dados. Inclusive não foram consideradas variáveis de controlo uma vez que os dados não apresentaram variação suficiente. Isto deveu-se à dificuldade em aceder à população alvo e ao facto de algumas mulheres não terem aceite participar, maioritariamente por questões de tempo. A amostra não foi representativa e os resultados não podem ser generalizados a outros grupos devido à especificidade da amostra em estudo. Contudo, por razões de logística, não foi possível contornar estas limitações.

Atendendo aos objetivos de investigação, as participantes tiveram de responder com base no que se lembravam da sua experiência durante a fase aguda da doença. Como tal, é provável que tenham ocorrido erros de recordação ou tenha sido feita uma reavaliação das emoções, sendo que estas situações podem surgir naturalmente com o decorrer do tempo. No entanto, optou-se por avaliar na fase crónica para evitar fragilizar e perturbar ainda mais estas mulheres, bem como para tentar homogeneizar a amostra (i.e., com participantes que se encontravam numa situação semelhante).

As medidas de avaliação foram exclusivamente de autorrelato, levantando questões sobre a fiabilidade das respostas obtidas. No entanto, as variáveis em estudo só puderam ser avaliadas deste modo. Além disso, a aplicação do questionário foi um pouco morosa devido à sua extensão, pelo que também é possível que tenham ocorrido efeitos de fadiga durante o seu preenchimento.

Embora tenha apresentado boas qualidades psicométricas, a medida de preferência da regulação foi construída especificamente para este estudo por não ter sido encontrada na literatura uma medida validada que se adequasse aos objetivos formulados. Porém, a escala criada para esta medida pode ter induzido as participantes em erro, ao dar a entender que tinham de optar exclusivamente por um dos níveis de regulação. Adicionalmente, os itens utilizados para medir a partilha social das emoções não estão validados para a amostra portuguesa, nem estão agrupados num único instrumento. Mais ainda, salienta-se que neste estudo não foi controlado se as estratégias regulatórias foram utilizadas de forma isolada ou em simultâneo.

Para investigações futuras, seria vantajoso apostar mais nesta linha de investigação e poderá ser interessante replicar este estudo com uma amostra maior e mais representativa. Sugere-se ainda que sejam feitos alguns ajustes metodológicos para enriquecer o desenho do estudo. Uma opção é construir e/ou validar instrumentos que permitam avaliar os processos regulatórios de forma mais rigorosa, neste caso, no que toca à preferência da regulação e à partilha social das emoções. Quando o protocolo foi aplicado, não havia na literatura uma medida de regulação interpessoal que fosse apropriada. Contudo, Williams e colaboradores (2018) desenvolveram recentemente um instrumento, o *The Interpersonal Regulation Questionnaire* (IRQ), que poderá ser promissor para o desenvolvimento desta área, sendo que outra opção será validar esta escala para população portuguesa e explorar mais aprofundadamente como é a relação entre a regulação interpessoal e a qualidade de vida no cancro da mama. Outra proposta passa por no futuro incluir medidas para avaliar outras

variáveis relevantes no contexto oncológico, como é o caso do ajustamento à doença e o apoio social.

Para enriquecer estudos futuros, poderá ser interessante complementar os dados com uma metodologia qualitativa mais sensível, como é o caso das entrevistas, para se aceder de forma mais detalhada às opiniões que as sobreviventes têm acerca dos seus próprios processos regulatórios. Esta sugestão parte do facto das participantes terem demonstrado continuamente uma necessidade de explicar e justificar melhor as suas escolhas no questionário e terem sentido que este não cobria a totalidade dos fenómenos que experienciaram. Ademais, poder-se-á ainda fazer um levantamento das características individuais e/ou dos fatores sociais que estão associados à preferência e utilização dos dois níveis de regulação.

Outra via potencialmente pertinente será conduzir um estudo prospetivo que permita comparar a regulação emocional intra e interpessoal na fase aguda e na fase crónica da doença e ver como é que estes processos se comportam ao longo do tempo. Pensa-se que uma avaliação longitudinal poderá revelar resultados mais promissores para a investigação, permitindo compreender se há alterações na forma como se lida com as emoções conforme a fase da doença em que as pacientes se encontram, e que de modo é que estas alterações as influenciam e se comportam com a perceção da qualidade de vida.

Por fim, neste estudo apenas foram consideradas as emoções negativas por serem mais iminentes e prejudiciais no contexto oncológico e porque a regulação de emoções positivas é um processo distinto, implicando variáveis e objetivos regulatórios igualmente diferentes. Deste modo, estudos futuros poderão ainda incluir aspetos relacionados com a regulação emocional de emoções positivas e explorar de que modo é que estas contribuem para a qualidade de vida das pacientes.

1.2. Contributos teóricos e implicações práticas. O presente estudo contribui para colmatar algumas lacunas existentes na literatura e para o aumento do conhecimento científico nestas áreas de investigação. Como foi referido anteriormente, estudos sobre o papel da regulação interpessoal, neste caso, da partilha social das emoções, e estudos comparativos entre a regulação intra e interpessoal no contexto desta doença oncológica são quase inexistentes, ao contrário do vasto conjunto de estudos sobre o papel da regulação intrapessoal, de modo que estes resultados são particularmente interessantes e pioneiros. Com esta investigação, pode concluir-se que se deve ter em consideração os diferentes níveis regulatórios que estão a ser implementados e que é muito pertinente explorar os efeitos que estes têm na perceção da qualidade de vida de pacientes e sobreviventes do cancro da mama.

A regulação interpessoal assumiu um papel mais importante, sugerindo que a partilha social das emoções é um processo que influencia consideravelmente a forma como as pacientes se posicionam face à sua doença, reforçando a necessidade de investir mais no estudo destas temáticas. Tal como foi explicitado na secção anterior, os resultados obtidos podem representar uma nova linha orientadora para estudos futuros, constituindo uma base a partir da qual se pode continuar a explorar as relações entre as variáveis aqui testadas.

Em termos práticos, este estudo também destaca alguns resultados que podem enriquecer as intervenções psicológicas na área. A um nível mais primário, estes dados reforçam a importância que uma boa capacidade regulatória tem na adaptação e, consequentemente, nos níveis de bem-estar e qualidade de vida durante a fase aguda e crónica do cancro da mama. Embora este processo emocional não tenha tido um impacto direto nas dimensões físicas da qualidade de vida, pode ser utilizado para complementar os esforços médicos no tratamento das pacientes. É necessário que os profissionais de saúde percecionem as suas pacientes sob uma perspetiva holística, considerando não só os seus sintomas físicos, mas também o seu sofrimento psicológico e as dificuldades sociais a que estão sujeitas devido à sua condição. A regulação emocional é uma forma de trabalhar nessas exigências, atenuando a afetividade negativa, promovendo o ajustamento psicológico, emocional e social, e maximizando a qualidade de vida. Como tal, garantir que estas mulheres sabem lidar eficazmente com as suas emoções e experiências negativas é uma mais-valia.

Visto que as estratégias de regulação interpessoal tiveram maior impacto que as estratégias intrapessoais, torna-se particularmente vantajoso intervir junto desta população no âmbito das suas interações sociais e redes sociais mais imediatas (e.g., família, amigos próximos, outras pacientes). Nesta linha de pensamento, os programas de intervenção social em grupo são uma abordagem cada vez mais utilizada para promover a psicoeducação, o treino e a autogestão de competências e estratégias de regulação emocional que, em última instância, contribuem para uma adaptação mais saudável. De igual modo, existem outros recursos que podem ser adquiridos na comunidade, como é o caso dos grupos de apoio, associações solidárias e fóruns *online*. Através destes, as pessoas podem expressar e partilhar livremente os seus sentimentos e preocupações sobre a sua condição física, trocar experiências e informações úteis e receber, em retorno, apoio de pessoas que se encontram em situações semelhantes. Assim, espera-se que o teor deste estudo potencie o desenvolvimento e a melhoria destes programas de intervenção e a criação ou investimento nos grupos, associações e fóruns de apoio já disponíveis na comunidade e ou no sistema de saúde, oferecendo a estas mulheres um lugar seguro onde possam falar abertamente sobre a sua

experiência e ajudando-as a superar as adversidades que surgem em qualquer momento no âmbito da doença oncológica.

2. Considerações Finais

Como se pode constatar ao longo deste estudo, os processos emocionais são fatores importantes a considerar no contexto do cancro da mama. Os dados desta investigação são inovadores ao salientarem três conclusões principais. A primeira conclusão é que nem todas as pacientes preferem e/ou implementam o mesmo tipo de regulação emocional. A segunda é que, por consequência, o nível de regulação que está a ser implementado influencia a sua perceção de qualidade de vida de modo diferente. A terceira é que há uma tendência das mulheres afetadas para utilizarem mais as estratégias interpessoais, verificando-se mais tarde que estas são as que estão associadas a resultados mais positivos e adaptativos, por comparação às estratégias intrapessoais. Esta última conclusão é particularmente relevante pois salienta a importância de investir neste tipo de regulação. Perante estes resultados promissores, pode-se concluir que ter uma rede de apoio composta por pessoas que estejam disponíveis para se envolverem no processo de partilha e para ajudar a regular as experiências negativas é um contributo essencial para a forma como estas mulheres se posicionam face à sua doença, chegando a atuar como um fator determinante e positivo no modo como percecionam a sua vida no momento.

Referências Bibliográficas

- Adler, N. E., & Page, A. E. K. (Eds.) (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington: National Academies Press.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology, 16*(8), 691-706. doi:10.1002/pon.1208
- Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Rosberger, Z., Delalogue, S., & Dauchy, S. (2012). How social sharing and social support explain distress in breast cancer after surgery: The role of alexithymia. *Journal of Psychosocial Oncology, 30*(5), 573-592. doi:10.1080/07347332.2012.703769
- 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. doi:10.1002/pon.3420
- Brandão, T., Schulz, M. S., Gross, J. J., & Matos, P. M. (2017b). The Emotion Regulation Questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-Oncology, 26*(10), 1647-1653. doi:10.1002/pon.4356
- Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2017a). Psychological adjustment after breast cancer: A systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology, 26*(7), 917-926. doi:10.1002/pon.4230
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in women with breast cancer: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 43*, 114-127. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.002
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: The Self-Assessment Manikin and the semantic differential. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*(1), 49-59. doi:10.1016/0005-7916(94)90063-9
- Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R., & ... Shiimoto, G. (1997). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology, 15*(3), 974-986. doi:10.1200/JCO.1997.15.3.974
- Brans, K., Koval, P., Verduyn, P., Lim, Y. L., & Kuppens, P. (2013b). The regulation of negative and positive affect in daily life. *Emotion, 13*(5), 926-939. doi:10.1037/a0032400
- Brans, K., Mechelen, I. V., Rimé, B., & Verduyn, P. (2013a). The relation between social sharing and the duration of emotional experience. *Cognition and Emotion, 27*(6), 1023-1041. doi:10.1080/02699931.2012.762758
- Brem, S., & Kumar, N. B. (2011). Management of treatment-related symptoms in patients with breast cancer: Current strategies and future directions. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 15*(1), 63-71. doi:10.1188/11.CJON.63-71

- Bynion, T. M., & Feldner, M. T. (no prelo). Self-assessment manikin. In V. Zeigler-Hill, & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (1^a ed.). Switzerland: Springer International Publishing.
- Campbell-Enns, H. J., & Woodgate, R. L. (2017). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1711-1721. doi:10.1002/pon.4281
- Cantisano, N., Rimé, B., & Muñoz-Sastre, M. T. (2012). The social sharing of emotions in HIV/ AIDS: A comparative study of HIV/AIDS, diabetes and cancer. *Journal of Health Psychology*, 18(10), 1255-1267. doi:10.1177/1359105312462436
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Oxford: Basic Books.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-192. doi:10.1016/0885-3924(94)90129-5
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., & ... Harris, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. doi:10.1200/JCO.1993.11.3.570
- Curci, A., & Rimé, B. (2012). The temporal evolution of social sharing of emotions and its consequences on emotional recovery: A longitudinal study. *Emotion*, 12(6), 1404-1414. doi:10.1037/a0028651
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474-486. doi:10.1037/a0030259
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dixon-Gordon, K. L., Bernecker, S. L., & Christensen, K. (2015). Recent innovations in the field of interpersonal emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 36-42. doi:10.1016/j.copsyc.2015.02.001
- Duprez, C., Christophe, V., Rimé, B., Congard, A., & Antoine, P. (2015). Motives for the social sharing of an emotional experience. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(6), 757-787. doi:10.1177/0265407514548393
- European Cancer Information System. (2018, Maio 9). *Measuring cancer burden and its time trends across Europe*. Retirado de <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. A., & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: A review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 112-126. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008
- Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. doi:10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2^a ed., pp. 3–20). New York: The Guilford Press.

- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. doi:10.1080/1047840X.2014.940781
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hahn, E. A., Segawa, E., Kaiser, K., Cella, D., & Smith, B. D. (2016). Health-related quality of life among women with ductal carcinoma in situ or early invasive breast cancer: Validation of the FACT-B (version 4). *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 1(1), 99-109. doi:10.1080/23809000.2016.1134259
- Hofmann, S. G., Carpenter, J. K., & Curtiss, J. (2016). Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 341-356. doi:10.1007/s10608-016-9756-2
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological reports: Measures & Statistics*, 114(2), 341-362. doi:10.2466/03.20.PR0.114k22w4
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). The relation between negative suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Communication*, 18(3), 201-215. doi:10.1207/s15327027hc1803_1
- Lai, C., Borrelli, B., Ciurluini, P., & Aceto, P. (2017). Sharing information about cancer with one's family is associated with improved quality of life. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1569-1575. doi:10.1002/pon.4334
- Lepore, S., & Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 313-333. doi:10.1111/j.1751-9004.2007.00013.x
- Levy-Gigi, E., & Shamay-Tsoory, S. G. (2017). Help me if you can: Evaluating the effectiveness of interpersonal compared to intrapersonal emotion regulation in reducing distress. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 33-40. doi:10.1016/j.jbtep.2016.11.008
- Li, L., & Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: Characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(51), 1-10. doi:10.1186/s12955-015-0242-4
- Lu, Q., Tsai, W., Chu, Q., & Xie, J. (2018). Is expressive suppression harmful for Chinese American breast cancer survivors?. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 51-56. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.03.171
- Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108. doi:10.1016/j.maturitas.2015.04.010
- Manne, S., Myers, S., Ozga, M., Kissane, D., Kashy, D., Rubin, S., & ... Rosenblum, N. (2014). Holding back sharing concerns, dispositional emotional expressivity, perceived unsupportive responses and distress among women newly diagnosed with gynecological cancers. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 81-87. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.10.001

- Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(5), 832-844. doi:10.1007/s10865-016-9751-9
- Marroquín, B., Tennen, H., & Stanton, A. L. (2017). Coping, emotion regulation, and well-being: Intrapersonal and interpersonal processes. In M. D. Robinson, & M. Eid (Eds.), *The happy mind: Cognitive contributions to well-being* (1^a ed., pp. 253-274). Switzerland: Springer International Publishing.
- McRae, K. (2016). Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 10*, 119-124. doi: 10.1016/j.cobeha.2016.06.004
- Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974). *An approach to environment psychology*. Cambridge: The MIT Press.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Shikanai, H., Yamamoto, K., & ... Miyaoka, H. (2014). The relationship between emotional suppression and psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 44*(9), 818-825. doi:10.1093/jjco/hyu089
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin, 143*(4), 284-427. doi:10.1037/bul0000093
- Ng, C. G., Mohamed, S., Kaur, K., Sulaiman, A. H., Zainal, N. Z., & Taib, N. A. (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PLoS ONE, 12*(3), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0172975
- Nils, F., & Rimé, B. (2012). Beyond the myth of venting: Social sharing modes determine the benefits of emotional disclosure. *European Journal of Social Psychology, 42*(6), 672-681. doi:10.1002/ejsp.1880
- Niven, K. (2017). The four key characteristics of interpersonal emotion regulation. *Current Opinion in Psychology, 17*, 89-93. doi:10.1016/j.copsyc.2017.06.015
- Nyklíček, I., Vingerhoets, A., & Zeelenberg, M. (2011). Emotion regulation and well-being: A view from different angles. In I. Nyklíček, A. Vingerhoets, & M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion regulation and well-being* (1^a ed., pp. 1-9). New York: Springer.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *WHOQOL – Measuring quality of life*. Geneva: World Health Organization.
- Perry, S., Kowalski, T. L., & Chang, C-H. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: Benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes, 5*(24), 1-14. doi:10.1186/1477-7525-5-24
- Reeck, C., Ames, D. R., & Ochsner, K. N. (2016). The social regulation of emotion: An integrative, cross-disciplinary model. *Trends in Cognitive Sciences, 20*(1), 47-63. doi:10.1016/j.tics.2015.09.003
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review, 1*(1), 60-85. doi:10.1177/1754073908097189

- Rimé, B. (2018). Comment: Social integration and health: Contributions of the social sharing of emotion at the individual, the interpersonal, and the collective level. *Emotion Review*, 10(1), 67-70. doi:10.1177/1754073917719330
- Rimé, B., Páez, D., Basabe, N., & Martínez, F. (2010). Social sharing of emotion, post-traumatic growth, and emotional climate: Follow-up of Spanish citizen's response to the collective trauma of March 11th terrorist attacks in Madrid. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 1029-1045. doi:10.1002/ejsp.700
- Rimé, B., Páez, D., Kanyangara, P., & Yzerbyt, V. (2011). The social sharing of emotions in interpersonal and in collective situations: Common psychosocial consequences. In I. Nyklíček, A. Vingerhoets, & M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion regulation and well-being* (1^a ed., pp. 147-163). New York: Springer.
- Registo Oncológico Regional do Norte. (2016). *Registo oncológico nacional 2010*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE.
- Schlatter, M. C., & Cameron, L. D. (2010). Emotional suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1), 15-29. doi:10.1007/s12160-010-9204-6
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497. doi:10.1037/0278-6133.22.5.487
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J., & Kurket, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 501-519. doi:10.1002/jclp.1026
- Stewart, B. W., & Wild, C. P. (Eds.) (2014). *World cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Tamagawa, R., Giese-Davis, J., Speca, M., Doll, R., Stephen, J., & Carlson, L. E. (2013). Trait mindfulness, repression, suppression, and self-reported mood and stress symptoms among women with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 264-277. doi:10.1002/jclp.21939
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52, 250-283. doi:10.2307/1166137
- Vaz, F. J. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Minho, Portugal.
- Wang, Y., Jinyao, Y., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93-99. doi:10.1002/pon.3376
- Wang, Y., Zhu, X., Li, L., Yi, J., & He, J. (2016). What factors affect the insomnia symptom trajectories in women with nonmetastatic breast cancer?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 850-858. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.07.001

- Wang, Y., Zhu, X., Yang, Y., Yi, J., Tang, L., He, J., & ... Yang, Y. (2015). What factors are predictive of benefit finding in women treated for non-metastatic breast cancer? A prospective study. *Psycho-Oncology*, *24*(5), 533-539. doi:10.1002/pon.3685
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, *138*(4), 775-808. doi:10.1037/a0027600
- Williams, W. C., Morelli, S. A., Ong, D. C., & Zaki, J. (2018). Interpersonal emotion regulation: Implications for affiliation, perceived Support, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *115*(2), 224-254. doi:10.1037/pspi0000132
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, *13*(5), 803-810. doi:10.1037/a0033839

Anexos

Anexo A – Protocolo do Estudo (Questionário)



1ª PARTE DO QUESTIONÁRIO

Na primeira parte deste questionário, gostaríamos de lhe pedir que se tentasse recordar de uma experiência específica relacionada com o seu diagnóstico ou tratamento do cancro da mama na qual tenha sentido uma emoção negativa forte. Não é importante o tipo de emoção que sentiu (por exemplo, raiva ou tristeza), o importante é que pense numa experiência específica e que a emoção negativa tenha sido intensa. **Por favor responda à primeira parte do questionário com base nessa experiência em particular.**

Instruções:

Serão agora apresentadas algumas questões sobre a sua experiência, a emoção que sentiu e como é que lidou com a mesma. Por favor indique ou assinale com um círculo a opção que mais se adequa à sua situação:

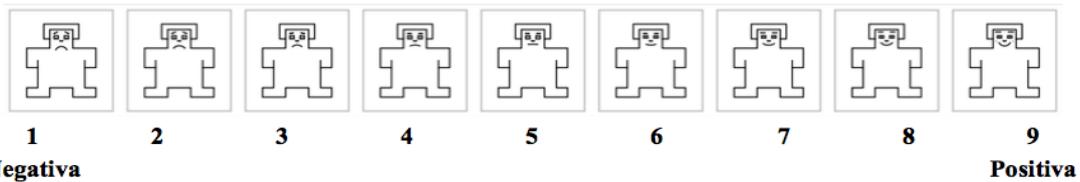
1. Há quanto tempo é que ocorreu essa experiência? _____ anos e _____ meses

2. Em que medida considera que a experiência que deu origem à emoção negativa foi importante para si?

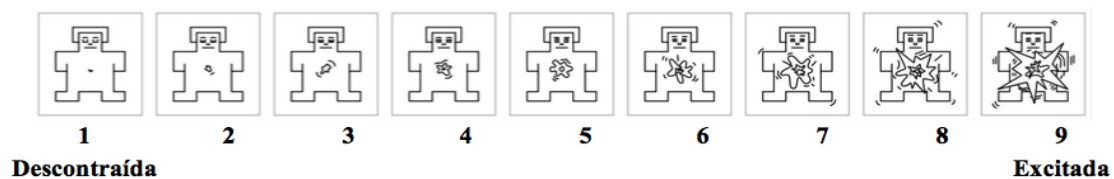
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não foi de todo importante Foi mais ou menos importante Foi muitíssimo importante

3. Em que medida é que essa emoção a fez sentir:

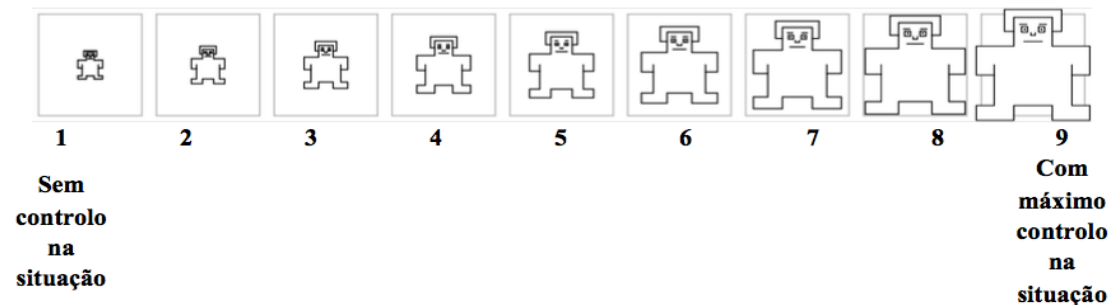
3.1.



3.2.



3.3.



4. Assim que a experiência ocorreu, a sua primeira tendência para tentar lidar com a emoção que sentiu foi:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9

| | |
|--|---|
| Tentar resolver sozinha o que estava a sentir | Procurar a ajuda de outras pessoas para resolver o que estava a sentir |
|--|---|

5. Após esse primeiro momento, ao longo do dia, quando tentou lidar com essa emoção, a sua tendência foi:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9

| | |
|--|---|
| Tentar resolver sozinha o que estava a sentir | Procurar a ajuda de outras pessoas para resolver o que estava a sentir |
|--|---|

Instruções:

Agora gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como é que controlou (isto é, como regulou e geriu) as suas emoções face à experiência que selecionou previamente. As questões abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou atua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspetos. Para cada item, por favor responda utilizando a escala apresentada:

1. Quando quis sentir mais emoções *positivas* (como alegria ou contentamento), *mudei o que estava a pensar*.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Discordo Totalmente | Não concordo nem discordo | Concordo totalmente |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

2. Guardei as minhas emoções para mim própria.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | Concordo totalmente |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

3. Quando quis sentir menos emoções *negativas* (como tristeza ou raiva), *mudei o que estava a pensar*.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | Concordo totalmente |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

4. Quando estava a sentir emoções *positivas*, tive cuidado para não as expressar.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Discordo totalmente | Não concordo nem discordo | Concordo totalmente |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

5. Quando estava perante uma situação stressante, forcei-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajudasse a ficar calma.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo **Não concordo nem** **Concordo**
totalmente **discordo** **totalmente**

6. Eu controlei as minhas emoções *não as expressando*.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo **Não concordo nem** **Concordo**
totalmente **discordo** **totalmente**

7. Quando quis sentir mais emoções *positivas*, eu *mudei a forma como estava a pensar* acerca da situação.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo **Não concordo nem** **Concordo**
totalmente **discordo** **totalmente**

8. Eu controlei as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontrava.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo **Não concordo nem** **Concordo**
totalmente **discordo** **totalmente**

9. Quando estava a experienciar emoções *negativas*, fiz tudo para não as expressar.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo **Não concordo nem** **Concordo**
totalmente **discordo** **totalmente**

10. Quando quis sentir menos emoções *negativas*, *mudei a forma como estava a pensar* acerca da situação.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo **Não concordo nem** **Concordo**
totalmente **discordo** **totalmente**

Instruções:

O próximo conjunto de questões está relacionado com a partilha da sua experiência e emoção com outras pessoas. Para cada questão, por favor faça um círculo à volta da opção que melhor corresponde à sua situação:

1. Em que medida sentiu a necessidade de partilhar a emoção relacionada com sua experiência?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
De modo **Mais ou menos** **Muitíssimo**
nenhum

2. Na altura, falou com alguém sobre essa experiência e/ou sobre essa emoção?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não falei Falei mais ou Falei
menos muitíssimo

3. E aproximadamente com quantas pessoas é que falou?

_____ pessoas

4. Com quem é que falou?

4.1. Companheiro/a:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não falei Falei mais ou Falei
menos muitíssimo

4.2. Familiares:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não falei Falei mais ou Falei
menos muitíssimo

4.3. Amigos:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não falei Falei mais ou Falei
menos muitíssimo

4.4. Profissionais de saúde:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não falei Falei mais ou Falei
menos muitíssimo

4.5. Estranhos:

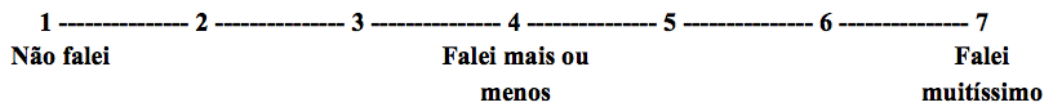
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não falei Falei mais ou Falei
menos muitíssimo

5. Após quanto tempo depois dessa experiência ter ocorrido é que a partilhou com alguém?

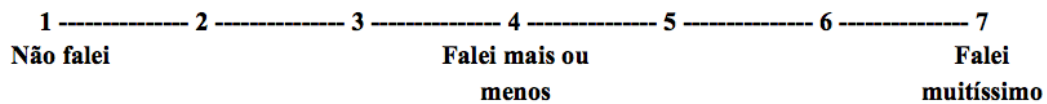
5.1. No próprio dia:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Não falei Falei mais ou Falei
menos muitíssimo

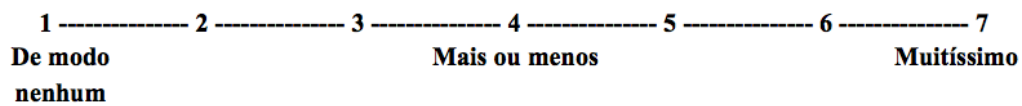
5.2. Nessa semana:



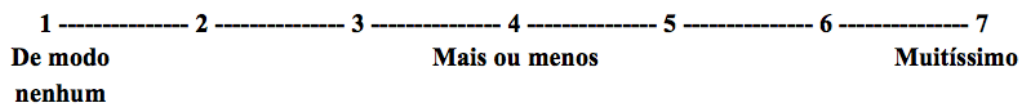
5.3. Após uma semana:



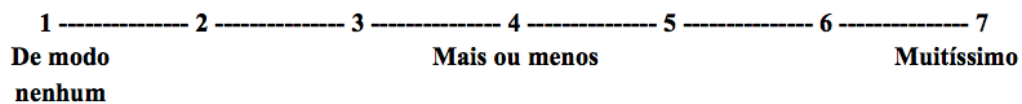
6. Em que medida acredita que essa partilha foi benéfica para si?



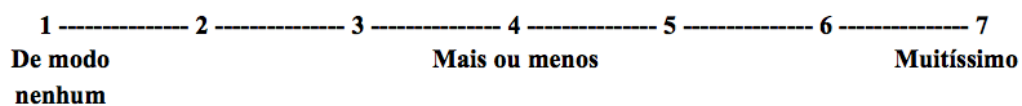
7. Em que medida é que essa partilha a ajudou a reduzir a sua emoção negativa?



8. Em que medida é que a pessoa com quem falou tentou dar-lhe apoio?



9. Em que medida é que a pessoa com quem falou a estimulou a ver a situação de uma perspetiva diferente?



2ª PARTE DO QUESTIONÁRIO

Na segunda parte deste questionário, gostaríamos de lhe pedir que se focasse na sua experiência em geral com o cancro da mama. **Por favor responda a esta segunda parte do questionário com base nessa experiência em geral.**

Instruções:

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere à altura em que esteve a fazer o tratamento:

| 1. Bem-estar físico: | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|---|---------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 1.1. Estava sem energia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.2. Fiquei enjoada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.3. Por causa do meu estado físico, tive dificuldade em atender às necessidades da minha família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.4. Tive dores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.5. Senti-me incomodada pelos efeitos secundários do tratamento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.6. Senti-me doente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.7. Senti-me forçada a passar tempo deitada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 2. Bem-estar social/familiar: | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|---|---------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 2.1. Senti que tinha uma boa relação com os meus amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.2. Recebi apoio emocional da minha família | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.3. Recebi apoio dos meus amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.4. A minha família aceitou a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.5. Estava satisfeita com a maneira como a minha família falou sobre a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.6. Senti-me próxima do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me deu maior apoio) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo e passe para a próxima secção.

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 2.7. Estava satisfeita com a minha vida sexual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

| 3. Bem-estar emocional: | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|--|---------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 3.1. Senti-me triste | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.2. Estava satisfeita com a maneira como enfrentei a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.3. Perdi a esperança na luta contra a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.4. Senti-me nervosa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.5. Estava preocupada com a ideia de morrer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.6. Estava preocupada que o meu estado viesse a piorar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4. Bem-estar funcional: | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|--|---------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 4.1. Fui capaz de trabalhar (inclusive em casa) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2. Senti-me realizada com o meu trabalho (inclusive em casa) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3. Fui capaz de sentir prazer em viver | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4. Aceitei a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.5. Dormi bem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6. Gostei das coisas que normalmente faço para me divertir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.7. Fiquei satisfeita com a qualidade da minha vida nesse momento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 5. Preocupações adicionais: | Nem um pouco | Um pouco | Mais ou menos | Muito | Muitíssimo |
|---|---------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 5.1. Senti falta de ar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.2. Senti-me insegura com a forma como me vestia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.3. Tive inchaço ou dor em um ou ambos os braços | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.4. Senti-me sexualmente atraente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.5. Senti-me incomodada com a queda de cabelo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.6. Fiquei preocupada com a possibilidade de outros membros da minha família um dia tivessem a mesma doença que eu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.7. Fiquei preocupada com o efeito do “stress” (estresse) sobre a minha doença | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.8. Senti-me incomodada com a alteração de peso | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.9. Consegui sentir-me mulher | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.10. Senti dor em algumas regiões do meu corpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3ª PARTE DO QUESTIONÁRIO

Na terceira e última parte deste questionário, gostaríamos de lhe pedir que nos indique alguns dados pessoais atuais para efeitos de caracterização da amostra. Relembramos que estes dados são confidenciais e as respostas serão sempre tratadas de forma coletiva, de modo que as respostas individuais nunca serão divulgadas. **Para cada questão, por favor indique a opção que se adequa mais ao seu caso.**

1. Idade: _____ anos

2. Estado civil:

Solteira¹ Casada² União de facto³ Divorciada/separada⁴ Viúva⁵

3. Escolaridade completa:

4º ano¹ 9º ano² Ensino Secundário³ Licenciatura⁴ Mestrado⁵
Doutoramento⁶ Outra⁷. Qual? _____

4. Situação laboral atual:

Ativa/a trabalhar¹ Desempregada² De baixa³ Reformada⁴
Outra⁵. Qual? _____

5. Há quanto tempo foi diagnosticada com a doença? _____ anos e _____ meses

6. Nesta situação, foi um/a:

Cancro original/primário (isto é, nunca tive cancro antes)¹
Recidiva (isto é, já tive cancro antes)²

7. Há quanto tempo terminou os tratamentos? _____ anos e _____ meses

8. Tratamentos realizados:

Cirurgia¹ Radioterapia² Quimioterapia³ Hormonoterapia⁴
Medicação/analgésicos⁵
Outros.⁶ Quais? _____

9. Utilizou intervenções alternativas?

Sim¹ Quais? _____ Não²

10. Se realizou cirurgia, de que tipo foi:

Mastectomia Radical¹ Tumorectomia (isto é, cirurgia conservadora da mama)²
Outra.³ Qual? _____

11.1. Já fez ou tenciona fazer a reconstrução da mama:

Sim¹ Não²

11.2. Se já fez, há quanto tempo foi? _____ anos e _____ meses

12.1. Já teve ou está a ter acompanhamento psicológico associado à sua doença?

Sim¹ Não²

12.2. Quando foi feito esse acompanhamento?

No passado¹ Ainda está a decorrer²

13.1. Já teve ou tem alguma doença mental que lhe tenha sido diagnosticada?

Sim¹ Não²

13.2. Se sim, qual? _____

14.1. Já participou ou participa em grupos de apoio e/ou em associações que lhe prestam apoio relacionado com a sua doença?

Sim¹ Não²

14.2. Quando é que participou?

No passado¹ Ainda está a decorrer²

15. Atualmente ainda está a fazer hormonoterapia?

Sim¹ Não²

Anexo B – Pedido de Colaboração às Associações

Assunto: Pedido de Colaboração e Autorização na Recolha de Dados

Exmo. Sr.º / Sr.ª,
Associação _____,

O meu nome é Rita Moura e no âmbito do desenvolvimento da dissertação de Mestrado em Psicologia Social da Saúde, a ser realizada no Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), sob a orientação da Professora Cristina Camilo (em CC), vimos por este meio solicitar a vossa colaboração. O meu projeto de dissertação foca-se nas temáticas da regulação emocional e qualidade de vida no contexto do cancro da mama. Mais concretamente, pretendemos comparar dois processos diferentes de regulação emocional (individual e social) junto de mulheres sobreviventes do cancro da mama, e explorar de que modo é que estes processos contribuem para a qualidade de vida geral das pessoas afetadas por esta doença. A nossa população alvo são mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que já tenham terminado os tratamentos no âmbito do cancro da mama.

Considerando o objetivo do presente trabalho, gostaríamos de contar com a Vossa parceria e colaboração na implementação do estudo e a Vossa autorização para recolher dados na Vossa Associação. A recolha de dados será constituída por um questionário que demora cerca de 15 a 20 minutos. O estudo será conduzido em articulação com as vossas regras e com o maior respeito pelo funcionamento da Associação por forma a não perturbar. Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, respeitando todos os princípios deontológicos de investigação em Psicologia. A participação das pessoas é voluntária e será pedida autorização formal prévia.

Fazemos acompanhar em Anexo um breve enquadramento teórico, bem como uma cópia do questionário a ser aplicado, do consentimento informado e esclarecimento final a ser prestado a todas as participantes. Estaremos ao dispor para expor pessoalmente o presente pedido e delinear uma estratégia de colaboração que seja adequada à Associação.

Agradecemos antecipadamente a vossa atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Rita Moura

Estudante do Mestrado de Psicologia Social da Saúde do ISCTE-IUL

Cristina Camilo

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Psicologia Social e das Organizações
ISCTE-IUL

Anexo C – Parecer da Comissão Ética do ISCTE-IUL



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

11/2018

Three handwritten signatures in blue ink are located in the top right corner of the page. The top signature is the most legible and appears to be 'F. Almeida'. Below it are two other signatures that are less distinct.

Projeto “Regulação emocional e qualidade de vida em mulheres sobreviventes do cancro da mama”

O Projeto “Regulação emocional e qualidade de vida em mulheres sobreviventes do cancro da mama”, submetido pela investigadora Rita da Silva Moura, foi apreciado pelos membros da Comissão de Ética na reunião do dia 27 de abril de 2018.

O projeto apresentado reveste-se de inegável interesse científico e alcance social.

A informação disponibilizada, em conformidade com o *Formulário de Submissão para Aprovação Ética* em uso no ISCTE-IUL, satisfaz os requisitos éticos exigíveis neste tipo de projetos de investigação, contemplando, nomeadamente:

- a) O problema de investigação e a relevância do projeto, que incidem sobre o estudo dos problemas emocionais em mulheres com cancro da mama, o tipo de tumor maligno mais frequente em pessoas do sexo feminino, que afeta o seu bem-estar. Sabendo-se que a regulação emocional pode ocorrer a nível intrapessoal ou interpessoal, cuja comparticipação é ainda insuficientemente conhecida, o projeto visa investigar estes dois tipos de regulação, comparando os resultados da regulação intrapessoal e os da partilha social das emoções em termos de processos e resultados, em especial no contexto do cancro da mama, uma vez que nestes casos as dificuldades emocionais são comuns e acentuadas;
- b) O objetivo geral, que visa comparar os processos de regulação emocional intrapessoal e de partilha social das emoções junto de mulheres sobreviventes do cancro da mama, e os objetivos específicos, a seguir enunciados: 1) explorar se, perante uma carga emocional negativa, as pacientes deram prioridade a uma regulação emocional intrapessoal ou interpessoal; 2) procurar compreender se essa regulação se focou nos antecedentes da emoção (e.g., reavaliação cognitiva) ou na resposta à emoção (e.g., supressão); 3) avaliar e comparar de que modo é que estes dois tipos de regulação contribuíram para a qualidade de vida dessas pacientes na altura em que se encontravam na fase do tratamento da doença;
- c) As participantes serão recrutadas através de associações de apoio ao cancro que aceitem colaborar neste estudo. Mais concretamente, as mulheres que se encontrem na fase da sobrevivência do cancro da mama serão convidadas a participar após lhes ser explicado os respetivos objetivos e procedimentos. O estudo decorrerá num único momento, sendo a informação recolhida através de um questionário em suporte de



Isabel Infante
Ulla

fus
B

papel. Cada questionário demorará cerca de 15 a 20 minutos e será preenchido na presença da investigadora principal, caso as participantes necessitem de alguma ajuda (p. ex., esclarecer alguma questão). Em casos particulares em que as participantes mostrem interesse em participar, mas não tenham disponibilidade no momento para o fazer ou o peçam especificamente, após o primeiro contacto presencial, ser-lhes-á disponibilizado um *link* para que possam preencher o questionário *online*, cujo conteúdo é igual ao do questionário em suporte de papel. Também a estas participantes serão disponibilizadas as mesmas informações e solicitado o respetivo consentimento informado;

- d) O número previsto de participantes será de cerca de 100 mulheres adultas, sobreviventes de cancro da mama (ou seja, que já tenham terminado os tratamentos e se encontrem em fase de remissão), com um bom domínio da língua portuguesa. O seu recrutamento terá lugar junto de associações de apoio à doença, mediante um pedido prévio de autorização para a recolha de informação, o qual será feito por via postal ou por *emails*, e complementado, sempre que necessário, por uma exposição oral dos objetivos e procedimentos gerais do estudo;
- e) Os métodos e procedimentos propostos afiguram-se adequados, bem assim como o questionário a utilizar, o recrutamento dos participantes e a recolha de dados;
- d) O estudo não envolve riscos significativos para as participantes, nem o recurso a *deception* ou ocultação de informação;
- e) A participação voluntária dos sujeitos será assegurada mediante prévio consentimento informado, livre e esclarecido assinado pelos próprios, independentemente do questionário revestir o preenchimento de um formulário em suporte de papel ou o preenchimento *online*;
- f) Os formulários de consentimento informado contêm a explicação sumária dos objetivos e procedimentos da investigação, a possibilidade de desistência a qualquer momento, a referência a eventuais riscos/desconfortos, a garantia do anonimato e confidencialidade dos resultados obtidos, bem assim como a identificação e o contacto das investigadoras;
- g) O teor do *debriefing*, bem assim como a declaração de responsabilidade e de conduta ética da investigadora, obedecem às disposições contidas no *Código de Conduta Ética na Investigação – ISCTE-IUL*.

Em suma, assegurados que se encontram o voluntariado da participação, a confidencialidade, a privacidade e o anonimato dos participantes e da informação recolhida, o projeto mereceu o parecer favorável da Comissão.

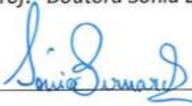
O Presidente da Comissão, *Prof. Doutor Jorge Costa Santos*




O Vogal, *Prof. Doutor Manuel Pita*



A Vogal, *Prof.ª Doutora Sónia Bernardes*



O Vogal, *Prof. Doutor Vítor Basto Fernandes*



Anexo D – E-mail de Divulgação do Estudo

Assunto: Participação em estudo de Psicologia

Olá,

O meu nome é Rita Moura e no âmbito do Mestrado em Psicologia Social da Saúde do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), sob a orientação da Professora Cristina Camilo, gostaria de a convidar a participar num estudo sobre regulação emocional e qualidade de vida no âmbito do cancro da mama. Os requisitos para que possa participar são que tenha 18 ou mais anos e que tenha sido diagnosticada com cancro da mama, mas já tenha terminado os tratamentos (com a exceção da hormonoterapia). A sua participação consistirá em responder a um questionário que dura cerca de 15 a 20 minutos.

Se preferir que entre em contacto consigo antes do estudo para saber mais informações sobre o mesmo ou preencher o questionário em papel, terei todo o gosto em agendar uma data para esse feito. Em alternativa, poderá participar ao preencher o questionário em formato online através do seguinte *link*.

Se durante preenchimento deste questionário surgir qualquer dúvida ou mesmo depois, poderá sempre entrar em contacto comigo através do endereço: rsmma@iscte-iul.pt

Se tiver amigas, familiares ou colegas que possam participar e estejam interessadas, por favor partilhe este e-mail.

Agradeço antecipadamente toda a sua atenção, disponibilidade e ajuda!

Com os melhores cumprimentos,

Rita Moura

Estudante do Mestrado de Psicologia Social da Saúde do ISCTE-IUL

Anexo E – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO ORIGINAL

O presente estudo surge no âmbito de uma dissertação de mestrado a decorrer no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa**. Este estudo incide sobre as temáticas da regulação emocional e da qualidade de vida no contexto oncológico. Com a informação recolhida, pretendemos perceber como é que as pessoas regulam as suas emoções face à doença oncológica, neste caso, no âmbito cancro da mama, e que implicações é que isso tem para a sua qualidade de vida no geral.

O estudo é realizado por **Rita Moura** (rsmaa@iscte-iul.pt), sob a supervisão de **Cristina Camilo** (cristina_camilo@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso deseje colocar uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação, que será muito valorizada, consiste em preencher um questionário acerca da sua experiência emocional e qualidade de vida no contexto do cancro da mama, e poderá durar cerca de 15 a 20 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo, mas poderá sentir-se emocionalmente perturbada por estar a recordar uma situação pessoal como a que é tratada neste estudo. Mais especificamente, ser-lhe-á pedido que recorde uma experiência pessoal do seu diagnóstico ou tratamento da doença onde tenha sentido uma emoção negativa forte. Caso sinta que necessita de apoio na sequência da sua participação neste estudo, não hesite em contactar uma das investigadoras. Ainda que possa não beneficiar diretamente com a participação no estudo, as suas respostas vão contribuir para uma melhor compreensão dos processos emocionais, que são essenciais para promover a qualidade de vida geral junto da população afetada por esta doença.

A participação neste estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

Face a estas informações, por favor indique se aceita participar no estudo:

ACEITO

NÃO ACEITO

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Anexo F – Debriefing



DEBRIEFING/EXPLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Muito obrigado por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre os processos de regulação emocional e qualidade de vida no âmbito do cancro da mama e pretende comparar dois tipos diferentes de regulação emocional, neste caso, individual e social. Mais especificamente, queremos avaliar como é que perante uma situação negativa, como é o caso do diagnóstico e/ou tratamento desta doença, as pessoas fizeram a regulação das suas emoções. Por exemplo, se optaram por regulá-las sozinhas ou por partilhá-las com as outras pessoas. Além disso, também queremos perceber como é que estes dois tipos de regulação podem contribuir para o aumento ou diminuição do nível de qualidade de vida das pessoas afetadas por esta doença.

No âmbito da sua participação, se houver alguma situação que a deixou mais perturbada ou se quiser discutir qualquer outro aspeto relacionado com este estudo poderá entrar em contacto connosco.

Assim, reforçamos os dados de contacto, que também pode utilizar caso deseje colocar uma dúvida, partilhar algum comentário, ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo: **Rita Moura** (rsmaa@iscte-iul.pt) e/ou **Cristina Camilo** (cristina_camilo@iscte-iul.pt).

Mais uma vez, muito obrigado pela sua participação!