Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Ajustamento mental e constrangimentos sociais em sobreviventes de cancro da mama - Impacto da partilha social das emoções e dos constrangimentos sociais no ajustamento mental em sobreviventes de cancro da mama

Ana Isabel Ribeiro Branco

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Doutora Cristina Maria Lopes Camilo, Professora Auxiliar Convidada

Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2018

Dedicatória

Aos meus pais e ao meu irmão.

Agradecimentos

Finalizada mais uma etapa, tenho a agradecer a todos aqueles que sempre me motivaram, acreditaram em mim e tornaram esta realização possível. Apesar de parecer existir uma ordem hierárquica, não existe, e cada uma destas pessoas teve o seu papel especial na minha vida e neste objetivo.

Antes de mais, obrigada a todas as participantes que despenderam um bocadinho do seu tempo e experiência para me ajudarem a concretizar este objetivo. Esta dissertação não teria acontecido sem elas.

Obrigada à minha orientadora, Professora Doutora Cristina Camilo, pelos ensinamentos, pela paciência, e pelo acompanhamento ao longo deste trabalho.

Aos meus pais, o meu mais profundo obrigada por acreditarem em mim, por não me deixarem desistir, por me darem asas para voar, mas acima de tudo, por estarem sempre lá quando tudo o resto parece falhar. Não há palavras suficientes para vos agradecer.

Obrigada ao meu irmão, por saber que estará sempre comigo, pela proteção e me fazer sentir o verdadeiro significado de amor incondicional.

Obrigada ao Filipe Pedras, meu amor, por todo o apoio, amizade, companheirismo, amor e cumplicidade. Por não me deixar desistir e por tornar todos os "Ainda?" em "Sempre!".

Obrigada à Márcia Silva, por toda a amizade, companheirismo, apoio e crescimento ao longo de todos os anos. És sem dúvida a "minha pessoa".

Obrigada ao Bruno Cruz, por todo o carinho, amizade e companheirismo. Por acreditar sempre em mim e ser o meu porto de abrigo.

Obrigada à Ana Barros, por crescermos juntas, por seres a minha irmã de coração e extensão do meu ser.

Obrigada à Ana Pulido, por todo o apoio, toda a amizade, todas as partilhas e conselhos, por todas as palavras de motivação nesta etapa, e por me deixares fazer parte da tua vida.

Obrigada à Carla Reis, pela amizade, motivação e crescimento. Por seres um exemplo de perseverança e resiliência.

Obrigada à Irina e ao Rafael, meus caçulos, por todo o carinho e confiança que depositam sempre em mim. Gosto muito de vocês.

Obrigada à Rita Dias, pela amizade e presença ao longo de todos estes anos.

Obrigada à Andreia Silva e ao Carlos Carriço por me terem acompanhado neste percurso académico, pelas longas conversas e pelo apoio durante esta longa etapa.

Obrigada à Catarina Santulhão e Sofia Barrocas, por terem sido as minhas companheiras nesta aventura do mestrado, pelas partilhas, e por terem sempre uma palavra de conforto a dar.

Obrigada à minha família, que é enorme, mas que independentemente da distância, estão sempre perto e dispostos a apoiar-me. Obrigada a todos.

Mais uma vez, obrigada a todos vocês!

Resumo

O cancro da mama é mundialmente a neoplasia mais comum nas mulheres (International Agency for Research on Cancer, 2018). Quer o diagnóstico, quer o tratamento têm impacto negativo a nível físico, psicológico e social (Prue, Rankin, Allen, Gracey & Cramp, 2006). Geralmente, após esse impacto negativo, as pessoas sentem a necessidade de partilhar as suas emoções e pensamentos com aqueles que as rodeiam (Marroquín, Czamanski-Cohen, Weihs & Stanton, 2016). No entanto, as caraterísticas do ambiente social podem influenciar a forma como irá ser feita a partilha, podendo inibir a forma como as pessoas falam, pensam e se sentem em relação à doença, o que consequentemente irá afetar negativamente o ajustamento ao cancro (Lepore & Revenson, 2007). O presente estudo pretende compreender em que medida é que os constrangimentos sociais podem impedir que a partilha social de emoções funcione como um fator de ajustamento mental ao cancro da mama. Neste estudo participaram 79 mulheres adultas, sobreviventes ao cancro da mama há pelo menos dois anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Indicadores da partilha social das emoções, escala de constrangimentos sociais e escala de ajustamento mental ao cancro. Verificou-se que as mulheres que relataram maiores constrangimentos sociais, apresentaram um menor ajustamento mental ao cancro. Porém, mediante a presença de constrangimentos sociais baixos, a partilha social não mostrou estar associada diretamente a um maior ajustamento mental ao cancro em algumas dimensões.

Palavras-Chave: Cancro da Mama; Partilha Social de Emoções; Constrangimentos Sociais; Ajustamento Mental ao Cancro.

Abstract

Breast cancer is the most common neoplasm in women worldwide (International Agency for Research on Cancer, 2018). Both the diagnosis and the treatment have a negative physical, psychological and social impact (Prue, Rankin, Allen, Gracey & Cramp, 2006). Generally, after this negative impact, people feel the need to share their emotions and thoughts with those around them (Marroquín, Czamanski-Cohen, Weihs & Stanton, 2016). However, the characteristics of the social environment can influence the way that sharing will be made and may inhibit the way people talk, think and feel about the disease, which will negatively affect the adjustment to cancer (Lepore & Revenson, 2007). The present study aims to evaluate how the social constraints may prevent social sharing of emotions from functioning as a mental adjustment factor for breast cancer. This study involved 79 adult women who had survived breast cancer at least two years ago. The following instruments were used: Indicators of social sharing of emotions, scale of social constraints and scale of mental adjustment to cancer. It was found that women who reported greater social constraints presented a lower mental adjustment to cancer. However, through the presence of low social constraints, social sharing is not directly associated with a greater mental adjustment to cancer in some dimensions.

Keywords: Breast Cancer; Social Sharing of Emotions; Social Constraints; Mental Adjustment to Cancer.

Índice

Introdução 1

Capítulo I – Enquadramento Teórico 5

1. Ajustamento Mental ao Cancro da Mama 5

2. Partilha Social das Emoções 7

3. Constrangimentos Sociais 9

Capítulo II – Método 13

1. Participantes 13

1.1 Caraterização sociodemográfica das participantes 14

1.2 Caraterização Clínica das participantes 15

2. Instrumentos 16

2.1 Partilha Social das Emoções 16

2.2 Constrangimentos Sociais 17

2.3 Ajustamento Mental ao Cancro 17

3. Procedimento 18

Capítulo III - Resultados 21

Capítulo IV - Discussão 31

1. Contributos teóricos e implicações práticas 33

1.1 Limitações 34

1.2 Sugestões para investigação futura 34

1.3 Considerações finais 35

Referências 37

Anexo A – Consentimento Informado 45

Anexo B – Indicadores da Partilha Social das Emoções 47

Anexo C – Escala Constrangimentos Sociais (Versão Companheiro) 52

Anexo D – Escala Constrangimentos Sociais (Versão Familiares/Amigos) 53

Anexo E – Escala Constrangimentos Sociais (Versão Profissionais de Saúde) 54

Anexo F- Escala de Ajustamento Mental ao Cancro 55

Anexo G – Questionário Sociodemográfico 57

Anexo H - Debriefing 59

Índice de Quadros

Quadro 1 - Análise descritiva das caraterísticas sociodemográficas das participantes 14

Quadro 2 - Análise descritiva das caraterísticas clínicas das participantes 15

Quadro 3 - Análise descritiva dos constrangimentos sociais, ajustamento mental ao cancro e partilha social das emoções 21

Quadro 4 - Matriz de correlações entre as varáveis constrangimentos sociais, ajustamento mental ao cancro e partilha social das emoções. 23

Quadro 5 -Efeitos principais e de interação entre a partilha social de emoções, constrangimentos sociais por parte do companheiro e ajustamento mental ao cancro 24

Quadro 6 - Efeitos principais e de interação entre a partilha social de emoções, constrangimentos sociais por parte de familiares/amigos e ajustamento mental ao cancro 24

Quadro 7 - Efeitos principais e de interação entre a partilha social de emoções, constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde e ajustamento mental ao cancro 25

Quadro 8 - Efeitos principais e de interação entre a partilha social de factos, constrangimentos sociais por parte do companheiro e ajustamento mental ao cancro 26

Quadro 9 - Efeitos principais e de interação entre a partilha social de factos, constrangimentos sociais por parte de familiares/amigos e ajustamento mental ao cancro 27

Quadro 10- Efeitos principais e de interação entre a partilha social de factos, constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde e ajustamento mental ao cancro 29

Quadro 11 - Efeitos principais e de interação entre a partilha social de resultados, constrangimentos sociais por parte do companheiro e ajustamento mental ao cancro 29

Quadro 12 - Efeitos principais e de interação entre a partilha social de resultados, constrangimentos sociais por parte dos familiares/amigos e ajustamento mental ao cancro 30

Quadro 13 - Efeitos principais e de interação entre a partilha social de resultados, constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde e ajustamento mental ao cancro 30

Índice de Figuras

Figura 1 – Efeito moderador dos constrangimentos sociais do companheiro, na partilha social de emoções e no ajustamento mental ao cancro. 26

Figura 2 - Efeito moderador dos constrangimentos sociais dos familiares/amigos, na partilha social de emoções e no ajustamento mental ao cancro. 28

Introdução

O cancro da mama é a neoplasia mais comum nas mulheres, em todo o mundo (International Agency for Research on Cancer, 2018). Segundo os dados fornecidos pela International Agency for Research on Cancer (IARC), em Outubro de 2018, pode observar-se que em Portugal a prevalência do cancro da mama em todas as idades é de 26.329 (257,1 em cada 100.000). Relativamente à mortalidade, foi possível apurar que em 2018, 1.748 mulheres faleceram devido ao cancro (11,3 em cada 100.000). Comparativamente a outros países da Europa, (i.e., França, Reino Unido, Bélgica, Holanda e Suécia), entre outros, Portugal tem menos casos de cancro da mama por cada 100.000 mulheres.

Em média, entre 2010 a 2014, 87,6% das mulheres sobreviveram ao cancro da mama em Portugal (Global Surveillance of Cancer Survival, 2018). Tendo em conta os avanços científicos, tanto a nível dos tratamentos como dos diagnósticos, tem-se vindo a verificar na última década que o cancro da mama tem cada vez mais taxas de sobrevivência (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017). Segundo os dados da Direção Geral de Saúde (DGS), no Programa Nacional para as doenças oncológicas de 2016 para 2017, houve um aumento da taxa de cobertura geográfica de programas nacionais de rastreios. Verificou-se também um aumento de 5% na adesão ao rastreio do cancro, resultando em 60% de taxa de adesão a esses mesmos programas.

Tanto o diagnóstico como o tratamento do cancro da mama têm impactos negativos nas dimensões física e psicológica, mas também nos aspetos sociais (Prue, Rankin, Allen, Gracey & Cramp, 2006). Estes impactos, geralmente traduzem-se em sintomas depressivos, ansiedade e fadiga (Burgess et al. 2005), bem como perceção e insatisfação com a própria imagem, problemas relacionados com a fertilidade e com a sexualidade (Fobair et al. 2006). Todos estes sintomas estão associados à própria doença, aos tratamentos necessários para a combater (i.e., quimioterapia e radioterapia) e até às cirurgias a que estas mulheres estão sujeitas. As mulheres que realizam uma mastectomia (perda total da mama) ou tumorectomia (perda parcial da mama), sofrem uma enorme alteração da sua imagem corporal, com consequências negativas na auto-estima, o que irá afetar os seus relacionamentos sociais e relações íntimas e sexuais (Bertero, 2002).

Assim, o cancro da mama pode ter influência a diversos níveis da vida das mulheres, desde o nível físico, psicológico e social, com impacto na fase inicial da doença, como também após o final dos tratamentos (i.e., problemas conjugais; Moreira, Silva & Canavarro, 2008). As múltiplas formas através das quais a doença interfere na vida das mulheres afetadas, deverá

implicar que a intervenção sobre esta população contemple os níveis, físico, psicológico e social. Para além disso, a preocupação com esta população deve prolongar-se além da fase aguda da doença.

A enorme taxa de sobrevivência à doença faz com que esta deva ser vista de forma longitudinal. Nesse sentido, diversos estudos concetualizam o cancro da mama como uma doença crónica, que despoleta sintomas depressivos e de ansiedade (Rabin, Goodin e Leventhal, 2004), pois este pode criar ruturas na vida do indivíduo e durante o decorrer da doença (Andersen, Anderson & deProsse, 1989).

Visto o cancro da mama ter um forte impacto na vida da mulher, tanto a nível psicológico como social, a vivência da doença associa-se a emoções negativas e, em alguns casos, a estados depressivos que ocorrem, tanto após o diagnóstico, como ao longo de todo o tratamento. Em parte, as respostas emocionais devem-se às consequências físicas da doença e do tratamento, mas da mesma forma, o cancro tende a afetar as crenças e as expectativas das mulheres afetadas acerca das suas próprias capacidades, do seu futuro e dos seus relacionamentos sociais (Lepore & Revenson, 2007).

Grande parte da literatura centra os seus estudos em questões de saúde física ou mental nas mulheres com cancro da mama. Por exemplo, existem estudos que revelam que as sobreviventes de cancro da mama apresentam níveis baixos de ansiedade e depressão, comparativamente ao início da doença (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). A grande maioria das mulheres consegue adaptar-se à doença, porém continua a existir uma minoria de mulheres sobreviventes que continuam a demonstrar sintomas de ansiedade e depressão grave ao longo do tempo (Kornblith & Ligibel, 2003). Porém, não é dado ênfase às necessidades sociais e de partilha que as sobreviventes do cancro da mama apresentam. Num estudo realizado por Jensen-Johansen e colegas (2013), os autores indicaram que a mera escrita pode ajudar no processo de partilha, pois as mulheres com cancro da mama que escreveram sobre aquilo que sentiam, sentiram-se mais desinibidas para falarem sobre a doença. Em suma, a saúde mental destas mulheres depende de fatores cognitivo-sociais e da forma como são implementados (Nils & Rimé, 2012; Marroquín, Czamanski-Cohen, Weihs & Stanton, 2016) e o ajustamento psicológico à doença, quando não é bem-sucedido, influencia a saúde física e consequentemente piora a qualidade de vida (Brown, Kroenke, Theobald, Wu & Tu, 2010).

O presente estudo pretende compreender em que medida é que os constrangimentos sociais por parte das pessoas que compõem a rede de apoio das sobreviventes de cancro da mama, podem impedir que estas mulheres recorram à interação social, e em particular à partilha social de emoções, como forma de promover o ajustamento mental à doença.

Este estudo encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo irá ser apresentado o ajustamento mental ao cancro onde se explica as dificuldades sentidas pelas mulheres com cancro da mama durante e após o tratamento, e o impacto que o cancro causa na vida das mulheres, quer a nível físico, psicológico e social na qualidade das suas vidas. Posteriormente é introduzida a partilha social das emoções, onde se clarifica o conceito, se demonstra a importância de partilhar com os outros, as emoções e pensamentos acerca do cancro e o impacto que tal partilha poderá ter no ajustamento à doença. Por fim, são referidos os constrangimentos sociais, em que se demonstra que existem necessidades de adaptação psicológicas e sociais, e que no geral as mulheres com cancro da mama procuram esse apoio nas pessoas que as rodeiam. Porém, a forma como os outros reagem à partilha social, podem ter um forte impacto na forma como estas mulheres se ajustam à doença.

No segundo capítulo, é apresentada a metodologia utilizada neste estudo. Serão apresentadas as caraterísticas das participantes, e explicado o procedimento adotado no estudo, bem como a forma como foram recolhidos os dados. Serão também descritas as medidas que foram utilizadas para medir a partilha social das emoções, os constrangimentos sociais e o ajustamento mental ao cancro.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados obtidos neste estudo, através das análises estatísticas que foram utilizadas. Apresentam-se as análises descritivas e inferenciais das variáveis em estudo, para que se possa verificar se os constrangimentos sociais alteram a forma como é feita a partilha social das emoções e que impacto isso terá no ajustamento mental ao cancro.

No quarto capítulo, é apresentada a discussão dos resultados que foram obtidos neste estudo, bem como as limitações do mesmo.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Ajustamento Mental ao Cancro da Mama

O diagnóstico de cancro da mama (e o subsequente tratamento) é considerado um stressor para as mulheres e suas famílias (Edgar, Remmer, Rosberger & Fournier, 2000), que se poderá vir a traduzir numa experiência negativa, com implicações ao nível emocional (Leal & Patrão, 2005). Após o diagnóstico de cancro, os indivíduos podem reagir de diversas formas, sentindo-se inicialmente em choque, descrentes e apáticos, sendo que depois podem vir a sentir ansiedade, raiva e depressão (Moorey & Greer, 2002).

A literatura tem vindo a demonstrar que, geralmente, as mulheres com cancro da mama apresentam sintomas depressivos e de ansiedade no decorrer do diagnóstico e dos tratamentos, afetando a sua qualidade de vida (Silberfarb & Greer, 1982; Moorey & Greer, 2002; Van Esch, Roukema, Ernst, Nieuwenhuijzen & De Vries, 2012). Porém, estes sintomas não se limitam à fase aguda da doença e podem observar-se nas sobreviventes ao cancro da mama, podendo prolongar-se pelo menos, quatro anos após o fim dos tratamentos (Kornblith & Ligibel, 2003). Na verdade, algumas destas mulheres continuam a relatar dificuldades físicas e sociais muitos anos após o diagnóstico e final do tratamento (Loi et al. 2013; Koch et al. 2013).

Os tratamentos de um sobrevivente de cancro podem ter como efeito secundário o desencadeamento de novas ameaças, tais como as que se colocam às competências físicas e mentais, à aparência física e aos papéis sociais (Moorey & Greer, 2002). Por exemplo, um estudo de Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu e Chapman (2012) indica que a autoimagem das mulheres com cancro da mama que realizaram cirurgia, ameaça a sua perceção sobre a avaliação que os outros fazem do seu corpo.

O conceito de sobrevivente de cancro ainda não é unânime na literatura. O *National Cancer Institute* (2018) define que todas as pessoas envolvidas no ajustamento ao cancro (desde o diagnóstico até ao equilíbrio da vida do indivíduo), tais como família, amigos e cuidadores, que de alguma maneira são afetados, são sobreviventes de cancro. Por outro lado, Leigh e Stovall (2003) estabelecem que, para ser considerado sobrevivente do cancro, a pessoa terá de passar a barreira dos cinco anos.

Outro dos conceitos que na literatura apresenta alguma complexidade na sua definição é o ajustamento à doença. Stanton e colegas (2007) definem o ajustamento como um processo dinâmico em que, dependendo do decorrer da doença, as estratégias de adaptação vão mudando, sendo influenciadas por fatores contextuais. Os autores salientam que é importante avaliar o ajustamento quer a nível emocional, cognitivo, psicológico e comportamental, bem como em

indicadores como a qualidade de vida e a depressão. Por outro lado, Greer, Moorey e Watson (1989) definiram o ajustamento mental ao cancro como respostas cognitivas e comportamentais quando os indivíduos tomam conhecimento do diagnóstico de cancro e das suas implicações.

Alguns modelos que teorizam a forma como a doença pode despoletar emoções negativas, traduzindo-se em estratégias que terão impacto no ajustamento à doença. Um dos modelos é o Modelo de Stress e *Coping* (Lazarus & Folkman, 1984) que postula que, perante um acontecimento considerado stressante (e.g., doença), os indivíduos avaliam-no e essa avaliação determina as suas reações emocionais e comportamentais. O modelo descreve dois tipos de avaliação, a primária e a secundária. A avaliação primária é aquela que irá atribuir um significado pessoal ao acontecimento e à sua valência, ou seja, se é positivo ou negativo. A avaliação secundária refere-se ao pensamento que o indivíduo faz sobre a melhor forma de lidar com o stressor e aos recursos que dispõe para o enfrentar.

Tal como o modelo anterior, também o Modelo de Auto-Regulação da doença de Leventhal e colaboradores (1997) indica que é a forma como se interpreta um acontecimento stressante (i.e., doença) que determina a reação emocional e o ajustamento que se faz a esse mesmo acontecimento. O referido modelo teoriza que os indivíduos criam representações cognitivas e emocionais das ameaças de saúde, que regularão o seu comportamento face à doença. Ou seja, o indivíduo tem um papel ativo pois processa a informação, cria representações e realiza as ações que considera necessárias para se ajustar à doença.

Em conjunto, os modelos indicam que o ajustamento à doença e a capacidade para lidar de forma positiva com a mesma, passam pela forma como as mulheres entendem a situação em que se encontram e são capazes de mobilizar recursos e delinear estratégias para lidar com o cancro.

Numa revisão sistemática realizada por Brandão, Schulz e Matos (2016), os autores tinham como objetivo examinar quais os fatores físicos, sociodemográficos e psicossociais capazes de predizer ajustamentos posteriores em mulheres com cancro da mama. Porém, os resultados gerais desta revisão indicaram que a maioria dos fatores físicos e sociodemográficos relacionados com a doença não foram consistentemente associados ao ajustamento mental do cancro da mama. No que diz respeito aos fatores psicossociais, houve dificuldade em encontrar resultados coerentes, mas o pensamento repetitivo sobre acontecimentos negativos, as tentativas de evitação ou a negação de emoções e situações negativas, podem levar ao isolamento, a um menor envolvimento nos comportamentos de saúde e mais sofrimento psicológico, contribuindo para um menor ajustamento ao cancro da mama. Na mesma linha de pensamento, Boinon et al. (2014) fizeram um estudo sobre as mudanças psicológicas no

ajustamento no decorrer do tratamento do cancro da mama. Estes autores concluíram que o apoio social é benéfico, embora se for percecionado de forma negativa ou o paciente evitar partilhar a sua experiência relativa à doença, não só deixa de ser benéfico como pode ter consequências negativas no ajustamento.

Após o fim dos tratamentos espera-se que as dificuldades sentidas pelos sobreviventes do cancro não sejam as mesmas que ocorreram na fase inicial da doença. No entanto, algumas dificuldades podem manter-se ao longo do tempo e o ajustamento não é imediato (Kornblith, 1998). É então importante compreender o impacto que o cancro da mama tem desde o diagnóstico, passando pelos tratamentos e mesmo após o término dos mesmos, para que possa ocorrer um bom ajustamento à doença.

Muitos fatores ameaçam o ajustamento pós término dos tratamentos. Por exemplo, uma das dificuldades das mulheres que já sobreviveram ao cancro da mama é o medo de uma recidiva devido aos traumas dos tratamentos a que estiveram sujeitas. O medo da recidiva não está apenas relacionado com o aparecimento do cancro na mama, mas também em outras áreas do corpo. No entanto, esse medo diminui com o passar dos anos (Vickberg, 2003).

Outro fator que desempenha um papel importante no ajustamento ao cancro da mama é o apoio social, quer seja a nível familiar e social (Arora, Finney-Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007), quer em contexto laboral. Tendo como exemplo o estudo de Nilson et al. (2013), os autores referem que existe uma associação direta entre o apoio social que recebem por parte do empregador e o tempo que demoram a voltar ao seu emprego, ou seja, quando existe apoio as mulheres com cancro da mama, retornam mais rapidamente ao seu trabalho, após cirurgia.

Em conclusão, o fator social desempenha um papel importante no ajustamento à doença, mas ainda assim, as mulheres que são mais otimistas têm uma maior probabilidade de enfrentarem a doença, de se envolverem mais no tratamento, de praticarem melhores comportamentos de saúde e de gerirem melhor o stress, sendo que estes fatores podem contribuir para o bem-estar psicológico (Adler & Page, 2008).

2. Partilha Social das Emoções

As emoções podem ser definidas como uma sequência de eventos que envolve condições antecedentes seguidas de respostas multifacetadas (experienciais, fisiológicas, cognitivas, expressivas e comportamentais), imediatamente seguidas por um procedimento de autocontrolo e auto-restauração (Rimé, Mesquita, Philippot & Boca, 1991). São fenómenos intrapessoais e de curta duração, que consistem numa rutura breve e temporal, que num dado

momento afetam a vida de uma pessoa (Rimé et al. 1991). Tomando o cancro como exemplo, esta doença despoleta reações emocionais negativas tais como ansiedade, raiva e depressão (Moorey & Greer, 2002), podendo a vivência da doença ser sentida como uma rutura em relação a um equilíbrio anterior.

As experiências emocionais, quer sejam positivas ou negativas, atuais ou resultantes da exposição a um evento traumático, incitam à comunicação interpessoal. Geralmente, quando é vivenciada uma emoção, as pessoas tendem a manifestar vontade de falar sobre o episódio emocional, bem como os sentimentos acerca do mesmo, e de partilhar essa experiência com as pessoas ao seu redor (Nils & Rimé, 2012). Por exemplo, num estudo realizado por Stanton et al. (2000), os autores mostram que as mulheres que reportaram lidar com o cancro da mama exprimindo as suas emoções, relataram menos sintomas depressivos (três meses mais tarde) que as mulheres que expressavam menos emoções. Quer isto dizer que, em pessoas que são diagnosticadas com cancro, uma forma potencialmente adaptativa de regulação emocional à doença é o facto de expressarem as suas emoções (Marroquín et al., 2016). Num sentido vasto, a regulação emocional é referida como os esforços que o indivíduo faz para acreditar que as emoções o influenciam de uma forma útil em vez de uma forma prejudicial (Gross, 2015). Geralmente, associa-se que se as pessoas falarem sobre as suas emoções irão sentir um alívio face às mesmas, pelo que, esta partilha de emoções é considerada um processo interpessoal da regulação emocional (Rimé, 2009).

A Partilha Social das Emoções (PSE) é definida como uma conversa onde os indivíduos comunicam de forma aberta, com uma ou mais pessoas, sobre as circunstâncias de um evento emocional, bem como sobre os próprios sentimentos e reações emocionais (Rimé, 2009). Este tipo de partilha é iniciada logo após o evento desencadeante, sendo geralmente repetido a várias pessoas, algumas consideradas íntimas (e.g., familiares, amigos e cônjuge / parceiro; Rimé, 2009). É portanto, considerado um processo repetitivo (as pessoas falam sobre o acontecimento várias vezes), que envolve uma grande variedade de alvos (Rimé, 2009). O mesmo autor revela ainda que a partilha social de emoções ocorre independentemente do sexo ou da idade, ou da cultura e educação e que a partilha é feita independentemente da valência e do tipo de emoção sentida.

Os motivos pelos quais as pessoas partilham uma experiência emocional estão relacionados com a recordação do acontecimento e com a clarificação do seu significado; com o desabafo; com a procura de apoio e de despertar a atenção dos outros; com o intuito de informar e de obter conselhos sobre o episódio emocional (Duprez, Christophe, Rimé, Congard & Antoine, 2014). De uma forma geral, a partilha social de emoções é benéfica na recuperação

emocional do indivíduo, na consolidação de crenças que foram destruídas, na integração social e na redução do sofrimento (Nils & Rimé, 2012). Porém, os mesmos autores referem que existe a crença que o simples facto de se falar sobre a experiência emocional alivia o impacto negativo dessa mesma experiência, o que consequentemente, ajuda o indivíduo a lidar com o acontecimento. No entanto, esta crença provém apenas do alívio momentâneo que se sente ao falar sobre a experiência emocional (Nils & Rimé, 2012).

Contudo, a forma como as emoções são partilhadas, deve ser tida em conta. O modelo Bimodal da PSE refere que o conteúdo da partilha determina o seu resultado e discrimina dois modos principais de partilha emocional (Rimé, 2009). De acordo com o modelo, a partilha pode ocorrer num modo sócio afetivo, que pressupõe que o ouvinte dá respostas de apoio, conforto, validação ou empatia ao indivíduo que está a comunicar; ou num modo cognitivo, que pressupõe que o ouvinte estimule cognitivamente o narrador, em termos da reestruturação ou da reavaliação do evento emocional. Neste sentido, o modelo postula que a partilha através do modo sócio afetivo é benéfica nos momentos iniciais de um evento emocional, pois permite ao indivíduo um estado de alívio temporário, mas que não permite a recuperação emocional. Para que exista a tal recuperação e reestruturação emocional, é necessário que ocorra uma partilha de modo cognitivo (Brans, Mechelen, Rimé & Verduyn, 2013). Numa investigação de Nils & Rimé (2012), os autores verificaram que quando a partilha ocorria pelo modo cognitivo, o stress emocional relacionado com o acontecimento era significativamente menor e duradouro, sendo que pelo modo sócio afetivo, este resultado apenas era conseguido temporariamente.

Embora exista uma necessidade de partilhar emoções, o ambiente social poderá não ser recetivo, na medida em que, os membros da rede social do indivíduo, poderão limitar ou até mesmo negar a partilha social da emoção para a sua própria proteção. Tal pode ocorrer, quando o acontecimento que é partilhado provoca também emoções negativas entre os ouvintes (Rimé, 2009). Estas emoções negativas entre os ouvintes e as respetivas consequências no ajustamento à doença serão abordadas no próximo subcapítulo.

3. Constrangimentos Sociais

Como referido anteriormente, os indivíduos têm a necessidade de partilhar as suas experiências emocionais com os outros por diversos motivos, entre os quais a obtenção de apoio social (Duprez et al., 2014). A literatura tem vindo a demonstrar que acontecimentos negativos (e.g., acontecimentos traumáticos) têm um maior impacto na vida das pessoas, com maior impacto emocional, comparativamente a acontecimentos positivos. Ou seja, as pessoas tendem a reagir mais fortemente a eventos negativos do que a eventos positivos, pois os acontecimentos

negativos originam mais emoções, tendo um maior efeito nas medidas de ajustamento, com impactos mais duradouros (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer & Vohs, 2001). Por exemplo, Pinquart, Hlich e Silbereisen (2007) realizaram um estudo sobre o impacto do otimismo e do pessimismo no bem-estar psicológico em pacientes com cancro em fase de tratamento. Estes dois conceitos foram considerados de forma independente, ou seja, não implicou que os indivíduos apresentassem apenas níveis de otimismo ou só de pessimismo, podendo apresentar os dois em simultâneo. Posto isto, os autores concluíram que ser otimista não interfere significativamente no bem-estar. No entanto, ser pessimista afeta negativamente o bem-estar psicológico destes pacientes, no decorrer do tratamento.

Lidar com um acontecimento traumático, como é o caso do cancro, implica envolver aqueles que fazem parte da rede social de cada um, tais como familiares, amigos, cônjuges ou parceiros (Lepore & Revenson, 2007). Em consequência, é importante ter em conta a resposta dos elementos da rede social, pois estes influenciam as emoções, cognições e ações de quem procura apoio. Os membros da rede social do indivíduo podem facilitar o processo cognitivo de adaptação perante o cancro, sugerindo novas perspetivas positivas sobre a doença, e ajudando o paciente a aceitar ou a lidar com a situação vivida. Ao conversar, o indivíduo está a consolidar os seus pensamentos e as suas emoções (Lepore & Revenson, 2007). No entanto, se o doente se sente limitado ou constrangido a partilhar o que sente ou o que pensa acerca da doença (devido a algumas palavras, evitamentos ou críticas dos membros da sua rede social),então não se irão verificar os benefícios da partilha (Lepore & Revenson, 2007).

A qualidade da interação desempenha um papel importante em situações de ajustamento. Muitas das vezes, a interação com os outros pode não ser positiva, surgindo interações negativas ou conflituosas que poderão vir a prejudicar a saúde e o bem-estar do indivíduo (Baumeister et al., 2001). Quando os indivíduos conseguem falar sobre os seus pensamentos relacionados com o trauma, num ambiente social favorável, estes podem conseguir aumentar o controlo sobre as respostas emocionais negativas que sentem, de forma a transformá-las em pensamentos neutros ou positivos. Porém, se a rede social for crítica ou pouco apoiante, poderá impedir o ajustamento cognitivo (Lepore, 2001).

Após o diagnóstico de cancro, as pacientes podem apresentar dificuldades ao nível do processamento cognitivo, na medida em que terão de assimilar os factos e as implicações relativos ao seu estado de saúde. Neste sentido, sentirão necessidade de discutir os seus pensamentos e sentimentos, falando com os outros acerca das suas preocupações, mas os benefícios desta partilha dependerão em parte das respostas dos ouvintes. Quando um paciente ou sobrevivente de cancro se sente desconfortável ou inibido em partilhar com os outros,

assuntos relacionados com a doença, estes estão a experienciar os constrangimentos sociais (Lepore & Revenson, 2007).

Lepore (2002) define os constrangimentos sociais como condições sociais que fazem com que um indivíduo que tenha passado por algum acontecimento traumático se sinta incompreendido, sem apoio ou alheado da sua rede social, quando tenta expressar os seus pensamentos, sentimentos ou preocupações relacionadas com o acontecimento traumático. São exemplo de condições sociais a crítica, a evitação ou a recusa. Geralmente, os constrangimentos sociais refletem apenas a perceção que o próprio indivíduo tem acerca dessas mesmas condições e que o levam a inibir de partilhar as suas emoções com a sua rede de apoio (Lepore, 2002).

Os constrangimentos sociais podem ser vistos através de uma perspetiva social, onde surgem como resultados de factos sociais, sejam pensamentos, sentimentos ou ações dos outros e a interpretação psicológica que cada pessoa faz acerca desses mesmos factos (Lepore & Revenson, 2007).

Um modelo associado e explicativo dos constrangimentos sociais, é o Modelo do Processamento Social Cognitivo, descrito por Lepore (2001). Este modelo descreve a forma como o ambiente social afeta o processamento cognitivo por permitir que os indivíduos contemplem e discutam as emoções e pensamentos relacionados com o trauma. Se o ouvinte der apoio e for recetivo, não fazendo críticas sociais, existem mais benefícios cognitivos e emocionais para o paciente com cancro, que se sente mais à vontade para partilhar socialmente as suas emoções e pensamentos.

O contrário acontece quando a outra pessoa ignora, evita ou critica. Quando os pacientes com cancro se sentem socialmente constrangidos, evitam pensar ou partilhar os pensamentos e sentimentos relacionados com o cancro, especialmente com a pessoa que deu origem a esses sentimentos (Lepore & Revenson, 2007).

De forma a poder explicar os níveis altos de constrangimentos sociais em pacientes com cancro, foram tidos em conta algumas caraterísticas que pudessem moderar estes valores, tais como a idade, o género e o tempo decorrido desde o diagnóstico. Numa meta análise conduzida por Adams, Winger e Mosher, 2014, os autores verificaram que nem a idade nem o género foram moderadores significativos dos constrangimentos sociais, ou seja, nenhuma destas caraterísticas é totalmente explicativa deste fenómeno. Por outro lado, o tempo decorrido desde o diagnóstico foi o único moderador significativo, pois observou-se que maiores constrangimentos sociais estão associados a níveis mais elevados de stress em pacientes que foram diagnosticados recentemente com cancro.

Não só os pacientes que foram diagnosticados recentemente, como também os sobreviventes de cancro que se sentiram constrangidos por parte dos seus parceiros e prestadores de saúde, apresentam níveis mais elevados de fadiga, perturbações do sono e mais défice de atenção (Adams et al., 2016). No entanto, Adams e colaboradores (2016) apresentam outras possibilidades para estes resultados, tais como o facto de que um sobrevivente de cancro da mama que evita lidar com o stress, e que se sinta menos confiante nas suas habilidades de resolução de problemas, perceciona os outros como mais críticos e suscita respostas mais críticas. A outra explicação relaciona a depressão e os seus sintomas (i.e., fadiga, perturbação do sono e défice de atenção) ao facto de suscitarem interações negativas por parte dos membros da rede social.

Em suma, tem-se vindo a verificar que os constrangimentos sociais, sentidos por parte dos que fazem parte da suposta rede de apoio social estão associados a piores resultados de saúde mental (i.e., sintomas depressivos, angústia, ansiedade) em que futuramente se traduz em pior qualidade de vida (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001).

Capítulo II - Método

1. Participantes

O presente estudo é quantitativo e transversal, sendo que nesta investigação participaram 79 mulheres sobreviventes ao cancro da mama. A recolha das participações decorreu entre Novembro de 2017 e Maio de 2018, resultando num tipo de amostragem não probabilística, por conveniência. Como critérios de inclusão, as mulheres teriam de ser sobreviventes ao cancro da mama há pelo menos dois anos, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos e saberem falar português fluente. De clarificar que, todo o questionário foi escrito no passado, uma vez que era pedido para recordar situações específicas relacionadas com o cancro da mama em que temporalmente já teriam passado pelo menos dois anos.

1.1 Caraterização sociodemográfica das participantes

Quadro 1

Análise descritiva das caraterísticas sociodemográficas das participantes

Medidas/Variáveis	N	Percentagem	Média	Desvio-Padrão
Idade	71	-	53.92	11.31
Estado Civil	79	-		
Solteira	12	15.19	-	-
Casada	43	54.43	-	-
União de facto	10	12.66	-	-
Divorciada/separada	10	12.66	-	-
Viúva	4	5.06	-	-
Filhos	77	-	2.36	1.01
0	19	24.05	-	-
1	22	27.85	-	-
2	25	31.65	-	-
+ 2	11	13.92	-	-
Escolaridade	79	-	4.41	1.48
1ª classe a 4ª classe	15	18.99	-	-
5º a 6º ano de escolaridade	5	6.33	-	-
7º a 9º ano de escolaridade	16	20.25	-	-
10º a 12º ano de escolaridade	21	26.58	-	-
Licenciatura	20	25.32	-	-
Mestrado	2	2.53	-	-
Profissão	78	-	2.03	1.33
Ativa	46	58.23	-	-
Desempregada	5	6.33	-	-
Doméstica	6	7.59	-	-
Reformada	21	26.58	-	-

No que diz respeito às caraterísticas sociodemográficas das participantes, é possível constatar no quadro 1, que a idade média é de aproximadamente 54 anos (DP = 11.31). Mais de metade destas mulheres é casada (54.43%) e têm no mínimo dois filhos (31.65%). O nível de escolaridade mais comum entre estas mulheres é entre o 10º e 12º ano (26.58%), porém,

25.32% possuem uma licenciatura e apenas 15 mulheres (18.99%) têm entre a 1ª e a 4ª classe. No geral, as participantes encontram-se a trabalhar (58.23%).

1.2 Caraterização clínica das participantes

Quadro 2

Análise descritiva das caraterísticas clínicas das participantes

Medidas/Variáveis	N	Percentagem	Média	Desvio-Padrão
Tempo decorrido desde o diagnóstico (em meses)	78	-	97.12	72.35
Tempo decorrido desde o final dos tratamentos (em meses)	70	-	80.36	68.20
Tratamentos (mais do que uma possibilidade)		-	-	-
Cirurgia	77	97.47	-	-
Quimioterapia	57	72.15	-	-
Radioterapia	61	77.22	-	-
Hormonoterapia	28	35.44	-	-
Outros	19	24.05	-	-
Tipo de cirurgia		-	-	-
Mastectomia radical	40	50.63	-	-
Tumorectomia	39	49.37	-	-
Reconstrução mamária	78	-	-	-
Sim	32	40.51	-	-
Não, mas tenciona fazer	8	10.13	-	-
Não e não tenciona fazer	38	48.10		

Relativamente às caraterísticas clínicas, pode verificar-se no quadro 2 que a média de tempo decorrido desde o diagnóstico é cerca de 97 meses (DP = 72.35) e que em média as participantes terminaram os tratamentos há aproximadamente 80 meses (DP = 68.20). Verifica-se também que 97.47% das mulheres fez cirurgia, das quais 50.63% foram submetidas a mastectomia radical e 49.37% a tumorectomias. Algumas destas mulheres fizeram reconstrução mamária (40.51%), mas 48.10% das participantes não fez nem tenciona fazer.

2. Instrumentos

2.1 Partilha Social das Emoções

A medida da partilha social das emoções foi composta, com base numa revisão de estudos anteriores onde o construto foi avaliado. Foi composto um conjunto de 15 itens que avalia diversas dimensões da partilha, como o seu conteúdo, frequência, antecedentes ou alvos. Inicialmente pede-se à participante que se recorde de uma situação específica relacionada com o cancro da mama, onde tenha sentido uma emoção particularmente intensa e que a descreva. De seguida, pede-se que avalie as emoções relativas a esse acontecimento através da escala *Self Assessment Manikin* (SAM), de Bradley e Lang (1994). Esta escala tem como objetivo avaliar três dimensões afetivas: a ativação, a valência e a dominância (Bradley & Lang, 1994). A SAM é uma medida não verbal, pictórica, que permite representar a resposta referente a um evento ou estímulo afetivo, podendo ser utilizada em diversas situações e com diferentes populações alvo. É composta por nove figuras humanóides, em que se assinala numa escala de resposta de 9 pontos, conforme a identificação da pessoa com a resposta,

Para a avaliação da ativação, a SAM varia entre uma figura relaxada e sonolenta (i.e., relaxamento) e uma figura excitada de olhos arregalados (i.e., excitação). Apresenta também uma espécie de explosão na zona abdominal da figura, de forma a representar o grau de intensidade, pequeno ponto representa baixa intensidade e grande explosão representa muita intensidade (Bynion & Feldner, 2017). A dimensão dominância varia no tamanho da própria figura, quanto mais pequena a figura, menor será o controlo e, quanto maior a figura, maior o controlo da situação. Por sua vez, a dimensão valência varia entre uma figura infeliz e carrancuda (i.e., negativa) e uma figura feliz e sorridente (i.e., positiva).

No que diz respeito às qualidades psicométricas, a SAM apresentou valores de alfa de *Cronbach* de .96 para a dimensão valência, .95 para a dimensão ativação e .23 para a dimensão dominância (Bradley & Lang, 1994).

Os itens seguintes são questões relacionadas com a necessidade da partilha, o número de pessoas com quem partilhou, o número de vezes que partilhou e em que medida tinha partilhado emoções com o marido, familiares/amigos e profissionais de saúde, bem como o tipo de conteúdo da partilha (i.e., se são emoções ou factos; Rimé, Philippot, Boca & Mesquita, 1992). No final, era perguntado se após a partilha, a participante se sentia melhor; se a partilha fez com que tivesse ficado com uma perspetiva diferente do acontecimento e se tinha reduzido os sentimentos negativos, onde a resposta era dada numa escala tipo *Likert* de 10 pontos (Nils & Rimé, 2012). No que diz respeito às qualidades psicométricas, dos indicadores de partilha

social, a partilha social de emoções relativas ao acontecimento emocional apresentou um alfa de Cronbach de .78; a partilha social de factos relativos ao acontecimento emocional um alfa de .79 e a partilha social sobre resultados de partilha, apresentou um alfa de Cronbach de .93.

2.2 Constrangimentos Sociais

Para avaliar a perceção dos constrangimentos sociais foi utilizada a escala *Social Constraints Scale* (SCS – 15, Lepore S.J, 1997). Existem, duas versões desta escala: a versão Parceiro e a versão Familiares/Amigos. Esta escala não se encontra adaptada para a população portuguesa, porém, foi traduzida para português de forma a ser utilizada neste estudo. O processo de tradução passou por dois tradutores autónomos. Para além de ter sido feita a tradução, foi criada também uma terceira versão para avaliar os constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde. Ao testar esta nova versão, pretendeu-se perceber se este tipo de população clínica sentia também algum tipo de constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde, tendo estes uma enorme presença e importância no decorrer do tratamento do cancro.

A escala é composta por 15 itens (e.g., "Com que frequência o seu marido mudou de assunto quando tentou falar da sua doença?" ou "Com que frequência os seus familiares e amigos banalizaram os seus problemas?"), com uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, que varia de "*Nunca*" a "*Frequentemente*", onde as participantes assinalam a opção que consideram mais adequada ao seu caso. Segundo Lepore (2002), este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, com um alfa de Cronbach de .88 para a versão marido e alfa de Cronbach .89 para a versão familiares/amigos. Neste estudo, as qualidades psicométricas são consideradas ótimas sendo que as versões marido/companheiro e familiares/amigos apresentaram um alfa de Cronbach de .93, e a versão profissionais de saúde revelou um alfa de .88.

2.3 Ajustamento Mental ao Cancro

Para medir o ajustamento à doença, foi utilizada a Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC, Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J. & Bliss, J. (1994), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003). Este instrumento é composto por 29 afirmações que descrevem ações ou reações, com a finalidade de avaliar a forma como os pacientes com cancro percecionam a doença e as implicações da mesma na sua vida. São exemplos das afirmações, "Não consigo lidar com isto"; "Estou preocupada com a minha doença" ou "Encaro a minha doença como um desafio". Estes

29 itens, agrupam-se em cinco dimensões: "Desânimo/Fraqueza"; "Preocupação Ansiosa"; "Espírito de Luta"; "Evitamento Cognitivo" e "Fatalismo". A resposta é expressa numa escala de 4 pontos, em que a participante, ao ler cada afirmação, escolhe a opção com a qual se identifica, onde 1 corresponde a "*Não se aplica de modo nenhum a mim*" e 4 a "*Aplica-se totalmente a mim*".

No que diz respeito às qualidades psicométricas, esta escala apresenta um alfa de Cronbach aceitável (.77) para a dimensão "Espírito de Luta", sendo que as dimensões "Desânimo/Fraqueza"; "Preocupação Ansiosa" e "Evitamento Cognitivo" apresentam alfas de Cronbach considerados ótimos (.85; .92; .90, respetivamente). Apenas a dimensão "Fatalismo" não apresenta valores de consistência interna aceitáveis, .23 (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003). Neste estudo, a dimensão "Desânimo/Fraqueza" e "Preocupação Ansiosa" apresentam valores de alfa de Cronbach considerados ótimos (.91 e .90, respetivamente). Já as dimensões "Espírito de Luta" .71; "Evitamento Cognitivo" .66 e o "Fatalismo" apresentaram valores aceitáveis .60 (.71; .66 e .60, respetivamente).

Por fim, de forma a recolher dados sociodemográficos e clínicos, foi apresentado um questionário composto por 11 questões relativas ao estado civil, à idade, ao número de filhos, ao tempo decorrido desde o diagnóstico e desde o final dos tratamentos, os tratamentos realizados, entre outras perguntas.

3. Procedimento

Para a recolha de dados, foram adotadas três formas de contacto com as participantes. A primeira forma foi o contato com diversas associações de apoio a mulheres com cancro da mama. Foi enviado um primeiro e-mail para estas associações, onde se pedia uma breve reunião de apresentação. Após a reunião inicial, caso as associações aceitassem colaborar, foi enviado um segundo e-mail com o link do estudo, que as instituições reencaminharam para as suas associadas. Alternativamente, o questionário poderia ser respondido em formato papel, num local confortável para a participante, quando lhe fosse mais conveniente responder. As associações que mostraram disponibilidade em colaborar na recolha dos dados, pertencem ao distrito de Lisboa.

A segunda forma foi a criação de uma página na rede social Facebook, com o tema Constrangimentos Sociais em sobreviventes do Cancro da mama, onde o link para participação no estudo foi divulgado em grupos fechados sobre este tema, e em páginas de algumas associações. Este link foi também enviado via e-mail para algumas participantes que, devido à sua indisponibilidade, não podiam responder presencialmente ao estudo. Para as participantes

que preferiam responder ao questionário em papel, era combinado *a priori* um dia e local para a entrega e recolha do mesmo.

Por fim, a terceira forma de contato foi através do efeito bola de neve, onde a palavra era passada a familiares, amigos e colegas,

Do total da amostra, 32 pessoas responderam ao questionário *online* e 47 pessoas em formato de papel. Dez questionários em formato papel foram deixados numa associação, e dois numa outra. Os restantes 35 foram respondidos por conhecidos e amigos de algumas participantes.

No questionário em papel era entregue à participante, um consentimento informado (original e duplicado), onde era explicado o objetivo do estudo, o tempo estimado de duração (aproximadamente 20 a 30 minutos) e a informação acerca da confidencialidade e do anonimato na recolha dos dados. Era ainda explicado que a participante poderia desistir do estudo a qualquer momento. Caso a pessoa decidisse participar, o consentimento era colocado num envelope e o duplicado ficava na posse da participante. De seguida, era entregue um envelope que continha o questionário. Este era dividido, em seis partes. Inicialmente a pessoa respondia a questões relacionadas com a partilha da doença, de seguida respondia a uma escala com três versões de população alvo diferentes, com afirmações sobre sentimentos e comportamentos com as quais se identificava. A seguir, era apresentada uma outra escala, para avaliar o ajustamento mental da pessoa ao cancro e depois, pedia-se a resposta a um breve questionário de cariz sociodemográfico. Por fim, era apresentado o *debriefing* onde se explicava com mais detalhe os objetivos do estudo e fornecido os contatos da aluna e da responsável pela investigação. Após a conclusão da participação, o questionário era colocado dentro de um envelope.

Capítulo III - Resultados

Para efetuar a análise estatística dos dados foi utilizado o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. As análises foram realizadas tendo em conta um intervalo de confiança a 95% e, no que diz respeito aos *missing values*, correspondentes a menos de 20% do total dos recolhidos, foram tratados através do método de *listwise delection.*

Inicialmente começou por se realizar uma análise descritiva das variáveis em estudo. De seguida, foi efetuada uma análise de correlações entre as variáveis através do coeficiente de Pearson. Por fim, realizou-se a análise de moderação, com recurso à macro PROCESS v3.1 (Hayes, 2017), para compreender o efeito dos constrangimentos sociais na partilha social de emoções e no ajustamento mental ao cancro.

Quadro 3

Análise descritiva dos constrangimentos sociais, ajustamento mental ao cancro e partilha social das emoções

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	KS (Sig.)
Constrangimentos Sociais							
Companheiro	1.00	3.67	1.95	.77	.66	-.58	.033
Familiares / Amigos	1.13	3.67	1.97	.69	.85	-.41	.000
Profissionais de Saúde	1.00	3.20	1.46	.46	1.47	2.17	.000
Ajustamento Mental ao Cancro							
Desânimo / Fraqueza	1.00	3.38	1.47	.53	1.78	3.87	.000
Preocupação Ansiosa	1.00	3.88	2.18	.73	.46	-0.62	.018
Espírito de Luta	1.00	4.00	3.24	.68	-1.29	1.88	.000
Evitamento Cognitivo	1.00	4.00	2.74	.67	-.21	-0.17	.017
Fatalismo	1.00	4.00	3.06	.57	-.69	1.20	.001
Partilha Social das Emoções							
Emoções	.00	10.00	5.94	3.04	-.39	-.89	.083
Factos	.33	10.00	7.14	2.67	-.88	-.17	.000
Resultados de Partilha	.00	10.00	6.55	2.71	-.53	-.60	.006

O quadro 3 apresenta a estatística descritiva das variáveis investigadas. As variáveis constrangimentos sociais e ajustamento mental ao cancro foram medidas em escalas que variam de 1 a 4, enquanto que a variável partilha social das emoções, varia numa escala de 1 a 10.

Como se pode observar, nenhuma das variáveis em estudo apresenta uma distribuição normal, à exceção da dimensão emoções, i.e., da partilha de conteúdos emocionais na partilha social.

Em média as participantes sentiram mais constrangimentos sociais por parte dos familiares/amigos e dos companheiros, comparativamente aos profissionais de saúde. Ambas as dimensões apresentam uma distribuição assimétrica positiva nos valores mais baixos, enquanto que os constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde apresentam uma distribuição assimétrica positiva nos valores mais elevados. Porém, os alvos familiares/amigos e profissionais de saúde apresentam distribuições mesocúrticas e os companheiros uma distribuição leptocúrtica.

Relativamente ao ajustamento mental ao cancro, as participantes revelam, em média, um maior espírito de luta acerca do cancro da mama, encarando este acontecimento como um fatalismo que ocorreu. No geral, as participantes revelam sentir pouco desânimo/fraqueza face à doença. Nas dimensões espírito de luta, evitamento cognitivo e fatalismo, a distribuição assimétrica é negativa com uma concentração de respostas nos valores mais baixos, à exceção do espírito de luta, que concentra as suas respostas em valores mais altos. Contrariamente, a preocupação ansiosa apresenta uma distribuição assimétrica positiva concentrada em valores mais altos, enquanto que o desânimo/fraqueza apesar de também ter uma distribuição assimétrica positiva, os valores de resposta são mais baixos. Quanto à curtose, as dimensões desânimo/fraqueza, espírito de luta e fatalismo apresentam distribuições platicúrticas enquanto que as restantes dimensões apresentam distribuições leptocúrticas. Por fim, respetivamente à partilha social, as participantes revelaram partilhar em média mais factos sobre o cancro e até os resultados dessa partilha, do que propriamente as suas emoções face à doença. Todas as dimensões apresentam uma distribuição simétrica positiva e são platicúrticas.

Quadro 4

Matriz de correlações entre as varáveis constrangimentos sociais, ajustamento mental ao cancro e partilha social das emoções.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. CS Companheiro	-										
2. CS Familiares / Amigos	.26*	-									
3. CS Profissionais de Saúde	.40**	.54**	-								
4. Desânimo / Fraqueza	.35**	.42**	.27*	-							
5. Preocupação / Ansiosa	.22	.42**	.33**	.78**	-						
6. Espírito de Luta	-.01	-.15	.02	-.18	-.03	-					
7. Evitamento Cognitivo	.26*	.33**	.36**	.32**	.42**	.33**	-				
8. Fatalismo	.31*	.18	.15	.19	.27*	.59**	.42**	-			
9. PSE Emoções	-.02	.12	-.04	.07	.22	.03	-.09	.18	-		
10. PSE Factos	-.27*	-.09	-.20	-.13	.07	.02	-.21	-.05	.58**	-	
11. PSE Resultados de Partilha	-.09	-.11	-.19	-.24*	-.25*	.26*	-.14	.27*	.44**	.39**	-

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

Ao observar o quadro 4, verifica-se que as variáveis em estudo apresentam correlações baixas a moderadas, o que significa que se encontram a medir construtos diferentes.

Verifica-se também que todas as dimensões dos constrangimentos sociais estão positiva e significativamente correlacionados entre si, sendo que a correlação mais alta se verifica entre os constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde e dos constrangimentos sociais por parte dos familiares/amigos.

Os constrangimentos sociais por parte dos companheiros e familiares/amigos apresentam a correlação mais baixa com as restantes dimensões desta escala.

No que diz respeito ao ajustamento mental ao cancro, a dimensão preocupação ansiosa apresenta uma correlação forte com a dimensão desânimo/fraqueza. Esta correlação pode indicar que provavelmente medem um construto comum. Tal não é de estranhar, uma vez que ambas as dimensões pertencem ao ajustamento mental ao cancro. No entanto, estas duas dimensões são consideradas como ortogonais na medida original, pelo que nesta análise também serão analisadas da mesma forma.

Por fim, as diferentes dimensões da partilha social de emoções apresentam correlações baixas entre si, exceto a partilha de resultados que apresenta correlações moderadas com a partilha social de emoções e de factos.

Quadro 5

Efeitos principais e de interação entre a partilha social de emoções, constrangimentos sociais por parte do companheiro e ajustamento mental ao cancro

	PSE Emoções		Constrangimentos Sociais Companheiro		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1.Desânimo/Fraqueza	.03	.656	.28	.161	-.01	.762	.13
2.Preocupação Ansiosa	.04	.682	.14	.652	.02	.767	.12
3.Espírito de Luta	-.06	.496	-.23	.441	.04	.417	.01
4.Evitamento Cognitivo	.04	.665	.40	.152	-.03	.495	.08
5.Fatalismo	.07	.365	.34	.158	-.02	.642	.13

1. $F(3,62) = 3.10$; $p = .033$
2. $F(3,62) = 2,85$; $p = .044$
3. $F(3,62) = .25$; $p = .860$
4. $F(3,62) = 1.89$; $p = .141$
5. $F(3,62) = 3.09$; $p = .034$

Como se observa no quadro 5., não existe um efeito principal da partilha social das emoções no ajustamento mental ao cancro, nem um efeito dos constrangimentos sociais por parte dos companheiros no ajustamento à doença. Também não existe nenhum efeito de interação significativo.

Quadro 6

Efeitos principais e de interação entre a partilha social de emoções, constrangimentos sociais por parte de familiares/amigos e ajustamento mental ao cancro

	PSE Emoções		Constrangimentos Sociais Familiares/Amigos		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	-.02	.721	.26	.108	.01	.653	.18
2. Preocupação Ansiosa	.00	.992	.31	.151	.02	.543	.21
3. Espírito de Luta	-.03	.708	-.25	.256	.02	.585	.03
4. Evitamento Cognitivo	-.06	.374	.25	.236	.02	.610	.13
5. Fatalismo	.06	.355	.20	.270	-.01	.645	.06

1.$F(3,75) = 5.40$; $p = .002$
2.$F(3,75) = 6.59$; $p = .001$
3.$F(3,75) = .70$; $p = .556$
4.$F(3,75) = 3.72$; $p = .015$
5.$F(3,75) = 1.55$; $p = .210$

Ao observar o quadro 6, não se verifica a existência de um efeito principal da partilha social das emoções ou dos constrangimentos sociais por parte dos familiares/amigos no ajustamento mental ao cancro. Também não existe nenhum efeito significativo da interação entre as variáveis.

Quadro 7

Efeitos principais e de interação entre a partilha social de emoções, constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde e ajustamento mental ao cancro

	PSE Emoções		Constrangimentos Sociais Profissionais de Saúde		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	.01	.929	.29	.275	.01	.916	.08
2. Preocupação Ansiosa	.05	.617	.50	.150	.01	.932	.16
3. Espírito de Luta	-.03	.709	-.10	.769	.03	.648	.00
4. Evitamento Cognitivo	.02	.799	.65	.048	-.03	.629	.14
5. Fatalismo	.13	.072	.54	.058	-.07	.156	.08

1.F (3,74) = 2.11; $p = .106$
2.F (3,74) = 4.57; $p = .005$
3.F (3,74) = .10; $p = .958$
4.F (3,74) =3.87; $p = .013$
5.F (3,74) = 2.11; $p = .106$

Como se pode observar no quadro 7, as participantes que reportaram maiores constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde, apresentaram igualmente maior evitamento cognitivo. Porém, nenhuma das outras relações atingiu a significância.

Quadro 8

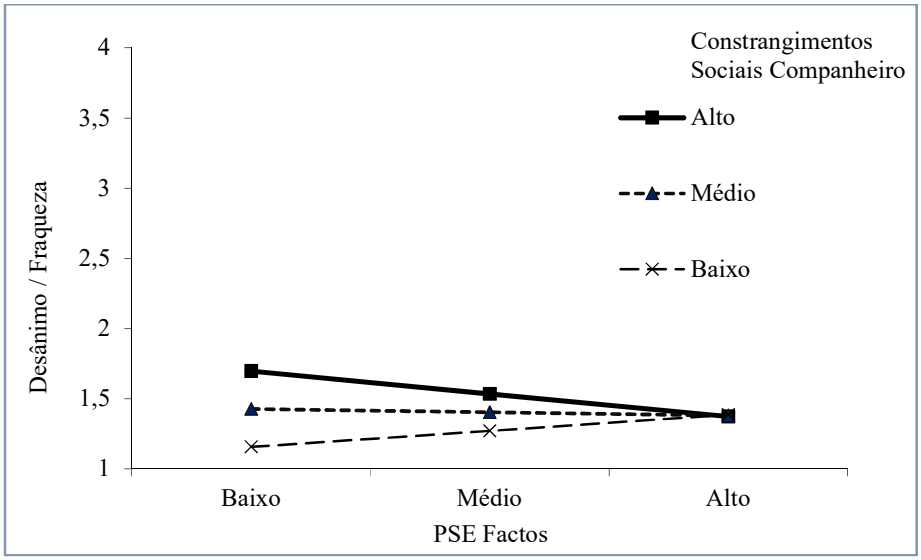
Efeitos principais e de interação entre a partilha social de factos, constrangimentos sociais por parte do companheiro e ajustamento mental ao cancro

	PSE Factos		Constrangimentos Sociais Companheiro		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	.12	.036	.65	.001	-.07	.018	.20
2. Preocupação Ansiosa	.19	.037	.70	.022	-.07	.120	.13
3. Espírito de Luta	-.07	.451	-.25	.405	.04	.366	.01
4. Evitamento Cognitivo	.06	.450	.48	.089	-.04	.296	.09
5. Fatalismo	-.02	.816	.18	.453	.01	.835	.10

1.F (3,62) = 5.22; $p = .003$
2.F (3,62) = 3.03; $p = .036$
3.F (3,62) = .29; $p = .831$
4.F (3,62) = 2.05; $p = .116$
5.F (3,62) = 2.20; $p = .098$

No quadro 8 verifica-se uma moderação negativa e significativa dos constrangimentos sociais por parte dos companheiros na relação entre a partilha de factos e a perceção de desânimo/fraqueza. Verifica-se também, uma relação positiva entre a partilha de factos e o ajustamento mental ao cancro. As participantes que partilharam mais factos, apresentam igualmente mais desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa. O mesmo sucede quando relatam sentir maiores constrangimentos sociais por parte dos companheiros.

Figura 1 – *Efeito moderador dos constrangimentos sociais do companheiro, na partilha social de emoções e no ajustamento mental ao cancro.*



Como se pode observar na figura 1, na presença de constrangimentos sociais altos por parte do companheiro, as mulheres que mais partilharam factos, sentiram menos

desânimo/fraqueza, por isso, apresentam um maior ajustamento mental ao cancro, nestas duas dimensões. Por outro lado, na presença de constrangimentos sociais baixos, as mulheres que mais partilharam socialmente factos, sentiram mais desânimo/fraqueza face à doença (β = -.07, t = -2,421, p < 0.001).

Quadro 9

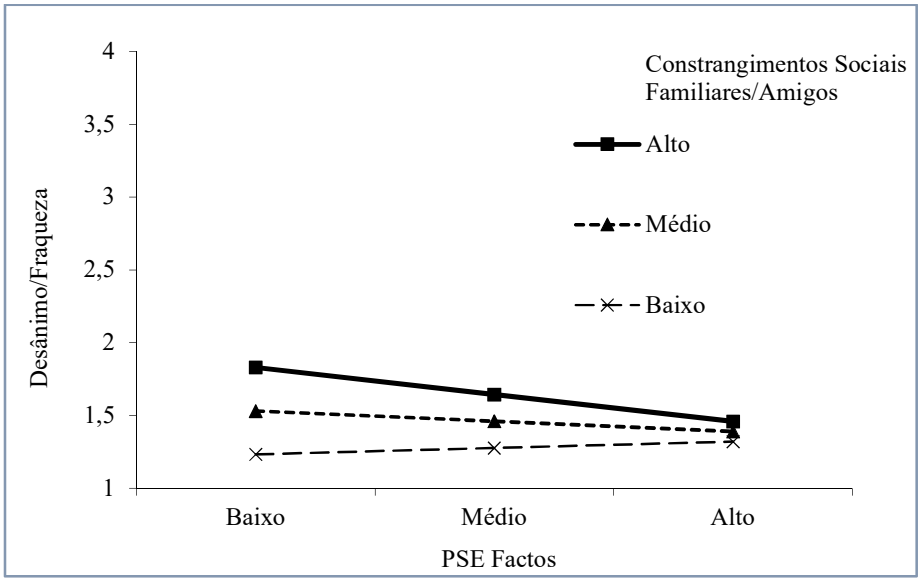
Efeitos principais e de interação entre a partilha social de factos, constrangimentos sociais por parte de familiares/amigos e ajustamento mental ao cancro

	PSE Factos		Constrangimentos Sociais Familiares/Amigos		Interação		
	β	p	β	p	β	p	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	.10	.102	.71	.001	-.06	.040	.23
2. Preocupação Ansiosa	.08	.345	.61	.035	-.02	.549	.19
3. Espírito de Luta	-.03	.689	-.27	.367	.02	.649	.02
4. Evitamento Cognitivo	-.05	.503	.28	.301	.00	.926	.14
5. Fatalismo	-.02	.792	.10	.679	.01	.858	.03

1.F (3,75) = 7.39; p = .000
2.F (3,75) = 6.00; p = .001
3.F (3,75) = .62; p = .605
4.F (3,75) = 4.17; p = .009
5.F (3,75) = .84; p = .478

Ao observar o quadro 9, verifica-se que existe um efeito de interação negativo entre a partilha social de factos e dos constrangimentos sociais por parte dos familiares e amigos. Existe ainda, um efeito negativo dos constrangimentos sociais por parte dos familiares e amigos no que diz respeito ao desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa no ajustamento mental ao cancro. Porém, não existe nenhum efeito da partilha social de factos em nenhuma das dimensões do ajustamento mental ao cancro.

Figura 2 - *Efeito moderador dos constrangimentos sociais dos familiares/amigos, na partilha social de emoções e no ajustamento mental ao cancro.*



Na figura 2, é possível encontrar o mesmo efeito que ocorre com os constrangimentos sociais do companheiro. Ao observar a figura, verifica-se que quando existem altos constrangimentos sociais por parte dos familiares e amigos, existe um efeito negativo da partilha social de factos no ajustamento mental ao cancro na dimensão desânimo/fraqueza, ou seja, quanto maior é a partilha social de factos, maior é o ajustamento mental ao cancro na dimensão desânimo/fraqueza. Por outro lado, quando existem baixos constrangimentos sociais por parte dos familiares/amigos, maior é a partilha social de factos e mais desânimo/fraqueza estas mulheres apresentam (β = -.06, t = -2.096, $p < 0.001$).

Quadro 10

Efeitos principais e de interação entre a partilha social de factos, constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde e ajustamento mental ao cancro

	PSE Factos		Constrangimentos Sociais Profissionais de Saúde		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	.11	.182	.83	.023	-.09	.113	.11
2. Preocupação Ansiosa	.12	.254	.92	.058	-.06	.418	.13
3. Espírito de Luta	-.05	.621	-.22	.650	.04	.559	.01
4. Evitamento Cognitivo	-.02	.821	.53	.227	-.01	.878	.15
5. Fatalismo	.02	.816	.29	.476	-.02	.771	.02

1.F (3,74) = 3.03; $p = .035$
2.F (3,74) = 3.85; $p = .013$
3.F (3,74) = .15; $p = .930$
4.F (3,74) = 4.26; $p = .008$
5.F (3,74) = .59; $p = .623$

No quadro 10, observa-se que existe uma relação positiva dos constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde sobre a dimensão desânimo/fraqueza do ajustamento mental ao cancro. Contudo, não se verifica nenhum efeito principal da partilha social sobre factos e o ajustamento mental ao cancro, nem nenhum efeito de interação entre as variáveis.

Quadro 11

Efeitos principais e de interação entre a partilha social de resultados, constrangimentos sociais por parte do companheiro e ajustamento mental ao cancro

	PSE Resultados Partilha		Constrangimentos Sociais Companheiro		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	.02	.785	.39	.041	-.03	.311	.18
2. Preocupação Ansiosa	-.03	.757	.28	.339	-.01	.751	.09
3. Espírito de Luta	.04	.622	-.05	.867	.01	.816	.06
4. Evitamento Cognitivo	-.01	.887	.22	.411	.00	.990	.07
5. Fatalismo	.03	.644	.17	.437	.01	.706	.16

1.F (3,62) = 4.59; $p = .006$
2.F (3,62) = 2.04; $p = .117$
3.F (3,62) = 1.22; $p = .309$
4.F (3,62) = 1.59; $p = .202$
5.F (3,62) = 3.97; $p = .012$

Como se pode observar no quadro 11, existe apenas um efeito negativo dos constrangimentos sociais por parte dos companheiros no sentimento desânimo/fraqueza. No entanto, não se verifica nenhum efeito principal da partilha social sobre os resultados da partilha e o ajustamento mental ao cancro, nem existe nenhum efeito de interação entre as variáveis.

Quando 12

Efeitos principais e de interação entre a partilha social de resultados, constrangimentos sociais por parte dos familiares/amigos e ajustamento mental ao cancro

	PSE Resultados Partilha		Constrangimentos Sociais Familiares/Amigos		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	-.10	.088	.12	.523	.03	.265	.23
2. Preocupação Ansiosa	-.14	.076	.15	.551	.04	.241	.23
3. Espírito de Luta	.01	.942	-.29	.266	.03	.466	.09
4. Evitamento Cognitivo	-.05	.518	.23	.349	.01	.725	.12
5. Fatalismo	.07	.300	.19	.357	.00	.899	.11

1.F (3,75) = 7.34; $p = .000$
2.F (3,75) = 7.53; $p = .000$
3.F (3,75) = 2.34; $p = .080$
4.F (3,75) = 3.47; $p = .020$
5.F (3,75) = 3.21; $p = .028$

No quadro 12, verifica-se que não existem efeitos principais da perceção dos resultados da partilha social ou dos constrangimentos sociais por parte dos familiares e amigos sobre o ajustamento mental ao cancro. Verifica-se também que não existe nenhum efeito de interação entre as variáveis preditora e moderadora.

Quadro 13

Efeitos principais e de interação entre a partilha social de resultados, constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde e ajustamento mental ao cancro

	PSE Resultados Partilha		Constrangimentos Sociais Profissionais de Saúde		Interação		
	β	*p*	*β*	*p*	*β*	*p*	R^2
1. Desânimo/Fraqueza	-.05	.536	.22	.502	.01	.885	.11
2. Preocupação Ansiosa	-.12	.282	.20	.649	.04	.536	.15
3. Espírito de Luta	-.10	.339	-.55	.203	.12	.098	.10
4. Evitamento Cognitivo	-.07	.466	.28	.503	.04	.566	.14
5. Fatalismo	.01	.953	.02	.951	.04	.479	.12

1. F (3,74) = 3.08; $p = .324$
2. F (3,74) = 4.30; $p = .008$
3. F (3,74) = 2.87; $p = .042$
4. F (3,74) = 3.85; $p = .013$
5. F (3,74) = 3.31; $p = .025$

Observando o quadro 13, verifica-se que não existe um efeito da perceção dos resultados da partilha social ou constrangimentos sociais por parte dos profissionais de saúde sobre o ajustamento mental ao cancro. Não existe igualmente um efeito de interação significativo.

Capítulo IV – Discussão

O presente estudo investigou o papel que os constrangimentos sociais têm na partilha social de emoções e o impacto que isso tem no ajustamento mental ao cancro, ou seja, pretendeu-se compreender em que medida é que os constrangimentos sociais, iriam impedir que a partilha social funcionasse como um fator de ajustamento mental em mulheres sobreviventes ao cancro da mama.

A hipótese colocada referia que os constrangimentos sociais moderam o efeito da partilha social das emoções no ajustamento mental ao cancro, ou seja, previu-se que a partilha social das emoções só predizia um maior ajustamento à doença se os constrangimentos sociais fossem baixos. Caso existissem elevados constrangimentos sociais, a partilha social não seria uma boa preditora do ajustamento à doença, uma vez que se encontraria impossibilitada, quer pelas barreiras colocadas por terceiros, quer pela expectativa criada pelas mulheres que a partilha de acontecimentos emocionais negativos não seria bem acolhida. Esta hipótese foi construída tendo por base estudos que indicam que o cancro da mama despoleta emoções negativas (Stanton & Low, 2012; Marroquín et al., 2016) e que a partilha social de emoções facilita o ajustamento à doença crónica (Cantisano, Rimé & Muñoz-Sastre, 2012). A literatura refere que a partilha social de emoções pode ser enquadrada nas estratégias interpessoais de regulação emocional, podendo, em alguns contextos, ter um impacto positivo em quem partilha (Rimé 2007; 2009). Esses efeitos são ainda mais importantes quando se trata de uma doença potencialmente fatal, como é o caso do cancro da mama (Stanton & Low, 2012). A não expressão de emoções pode bloquear a aceitação de apoio (Kennedy-Moore & Watson, 2001), aliás, geralmente as pessoas quando passam por um acontecimento considerado stressante e negativo têm a necessidade de partilhar as suas emoções, pensamentos e receios com as pessoas que a rodeiam (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech, & Philippot, 1998), sejam íntimas, ou não (Rimé, 2009). Porém, nem sempre as reações que se obtêm por parte do ouvinte são as esperadas e isso pode afetar o resultado da partilha (Lepore, 2002). Desta forma, as caraterísticas do ambiente social podem afetar a forma como as pessoas falam, pensam e se sentem sobre o cancro, sobre elas próprias e as suas relações. Tais condições, podem causar relutância em partilhar, o que irá ter um impacto negativo, condicionando o ajustamento à doença (Lepore & Revenson, 2007).

Todavia, os resultados obtidos neste estudo não vão ao encontro do que é referido na literatura, o que significa que a hipótese inicialmente colocada não foi sustentada. Nesta investigação verificou-se que, mediante a presença de constrangimentos sociais altos, quer por

parte de companheiros ou de familiares/amigos, a partilha social de factos não predisse um maior ajustamento mental ao cancro, nomeadamente na dimensão desânimo/fraqueza. Aliás, na presença de baixos constrangimentos sociais por parte dos mesmos alvos de partilha, as mulheres que mais partilharam factos, sentiram mais desânimo/fraqueza face ao cancro da mama.

Por outro lado, neste estudo, as mulheres que sentiram maiores constrangimentos sociais por parte de familiares/amigos, companheiro e profissionais de saúde, sentiram maior desânimo/fraqueza perante o cancro da mama, o que se coaduna com o que é referido na literatura. Os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com a teoria sobre os constrangimentos sociais de Lepore (2001). Mostram que se as sobreviventes sentem maiores constrangimentos sociais quer por parte de cônjuges/companheiros, familiares/amigos e por profissionais de saúde, irão revelar maior dificuldade no ajustamento mental ao cancro da mama. No mesmo sentido, os resultados obtidos por Adams et. al (2016), revelaram que as mulheres sobreviventes ao cancro da mama que referem sentir maiores constrangimentos sociais por parte dos cônjuges/companheiros e prestadores de saúde apresentam níveis mais altos de fadiga, perturbações do sono e défice de atenção.

No entanto, neste estudo, a partilha social de eventos emocionais, quer se centre sobre as emoções ou de resultados não demonstrou resultados significativos no impacto ao ajustamento mental à doença. A única exceção encontrada foi relativamente à partilha social de factos relativos ao acontecimento emocional, em que as mulheres que reportaram falar sobre coisas práticas relacionadas com o cancro da mama, revelaram também mais níveis de desânimo/fraqueza e preocupação ansiosa no ajustamento mental ao cancro.

Dos poucos estudos que podem sustentar estes resultados obtidos encontram-se numa meta análise conduzida por Panagopoulou, Kersbergen e Maes (2010), sobre os efeitos da expressão emocional em doenças crónicas. Os autores concluíram que não existe relação da expressão emocional (ou a não expressão emocional) com o estado da doença. Existe uma associação fraca entre aumentos no stress psicológico e a não expressão emocional. No entanto, a relação inversa não foi encontrada para a expressão emocional. Além disso, os resultados indicaram que a não expressão emocional está potencialmente implicada na adoção de atitudes mal adaptativas em relação à doença.

Apesar dos motivos para a obtenção destes resultados não serem claros, uma provável explicação será a natureza da própria amostra, ou seja, uma vez que estas mulheres já ultrapassaram a fase aguda da doença, poderão revelar alguma desejabilidade social em demonstrar que se adaptaram bem ao cancro da mama. O facto da amostra ser diversificada

poderá também influenciar estes resultados, na medida em que estas mulheres poderão estar em fases de ajustamento diferentes da doença, e por isso, a necessidade de partilha ser diferente também. Por outro lado, este estudo também demonstra incapacidade de garantir a direção da relação entre a partilha social e o ajustamento à doença.

1. Contributos teóricos e implicações práticas

Este estudo contribui para demonstrar a influência que os outros podem ter na vida de cada um de nós e que mediante essa influência, o ambiente social tem impacto na forma como cada indivíduo se posiciona perante uma adversidade. Neste caso concreto, demonstra que é necessário ter em atenção os constrangimentos sociais, principalmente em doenças oncológicas, dado que a sua presença causa piores adaptações ao cancro da mama, mesmo até em mulheres que já ultrapassaram a fase aguda da doença. No entanto, este estudo não é conclusivo em relação à partilha social de emoções, sendo necessária investigação adicional.

Muitos dos estudos são focados em mulheres que se encontram na fase aguda da doença e em responder às suas necessidades médicas, psicológicas e sociais, sendo que este estudo veio relembrar que as mulheres sobreviventes ao cancro da mama, por vezes continuam a ter necessidades psicológicas e sociais que dependem de terceiros, nomeadamente do apoio daqueles que a rodeiam, sendo que por vezes essas necessidades não são atendidas.

O impacto que o cancro da mama causa na vida de uma mulher é forte, podendo causar repercussões a vários níveis, desde ao nível físico, psicológico e social, sendo que a partilha social de emoções é uma das formas que pode melhorar ou piorar o ajustamento mental à doença oncológica, dependendo da forma como esta é conseguida.

A nível prático, este estudo pode contribuir para que, principalmente nos sistemas de saúde, seja dada mais atenção na forma como os profissionais de saúde comunicam com os pacientes com cancro, na forma como acompanham o indivíduo neste processo, providenciando as ferramentas necessárias para que este se consiga adaptar melhor à sua doença. Os profissionais de saúde deverão olhar para o paciente como um todo, ou seja, um indivíduo que para além de necessidades biológicas, têm também necessidades psicológicas e sociais que deverão ser tidas em conta, para um maior sucesso no tratamento dos mesmos. Os programas de intervenção nesta área poderão ser uma estratégia a utilizar para que se criem as condições necessárias à prestação de apoio, seja ele prático, psicológico ou social, na medida em que possam proporcionar às pacientes e sobreviventes do cancro da mama, competências e estratégias de adaptação ao cancro.

Por outro lado, este estudo reforça a importância de existirem associações e de grupos de apoio relacionados com o cancro da mama, uma vez que nestes espaços é prestado apoio social e prático, não só a mulheres que se encontram a lidar com a doença, como também com a experiência e apoio daquelas que já são sobreviventes.

1.1 Limitações

O presente estudo tem algumas limitações que deverão ser tidas em conta, pela influência que poderão ter na interpretação dos resultados.

Uma das limitações deste estudo relaciona-se com o tipo de amostragem, ou seja, a amostra é de conveniência, maioritariamente recolhida em associações, e o número de participantes é reduzida, o que não permite generalizar estes resultados. Esta baixa taxa de participação deveu-se ao facto de as pessoas não quererem participar por falta de tempo e por existirem imensos pedidos de participação em outros estudos.

Outra limitação é o facto de os questionários terem sido administrados em formato papel ou online, pois no caso de existir alguma dúvida, esta não poderia ser esclarecida pelo investigador.

Relativamente aos instrumentos utilizados, a partilha social das emoções foi medida através de construtos e indicadores referidos na literatura (i.e., Christophe & Rimé, 1997; Nils & Rimé, 2012), porém é pedido à participante que recorde um acontecimento particularmente intenso relacionado com o cancro da mama, pelo que possam ter existido enviesamentos da recordação e reorganizações emocionais e cognitivas dessa mesma situação. Contudo, este estudo focou-se apenas em mulheres que já tivessem terminado os tratamentos e se enquadrassem na fase crónica da doença, para que não existisse desconforto ao relembrar aspetos do cancro da mama.

Ainda sobre os instrumentos, a escala de constrangimentos sociais não se encontra validada para a população portuguesa e na sua versão original apenas existem as versões marido/companheiro e familiares/amigos, sendo que neste estudo, procedemos à sua tradução e aplicámos mais uma versão, mudando o alvo para profissionais de saúde.

1.2 Sugestões para investigação futura

Como sugestões para investigações futuras, seria benéfico validar a escala dos constrangimentos socias para a população portuguesa, uma vez que este construto e este tema

desempenham um papel tão impactante em doenças crónicas, como é o caso do cancro. Outra das sugestões relaciona-se com a criação ou validação de instrumentos mais precisos para que possam auxiliar nas investigações relacionadas com a partilha social das emoções, uma vez que a medida de coleta de dados se baseia na recordação, o que dificulta a análise dos mesmos.

Seria também interessante replicar esta investigação, mas com um número de amostra maior e com metodologia qualitativa, pois muitas das participantes sentiam necessidade de justificar a opção das suas respostas, indicando que as possibilidades de resposta no questionário, por vezes não eram suficientes e inclusivas de todas as experiências e situações que passaram.

1.3 Considerações finais

Apesar dos resultados não serem os esperados, com este estudo é possível concluir que a partilha social das emoções é um processo inerente ao ser humano, e que partilhar com os membros da rede de apoio social de cada um, é um processo adaptativo, que poderá ocorrer de forma positiva ou negativa. Contudo, novas investigações sobre esta temática e com maior de número de amostragem, serão necessárias para que efetivamente se possa chegar a resultados mais conclusivos.

Referências

Adams, R.N., Winger, J.G. & Mosher, C.E. (2014). A meta-analysis of the relationship between social constraints and distress in cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine, 38*, 294-305.

Adams, R. N., Mosher, C. E., Cohee, A. A., Stump, T. E., Monahan, P. O., Sledge, G. W., Cella, D. & Champion, V. L. (2016). Avoidant coping and self-efficacy mediate relationships between perceived social constraints and symptoms among long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *26 (7)*, 982-990.

Adler, N.E. & Page, A.E. (2008). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs.* Washington DC: The National Academies Press

Allemani C., Matsuda T., Di Carlo V. et al. the CONCORD Working Group. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet, 391*, 1023-1075.

Andersen, B., Anderson, B. & deProsse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(6)*, 692–697.

Arora, N. K., Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R. & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 16*, 474-486.

Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C. & Vohs, K., D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology, 5 (4),* 323-370.

Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S. & Chapman, L. (2012) Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology,*(30), 446-460.

Bertero, C.M. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and Qol. *Psycho-Oncology, 11*, 356-364.

Boinon, D., Sultan, S., Charles. C, Stulz, A., Guillemeau, C., Delaloge, 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)*, 291-298.

Bradley, M.M. & Lang, P.J., (1994). Measuring Emotion: The self-assessment manikin and the semantic diferencial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *25*(1), 49-59.

Brandão, T., Schulz, M. & Matos, P. M. (2016). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology, 26,* 917-926.

Brans, K., Mechelen, I., Rimé, B. & Verduyn, P. (2013). The relation between social sharing and the duration of emotional experience. *Cognition and Emotion, 27 (6)*, 1023-1041.

Brown, L.F., Kroenke, K., Theobald, D.E., Wu, J. & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology, 19*, 734-741.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *The British Medical Journal, 330*, 1-4.

Bynion, T.M. & Feldner, M. (2017). Self-Assessment Manikin Springer International Publishing In V. Zeigler-Hill, & T.K. Shackelford (Eds.). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Switzerland: Springer International Publishing.

Cantisano, N., Rimé, B. & Muñoz-Sastre, M.T. (2012). The social sharing of emotions in HIV/AIDS: A comparative study of HIV/AIDS, diabetic and cancer patients. *Journal of Health Psychology, 18(10)*, 1255–1267.

Christophe, V. & Rimé, B. (1997). Exposure to the social sharing of emotion: Emotional impact, listener responses and secondary social sharing. *European Journal of Social Psychology, 27*, 37-54.

Cordova, M. J., Cunningham, L. L.C., Carlson, C. R. & Andrykowski, M.A. (2001). Social constraints, cognitive processing and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 (4),* 706-711.

Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as doenças oncológicas. Retirado de https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx

Dunn, J., Adams, C., Holland, J. & Watson, M. (2015). Reinforcing the role of psycho-social oncology in global cancer prevention: applying psycho-oncology research in programmes and practice. *Psycho-Oncology, 24*, 1217–1221.

Duprez, C., Christophe, V., Rimé, B., Congard, A. & Antoine, P. (2014). Motives for the social sharing of an emotional experience. *Journal of Social and Personal Relationships, 32 (6)*, 757-787.

Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z., & Fournier, M. A. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 9*, 428-438.

Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 579-594.

Goldblatt, H., Cohen, M. & Azaiza, F. (2016). Expression on emotions related to the experience of cancer in younger and older Arab breast cancer survivors. *Ethnicity & Health Journal,21 (6)*, 564-577.

Greer, S., Morey, S., & Watson, M. (1989). Patient adjustment to cancer: a mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research, 33*(3), 373-377.

Gross, J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry, 26,* 1-26.

Hayes, A. (2017). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach. Guilford Press.

International Agency for Research on Cancer (2018). Retirado de https://gco.iarc.fr/today/home

Jensen-Johansen, M.B., Christensen, S., Valdimarsdottir, H., Zakowski, S., Jensen, A.B., Bovbjerg, D.H. & Zachariae, R. (2013). Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors —results from a nationwide randomized clinical trial. *Psycho-Oncology, 22*, 1492–1500.

Kennedy-Moore, E. & Watson, J.C. (2001). How and when does emotional expression help?. *Review of General Psychology, 5 (3)*, 187-212.

Koch, L., Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Holleczek, B., Singer, S., Brenner, H. & Arndt, V. (2013). Quality of life in long-term breast cancer survivors—a 10-year longitudinal population-based study. *Acta Oncologica,52,* 1119–1128.

Kornblith, A.B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In Holland, J. (Ed.). *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press.

Kornblith, A.B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology, 30 (6)*, 799-813.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.

Leal, I., & Patrão, I. (2005). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças, 5 (1)*, 53-73.

Leigh, S. A. & Stovall, E. L. (2003) Cancer survivorship. Quality for life. In: C.R. King & P.S. Hinds (Eds.). *Quality of life: from nursing and patient perspectives* (2ª ed.) (pp. 381-395).

Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers.Lepore, S. J. (1997). *Social constraints, intrusive thoughts, and negative affect in women with cancer*. Paper presented to the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Francisco, CA.

Lepore, S. J. (2001). A social– cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99 –118). Washington, DC: American Psychological Association.

Lepore, S.J. (2002). Social Constraints & Measurement. *Columbia University*. 1-5.

Lepore, S. J. & Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and Personality Psychology Compass, 1,* 313–333.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brwnlce, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., & Patrick-Miller, L., (1997). Illness representations: theoretical foundations. In J. A. Petrie (Ed.). *Perceptions of heath and illness: current research and applications* (19-45). Singapore: Harwood Academic.

Loi, C. X. A., Baldwin, J. A., McDermott, R. J., McMilla, S., Tyson, D. M & Vanderweerd, C. (2013). Risk factors associated with increased depressive symptoms among Latinas diagnosed with breast cancer within 5 years of survivorship. *Psycho-Oncology, 22,* 2779–2788.

Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weih, K.L. & Stanton, A. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine, 39,* 832-844.

Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.

Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doenças, 9 (1)*, 165-184.

National Cancer Institute, Division of Cancer Control e Population Sciences. Cancer survivorship research: survivorship definitions [consultado 2018 Out. 9]. Retirado de http://www.cancer.gov/

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,* 672-681.

Nilson, M., Petersson, LM., Wennman-Larsen, A., Olsson, M., Vaez, M. & Alexanderson, K. (2013). Adjustment and social support at work early after breast cancer surgery and its associations with sickness absence. *Psycho-Oncology, 22*, 2755-2762.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). Retirado de https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/breast-cancer-incidence-in-women-2012_health_glance-2017-graph26-en#page1

Pais-Ribeiro, J.L., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde e Doenças, 4(2),* 231-247.

Panagopoulou, E., Kersbergen, B. & Maes, S. (2010). The effects of emotional (non) expression in (chronic) disease: A meta-analytic review. *Psychology and Health, 17 (5)*, 529-545.

Pinquart, M., Hlich, C. & Silbereisen, R. K. (2007). Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Psychology, Health & Medicine, 12 (4)*, 421 – 432.

Prue, G., Rankin, J., Allen, J., Gracey, J. & Cramp, F. (2006). Cancer-related fatigue: A critical appraisal. *European Journal of Cancer 42 (7)*, 846-863.

Rabin, C., Goodin, S., & Leventhal, H. (2004). Conceptualization of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. *Health Pyschology, 23*(4), 407-412.

Rimé, B. (2007). The social sharing of emotion as an interface between individual and collective processes in the construction of emotional climates. *Journal of Social Issues, 63(2)*, 307—322.

Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review, 1 (1),* 60-85.

Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P., & Boca, S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion, 5*, 435– 465.

Rimé, B., Philippot, P., Boca, S., & Mesquita, B. (1992). Long-lasting cognitive and social consequences of emotion: Social sharing and rumination. *European Review of Social Psychology, 3(1),* 225-258.

Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. & Philippot, P. (1998) Social sharing of emotion: New evidence and new questions. *European Review of Social Psychology, 9 (1)*, 145-189.

Rimé, B. & Zech, E. (2001). The social sharing of emotion: Interpersonal and collective dimensions. *Boletin de Psicologia, 97-108.*

Silberfarb, P.M. & Greer, S. (1982) Psychological concomitants of cancer: clinical aspects. *American Journal of Psychotherapy, 36,* 470–478.

Stanton, A.L. & Low, C.A. (2012). Dispositional and stressor-related emotion regulation in the context of a chronic, life-limiting stressor. *Journal of Personality 80 (2)*, 287-311

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A. & Twillman, R. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 (5)*, 875-882.

Stanton, A. L., Revenson, T.A. & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review Psychology.,58,*565–592.

Van Esch, L., Roukema, J. A., Ernst, M. F., Nieuwenhuijzen, G. & De Vries, J. (2012). Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. *Journal of Affective Disorders, 136*, 895-901.

Vickberg, S. (2013). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): A Systematic Measure of Women's Fears About the Possibility of Breast Cancer Recurrence. *Annals of Behavioral Medicine, 25 (1)*, 16-24.

Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology, 12*(3), 33-46.

Anexo A – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de uma dissertação de mestrado a decorrer no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa**. Este estudo incide sobre o cancro de mama e pretende estudar de que forma é que os constrangimentos sociais vão impedir que a partilha emocional funcione como um factor de ajustamento em mulheres sobreviventes ao cancro de mama.

O estudo é realizado pela aluna Ana Branco (airbo@iscte-iul.pt) sob a orientação da Dra. 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 sociodemográfico e clínico, responder a cinco escalas compostas por algumas afirmações, e poderá durar cerca de 30 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

Ainda que possa não beneficiar diretamente com a participação no estudo, as suas respostas vão contribuir para o aumento do conhecimento científico na área da Psicologia, bem como para o desenvolvimento de estratégias positivas de ajustamento à 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: _____

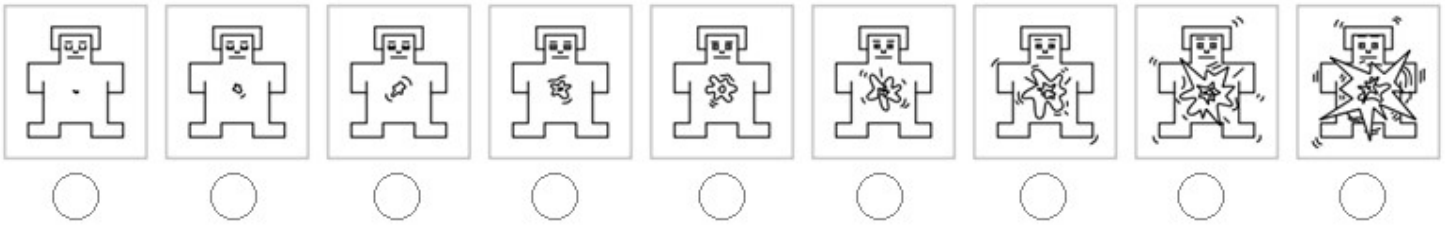
Assinatura: _____

Anexo B - Indicadores da Partilha Social das Emoções

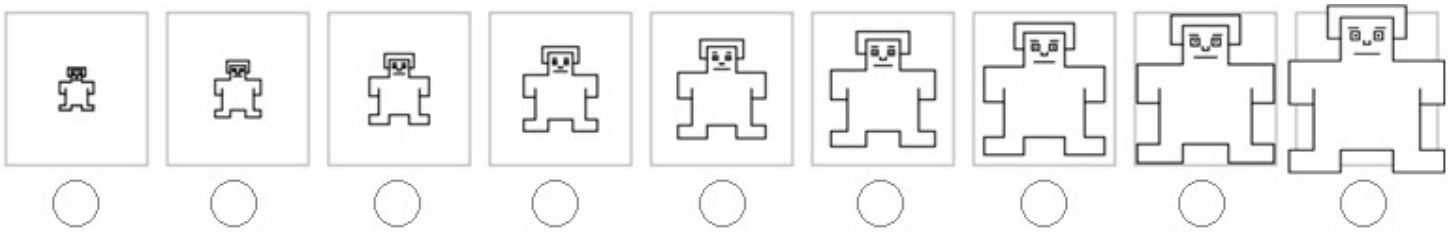
Pedimos-lhe que se recorde de **uma situação específica**, relacionada com o cancro de mama, na qual tenha sentido uma emoção particularmente intensa. Tente pensar na situação que considera ter sido a mais marcante da sua doença.

1. Descreva de uma forma geral a situação em que pensou:
   _____
2. Há quanto tempo ocorreu a situação de partilha? _____
3. Tendo em conta a **situação recordada**, pedimos-lhe que reporte o que sentiu através das seguintes imagens:

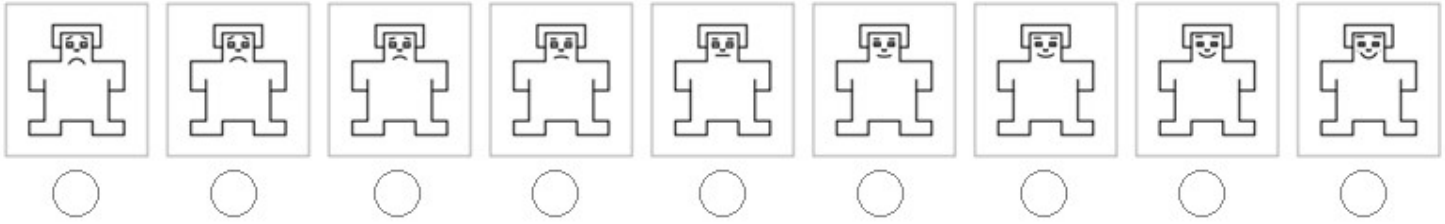
   a) Qual o grau de intensidade da emoção? (de "nada intenso" ao "mais intenso" que pode sentir)



   b) Sentiu que dominava a situação? (de "não dominar nada" a "dominar totalmente")



   c) Como sentiu essa situação? (de "muito negativa" a "muito positiva")



4. Numa escala, de 0 a 10, que necessidade sentiu de falar com outra pessoa sobre esse acontecimento? (0 corresponde a “nenhuma necessidade” e 10 a “muita necessidade”)

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

5. Com quantas pessoas partilhou?

- Apenas uma pessoa ☐
- Duas pessoas ☐
- Três a quatro pessoas ☐
- Cinco a seis pessoas ☐
- Mais de seis pessoas ☐

6. Quanto tempo decorreu entre o acontecimento e a primeira partilha?

- Imediatamente a seguir ☐
- No mesmo dia ☐
- Na mesma semana ☐
- No mesmo mês ☐

7. Quantas vezes partilhou esse acontecimento?

- Nunca ☐
- Uma ou duas vezes ☐
- Três ou quatro vezes ☐
- Cinco a seis vezes ☐
- Mais de seis vezes ☐

8. Numa escala de 0 a 10, em que medida partilhou esse acontecimento, com o seu **marido/companheiro**? (0 corresponde a "não partilhei" e 10 a "partilhei muito")

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

9. Numa escala de 0 a 10, em que medida partilhou esse acontecimento, com os seus **familiares e amigos**? (0 corresponde a "não partilhei" e 10 a "partilhei muito")

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

10. Numa escala de 0 a 10, em que medida partilhou esse acontecimento, com **profissionais de saúde**? (0 corresponde a "não partilhei" e 10 a "partilhei muito")

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

11. Para as seguintes afirmações, pedimos-lhe que posicione a sua resposta numa escala de 0 a 10 (0 corresponde a "nada" e 10 a "muito")

a) Quando partilhou o acontecimento com o seu **marido/companheiro**, falou sobretudo sobre…

Emoções:

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

Factos associados ao acontecimento:

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

b) Quando partilhou o acontecimento com os seus **familiares e amigos**, falou sobretudo sobre…

Emoções:

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

Factos associados ao acontecimento:

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

c) Quando partilhou o acontecimento com os **profissionais de saúde**, falou sobretudo sobre…

Emoções:

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

Factos associados ao acontecimento:

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

12. Após a partilha, sentiu-se melhor? (0 corresponde a “nada melhor” e 10 a “muito melhor”)

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

13. A partilha fez com que tivesse ficado com uma perspetiva diferente do acontecimento? (0 corresponde a “nada diferente” e 10 a “muitíssimo diferente”)

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

14. A partilha reduziu os seus sentimentos negativos? (0 corresponde a “não reduziu nada” e 10 a “reduziu muito”)

0 ------ 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7------ 8 ------ 9 ------ 10

15. Com que frequência ainda continua a falar sobre esse acontecimento?

Várias vezes por dia ☐

Uma vez por dia ☐

Uma vez por semana ☐

Uma vez por mês ☐

Nunca mais ☐

Anexo C – Escala Constrangimentos Sociais (Versão Companheiro)

Apresentamos-lhe em baixo uma lista de experiências sociais. Para cada questão, indique numa escala de 1 a 4, o número que corresponde à frequência de vezes que experienciou a situação ao longo da sua doença.

Com que frequência, o seu **marido/companheiro**…	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
1. mudou de assunto quando tentou falar da sua doença?	1	2	3	4
2. pareceu não entender a sua situação?	1	2	3	4
3. a evitou?	1	2	3	4
4. minimizou os seus problemas?	1	2	3	4
5. pareceu estar a esconder os seus sentimentos?	1	2	3	4
6. demonstrou desconforto quando falou sobre a sua doença?	1	2	3	4
7. banalizou os seus problemas?	1	2	3	4
8. se queixou sobre os seus próprios problemas quando você queria partilhar os seus?	1	2	3	4
9. agiu de forma alegre para esconder os seus verdadeiros sentimentos ou preocupações?	1	2	3	4
10. lhe disse para não se preocupar tanto com a sua saúde?	1	2	3	4
11. lhe disse para não pensar muito no cancro?	1	2	3	4
12. lhe transmitiu a ideia de não querer ouvir falar do seu cancro?	1	2	3	4
13. a fez sentir como se tivesse que guardar os seus sentimentos sobre o seu cancro para si, porque o faziam sentir desconfortável?	1	2	3	4
14. a fez sentir como se tivesse que guardar os seus sentimentos sobre o seu cancro para si, porque o incomodavam?	1	2	3	4
15. a desapontou por não demonstrar tanto amor e preocupação como gostaria?	1	2	3	4

Anexo D - Escala Constrangimentos Sociais (Versão Familiares/Amigos)

Apresentamos-lhe em baixo uma lista de experiências sociais. Para cada questão, indique numa escala de 1 a 4, o número que corresponde à frequência de vezes que experienciou a situação ao longo da sua doença.

Com que frequência, os seus **familiares e amigos**…	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
1. mudaram de assunto quando tentou falar da sua doença?	1	2	3	4
2. lhe pareceram não entender a sua situação?	1	2	3	4
3. a evitaram?	1	2	3	4
4. minimizaram os seus problemas?	1	2	3	4
5. pareceram estar a esconder os seus sentimentos?	1	2	3	4
6. demonstraram desconforto quando falou sobre a sua doença?	1	2	3	4
7. banalizaram os seus problemas?	1	2	3	4
8. se queixaram sobre os seus próprios problemas quando você queria partilhar os seus?	1	2	3	4
9. agiram de forma alegre para esconder os seus verdadeiros sentimentos ou preocupações?	1	2	3	4
10. lhe disseram para não se preocupar tanto com a sua saúde?	1	2	3	4
11. lhe disseram para não pensar muito no cancro?	1	2	3	4
12. lhe transmitiram a ideia de não querer ouvir falar do seu cancro?	1	2	3	4
13. a fizeram sentir como se tivesse que guardar os seus sentimentos sobre o seu cancro para si, porque os fazia sentirem-se desconfortáveis?	1	2	3	4
14. a fizeram sentir como se tivesse que guardar os seus sentimentos sobre o seu cancro para si, porque se sentiam incomodados?	1	2	3	4
15. a desapontaram por não demonstrarem tanto amor e preocupação como gostaria?	1	2	3	4

Anexo E - Escala Constrangimentos Sociais (Versão Profissionais de Saúde)

Apresentamos-lhe em baixo uma lista de experiências sociais. Para cada questão, indique numa escala de 1 a 4, o número que corresponde à frequência de vezes que experienciou a situação ao longo da sua doença.

Com que frequência, os **profissionais de saúde…**	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
1. mudaram de assunto quando tentou falar da sua doença?	1	2	3	4
2. lhe pareceram não entender a sua situação?	1	2	3	4
3. a evitaram?	1	2	3	4
4. minimizaram os seus problemas?	1	2	3	4
5. pareceram estar a esconder os seus sentimentos?	1	2	3	4
6. demonstraram desconforto quando falou sobre a sua doença?	1	2	3	4
7. banalizaram os seus problemas?	1	2	3	4
8. se queixaram sobre os seus próprios problemas quando você queria partilhar os seus?	1	2	3	4
9. agiram de forma alegre para esconder os seus verdadeiros sentimentos ou preocupações?	1	2	3	4
10. lhe disseram para não se preocupar tanto com a sua saúde?	1	2	3	4
11. lhe disseram para não pensar muito no cancro?	1	2	3	4
12. lhe transmitiram a ideia de não quererem ouvir falar do seu cancro?	1	2	3	4
13. a fizeram sentir como se tivesse que guardar os seus sentimentos sobre o seu cancro para si, porque os fazia sentirem-se desconfortáveis?	1	2	3	4
14. a fizeram sentir como se tivesse que guardar os seus sentimentos sobre o seu cancro para si, porque se sentiam incomodados?	1	2	3	4
15. a desapontaram por não demonstrarem tanto amor e preocupação como gostaria?	1	2	3	4

Anexo F – Escala de Ajustamento Mental ao Cancro

As seguintes afirmações descrevem reações que as pessoas têm face ao cancro. Naturalmente que as pessoas respondem de formas diferentes a um mesmo acontecimento, mas nós queremos conhecer a sua forma pessoal de reagir. Se tiver dúvidas sobre a resposta a dar, responda da forma que considere a mais apropriada.

Por favor marque uma cruz numa das opções à direita de cada afirmação, indicando até que ponto cada uma das afirmações se aplica a si mesma. Por exemplo, se a afirmação não se aplica de modo algum a si, deve marcar uma cruz na primeira coluna.

Afirmações	Não se aplica de modo algum a mim	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
1. Sinto que a minha vida não tem esperança				
2. Não consigo controlar isto				
3. Estou determinada a vencer a minha doença				
4. Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença				
5. Desde que a minha doença foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível				
6. Não consigo lidar com isto				
7. Entreguei-me nas mãos de Deus				
8. Estou preocupada com a minha doença				
9. Esforço-me por me distrair quando pensamentos acerca da minha doença me vêm à cabeça				
10. Estou preocupada que a doença volte a aparecer				
11. Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem-vindo				
12. Estou um pouco assustada				
13. Sinto que não há nada que eu possa fazer que me ajude				
14. Tenho dificuldades em acreditar que isto me tenha acontecido				
15. Sofro de grande ansiedade por causa disto				
16.Não tenho muita esperança no futuro				
17.Neste momento vivo um dia de cada vez				
18. Apetece-me desistir				
19. Sinto-me muito otimista				

20. Encaro a minha doença como um desafio				
21. Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto				
22. Sinto-me completamente perdida sem saber o que fazer				
23. Sinto-me zangada com o que aconteceu				
24. Intencionalmente empurro todos os meus pensamentos sobre a minha doença para longe				
25. Dou valor às coisas boas que me aconteceram				
26.Tento combater a doença				
27. Estou apreensiva				
28. Penso que isto é como se o mundo tivesse acabado				
29. Sinto-me arrasada				

Anexo G – Questionário Sociodemográfico

Este questionário destina-se a recolher dados sociodemográficos. Nos quadros, coloque uma cruz, selecionando a opção que estiver mais de acordo com a sua situação.

1.Idade: ____

2. Estado Civil

2.1	Solteira	
2.2	Casada	
2.3	União de Facto	
2.4	Divorciada /Separada	
2.5	Viúva	

3. Filhos

3.1	0	
3.2	1	
3.3	2	
3.4	+ 2	

4. Escolaridade

4.1	Não sabe ler nem escrever	
4.2	1ª classe a 4ª classe	
4.3	5º a 6º ano de escolaridade	
4.4	7º ano a 9º ano de escolaridade	
4.5	10º a 12º ano de escolaridade	
4.6	Licenciatura	
4.7	Mestrado	

5. Profissão

5.1	Ativa: _____	
5.2	Desempregada	
5.3	Doméstica	
5.4	Reformada	

6. Tempo decorrido desde o diagnóstico? Anos _____ Meses _____

7. Tempo decorrido desde o final dos tratamentos? Anos_____ Meses_____

8. Qual o estadio da doença? _____

9. Que tratamentos realizou? (assinale todas as opções do seu tratamento)

9.1	Cirurgia	
9.2	Quimioterapia (nº sessões) _____	
9.3	Radioterapia (nº sessões) _____	
9.4	Hormonoterapia (nº sessões)_____	
9.5	Outro – Qual?_____	

10. Tipo de Cirurgia:

10.1	Mastectomia Radical	
10.2	Tumorectomia (Cirurgia conservadora da mama)	

11. Fez ou tenciona fazer reconstrução mamária?

Sim, já fiz ☐

(Tempo) _____

Não, mas tenciono fazer ☐

Não e não tenciono fazer ☐

Anexo H – Debriefing

DEBRIEFING/EXPLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Muito obrigado por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre o ajustamento ao cancro de mama e pretende compreender em que medida os constrangimentos sociais impedem que a partilha emocional funcione como um factor de ajustamento em mulheres sobreviventes do cancro de mama. Mais especificamente, prevê-se que a partilha emocional só prediz maior ajustamento à doença quando se verifica que os constrangimentos sociais são baixos, ou seja, se existirem elevados constrangimentos sociais, a partilha emocional não será uma boa preditora do ajustamento à doença.

No âmbito da sua participação, se sentir algum desconforto durante ou após a recolha de dados, pode entrar em contacto com algum dos elementos da equipa para que seja feito o encaminhamento psicológico adequado à sua situação.

Reforçamos os dados de contacto que 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: Coordenação – Dra. Cristina Camilo (cristina_camilo@iscte-iul.pt); Aluna – Ana Branco (airbo@iscte-iul.pt).

Mais uma vez, obrigado pela sua participação.