

MESTRADO

PSICOLOGIA

A Regulação Emocional no Cancro da Mama

Isabel Maria Poças Antunes Guimarães

M

2019





A REGULAÇÃO EMOCIONAL NO CANCRO DA MAMA

Isabel Maria Poças Antunes Guimarães

Junho 2019

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Leonor Lencastre (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Leonor Lencastre, à orientadora com quem tive o privilégio de partilhar esta caminhada, e cujo apoio e ajuda foram fundamentais para a conclusão desta etapa. Obrigada pelos desabafos escutados, pela paciência para todos os meus pormenores, por toda a partilha de conhecimento e ensinamentos e, acima de tudo, por me mostrar o rumo, nos momentos em que estava mais perdida.

Às Psicólogas do IPO do Porto, Doutora Eunice, Doutora Susana, Doutora Sónia, e Doutora Susana, com quem tive a sorte de tanto aprender, e cujo apoio e ajuda em muito contribuiu para tornar este projeto possível.

Às doentes do IPO do Porto, mais especificamente às da Clínica da Mama, com quem tive o prazer de me cruzar, e que aceitaram partilhar as suas experiências, neste projeto.

À minha mãe, ao meu exemplo, por estar sempre aqui, e por me acompanhar desde o início, sem nunca deixar de me apoiar, e por me incentivar na luta pelos meus sonhos. Por acreditar mais em mim e no meu valor, tantas vezes, mais que eu própria. Por me dar a liberdade para escolher qual o meu caminho, e pelos braços abertos, sempre prontos para me receber. Ao meu pai por, de uma forma mais subtil e do seu jeito, também me apoiar nos meus sonhos, festejar as minhas conquistas e me proporcionar todas as condições necessárias à sua concretização.

À minha família, avós, Paula, Tó-mané, Lena, Xano, Nuno, Kiko e João, por continuarem ao meu lado nesta jornada, e me apoiarem nas várias etapas que, aqui, fui enfrentando. À Cristina, pelo apoio e pela ajuda, especialmente na fase final.

À Marta, ao Diogo, à Catarina, ao Mouro, à Teresa, à Sofia e ao Pequito por ser serem os melhores amigos de sempre, e para sempre. Por me apoiarem, desde o princípio desta aventura, me incentivarem e encorajarem a seguir os meus sonhos, por serem o meu porto seguro. Obrigada, ainda, por viverem comigo os meus momentos, as minhas conquistas e os meus dramas de “adolescente”.

À Filipa, à amiga de tantos anos que, possivelmente, foi quem mais me incentivou nesta aventura e que sempre soube que este era o meu mundo. À que descomplicou as dificuldades, e cujo braço estendido, pronto para uma ajudinha, foi e é uma constante.

À Inês, à minha companheira das psicologias, a umas das melhores pessoas que a faculdade me trouxe, e que levo para a vida. Ao exemplo, ao pilar, ao apoio constante, à que esteve ao meu lado, nos melhores e piores momentos. À guerreira que partilhou comigo esta batalha.

À Sara, à grande surpresa do mestrado, à miúda que num instante virou amiga. Obrigada pelos momentos partilhados, pelos desabafos recorrentes, por todos os “nossos comentários” e pelo apoio, ao longo deste caminho.

Às amigas das cantigas, Mónica, Daniela e Rita, às surpresas inesperadas que a Tuna me deu. Obrigada pelos cafés e pelas cusquices e, acima de tudo, pelos sorrisos constantes. Por todos os sonhos que partilhamos, e pelas conquistas que, juntas, conseguimos alcançar.

Às afilhadas com quem tive a sorte de me cruzar, neste caminho. Obrigada pelos abraços, pelos sorrisos, pelos sonhos partilhados e pelos incentivos, que constituíram uma constante nos últimos anos e que tornaram esta jornada bem mais completa e colorida. Obrigada por fazerem da minha, a melhor família que podia ter tido.

À Vera, à companheira de estágio, sem a qual este projeto não teria andado para a frente tão rápido, nem com tanto ânimo. Obrigada por todos os momentos partilhados, pelos incentivos recorrentes e, por seres a minha parceira na recolha de dados.

Às companheiras e companheiros da AE, ao longo destes anos, pelos ensinamentos e crescimento que me proporcionaram, por toda paciência, por viverem esta experiência, de alma e coração, comigo. À Rita, à Mariana, à Catarina, ao António, à Carolina, e um agradecimento especial à Ana, pela rapariga que neste projeto encontrei, pelo apoio e companheirismo, e acima de tudo, pela bonita amizade que aqui construímos.

Por fim, às miúdas talentosas com quem me cruzei, ao longo destes anos, na Tuna, que me permitiram alcançar tantos sonhos, e que tornaram, cada um deles, mais bonito e especial. Obrigada por me fazerem sentir em casa.

Resumo

O cancro da mama é responsável por inúmeras mudanças no quotidiano da mulher, obrigando-a a lidar com emoções de grande intensidade. Assim, destaca-se a importância do uso de estratégias que visem a regulação emocional, como a reavaliação cognitiva e a supressão expressiva. Ao mesmo tempo, é comum encontrar-se diversas dificuldades na regulação emocional que importa compreender para, posteriormente, as tentar superar. Tanto o uso de estratégias como as dificuldades não são construtos estanques, relacionando-se com outros conceitos como a depressão, a ansiedade, o *stress*, e o bem-estar. Neste sentido, este estudo visa caracterizar o uso de estratégias e as dificuldades de regulação emocional, e explorar as relações dessas variáveis com fatores sociodemográficos e clínicos, com o bem-estar e com estados afetivos. Por fim, visa estudar o caráter preditivo das dificuldades face às estratégias de regulação emocional. A amostra integrou 95 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, que responderam a um questionário sociodemográfico e a outro clínico, e às versões portuguesas do *The Emotion Regulation Questionnaire*, da *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, da *Depression, Anxiety and Stress Scale* e do *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*. Os resultados realçaram uma tendência para o uso da estratégia de reavaliação cognitiva, por oposição à supressão expressiva, ainda que as doentes que usem uma, tendam a utilizar a outra. A dificuldade mais acentuada centra-se no agir rumo a um objetivo. Contrariamente ao esperado, entre as estratégias e as dificuldades de regulação, apenas se encontrou uma relação significativa entre a reavaliação cognitiva e a dificuldade no acesso limitado a estratégias de regulação emocional, o que inviabilizou a realização de modelos preditivos. De salientar a relação inversa dos anos de escolaridade com a estratégia de supressão expressiva. Em relação aos estados afetivos, a depressão correlaciona-se de forma significativa com a reavaliação cognitiva, e quase todas as dificuldades de regulação emocional se correlacionam com a depressão, a ansiedade e o *stress*. O bem-estar global e alguns dos seus domínios correlacionam-se de forma direta com a estratégia de reavaliação cognitiva, e de forma inversa com quase todas as dificuldades de regulação emocional. Por fim, este trata-se de um estudo inicial em torno desta temática e respetivas relações, havendo, ainda, um longo caminho a percorrer em investigações futuras.

Palavras-chave: cancro da mama, regulação emocional, reavaliação cognitiva, supressão expressiva, dificuldades de regulação emocional, bem-estar, ansiedade, depressão, *stress*

Abstract

Breast cancer is responsible for numerous changes in the daily lives of women, forcing them to deal with intense emotions. Thus, it is important to highlight the use of strategies aimed at emotional regulation, such as cognitive reappraisal and expressive suppression. At the same time, it is common to find several difficulties that is important to understand in order to overcome them in the future. Both the use of strategies and the difficulties are not isolated constructs, so they can relate to other concepts such as depression, anxiety, stress and well-being. Therefore, this study aims to characterize the use of strategies and the difficulties of emotional regulation and to explore the relationships of these variables with sociodemographic and clinical factors, with well-being and with affective moods. Finally, it seeks to study the predictive nature of difficulties in relation to emotional regulation strategies. The sample includes 95 women diagnosed with breast cancer who answered to a sociodemographic questionnaire and another clinical, and to the portuguese versions of the Emotion Regulation Questionnaire, from Difficulties in Emotion Regulation Scale, from Depression, Anxiety and Stress Scale and the Functional Assessment of Cancer Therapy – General. The results highlighted a tendency for the use of the cognitive reappraisal strategy, as opposed to the expressive suppression, although those who use one, tend to use the other. The most evident difficulty is focused on the acting towards a goal. Contrary to the expectations, among the strategies and the regulatory difficulties, there was only a significant relationship between cognitive reappraisal and the difficulty in the limited access to emotional regulation strategies, which made it impossible to perform predictive models. A special attention to the inverse relation of school years with the strategy of expressive suppression. Concerning affective moods, the depression correlates significantly with cognitive reappraisal and almost all difficulties of emotional regulation correlate with depression, anxiety and stress. Global well-being and some of its domains, correlate directly with the cognitive reappraisal strategy and in an opposite way, with almost all the difficulties of emotional regulation. Finally, this is an initial study on this theme and its correspondent relations, as there is still a long way to go in future research.

Key Words: breast cancer, emotional regulation, difficulties in emotional regulation, well-being, anxiety, depression, stress, cognitive reappraisal, expressive suppression

Résumé

Le cancer du sein est responsable de nombreux changements dans la vie quotidienne de la femme, la forçant à faire face à des émotions intenses. L'importance de l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle, telles que la réévaluation cognitive et la suppression expressive, est soulignée. Il est aussi courant de trouver plusieurs difficultés dans la régulation émotionnelle qu'il est important de comprendre pour pouvoir les surmonter, plus tard. L'utilisation de stratégies et difficultés ne sont pas des constructions étanches, mais se concernent avec d'autres concepts tels que la dépression, l'anxiété, le *stress*, et le bien-être. Cette étude vise à caractériser l'utilisation des stratégies et difficultés de régulation émotionnelle et explorer les relations de ces variables avec les facteurs sociodémographiques et cliniques, le bien-être et états affectifs. Il vise à étudier le caractère prédictif des difficultés en relation avec les stratégies de régulation émotionnelle. L'échantillon comprenait 95 femmes diagnostiquées d'un cancer du sein, qui avaient répondu à un questionnaire sociodémographique et clinique, ainsi qu'aux versions portugaises du questionnaire sur la régulation des émotions, au *The Emotion Regulation Questionnaire*, aux *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, à la *Depression, Anxiety and Stress Scale* et au *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*. Les résultats montrent une tendance à utiliser la stratégie de réévaluation cognitive, par opposition à la suppression expressive, bien que ceux qui en utilisent l'un, aient la tendance à utiliser l'autre. La difficulté plus évidente, est concentrée sur l'agir vers un but. Contrairement aux attentes, parmi les stratégies et difficultés de régulation, seul un lien significatif a été trouvé entre la réévaluation cognitive et le difficulté d'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle, rendent impossible la réalisation de modèles prédictifs. Attention spéciale à la relation inverse d'années scolaires avec la stratégie de suppression expressive. Pour les états affectifs, la dépression est significativement corrélée à la réévaluation cognitive et presque toutes les difficultés de régulation émotionnelle sont corrélées à la dépression, anxiété et *stress*. Le bien-être global et certains de ses domaines sont en corrélation directe avec la stratégie de réévaluation cognitive et, inversement, avec presque toutes les difficultés de régulation émotionnelle. Il s'agit d'une étude initiale sur ce thème et ses relations mais il reste encore beaucoup à faire pour les recherches futures.

Mots-clés: cancer du sein, régulation émotionnelle, évaluation cognitive, suppression expressive, difficultés de régulation émotionnelle, bien-être, anxiété, dépression, *stress*

Índice

Parte I – Enquadramento Teórico	1
1. Concetualização da Doença Oncológica	1
2. O Impacto da Doença Oncológica	3
3. Conceptualização de Regulação Emocional	6
3.1. Modelo do processo de regulação emocional.....	7
3.1.1. Estratégias focadas no antecedente	7
3.1.2. Estratégias focadas na resposta.....	9
3.2. Perspetiva funcional das emoções e dificuldades de regulação emocional	10
4. A Regulação Emocional na Doença Oncológica.....	12
4.1. A regulação emocional e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas	14
4.2. A regulação emocional e algumas variáveis psicológicas	16
Parte II – Estudo Empírico	19
1. Objetivos do Estudo.....	19
2. Participantes	20
3. Instrumentos	22
3.1. Questionário sociodemográfico e clínico	23
3.2. Questionário de regulação emocional (QRE).....	23
3.3. Escala de dificuldades de regulação emocional (EDRE).....	24
3.4. Escala de ansiedade, depressão e stress – 21 (EADS-21).....	24
3.5. <i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G)</i> versão portuguesa	25
4. Procedimento.....	26
5. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	27
6. Conclusões	42
Referências Bibliográficas	47
Anexos.....	53
Anexo A: Questionário Sociodemográfico	53
Anexo B: Questionário Clínico	54
Anexo C: Informação ao Participante.....	56
Anexo D: Consentimento Informado.....	57

Anexo E: Caraterização Clínica da Amostra, atendendo aos Efeitos Secundários e Histórico Patológico.....	58
Anexo F: Correlações de <i>Pearson</i> entre as Estratégias de Regulação Emocional e as Dificuldades de Regulação Emocional	59
Anexo G: Correlações de <i>Pearson</i> entre Estratégias e Dificuldades de Regulação Emocional e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	60
Anexo H: Correlações de <i>Pearson</i> entre as Estratégias e Dificuldades de Regulação Emocional com a Ansiedade, Depressão, <i>Stress</i> e Bem-estar.....	61
Anexo I: Modelo de Predição do Bem-Estar Global	62
Anexo J: Modelo de Predição do Bem-Estar Emocional.....	63

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra.....	21
Tabela 2. Caraterização clínica da amostra	22
Tabela 3. Resultados dos Questionários de Autorrelato (mínimo e máximo, média e desvio padrão), e Valores t de Comparação com Valores de Referência e Significância Estatística	29
Tabela 4. Resultados dos Questionários de Autorrelato (mínimo e máximo, média e desvio padrão), e Valores t de Comparação com Valores de Referência e Significância Estatística	34

Índice de Abreviaturas

ANOVA – Análise de variância

df – Graus de liberdade

DP – Desvio padrão

e.g. – Por exemplo

EADS– Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

EDRE – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

et al. – E outros colaboradores

EUA – Estados Unidos da América

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

i.e. – Isto é

IPO – Instituto Português de Oncologia

M – Média

Max – Máximo

Min - Mínimo

n – Número de participante por condição

N – Número total de participantes

p – Valor de significância estatística

QRE – Questionário de Regulação Emocional

r – Coeficiente de correlação momento produto de *Pearson*

r^2 – Coeficiente de determinação

t – Estatístico da distribuição t de *Student*

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Concetualização da Doença Oncológica

Cancro é o termo geral para definir um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo (World Health Organization, 2018). Estas doenças, também conhecidas como tumores malignos ou neoplasias malignas, caracterizam-se por um rápido crescimento de células anormais no organismo, além dos padrões habituais de crescimento das células saudáveis (Kenny, 2007; World Health Organization, 2018). Ao contrário das células normais que quando começam a envelhecer ou quando estão danificadas morrem, dando lugar a células novas, no caso das células cancerígenas isso não acontece, pois essas quando ficam envelhecidas ou danificadas acabam por sobreviver, o que leva a que se formem novas células desnecessárias. Neste seguimento, a prevalência destas células anormais pode afetar o sistema imunitário do indivíduo, e limitar a ação das células normais ao nível da proteção do corpo face a infeções ou outras reações (National Cancer Institute, 2015). Quando se trata de um tumor maligno invasivo, essas células afetadas podem alastrar-se a outros órgãos, deslocando-se via sanguínea ou através do sistema linfático, denominando-se esse processo de metástases (Kenny, 2007; National Cancer Institute, 2015; World Health Organization, 2018).

A doença oncológica distingue-se, então, dos tumores benignos. Estes últimos não se alastram a outras partes do corpo, nem invadem tecidos próximos. Por outro lado, ainda que, por vezes, estes tumores possam ser bastante grandes, depois de retirados, normalmente, não voltam a crescer (Kenny, 2007; National Cancer Institute, 2015).

Consoante as especificidades da doença oncológica, diferentes caracterizações relativas à sua severidade se podem fazer, existindo, para isso distintas classificações. Deste modo, uma das mais conhecidas classificações da doença oncológica é o estádio numérico (de I a IV). De uma forma mais detalhada, o estádio I corresponde aos tumores mais pequenos, sem nódulos linfáticos e pouco invasivos, i.e., que estão dentro do órgão em que começou; o estádio II, por norma, corresponde a um tumor maior, ainda que este não se tenha espalhado para os tecidos circundantes (embora neste estágio possam existir nódulos linfáticos na área); o estádio III, é relativo a um tumor ainda maior, podendo este já se ter alastrado para os tecidos circundantes, existindo células cancerígenas no gânglios linfático da área; por fim, o

estadio IV, é caracterizado pela presença de metástases noutras partes do corpo. (Cancer Research UK, 2017; Compton et al., 2012).

O objetivo principal do tratamento passa pela cura (tratamentos curativos) ou, nos casos em que essa não seja possível, por evitar a progressão da doença, ou pelo seu controlo, prolongando, assim, a vida do indivíduo (tratamentos paliativos). Do mesmo modo, a promoção da sua qualidade de vida deverá, igualmente, constituir um dos focos do tratamento, seja ele curativo ou paliativo (Kenny, 2007; World Health Organization, 2018).

Ainda que o tratamento da doença oncológica tenha sido bem-sucedido, por vezes, esta pode retornar, meses ou anos depois, dando-se o nome de recidiva. Esta pode ocorrer na mesma parte do corpo ou noutra distinta, porém, por norma, resulta das células do primeiro cancro, pelo que a eficácia dos tratamentos é mais reduzida, nestes casos (Kenny, 2007).

Dado que o presente estudo se centra no cancro da mama, a partir de então o foco deste enquadramento passará a visar esse tipo específico de doença oncológica. Começando pelo tratamento, no cancro da mama, este varia muito consoante as características singulares do tumor, e também atendendo ao momento em que é detetado. Assim, pode englobar diversas modalidades como a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, imunoterapia e hormonoterapia (Kenny, 2007; Ramani, Ramani, Alurkar, Ajaikumar & Trivedi, 2017; World Health Organization, 2018). A cirurgia pode envolver a retirada apenas do tumor e da área circundante (conservadora) ou da mama na sua íntegra (radical), envolvendo ou não, a retirada de gânglios ou da zona axilar (esvaziamento axilar), podendo haver lugar a posterior reconstrução ou não. A quimioterapia pode ser anterior ou não à cirurgia (neoadjuvante e adjuvante, respetivamente) (Knobf, 2015; Ramani et al., 2017). Já a hormonoterapia, depende da recetividade hormonal positiva do tumor, e trata-se de uma opção terapêutica prolongada no tempo (vários anos). Cada um dos tratamentos pode provocar diversos efeitos colaterais indutores de mal-estar, físico e psicológico, variáveis de indivíduo para indivíduo, deixando, ao mesmo tempo, o seu sistema imunitário fragilizado. (Kenny, 2007; Ramani et al., 2017; World Health Organization, 2018).

Em termos estatísticos, a doença oncológica é estimada como tendo sido responsável pela segunda maior causa de morte no mundo (World Health Organization, 2018). No caso do cancro da mama, este é a principal causa de morte por cancro, entre as mulheres, tendo sido responsável por cerca de 94.300 mortes, em 2015, na União Europeia. De acordo com as estimativas para 2018 para os mesmos países, esperava-se que o cancro na mama, em mulheres, seja o tumor maligno mais frequente, com mais de 400 mil mulheres diagnosticadas, representando, assim, cerca de 13,5% de todos os novos casos esperados

(OECD, 2018). Relativamente a Portugal, há uma estimativa de mais de 50 mil novos casos de cancro em 2018. Segundo o mesmo estudo, ainda que o cancro da mama seja aquele que mais afeta as mulheres, em Portugal, esta doença tem vindo a apresentar um aumento da taxa de sobrevivência a cinco anos, registando entre 2010 e 2014 uma percentagem de cerca de 87%. Por outro lado, Portugal também tem vindo a diminuir a taxa de mortalidade ao longo dos anos, centrando-se esta, em 2015, nos 27% (OECD, 2018).

Por fim, importa ressaltar que o cancro da mama é uma doença oncológica que pode ocorrer em ambos os géneros, feminino e masculino. Ainda assim, verifica-se que quase 99% dos casos correspondem no género feminino (Ramani et al., 2017), sendo este o único constituinte da presente amostra, como mais à frente será explicitado.

2. O Impacto da Doença Oncológica

A doença oncológica na mama acarreta grandes mudanças no quotidiano da mulher e, consequentemente, da sua família, assim como os obriga a lidar com variados sentimentos e emoções de grande intensidade. Deste modo, a regulação emocional desempenha, então, um importante papel na adaptação à mesma, ao longo de todo o processo (Brandão, Schulz, Gross, & Matos, 2017), dada a imensidão de emoções e sentimentos a enfrentar.

Como referido anteriormente, além do progresso da doença que pode acarretar um incremento sintomatológico, variável de indivíduo para indivíduo, também os tratamentos, muitas vezes, conduzem a um mal-estar físico e psicológico (Adler & Page, 2008; Kenny, 2007; Ramani et al., 2017), podendo os seus efeitos ser influenciados pelo tipo de tratamento, dosagem e frequência do mesmo, ou prolongar-se no tempo, mesmo depois de não haver sinal de doença (Ramani et al., 2017). Ainda que estas consequências não se possam definir de uma forma rígida, Adler & Page (2008) destacam eventuais debilidades ao nível cognitivo, a fadiga, e a dor enquanto efeitos comuns a quase todos os tratamentos nos vários cancros, influenciando, estes, o bem-estar do doente. Kenny (2007), fala, ainda, de outros efeitos colaterais da quimioterapia como a alopecia, anemia, náuseas, vômitos, diarreia, entre outros, embora que os três últimos com um carácter temporário após o ciclo de tratamento.

Em primeiro lugar, ao nível das debilidades cognitivas, estas ainda não apresentam uma evidência muito clara. Em todo o caso, como resultado dos tratamentos de quimioterapia pode verificar-se um pequeno declínio no funcionamento cognitivo global, embora que significativo, em especial ao nível da atenção, concentração, memória e velocidade de

processamento (Knobf, 2015). Os domínios mais afetados costumam ser a memória de curto prazo, a linguagem e as habilidades espaciais e, ainda que com uma menor deterioração, podem encontrar-se pequenos declínios nos domínios de trabalho e memória de longo prazo, e habilidades motoras (Knobf, 2015).

A fadiga na doença oncológica é bem distinta da sentida aquando da privação de sono, podendo ser vista como um combinado de sintomas que envolvem uma experiência subjetiva de cansaço, fraqueza e falta de energia, cujo impacto se pode prolongar mesmo nas doentes que já finalizaram os tratamentos há vários anos (Kingston & Capelan, 2016). Assim, há um compromisso funcional nas tarefas profissionais e quotidianas, que pode promover um sentido de dependência de terceiros, ou sentimentos de inferioridade (Adler & Page, 2008).

A dor ao longo dos tratamentos, com momentos de picos e com outros de severidade mais atenuada, pode considerar-se frequente. Havendo a possibilidade da toma de alguns fármacos para a combater, esta, por norma, persiste, numa maior ou menor intensidade, assumindo um carácter debilitante (Adler & Page, 2008). Em todo o caso, o medo da dor e do sofrimento surge como um dos mais comuns nestes doentes (Gorman, 2018).

No cancro da mama, a imagem corporal é particularmente sensível, em especial perante tratamentos como cirurgia, quimioterapia ou radioterapia. Neste sentido, é frequente as doentes apresentarem preocupações face às alterações da sua imagem corporal (Ramani et al., 2017; Rowland & Massie, 2010; Towers, 2016). Nas cirurgias, a perda da mama, ou de parte dela e eventuais cicatrizes, por exemplo, e na radioterapia, um possível agravamento da desfiguração mamária (Knobf, 2015), pode significar, para algumas mulheres, uma ameaça à feminilidade, podendo despoletar um sentimento de reduzida atratividade (Ramani et al., 2017; Rowland & Massie, 2010; Towers, 2016), que, conseqüentemente, poderá ter um carácter negativo ao nível da auto-estima da doente (Ramani et al., 2017), e que pode incrementar a sintomatologia depressiva. Por outro lado, efeitos colaterais como a alopecia (devido à quimioterapia, Kenny (2007)) ou oscilações de peso, não só alteram a forma como a mulher se vê, mas também a forma como esta se pode sentir, interiormente (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982). Neste sentido, Towers (2016), face à alopecia, realçam um sentimento de diferença, ou mesmo inferioridade, experienciado por muitas destas doentes. Assim, apesar do desconforto, muitas mulheres evitam a identificação com a careca característica dos doentes oncológicos, através do uso de perucas ou outras alternativas.

Face às diversas modalidades de tratamento dolorosas, duradouras e invasivas, além dos impactos físicos e funcionais, verificam-se, ainda, conseqüências do foro psicológico. Assim, aquando do diagnóstico e ao longo do processo de tratamento, as mulheres são

confrontadas com um sentimento de incerteza face ao seu futuro, aos seus planos, às dificuldades a enfrentar, à possibilidade de recidiva, e mesmo face à morte (Towers, 2016; Gorman, 2018). Outros sentimentos podem estar associados como a raiva, a tristeza, ansiedade, revolta ou desesperança (Gorman, 2018).

No processo oncológico, importa considerar a crescente perda de controlo, frequentemente presente (Towers, 2016), que pode conduzir a sentimentos de desconforto, culpa (Gorman, 2018), e, também, estar associada a ansiedade (Towers, 2016). Assim, o autor realça que este sentimento de perda de controlo pode tornar-se evidente perante sensações físicas, ou face à realização de novos procedimentos médicos, promovendo, o medo e uma postura hipervigilante (Towers, 2016).

O cancro pode ser visto como um acontecimento desestruturante e traumático (Towers, 2016), podendo chegar a colocar em risco a identidade do indivíduo. Por outras palavras, com o aumentar da debilitação ou fraqueza manifestada pelo doente, ora pelo agravamento do estado de saúde, ora pelos efeitos secundários dos tratamentos, há uma tendência para a perda de algumas competências ou habilidades, para a perda de alguns dos interesses e, até mesmo, alguma dificuldade em manter relações já existentes. Assim, como todos os aspetos anteriores contribuem para a identidade do indivíduo, e que com a doença oncológica eles podem ser colocados em causa, também a própria identidade pode ser ameaçada, podendo conduzir a um sentimento de confusão face ao próprio *self* (Gorman, 2018).

Ao longo do processo oncológico, as fontes de suporte informal (famílias e amigos, principalmente) desempenham um papel fulcral ao nível do suporte logístico e emocional prestado (Adler & Page, 2008; Dunkel-Schetter & Wortman, 1982; Merckaert et al., 2010), ainda que possam ser vistas como uma fonte de preocupação ou de agravamento do mal-estar psicológico do indivíduo (por fazer sofrer os outros). Esta situação pode verificar-se, aquando o indivíduo deixa de conseguir assegurar os seus papéis e as suas responsabilidades no seio familiar, aos vários níveis (Towers, 2016), o que pode levar a que se sinta como um peso para os demais (Gorman, 2018). Assim, por vezes, os indivíduos tendem manifestar medo face à possibilidade de perder algumas das pessoas que mais amam, ou mesmo de serem abandonadas por estas, dado os constrangimentos a que a doença obriga (Gorman, 2018), como os longos períodos de internamento e/ou de isolamento, efeitos secundários dos tratamentos, muitas vezes, promotores de mal-estar e impeditivas de atividades sociais.

De igual modo, é comum a manifestação de níveis de ansiedade elevados, e, em alguns casos, sintomatologia depressiva (Costanzo, Ryff & Singer, 2009; Gorman, 2018; Merckaert et al., 2010; Peh et al., 2016; Towers, 2016). Por vezes, é sugerida a possibilidade da

existência de uma Perturbação de Stress Pós-Traumático ou de Sintomas de Stress Pós-Traumático (Gorman, 2018).

Na sequência de todos os medos, preocupações e ansiedades, é muito frequente encontrar-se em doentes oncológicos um estado de *distress* (Adler & Page, 2008; Gorman, 2018; Hack & Degner, 2004; Merckaert et al., 2010; Peh et al., 2016; Rowland & Massie, 2010; Schlatter & Cameron, 2010). Segundo a *Nacional Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2007, p.10), este construto pode ser, então, definido como “uma experiência desagradável de natureza psicológica social e/ou espiritual.”. Deste modo, o *distress* pode afetar várias áreas como a forma como o indivíduo pensa, sente ou age, podendo, igualmente, interferir com a capacidade de lidar efetivamente com o cancro, com os seus sintomas físicos e o com o respetivo tratamento (NCCN, 2007). De entre muitos sintomas associados ao *distress*, para o presente estudo, será de particular relevo a ansiedade, a depressão e o *stress*.

3. Conceptualização de Regulação Emocional

As emoções estão presentes na vida do indivíduo, desde a sua infância, e vão-se complexificando, ao longo das várias fases de desenvolvimento, sendo, assim, difícil defini-las. Numa das múltiplas concetualizações, Campos, Campos & Barrett (1989) abordam as emoções como o conjunto de processos que permitem criar, manter ou cessar relações entre o indivíduo e o ambiente, externo ou interno, realçando a componente intra e interpessoal.

Segundo Gross & John (2003), as emoções começam a partir de uma avaliação das pistas emocionais que cada indivíduo percebe e que considera relevantes. De seguida, esses estímulos emocionais ativam um conjunto coordenado de tendências de respostas, envolvendo os mecanismos experienciais, comportamentais e fisiológicos, e que podem ser moduladas de formas distintas. Por outro lado, o indivíduo está sujeito a diversas emoções, desejadas e indesejadas, com as quais se vê obrigado a lidar, de uma forma mais ou menos adaptativa (Gross, 1998). Neste sentido, torna-se, então, importante regulá-las.

Tal como a emoção, também a regulação emocional é um construto de difícil concetualização. Cole, Michel & Teti, (1994) abordam esta como sendo um processo contínuo de ajuste dos padrões emocionais do indivíduo, centrado na aptidão de resposta do sujeito às exigências, momentâneas, do contexto, de uma forma socialmente tolerável e flexível, a fim de permitir reações espontâneas. Ao mesmo tempo, integra a capacidade de alterar ou retardar respostas emocionais, atendendo às necessidades da situação. Assim,

segundo os autores, o construto integra uma componente ligada à organização do processo interno de resposta (destacando-se a atenção, memória e rapidez na ação), e outra relativa à monitorização, avaliação e ajustamento da resposta emocional (envolvendo um controlo cognitivo, e internalização de expectativas sociais). Em acréscimo, Gross & John (2003) sugerem que se trata de um processo frequentemente automático e sem deliberação ou consciência envolvidas, ainda que também possa ocorrer de forma controlada ou consciente.

Importa realçar que as emoções têm dinâmicas associadas, como a latência entre o início do estímulo e a reação emocional, a labilidade (frequência de mudança de uma reação emocional para outra), a intensidade e persistência da resposta emocional, o tempo decorrido até ao pico da resposta emocional, a gama de respostas emocionais observadas durante um período, e o tempo de recuperação, desde o início do estímulo, até ao momento em que a resposta emocional se encontra no nível inicial (Thompson, 1990). Desta forma, a regulação emocional implica interferir e mudar essas dinâmicas. Assim, a regulação emocional “pode diminuir, intensificar ou simplesmente manter a emoção, dependendo dos objetivos de uma pessoa” e “pode alterar o grau em que os componentes da resposta emocional se harmonizam à medida que a emoção se desenrola”. (Gross & Thompson, 2009, p. 8)

3.1. Modelo do processo de regulação emocional

Para uma melhor compreensão da regulação emocional, Gross (2001) aborda o Modelo do Processo de Regulação Emocional onde realça duas grandes classes de estratégias, atendendo o momento em que essas têm impacto no processo emocional. Assim, distingue estratégias focadas no antecedente (*antecedent-focused*) e focadas na resposta (*response-focused*), dentro das quais é possível encontrar estratégias específicas. De igual modo, dado o momento em que têm o seu impacto primário no processo emocional, Gross & Thompson (2009), destacam, ainda, cinco famílias de estratégias: a seleção da situação, a modificação da situação, a focagem atencional, a mudança cognitiva e a modelação da resposta. Neste estudo, será dado ênfase às estratégias de mudança cognitiva e modelação da resposta, nomeadamente a uma estratégia específica de cada uma (reavaliação cognitiva e supressão expressiva, respetivamente), atendendo à importância destas para o autor (Gross, 2001).

3.1.1. Estratégias focadas no antecedente

As estratégias focadas no antecedente são relativas aos mecanismos usados antes da tendência de resposta comportamental ser completamente ativada, i.e., antes da emoção ser integralmente processada. Neste sentido, há a possibilidade de haver alterações na resposta

fisiológica ou no comportamento, de uma forma eficiente, perante uma dada emoção, antes do seu processamento definitivo. Estas estratégias são bastante abrangentes, envolvendo quatro famílias de estratégias: seleção da situação; modificação da situação; focagem atencional; e mudança cognitiva (Gross & John, 2003; Gross, 2001).

O processo emocional inicia-se, então, com a seleção da situação, i.e., quando o indivíduo escolhe experienciar uma situação em detrimento de outra (Gross, 2001; Gross & Thompson, 2009), sendo com base nessa opção que a emoção será, posteriormente, processada. Assim, o indivíduo na seleção pode escolher evitar ou não alguma situação, aumentando ou diminuindo a probabilidade de experienciar, mais à frente, uma determinada emoção (Sheppes & Gross, 2012). Seguidamente, surge a modificação da situação, i.e., com a situação já escolhida, o indivíduo pode incorrer em esforços para a adaptar ou modificar, em termos das suas características externas, para que o seu impacto emocional seja alterado (Gross, 2001; Sheppes & Gross, 2012). Desta forma, estas duas famílias de estratégias estão ligadas às características externas da situação em si (Gross, 2001). Posteriormente no processo emocional, vem a focagem atencional. Esta, consiste em eleger aspetos específicos da situação, anteriormente selecionada e modificada, e focar a atenção neles (Gross, 2001), integrando estratégias como a distração ou a concentração (Gross & Thompson, 2009). Tal como a focagem atencional, também a modificação cognitiva realça a componente interna do processo de regulação emocional (Gross, 2001; Sheppes & Gross, 2012), centrando-se a última no seu significado propriamente dito.

Desta forma, a mudança cognitiva consiste em selecionar, tendo em conta os possíveis significados, qual é que o indivíduo pretende atribuir à situação, influenciando as emoções nela produzidas (Gross, 2001; Gross & John, 2003; Sheppes & Gross, 2012). Ao definir um significado em detrimento dos demais, o indivíduo está, automaticamente, a determinar a tendência de resposta experiencial, comportamental e fisiológica a ser gerada (Gross, 2001). Esta família integra a reavaliação cognitiva, que é uma das estratégias focadas no antecedente mais estudada e de relevo neste trabalho.

Assim, a reavaliação cognitiva pode ser definida como uma estratégia que permite alterar o significado de uma determinada situação, de modo a modificar o seu impacto emocional (Gross, 2001). Por outras palavras, há uma reinterpretação de um estímulo emocional, reduzindo o seu impacto. É como se a reavaliação envolvesse um “olhar para o lado positivo, redefinindo cognitivamente o significado de um evento aversivo em termos mais positivos.” (Ochsner & Gross, 2009, p. 98). Neste sentido, a reavaliação cognitiva reduz o impacto experiencial, comportamental e fisiológico da resposta emocional, não

manifestando consequências negativas ao nível cognitivo (não tem impacto na memória) ou social (não despoleta reações negativas nos demais indivíduos, visto haver uma tendência para a expressão das emoções positivas, que é um fator chave de suporte social e que assume um caráter calmamente, não só para o indivíduo, como para os demais) (Gross, 2001).

3.1.2. Estratégias focadas na resposta

Em contraste com as estratégias focadas no antecedente, Gross (2001) define as estratégias focadas na resposta como sendo relativas aos mecanismos usados depois da emoção ter sido processada, após as tendências de respostas terem sido geradas. Dentro destas, integra-se uma família de estratégias, a modelação da resposta, que se referem à alteração das componentes comportamental, experiencial e fisiológica das próprias tendências de resposta da emoção, não influenciando, contudo, o processamento emocional (Gross & John, 2003; Sheppes & Gross, 2012). Várias estratégias específicas podem ser integradas nesta família, sendo de destacar a supressão expressiva, pela atenção dada na investigação (Sheppes & Gross, 2012), tendo esta particular relevo neste trabalho.

A supressão expressiva¹ é uma estratégia que promove uma inibição consciente de um comportamento de expressão da emoção em curso (i.e., os sinais exteriores da emoção). Por outras palavras, modifica o comportamento perante uma emoção, ainda que não consiga reduzir a emoção negativa presente na experiência (Butler et al., 2003; Gross, 2000; Gross & Thompson, 2009). Assim, leva a um aumento da ativação fisiológica, pois envolve esforços ativos para a inibição do comportamento expressivo (Gross, 2001), não atenuando o impacto subjetivo da experiência, i.e., não conseguindo minimizar o seu impacto emocional. Gross (2001) acrescenta que a estratégia acarreta consequências negativas ao nível da memória (dado o esforço cognitivo contínuo que ela exige, menos recursos ficam disponíveis para o processamento e recordação de eventos) e ao nível social (pois a não expressão de emoções positivas provoca uma maior ativação fisiológica tanto no indivíduo, como na pessoa com quem interage, podendo comprometer relacionamentos interpessoais).

¹ Tendo em conta a definição anterior de supressão expressiva, na literatura foi notada uma certa ambiguidade na utilização deste termo e do termo supressão emocional. Assim, a última foi definida como sendo “a inibição consciente do próprio comportamento de expressão emocional, quando está emocionalmente ativada” (Gross & Levenson, 1993, p. 970), concetualização muito similar à de supressão expressiva. Em todo o caso, associado ao modelo de regulação emocional abordado por Gross, o termo adequado para a estratégia de modificação da resposta é supressão expressiva (Loewenstein, 2009).

3.2. Perspetiva funcional das emoções e dificuldades de regulação emocional

Segundo Thompson & Calkins (1996) e Cole et al. (1994), a regulação emocional é baseada no caráter funcional, ou seja, nos objetivos pessoais associados a uma situação. Segundo os autores, estratégias distintas de regulação emocional podem ser aplicadas em diferentes situações, para atingir objetivos diversos, e se assim não acontece, pode indicar eventuais dificuldades (Gratz & Roemer, 2004). A título de exemplo, esta funcionalidade pode estar presente quando o indivíduo exterioriza mais a sua angústia perante pessoas que cuidam dele, para potenciar a obtenção de assistência e apoio (Thompson & Calkins, 1996).

A funcionalidade da regulação emocional pode ser vista como bastante complexa, pois, frequentemente, existe uma multiplicidade de objetivos alcançáveis e possíveis, numa mesma situação. Assim, Gross & Jazaieri (2014) realçam a necessidade de alguma flexibilidade nesses objetivos. Em acréscimo, é comum encontrar-se circunstâncias que obrigam o sujeito a ter em conta mais do que um objetivo, simultaneamente, na sua gestão e regulação emocional, podendo estes serem incompatíveis entre si, o que dificulta o processo regulatório. Por outro lado, as consequências dos próprios objetivos de curto prazo, muitas vezes, estendem-se para o longo prazo, devendo ser tidas em conta. Assim, o indivíduo, além de se ver obrigado a regular-se emocionalmente no presente, necessita de ter em conta o futuro (e.g., de forma a evitar danos ou ameaças), podendo esta continuidade temporal ser fonte de algumas dissonâncias ou dificuldades (Thompson & Calkins, 1996).

Face às estratégias de regulação emocional propriamente ditas, estas desempenham um papel de relevo, pois contribuem para uma regulação adaptativa ou, pelo contrário, para a manifestação de dificuldades a esse nível. Dado o caráter funcional dessas estratégias, vários autores realçam a importância da flexibilidade na regulação emocional, não só nas estratégias utilizadas, como também na forma de gerir a intensidade ou magnitude da experiência, e a duração das respostas emocionais (Cole, et al., 1994; Gratz & Roemer, 2004). Assim, a falta de acesso a estratégias de regulação diversificadas e flexíveis, ou a falta dos recursos necessários para o seu uso, pode comprometer a concretização dos objetivos do indivíduo (Gross & Jazaieri, 2014), indicando dificuldades regulatórias.

Por outro lado, Gross & Jazaieri (2014), em sintonia com Gratz & Roemer (2004), destacam outro fator fundamental para uma regulação adaptativa: a consciência das emoções. Esta, segundo os primeiros, deve estar presente em todas as circunstâncias, independentemente do contexto onde as emoções ocorrem. Assim, Gross & Jazaieri (2014) alertam para a possibilidade de haver um excesso de consciência emocional, que pode originar uma hiperativação emocional, ou, em alternativa, uma hipoativação emocional,

derivado da falta de consciência emocional. Por outras palavras, no primeiro caso, o indivíduo iria manifestar uma consciência emocional demasiado intensificada e não condizente com a realidade, e.g. numa situação de pânico. Já no segundo caso, o indivíduo iria apresentar uma deficiente consciência das emoções que estaria a experienciar, pelo que a respetiva identificação se tornaria difícil.

A componente anterior, distingue-se da clareza emocional, ainda que ambas estejam relacionadas (Gross & Jazaieri, 2014). Assim, enquanto que, segundo os autores, a consciência emocional se centra na capacidade do indivíduo para atender e reconhecer as emoções, a clareza emocional, consiste no conhecimento que os indivíduos têm acerca do que estão a experienciar. Deste modo, ambas as aptidões do indivíduo manifestam um papel importante ao nível do uso de estratégias de regulação emocionais adequadas, pois, caso este não tenha consciência das emoções que está a experienciar, nem consiga compreender o que está a sentir de forma clara, dificilmente consegue eleger os melhores mecanismos para lidar com elas de uma forma adaptativa, podendo conduzir a uma desregulação emocional.

Neste seguimento, deve ser dada ênfase à experienciação e ao sentir as próprias emoções. Deste modo, Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl (1996) sublinham que quando um sujeito faz um esforço para não experienciar internamente uma emoção, em especial as mais aversivas ou indesejáveis, pode contribuir para a existência de distúrbios psicológicos. Por outras palavras, ao não experienciar uma emoção, pode indiciar uma má compreensão da experiência emocional, podendo traduzir-se em dificuldades ao nível da clarificação, categorização e diferenciação das suas emoções (Mennin & Fresco, 2010). Posteriormente, a aceitação da emoção poderá ser mesmo comprometida.

Gratz & Roemer (2004), realçam, além da compreensão, a importância da aceitação das emoções experienciadas na regulação emocional. Esta, segundo Politi, Enright & Weihs (2007, p. 74), “envolve uma disposição de sentir emoções positivas e negativas, permitindo que as emoções se desenvolvam sem tentativas de controlá-las, modificá-las ou rejeitá-las”. De acordo com Gratz & Roemer (2004), a aceitação e a compreensão são distintas do controlo e evitamento emocional (que ocorre quando se evita experienciar uma emoção ou quando esta não é experienciada na íntegra), podendo, as últimas, promover dificuldades de regulação emocional. Paralelamente, Cole et al. (1994) destacam a aceitação e a valorização das respostas emocionais, pois uma tendência para experienciar emoções negativas, como forma de responder às próprias reações emocionais, pode ser um indicador de dificuldade na aceitação das próprias emoções, induzindo uma possível regulação emocional pouco adaptativa. Neste sentido, Gross & Jazaieri (2014) associam a tendência supracitada a

problemas com a duração das emoções, podendo esta estar associada à não aceitação e à desregulação emocional. Os autores alertam para a possibilidade de se experienciar por um período demasiado extenso uma emoção negativa, comum nas fobias, ou, em alternativa, experienciar por um curto intervalo de tempo uma emoção positiva, frequente no *stress* pós-traumático. Em ambos os casos, as dificuldades na regulação emocional tornam-se claras.

Finalmente, é de destacar o contributo dos comportamentos impulsivos dos indivíduos para a manifestação de dificuldades na respetiva regulação emocional, destacado por Gratz & Roemer (2004). Neste sentido, foi sugerido que quando o sujeito está a experienciar emoções intensas, especialmente negativas, a intensidade com que este as sente, assim como os comportamentos impulsivos daí decorrentes podem ser ampliados. A manifestação deste tipo de comportamentos, associada a uma perda de controlo da situação experienciada, por parte do indivíduo, relaciona-se com as competências anteriormente destacadas, podendo levar a um comprometimento da concretização dos objetivos do sujeito, e do carácter funcional da regulação emocional (Wagner & Heatherton, 2014).

Em suma, partindo da perspetiva funcional, Gratz & Roemer (2004) sugerem um conceito multidimensional de regulação emocional que integra, além do acesso às estratégias de regulação emocional, diversas competências adicionais: a consciência emocional, a compreensão e aceitação das emoções; a capacidade de controlar comportamentos impulsivos; aptidão para utilizar estratégias de regulação emocional adequadas e flexíveis; capacidade para atingir os objetivos pessoais; e ter em conta as exigências da situação ou contexto. Desta forma, a ausência destas competências sugere a existência de dificuldades associadas às estratégias regulatórias, sintetizadas, pelos autores, em seis grandes grupos: acesso limitado às estratégias de regulação emocional; não aceitação das respostas emocionais; falta de consciência emocional; dificuldades no controlo de impulsos; dificuldades em agir de acordo com os objetivos; e falta de clareza emocional.

4. A Regulação Emocional na Doença Oncológica

O diagnóstico de cancro da mama pode ser visto com uma situação de vida bastante intensa, dada a imensidão de sentimentos e emoções envolvidos neste período, como já foi referido anteriormente. Assim, é de esperar que haja lugar a um maior uso de estratégias regulatórias (Dixon-Gordon et al., 2015), durante todo o processo de doença oncológica.

Perante os desafios associados à própria doença, os indivíduos tendem a reavaliar as situações stressantes, e a utilizar estratégias de regulação emocional de modo a promoverem a redução do seu impacto emocional e afetivo (Brandão et al., 2017). Porém, num estudo de Li e colaboradores, verificou-se que as doentes oncológicas da mama tendem a usar menos a estratégia de reavaliação cognitiva, face a indivíduos saudáveis, ainda que não tenha ficado claro se essas diferenças eram prévias ao diagnóstico ou se apenas refletem o *stress* que a doença acarreta (Li et al., 2015a).

Paralelamente, existe uma outra tendência centrada na supressão expressiva de emoções negativas (Brandão et al., 2017). O uso desta estratégia, no contexto oncológico, é bastante recorrente, na medida em que é muito comum estes doentes não quererem mostrar o seu lado fraco aos demais, sob pena de poderem ser vistos como um fardo, ou mesmo, para protegerem os seus entes queridos do sofrimento associado à doença oncológica (Servaes, Vingerhoets, Vreugdenhil, Keuning & Broekhuijsen, 1999).

Muitas vezes, o uso de uma estratégia em detrimento da outra é uma escolha, tendo presente que tanto a estratégia de reavaliação cognitiva, como a de supressão expressiva se encontram positivamente correlacionadas com a perceção que o indivíduo tem de que os seus esforços de regulação emocionais serão bem-sucedidos, e os levarão a atingir os objetivos emocionais pretendidos (Gross & John, 2003). Por outro lado, os autores também salientam que há situações em que nem sempre é possível adotar estratégias de reavaliação cognitiva, pelo que o que resta é a supressão expressiva.

Em acréscimo, Brandão et al. (2017), em sintonia com Gross & John (2003), salientam a correlação negativa entre o uso da supressão expressiva e a partilha de emoções com os outros (tanto positivas como negativas), ao contrário da reavaliação cognitiva que se encontra positivamente relacionada com essa partilha. Por outro lado, Gorman (2018) e Dunkel-Schetter & Wortman (1982) acrescentam que a partilha dos receios com as pessoas mais próximas poderá ser uma forma de promover a clarificação emocional e de atenuar a intensidade das emoções sentidas. O contacto e discussão das reações pessoais, emoções e sentimentos com outros pacientes, profissionais de saúde, pode ser, igualmente, vantajoso para clarificar a carga emocional experienciada (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982).

De acordo com um estudo de Politi et al. (2007), o uso da aceitação emocional como estratégia para lidar com o processo oncológico da mama ao longo do tempo, apresenta-se inversamente relacionada com o *distress* experienciado, tanto em idades jovens como em idades mais avançadas. Os autores destacam a importância do uso desta estratégia no contexto oncológico, na medida em que as doentes, ao longo do seu processo, enfrentam

situações que não podem ser mudadas ou contornadas, maioritariamente devido a questões médicas, reforçando, então, as intervenções baseadas na aceitação.

4.1. A regulação emocional e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas

Num estudo de Costanzo et al. (2009), foi analisada a variável idade em pacientes oncológicos, verificando-se que em indivíduos mais novos o impacto psicológico era mais evidente, em especial no que toca à socialização (maior dificuldade no acesso a suporte social e menos pessoas da mesma idade a lidarem com uma situação similar), à saúde mental (níveis mais elevados de ansiedade e depressão), e ao afeto (menores níveis de afeto positivo). Os autores acrescentam que lidar com a doença oncológica em jovens adultos pode constituir uma experiência mais stressante, dadas as exigências parentais encontradas, com frequência. Por outro lado, a atitude face à procura de suporte psicológico registou diferenças, evidenciando as doentes mais jovens uma maior abertura para tal, o que se sugere que seja devido às diferentes fases da vida em que estas se encontram (Meckaert et al., 2010).

Para Knobf (2015), no cancro da mama, a idade pode ser considerada como um fator responsável por impactos psicológicos distintos. Assim, Rowland & Massie (2010) sugerem que mulheres mais velhas tendam a apresentar níveis inferiores de *distress* devido à sua maior experiência de vida que, provavelmente, inclui diversas situações adversas e perdas, eventualmente ao nível da saúde (Knobf, 2015; Rowland & Massie, 2010). Por outro lado, para mulheres mais novas o carácter disruptivo da doença pode ser superior, apresentando estas um maior isolamento e sentimento de diferença (Rowland & Massie, 2010).

No que concerne à escolaridade, esta variável tem sido pouco associada à regulação emocional. Em todo o caso, no estudo de Li et al. (2015), numa população oncológica da mama recém diagnosticada, verifica-se que doentes com um menor nível de escolaridade tendiam a usar mais a estratégia de supressão expressiva, face a indivíduos com um grau de escolaridade superior.

Aquando do diagnóstico de cancro da mama, e nos momentos que o antecedem, a incerteza e a ansiedade face ao mesmo assumem quase que um carácter universal (Knobf, 2015; Towers, 2016), podendo mesmo constituir uma ameaça não só ao bem-estar do próprio, como também ao dos que o rodeiam (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982). Assim, é comum as doentes oncológicas guardarem para si medos profundos relativos à dor, ao sofrimento, ou mesmo à morte (Gorman, 2018), numa tentativa de regulação emocional do diagnóstico recém-chegado. Por outras palavras, há uma tendência das doentes para o uso da supressão expressiva, onde se realça uma propensão para mascarar as suas emoções e

sentimentos, levando a uma menor consciência e clareza dos mesmos (Gross & John, 2003). De igual modo, podem encontrar-se um conjunto de sentimentos negativos, conducentes a um humor negativo, e à presença de *distress* (Nail, 2001, citado por Gorman, 2018; Knobf, 2015), sendo comum a existência de um período de luto face ao diagnóstico, intercalado com momentos de acalmia (Gorman, 2018).

Ao falar dos tratamentos, importa referir que a espera pelo seu início, após a obtenção do diagnóstico, é um dos períodos mais stressantes do processo oncológico do paciente (Rowland & Massie, 2010). Segundo os autores, face às várias possibilidades terapêuticas, a quimioterapia destaca-se não só pelos possíveis efeitos colaterais acentuados, vistos anteriormente, como também pela grande discussão e consciência pública acerca dos mesmos, que, muitas vezes, leva à construção de crenças nos próprios doentes.

Schlatter & Cameron (2010), apontam para a supressão emocional como sendo uma estratégia influenciadora dos sintomas experienciados e do bem-estar do indivíduo, ao longo dos tratamentos de quimioterapia. Neste sentido, numa amostra de mulheres com cancro da mama e com preferência por este tipo de estratégias, os autores realçam que estas tendem a esconder as suas experiências de *distress* dos demais, assim como a reportar menos efeitos dos tratamentos, do que os realmente experienciados. Por outras palavras, destacam uma tendência para a minimização dos efeitos colaterais dos tratamentos, de forma a tentarem ser corajosas, e a fim de ocultarem as experiências negativas, tentando reduzir a angústia dos demais face ao sofrimento associado à doença. São exemplos destes sintomas a fadiga, as dores de cabeça, distúrbios no apetite, constipações, suores frios, ou alterações nas unhas. Assim, a inibição da expressão da sintomatologia pode traduzir-se num “peso” emocional para a doente, por ter de suportar sozinha a experiência adversa, e também numa resposta insuficiente da equipa médica (dada a falta de conhecimento dos efeitos colaterais sentidos).

Em acréscimo, Schlatter & Cameron (2010), sugerem outro efeito perverso da supressão emocional, face a determinadas emoções, na medida em que estas podem despoletar um agravamento da sintomatologia. Os autores explicam que a tendência para o uso de estratégias de supressão emocional (no geral, e especificamente no caso da raiva) surge associada à manifestação mais elevada de uma sintomatologia ligada à função cardiovascular e imunitária, como palpitações, inchaços, febre, sintomas urinários e feridas na boca.

Em contraste com as estratégias de supressão expressiva, Stanton et al. (2000) sugerem que o uso de estratégias de regulação promotoras de expressão emocional, como a reavaliação cognitiva (Brandão, 2017; Gross & John, 2003), pode ter um impacto ao nível do processo da doença e dos respetivos sintomas (físicos ou psicológicos). Deste modo, os

autores salientam que o uso destas estratégias pode levar a uma redução do número de consultas médicas relativas ao cancro e respetivas morbilidades, melhorando, também, a saúde física e reduzindo o *distress* experienciado nos meses demais (Stanton et al., 2000).

4.2. A regulação emocional e algumas variáveis psicológicas

Ao longo do processo oncológico, é comum haver períodos com uma sintomatologia ansiógena e/ou depressiva mais intensa ou intermitente (Gorman, 2018), podendo falar-se, conseqüentemente, de níveis mais elevados de *distress*. Estes podem ser influenciados por inúmeros fatores, entre os quais pelas estratégias de regulação utilizadas.

A reavaliação cognitiva é considerada, por grande parte dos autores como uma estratégia adaptativa, associada a níveis de depressão e ansiedade mais reduzidos (Gross & John, 2003; Peh et al., 2016; Sheppes & Gross, 2012; Wolgast, Lundh & Viborg, 2011), assim como a menores níveis de raiva e a uma maior tolerância à frustração (Wolgast et al., 2011). Assim, Gross & John (2003) explicam que esta estratégia, ao diminuir o impacto psicológico de uma determinada situação, ao longo do processo oncológico, pode ser vista como protetora face à sintomatologia depressiva, pois esta, normalmente, é desencadeada por respostas negativas a situações de perdas ou desafiantes, muito presentes na doença oncológica.

Em contrapartida, a estratégia de supressão expressiva, no contexto oncológico, está associada a resultados psico-emocionais mais pobres, e a eventuais conseqüências adversas (Hack & Degner, 2004; Li et al., 2015; Peh et al., 2016; Wolgast et al., 2011). Assim, alguns autores realçam o impacto negativo desta estratégia ao nível da depressão e ansiedade (Peh et al., 2016), e ao nível do ajustamento psicológico à doença (Hack & Degner, 2004). De igual modo, um maior uso da supressão surge associada a níveis superiores de *stress* (Butler et al., 2003; Cordella, & Poiani, 2014). Neste sentido, Gross & John (2003) acrescentam que o uso desta estratégia pressupõe a não expressão do que o doente está, verdadeiramente, a sentir, o que pode orientá-lo para um sentido de incongruência entre o seu *self* e o comportamento que revela aos demais. Assim, uma tendência para o uso desta estratégia pode relacionar-se com um sentido de inautenticidade aumentado nas relações com os outros (possivelmente associado a algum receio de rejeição social ou de abandono, frequente na doença oncológica (Hack & Degner, 2004)), relacionando-se, posteriormente, com níveis afetivos e de humor mais débeis, i.e., uma maior sintomatologia depressiva e ansiógena.

Neste sentido, é de enfatizar a importância da intervenção psicológica ao longo do processo oncológico, em especial nos casos onde existe uma predominância do uso de estratégias de supressão expressiva (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis & Harman, 2007;

Gross & John, 2003; Peh et al., 2016; Schlatter & Cameron, 2010), à qual se associa níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Porém, Merckaert et al. (2010) alertam que alguns doentes oncológicos com níveis elevados de depressão e/ou ansiedade não manifestam vontade de recorrer a apoio psicológico, podendo estas discrepâncias serem justificadas quer por considerarem normal, no contexto oncológico, a experiência de emoções tão intensas, quer por estes indivíduos não terem consciência do impacto positivo que uma intervenção psicológica poderia ter nestes casos. Para o sucesso da intervenção é, ainda, de realçar a importância da motivação dos indivíduos para a mudança psicológica (Cameron et al., 2007).

A qualidade de vida percebida pelos doentes é outro construto que tanto Gross & John (2003), como Brandão et al. (2017), associam às estratégias de regulação emocional, relação esta que foi destacada, em contexto oncológico, pelos últimos autores. Em acréscimo, realça-se que as estratégias de regulação emocional podem influenciar e prever o nível de qualidade de vida em doentes com cancro na mama (Li et al., 2015a). Assim, é sugerido que os pacientes que manifestam um maior uso da estratégia de supressão emocional, apresentem uma menor qualidade de vida percebida, nos seus vários domínios (Brandão et al., 2017). Pelo contrário, os indivíduos que manifestam uma maior preferência pela estratégia de reavaliação cognitiva apresentem uma qualidade de vida mais elevada nos domínios sociais e psicológicos (Brandão et al., 2017; Li et al., 2015a), e, também, nos domínios físico e funcional (Li et al., 2015a). Os últimos autores encontraram, ainda, correlações positivas entre o bem-estar das doentes e a sua tendência para aceitar emocionalmente os desafios associados ao processo oncológico (i.e., menores dificuldades na aceitação emocional).

Tal como a qualidade de vida, o bem-estar² percecionado pelos doentes surge como um construto associado à regulação emocional e respetivas estratégias (Gross & John, 2003). Assim, estes realçam que a supressão expressiva se associa a indicadores negativos de bem-estar, enquanto que a reavaliação cognitiva surge associada a resultados mais positivos. Costanzo et al. (2009) acrescentam que, de uma maneira geral, no contexto oncológico, os doentes manifestam níveis inferiores de bem-estar, face a indivíduos que não tenham enfrentado esta experiência não normativa.

² Tendo em conta a literatura consultada, denota-se alguma indistinção no uso dos construtos qualidade de vida e bem-estar. Ambos se tratam de variáveis relativas ao ajustamento do doente, ao processo oncológico, neste caso. Os domínios por eles avaliados oscilam consoante o instrumento utilizado, ainda que, geralmente, sejam similares, integrando, ao mesmo tempo, um score global. De notar que, mesmo os autores do FACT-G, instrumento que avalia o bem-estar em doentes oncológicos, se referem ao teste enquanto medidor da qualidade de vida (Brucker, Yost, Cashy, Webster e Cella, 2005), reforçando, assim, as similaridades entre os construtos.

Anteriormente foi referido que, segundo Schlatter & Cameron (2010), o uso de estratégias de supressão emocional, ao inibir a manifestação de sintomatologia aversiva, fazia com que a atuação da equipa médica, no atenuar desses sintomas, ficasse limitada. Desta forma, de acordo com os autores, a preferência pelo uso da supressão emocional tem, de igual modo, implicações ao nível do bem-estar, pois os doentes podem receber doses insuficientes de medicação, dificultando, assim, o controlo da sintomatologia ligada aos distúrbios ao nível do apetite, fadiga e/ou dores de cabeça, o que, em última instância, pode comprometer o seu funcionamento diário e o seu bem-estar.

Atendendo à presença de um sentimento de falta de controlo, muito comum nos doentes oncológicos, Stanton et al. (2000) sugerem que a utilização de estratégias de regulação centradas na expressão emocional (i.e., contrárias à supressão emocional) pode ser um veículo de sucesso para a busca de objetivos ou, também funcionar como um facilitador do processo de concretização dos mesmos. Por outras palavras, segundo os autores, o facto de um doente expressar a sensação de perda de controlo, distinguindo o que pode do que não pode controlar, permite que a sua energia possa ser canalizada para objetivos alcançáveis, ajudando-o a gerar caminhos alternativos para a sua concretização, reforçadores de controlo, e promotores do seu bem-estar.

Por fim, é de realçar a importância da flexibilidade no acesso e no uso de estratégias de regulação emocional para os estados de humor e afetivos do doente oncológico, assim como para o seu bem-estar e qualidade de vida (Bonanno & Burton, 2013). Por outras palavras, os autores realçam que uma utilização flexível da gama de estratégias disponíveis, adequado às necessidades do contexto oncológico em constante alteração, pode conduzir a níveis inferiores de ansiedade e depressão, do mesmo modo que pode conduzir a um melhor nível de bem-estar destes doentes. Pelo contrário, maiores dificuldades no acesso ou uso das estratégias de regulação emocional, pode orientar o doente para resultados opostos.

Parte II – Estudo Empírico

1. Objetivos do Estudo

A regulação emocional desempenha um papel preponderante na adaptação à doença oncológica e ao longo de todo o processo (Brandão et al.,2017), dado o turbilhão de emoções e sentimentos em que o doente se vê envolvido, bem como as inúmeras mudanças no quotidiano com que é obrigado a deparar-se. Neste sentido, o estudo da regulação emocional na doença oncológica pode ser considerado extremamente vasto e complexo, havendo, ainda, um longo caminho a percorrer. Assim, o presente estudo visa contribuir para uma compreensão mais profunda das estratégias e dificuldades de regulação emocional experienciadas na população oncológica da mama, tendo em conta outros construtos relevantes e indissociáveis da temática, como é o caso da ansiedade, da depressão, do *stress* e do bem-estar nos seus diversos domínios. Deste modo, e a partir do enquadramento teórico exposto, apresentam-se, de seguida, os objetivos deste estudo.

Em primeiro lugar, pretende-se compreender de que forma é experienciada a regulação emocional em mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Assim, e tendo por base o Modelo do Processo da Regulação Emocional de Gross (2001), visa-se caraterizar a regulação emocional na amostra deste estudo, assim como averiguar a possível existência de potenciais padrões regulamentais. Por outras palavras, tenciona-se perceber a frequência de utilização de algumas estratégias e, especificamente, compreender se os doentes manifestam uma maior preferência pelo uso da reavaliação cognitiva ou da supressão expressiva. De igual modo, neste objetivo visa-se, também, explorar e caraterizar as principais dificuldades ao nível da regulação emocional, à luz da perspetiva funcional da regulação emocional (Thompson et al, 1994; Gratz & Roemer, 2004). Pretende-se, ainda, analisar a relação entre as estratégias utilizadas e as dificuldades de regulação emocional.

O segundo objetivo centra-se na análise da relação das estratégias e dificuldades de regulação emocional, anteriormente caraterizadas, com algumas características de carácter sociodemográfico, e com especificidades da própria doença oncológica.

Dado o impacto psicossocial da doença oncológica e o seu carácter desestruturante, torna-se claro que este afeta o bem-estar dos doentes oncológicos (Brandão et al., 2017; Stanton et al.,2000), tendo, também, consequências no estado afetivo (ao nível da ansiedade, depressão e *stress*). Assim, o terceiro objetivo centra-se na caraterização destes construtos, de acordo com a perceção das doentes oncológicas constituintes da amostra deste estudo.

O quarto objetivo passa por explorar a existência de eventuais relações entre as estratégias utilizadas, as dificuldades de regulação emocional e a perceção de qualidade de vida e do bem-estar, e do estado afetivo evidenciado pelos doentes oncológicos da mama. De acordo com as correlações encontradas, e para promover um conhecimento mais aprofundado destas relações, pretende-se, ainda, construir modelos para a predição do bem-estar global e do bem-estar emocional (os mais relevantes para o presente estudo), com base nas estratégias usadas e nas dificuldades de regulação emocional avaliadas.

Por fim, no quinto objetivo, atendendo às eventuais relações encontradas entre as estratégias utilizadas e as dificuldades de regulação emocional, variáveis sociodemográficas e clínicas, pretende-se construir modelos para a predição da reavaliação cognitiva e da supressão expressiva.

2. Participantes

Para a amostra do presente estudo constituíram-se como critérios de inclusão o diagnóstico de cancro da mama (tendo ou não os tratamentos iniciados), a maioridade, e a capacidade de compreensão e de resposta às perguntas dos questionários propostos. Foram excluídos todos os doentes que não se encontravam em condições físicas e/ou psicológicas para a resposta ao mesmo, e os que recorriam ao IPO apenas para estudos genéticos.

De seguida, pode consultar-se a Tabela 1, que contém informações sociodemográficas acerca da amostra utilizada. Esta, inicialmente, era constituída por 102 sujeitos, no entanto, devido ao tratamento dos valores omissos nos vários instrumentos foram excluídos 7 participantes, ficando uma amostra final de 95 sujeitos. Posteriormente, será apresentada outra tabela, a Tabela 2, que contém informações relativas à caracterização clínica da amostra.

Como revela a Tabela 1, a amostra é constituída, unicamente, por participantes do género feminino, com idades compreendidas entre os 32 e os 75 anos, sendo a maioria casada (73.68%). Face à escolaridade, destacam-se as participantes que concluíram o Ensino Secundário (24.21%) e a Licenciatura (25.26%), sendo seguidas das que concluíram o 4º ano (13.68%), o 6º ano (14.74%) e o 9º ano (11.58%). No que concerne à situação profissional, a maioria ou se encontra no ativo (38.30%) ou de baixa médica (30.85%). Quanto à profissão propriamente dita, verifica-se uma grande heterogeneidade nas 93 respostas obtidas, entre as quais 12.90% são costureiras, 11.83% são professoras e 8.60% domésticas.

Tabela 1
Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N=95)

Variáveis	n (%)	Min–Max	M	(DP)
Sexo	95 (100%)			
Masculino	0 (0%)			
Feminino	95 (100%)			
Idade		32-75	53.11	(9.48)
Estado civil	95 (100%)			
Solteiro (a)	6 (6.32%)			
Casado (a)	70 (73.68%)			
União de Facto	5 (5.26%)			
Divorciado (a)/ Separado (a)	10 (10.53%)			
Viúvo (a)	4 (4.21%)			
Anos de escolaridade		3- 22	10.83	(5.14)
Habilitações literárias	95 (100%)			
Menos de 4 anos de escolaridade	5 (5.26%)			
1º Ciclo completo do Ensino Básico- 4º ano	13 (13.68%)			
2º Ciclo completo do Ensino Básico - 6º ano	14 (14.74%)			
3º Ciclo completo do Ensino Básico - 9º ano	11 (11.58%)			
Ensino Secundário completo - 12º ano	23 (24.21%)			
Ensino Superior - Licenciatura completa	24 (25.26%)			
Ensino Superior - Mestrado completa	5 (5.26%)			
Ensino Superior - Doutoramento completo	0 (0%)			
Situação Profissional Atual	94 (100%)			
Ativo (a)	36 (38.30%)			
De baixa médica	29 (30.85%)			
Desempregado (a)	7 (7.45%)			
Reformado (a)	22 (23.40%)			
Omissos	1			

Como revela a Tabela 2, relativamente ao estadio da doença das 52 respostas obtidas, a maioria apresenta um cancro da mama no estadio II (38.46%) ou no estadio III (38.46%), sendo de destacar que 43 participantes não sabiam qual o estadio da sua doença. Por outro lado, a maior parte não tem metástases conhecidas (83,53%), em 85 respostas obtidas. À data do preenchimento dos questionários, as participantes tinham recebido o diagnóstico, em média, há cerca de 37 meses, e iniciado os tratamentos, em média, há cerca de 35 meses. É de ressaltar que nem todas as mulheres haviam iniciado os tratamentos aquando da participação no estudo, o que justifica o número de omissos nas questões relativas aos tratamentos e efeitos colaterais manifestados.

Ao nível dos tratamentos, tendo em conta as 79 respostas obtidas, destaca-se a cirurgia como sendo aquele por que mais mulheres passaram até ao momento, com 89.87% das participantes que já realizaram, pelo menos, uma intervenção cirúrgica. A maioria das doentes já realizaram ou estão a realizar quimioterapia (69.62%), radioterapia (67.01%),

Tabela 2*Caraterização Clínica da Amostra (N=95)*

Variáveis	<i>n</i>	(%)	Min–Max	<i>M</i>	(<i>DP</i>)
Meses desde o diagnóstico			1 – 264	37.26	(45.92)
Meses desde o início dos tratamentos			0 – 264	34.79	(45.90)
Estádio	52	(100%)			
I	6	(11.54%)			
II	20	(38.46%)			
III	20	(38.46%)			
IV	6	(11.54%)			
Omissos	43				
Metástases	85	(100%)			
Sim	14	(16.47%)			
Não	71	(83.53%)			
Omissos	10				
Tratamentos realizados	79	(100%)			
Quimioterapia	55	(69.62%)			
Cirurgia	71	(89.87%)			
Radioterapia	53	(67.01%)			
Imunoterapia	6	(7.59%)			
Hormonoterapia	48	(60.76%)			
Omissos	16				
Acompanhamento psicológico no período da doença	95	(100%)			
Sim	22	(23.16%)			
Não	73	(76.84%)			

destacando-se, de igual modo, a grande percentagem de participantes que realizam ou já realizaram hormonoterapia (60.76%). É, ainda, de ressaltar que a maioria das participantes não recorreu a apoio psicológico (76.84%).

Como se pode consultar no anexo E, na sequência dos tratamentos anteriores, no seio das 68 respostas obtidas na amostra, a fadiga é o efeito colateral mais experienciado (86.76%). Além das participantes que não iniciaram os tratamentos, razão pela qual não reportaram os sintomas anteriores, acrescentam-se as mulheres que apenas realizaram cirurgia, que, em muitos casos, coincide com a ausência de efeitos colaterais. Face ao histórico patológico, 21.05% e 16.84% das participantes apresentam quadros depressivos ou ansiosos, respetivamente, e uma pequena parte da amostra uma doença oncológica anterior (11.58%). Ainda assim, mais de metade das doentes não relatam antecedentes patológicos (50.53%).

3. Instrumentos

No presente estudo foram aplicados seis questionários, que serão de seguida apresentados. Os dois primeiros foram de carácter sociodemográfico e clínico, tendo os

demais um foco na temática da regulação emocional, estado afetivo e bem-estar (Questionário de Regulação Emocional, Escala de Dificuldades Emocionais, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, e versão portuguesa do *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*) Relativamente aos quatro últimos, importa acrescentar que os autores foram contactados e o respetivo uso, ao abrigo do presente projeto, encontra-se autorizado.

3.1. Questionário sociodemográfico e clínico

O questionário sociodemográfico (anexo A) pretende recolher informações acerca dos participantes, como a idade, o género, estado civil, escolaridade, profissão e situação atual. Face ao questionário clínico (anexo B), este regista dados relativos à doença, como a data de diagnóstico, o estadio da doença, os tratamentos realizados e/ou em curso, o recurso a suporte psicológico formal, o histórico médico, e principais sintomas experienciados.

3.2. Questionário de regulação emocional (QRE)

O QRE é versão traduzida e adaptada à população portuguesa, por Machado Vaz (2009), do *Emotional Regulation Questionnaire*, originalmente, por Gross & John (2003). Este instrumento foi validado para a população oncológica feminina portuguesa, por Brandão et al. (2017). Como o nome indica, visa medir e avaliar a regulação emocional dos indivíduos, partindo das estratégias evidenciadas no Modelo do Processo da Regulação Emocional (Gross, 2001), assim como promover a compreensão das diferenças individuais no uso das distintas estratégias de regulação emocional, em momentos específicos.

Esta escala integra 10 itens, avaliadores de dois fatores: reavaliação cognitiva e supressão expressiva, formando duas subescalas. A primeira contempla 6 itens, e a segunda integra apenas 4, nenhum deles invertido, sendo as respostas avaliadas através de uma escala de 7 pontos do 1 (*discordo totalmente*) ao 7 (*concordo totalmente*). A cotação das subescalas consiste no somatório do valor dos itens pertencente a cada uma, sendo que um resultado mais elevado em cada uma das subescalas, significa uma maior utilização dessa estratégia.

No estudo de Machado Vaz (2009) são referidas as qualidades psicométricas do instrumento. Ao nível da fiabilidade, verifica-se uma boa consistência interna para o fator da reavaliação cognitiva, embora que o fator da supressão expressiva seja menos satisfatório (reavaliação cognitiva: $\alpha=.76$; supressão expressiva: $\alpha=.65$). Ambos os valores obtidos são um pouco inferiores aos do questionário original (reavaliação cognitiva: $\alpha=.80$; supressão expressiva: $\alpha=.73$). Quanto à validade de construto, os dois fatores revelaram-se capazes de explicar 49.64% da variância.

3.3. Escala de dificuldades de regulação emocional (EDRE)

Esta escala resulta da adaptação portuguesa da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* de Gratz & Roemer (2004), por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias (2010), e visa avaliar as diferenças e dificuldades experienciadas por adultos, clinicamente significativas, em termos de regulação emocional. A sua conceitualização é baseada na perspetiva funcional das emoções, de Gratz & Roemer (2004), que assenta na multidimensionalidade da regulação emocional, concretizadas nesta escala através de várias subescalas.

Esta escala é composta por 36 itens, divididos por seis subescalas: acesso limitado às estratégias de regulação emocional (estratégias), com 8 itens; não aceitação das respostas emocionais (não aceitação), com 6 itens; falta de consciência emocional (consciência), com 6 itens; dificuldades no controlo de impulsos (impulsos), com 6 itens; dificuldades em agir de acordo com os objetivos (objetivos), com 5 itens; e falta de clareza emocional (clareza), com 5 itens. Para a resposta, é usada uma escala do tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (*quase nunca*) e 5 (*quase sempre*). No total, a escala contém 11 itens que necessitam de ser invertidos, i.e., um *score* mais elevado corresponde a menos dificuldades regulatórias. Quanto à cotação, esta consiste na soma do valor dos itens integrantes de cada subescala, e no caso do *score* total, na soma dos *scores* obtidos em cada subescala, sendo que valores mais elevados correspondem a maiores dificuldades de regulação emocional.

Segundo Coutinho et al. (2010), a escala tem boas qualidades psicométricas. Na validade de construto, os 6 fatores explicam 58,24% da variância total. Face à fiabilidade, verifica-se uma consistência interna global muito próxima da obtida no estudo original ($\alpha=.92$) e todas as subescalas estratégias ($\alpha=.88$), não aceitação ($\alpha=.86$), consciência ($\alpha=.74$), impulsos ($\alpha=.80$), objetivos ($\alpha=.85$) e clareza ($\alpha=.75$) realçam uma boa consistência interna.

3.4. Escala de ansiedade, depressão e stress – 21 (EADS-21)

A EADS-21 resulta da tradução e adaptação para a população portuguesa, por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), da versão abreviada da *Depression, Anxiety and Stress Scale*, inicialmente, composta por 42 itens e desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995), originalmente. Este instrumento visa avaliar três dimensões: a ansiedade, a depressão e o *stress*, tendo em conta a sintomatologia experienciada na semana anterior.

A escala integra 21 itens, equitativamente distribuídos entre os três domínios, formando três subescalas. Cada uma destas contém 7 itens, que remetem para sintomas emocionais negativos, não estando nenhum invertido. A escala de resposta usada é do tipo Likert de 4 pontos, variando entre 0 (*não se aplicou nada a mim*) e 3 (*aplicou-se a mim a maior parte*

das vezes). A cotação das subescalas consiste na soma dos valores dos itens integrantes, correspondendo resultados mais elevados a estados afetivos mais negativos. Face ao *score* obtido, pode falar-se de vários níveis de ansiedade, depressão e *stress* desde *normal* a *extremamente severo*, tendo como níveis intermédios o *suave*, o *moderado* e o *severo*. Na subescala ansiedade, o nível normal encontra-se para valores entre 0 e 3, suave entre 4 e 5, moderado entre 6 e 7, severo entre 8 e 9, e extremamente severo para os valores maiores ou iguais a 10. Na subescala depressão, verifica-se um nível normal para valores entre 0 e 4, suave entre 5 e 6, moderado entre 7 e 10, severo entre 11 e 13, e extremamente severo para valores superiores ou iguais a 14. Por fim, na subescala *stress*, o nível normal situa-se nos valores entre 0 e 7, suave entre 8 e 9, moderado entre 10 e 12, severo entre 13 e 16, e extremamente severo para os valores maiores ou iguais a 17.

Segundo o artigo de validação usado (Pais-Ribeiro et al., 2004), a presente escala tem boas qualidades psicométricas. Quanto à validade de construto, a totalidade dos fatores consegue explicar 50,35% da variância total. Ao nível da fiabilidade, para os três domínios (ansiedade, depressão e *stress*) foram revelados valores indicativos de uma boa fiabilidade ($\alpha = .74$; $\alpha = .85$; e $\alpha = .82$, respetivamente).

3.5. *Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) versão portuguesa*

O FACT-G versão portuguesa resulta da tradução linguisticamente validada, pelo *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)*, do questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy – General* (Cella et al., 1993), cujo objetivo se centra na medição do bem-estar em doentes oncológicos, e a sua resposta baseia-se nos últimos 7 dias.

O instrumento é composto por 27 itens, que se encontram divididos por 4 domínios: bem-estar físico (7 itens); bem-estar social/ familiar (7 itens); bem-estar emocional (6 itens); e, por fim, bem-estar funcional (7 itens). Para estes 27 itens a escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos, variando esta entre 0 (*nem um pouco*) e 4 (*muitíssimo*). Destes 27 itens, 12 necessitam de ser invertidos, i.e., um *score* mais elevado corresponde a um menor nível de bem-estar. A cotação das subescalas consiste na soma dos valores obtidos nos itens integrantes de cada uma, ponderado pelo número de itens respondido, enquanto que a cotação total consiste na soma do *score* das subescalas anteriores. Neste sentido, quanto maior o resultado, maior é a perceção da qualidade de vida, por parte do indivíduo.

As qualidades psicométricas foram analisadas a partir da versão original do questionário (28 itens). A versão portuguesa consiste numa tradução linguisticamente validada, que

garante a qualidade da mesma, a sua compreensão e relevância para a população portuguesa, porém, esta não contempla uma validação completa com análise psicométrica. Os autores sugerem que, se a tradução criar uma versão equivalente do questionário, as propriedades psicométricas do instrumento original devem ser aplicadas à tradução. Assim, face à validade de construto, a totalidade dos fatores consegue explicar cerca de 51% da variância. Quanto à fiabilidade, o questionário apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=.89$).

4. Procedimento

Relativamente à recolha de dados, antes da investigação ser iniciada, o projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde do IPO do Porto, tendo este obtido um parecer positivo, autorizando, assim, a progressão da investigação.

As doentes foram abordadas na sala de espera da Clínica da Mama, tendo sido explicado, sucintamente, a temática e o objetivo do estudo em questão, para que pudessem concordar ou não com a participação no mesmo. As pacientes foram, depois, encaminhadas para um gabinete na Clínica da Mama, garantindo a privacidade no momento do preenchimento. Aqui, estavam presentes a investigadora, a doente, e, por vezes, o respetivo acompanhante, sendo reforçado o intuito do projeto, e salvaguardado a compreensão dos seus objetivos e o esclarecimento de eventuais dúvidas. Assim, foi entregue a todas as participantes uma folha com as informações gerais do projeto (anexo C), e posteriormente, pedido que lessem e assinassem o consentimento informado (anexo D), onde confirmavam a tomada de conhecimento do estudo e do seu procedimento, autorizando a participação no mesmo. De seguida, era iniciada a recolha de dados, com a entrega e preenchimento dos questionários. É de referir que os questionários eram de autopreenchimento. Porém, em casos excecionais, devido a fatores físicos como o cansaço do doente, dificuldades de visão ou de escrita, foi necessário ser a investigadora a ler em voz alta e a apontar as respetivas respostas.

Quanto à análise de dados, estes foram introduzidos e estudados com recurso ao programada *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 25. Inicialmente, os 102 dados da amostra foram analisados no que toca aos valores omissos, sendo o seu tratamento baseado no manual de aplicação e cotação dos instrumentos utilizados. Neste sentido, devido ao EADS-21 e ao FACT-G foram excluídos 2 sujeitos da amostra, pois excediam o número de itens omissos, por subescala, que os autores consideraram aceitáveis. Quanto à EDRE e ao QRE, os autores não fazem referência ao procedimento a adotar no

caso da existência de valores omissos. Deste modo, foi excluída uma participante que não havia preenchido nenhum item do QRE. Posteriormente, realizou-se para a EDRE e para o QRE o teste Little's MCAR, que permitiu concluir que os valores omissos existentes eram completamente aleatórios ($\chi^2(70)=58.54$, $p=.83$; e $\chi^2(9)=10.54$, $p=.31$, respectivamente). Visto que apenas havia 4 casos nesta situação, dois no QRE e dois na EDRE, e dado o seu reduzido impacto no poder estatístico da amostra, considerou-se aceitável excluir esses casos da amostra, de acordo com Acock (2005). Assim, a amostra final integrou 95 sujeitos.

Posteriormente, foi analisada a fiabilidade dos instrumentos, para esta amostra. No QRE ambas as subescalas apresentam boa consistência interna (reavaliação cognitiva: $\alpha=.85$; supressão expressiva: $\alpha=.73$). O mesmo se verifica para as subescalas da EADS-21 (ansiedade: $\alpha=.79$; depressão: $\alpha=.88$; *stress*: $\alpha=.85$). O FACT-G, no total, apresenta uma excelente consistência interna ($\alpha=.91$), assim como os seus domínios também revelam uma boa fiabilidade (bem-estar físico: $\alpha=.83$; bem-estar social/familiar: $\alpha=.77$; bem-estar emocional: $\alpha=.76$; bem-estar funcional: $\alpha=.88$). Face à EDRE, no total, a escala apresenta uma excelente consistência interna ($\alpha=.90$), e quase todas as suas subescalas revelam uma boa fiabilidade, (estratégias: $\alpha=.82$; impulsos: $\alpha=.84$; consciência: $\alpha=.75$; objetivos: $\alpha=.77$; não aceitação: $\alpha=.86$), todas superiores a .7, à exceção da clareza que evidenciou um valor mais baixo, ainda que aceitável ($\alpha=.61$). Assim, concluiu-se que, nesta amostra, os quatro instrumentos possuem boas propriedades psicométricas ao nível da fiabilidade, o que permite prosseguir para os objetivos.

Face às análises estatísticas foram realizados análises descritivas e análises inferenciais. Em relação às análises inferenciais e para a análise de diferenças de médias foram realizados testes t de *Student* para 1 amostra, para amostras independentes e para amostras emparelhadas, e Análise de Variância Unifactorial - ANOVAS para medidas repetidas. Tendo em vista a análise das relações entre as variáveis em estudo, foram realizadas correlações bivariadas, tendo sido, a partir destas, analisado o coeficiente de correlação momento produto de *Pearson*. Por fim, foram realizadas análises de regressões múltiplas.

5. Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação dos resultados será organizada tendo em conta os objetivos formulados. O **primeiro objetivo** deste estudo visa analisar a frequência de utilização das estratégias de reavaliação cognitiva e de supressão expressiva e, também, caracterizar as principais

dificuldades ao nível da regulação emocional. Assim, na Tabela 3 encontram-se as estatísticas descritivas relativas a essas duas estratégias de regulação emocional avaliadas pelo QRE e às dificuldades de regulação emocional avaliadas pela EDRE. Apresentam-se, de igual modo, os valores de referência, no caso do QRE, obtidos a partir do estudo de validação de Machado Vaz (2009), numa população não oncológica, e os *scores* médios obtidos por Brandão (2017), numa população oncológica. No caso da EDRE, referem-se os valores de referência obtidos por Machado Vaz (2018), numa validação posterior do instrumento, numa amostra portuguesa com 384 mulheres sem referência a problemas de saúde, pois no estudo de validação de Coutinho et al. (2010) estes não são apresentados. Por fim, na Tabela 3, também se encontram os resultados dos testes *t* para uma amostra, que fazem a comparação dos valores obtidos na presente amostra, com os valores de referência.

Começando pelas estratégias de regulação emocional, esta amostra apresenta um *score* médio mais elevado de reavaliação cognitiva ($M=29.54$, $DP= 8.21$) e de supressão expressiva ($M=14.89$, $DP= 5.75$), face à população do estudo de Machado Vaz (2009), ($M=24.98$, $DP=7.06$ e $M=13.8$, $DP=5.07$, respetivamente), sendo esta diferença estatisticamente significativa [$t(94) = 5.41$, $p <.001$; $t(94) = 2.63$, $p =.010$ respetivamente]. Porém, quando a comparação é feita entre a média dos *scores* médios obtidos na reavaliação cognitiva ($M=4.92$, $DP=1.37$) e na supressão expressiva ($M=3.72$, $DP=1.44$), com a média obtida por Brandão (2017), numa população oncológica feminina, ($MP=5.18$, $DP=1.34$ e $M=3.83$, $DP=1.50$, respetivamente), as diferenças deixam de ser significativas [$t(94)= -1.83$, $p=.070$; $t(94)= -0.72$, $p=.473$, respetivamente], i.e., as duas amostras oncológicas usam, igualmente, as duas estratégias, o que realça a importância da particularidades da amostra nos estudos conducentes aos valores de referência.

Em todo o caso, é de destacar a tendência para o uso da reavaliação cognitiva apresentada pelas doentes da amostra deste estudo ($M=4.92$), pois esse valor situa-se acima do ponto médio da escala - 4 (*não concordo nem discordo*). Essa tendência já não se verifica para a supressão expressiva, dado que a média do *score* médio ($M=3.72$) se situa abaixo do ponto médio da escala - 4 (*não concordo nem discordo*). Segundo o teste *t* de Student para amostras emparelhadas, pode dizer-se que, nesta amostra, as diferenças encontradas no uso da reavaliação cognitiva e da supressão expressiva são estatisticamente significativas [$t(94)=16.30$, $p<.001$], a favor da reavaliação cognitiva, i.e., as doentes usam significativamente mais vezes a reavaliação cognitiva do que a supressão expressiva.

Tabela 3

Resultados dos Questionários de Autorrelato (mínimo e máximo, média e desvio padrão), Valores *t* de Comparação com Valores de Referência e Significância Estatística (*N*=95)

Instrumentos	Min-Max	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>) referência	Comparação com valores de referência		
				<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
QRE						
Reavaliação Cognitiva (6-42)	6 – 42	29.54 (8.21)	24.98 (7.06)	5.41	94	< .001
Supressão Expressiva (4-28)	4 – 28	14.89 (5.75)	13.34 (5.07)	2.63	94	.010
Reavaliação Cognitiva média (1-7)	1-7	4.92 (1.37)	5.18 (1.34)	-1.83	94	.070
Supressão Expressiva média (1-7)	1-7	3.72 (1.44)	3.83 (1.50)	-0.72	94	.473
EDRE						
Estratégias (8-40)	8 – 35	15.47 (6.13)	15.73 (5.64)	-0.41	94	.684
Não Aceitação (6-30)	6 – 30	13.97 (6.12)	13.91 (5.35)	0.09	94	.926
Consciência (6-30)	6 – 26	14.37 (4.91)	16.54 (4.52)	-4.31	94	< .001
Impulsos (6-30)	6 – 29	12.73 (5.65)	15.12 (5.09)	-4.13	94	< .001
Objetivos (5-25)	5 – 23	12.99 (4.86)	13.43 (3.61)	-0.88	94	.380
Clareza (5-25)	5 – 23	9.49 (3.55)	11.44 (3.36)	-5.34	94	< .001
Total (36-180)	41 – 130	79.02 (20.84)	86.01 (19.32)	-3.27	94	.002
Estratégias média (1-5)	1- 4.38	1.93 (0.77)				
Não aceitação média (1-5)	1 – 5	2.33 (1.02)				
Consciência média (1-5)	1 – 4.33	2.39 (0.82)				
Impulsos média (1-5)	1-4.83	2.12 (0.94)				
Objetivos média (1-5)	1 – 4.60	2.60 (0.97)				
Clareza média (1-5)	1 -4.60	1.90 (0.71)				
Total média (1-5)	1.15- 3.57	2.21 (0.57)				

Em acréscimo, analisou-se a relação entre a utilização das estratégias, reavaliação cognitiva e supressão expressiva, e verificou-se a existência de uma correção significativa, embora com um valor baixo [$r(95)=.25, p=.014$]. Esse resultado significa que as doentes que mais utilizam uma estratégia, também tendem a usar a outra. Esta relação pode ser entendida pois, perante emoções de maior intensidade, encontra-se uma tendência para o maior uso de estratégias de regulação emocional (Dixon-Gordon et al., 2015). No contexto oncológico isto pode ser particularmente evidente, dado que as doentes se vêm confrontadas com sentimentos e emoções como tristeza, raiva, impotência, culpa, insegurança desconforto, praticamente em simultâneo, e com grande intensidade (Gorman, 2018).

Quanto às dificuldades de regulação emocional, as doentes oncológicas do estudo, nas subescalas de falta de consciência ($M=14.37, DP=4.91$), e de clareza emocional ($M=9.49, DP=3.55$), em comparação com os valores obtidos por Machado Vaz (2018) ($M=16.54, DP=4.52$, e $M=11.44, DP=3.36$, respetivamente), apresentam diferenças estatisticamente significativas [$t(94)= -4.31, p<.001$; $t(94)=7.92, p<.001$, respetivamente], revelando as participantes deste estudo menos dificuldades em reconhecer e compreender as emoções sentidas. Uma possível interpretação destes resultados pode focar-se na perda de controlo a

que as doentes estão expostas, múltiplas vezes, ao longo do processo oncológico, podendo esta provocar medo ou até uma postura hipervigilante (Towers, 2016). Neste sentido, Gross & Jazaieri (2014), realçam que, por vezes, os indivíduos podem apresentar níveis elevados de consciência emocional na sequência de estados de medo ou hipervigilância. Assim, pode sugerir-se que as diferenças encontradas nas dificuldades de consciência emocional, face a uma população saudável, podem estar associadas ao estado de alerta, muitas vezes presente nestas doentes, dada a incerteza inerente ao processo oncológico. Em acréscimo, a consciência e a clareza emocional são dificuldades que apresentam uma correlação forte [$r(95)=.51, p<.001$], pois uma consiste na identificação e outra na posterior descrição das emoções experienciadas. Assim, pode sugerir-se que as diferenças verificadas na dificuldade de clareza emocional, também se podem dever à postura hipervigilante que, por vezes, as doentes oncológicas tendem a adotar, no processo da doença, promovendo esta, além de uma ampliada identificação emocional, uma descrição das emoções mais intensificada.

De igual modo, também se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as dificuldades no controlo dos impulsos na presente amostra ($M=12.73, DP=5.65$), e os valores obtidos por Machado Vaz (2018) ($M=15.12; DP=5.09$), sugerindo que as doentes deste estudo manifestam menos dificuldades no controlo de impulsos, em comparação com a população tida como referência [$t(94)= -4.13, p<.001$]. Este resultado corrobora o resultado obtido por Servaes et al. (1999), num estudo onde foram comparadas doentes com cancro da mama com indivíduos saudáveis. Assim, os autores sugerem que as doentes oncológicas registam um maior controlo dos impulsos emocionais, na medida em que manifestam um maior sentido de responsabilidade e consideração face aos demais significativos, em comparação com a população saudável, numa tentativa de os proteger do sofrimento, frequentemente associado à doença oncológica.

Da mesma forma, as 95 participantes revelam uma média do *score* total das dificuldades de regulação emocional ($M=79.02, DP=20.84$) inferior à obtida no estudo de Machado Vaz (2018) ($M=86.01; DP= 19.32$) estatisticamente significativa [$t(94)= -3.27 p=.002$]. As diferenças encontradas são bastante interessantes, surpreendentes, até, e não espelham os resultados obtidos na literatura consultada, pelo que requerem estudos futuros para averiguar a evolução das dificuldades de regulação emocional no processo oncológica. Em todo o caso, uma hipótese pode centrar-se no tempo decorrido, em média, desde o diagnóstico (cerca de 3 anos) e desde o início dos tratamentos (quase 3 anos), nesta amostra. Estas mulheres já enfrentaram o diagnóstico, o início dos tratamentos, por alguns autores referidos como sendo dos momentos mais stressantes e difíceis de lidar (e.g. Knobf, 2015; Rowland & Massie,

2010; Towers, 2016), e regularam inúmeras emoções de diversa intensidade. Assim, pode sugerir-se a existência de um eventual ponto de viragem, no processo oncológico, a partir do qual as dificuldades de regulação emocional se tornam mais ténues, podendo orientar para uma aprendizagem e crescimento pessoal das doentes, nomeadamente ao nível das formas de superar as dificuldades de regulação emocional com que se deparam com a doença.

No que se refere às tendências de regulação emocional verificadas na população da presente amostra, importa utilizar a média dos *scores* médios para cada uma das subescalas (que pode tomar valores de 1 a 5), de forma a que seja possível compará-las. Assim, é de realçar que as dificuldades mais sentidas pelas participantes são ao nível do agir de acordo com os objetivos ($M=2.60$). Por outro lado, as dificuldades na clareza emocional e no acesso limitado a estratégias de regulação são das menos percecionadas pela amostra ($M=1.90$; $M=1.93$, respetivamente). De um ponto de vista global, tendo em conta todas as dificuldades de regulação emocional, as 95 doentes revelam uma média de dificuldades de regulação emocional de 2.21, abaixo do ponto de corte da escala – 3 (*metade das vezes*). Segundo a ANOVA para medidas repetidas, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as dificuldades avaliadas [$F(5,90)= 23.45, p< .001, \eta^2= .57$], nomeadamente entre cada par de dificuldades, à exceção do acesso limitado a estratégias com a clareza emocional, e da consciência emocional com a não aceitação e com os objetivos, que não revelam diferenças estatisticamente significativas, visto apresentarem médias muito similares.

Por outro lado, na EDRE, quase todas as dificuldades se encontram positivamente correlacionadas de forma significativa, à exceção da não aceitação das respostas emocionais com a consciência e com a clareza emocional, e desta última com o agir de acordo com os objetivos. É de destacar, ainda, as correlações fortes (acima de .50) entre algumas das dificuldades de regulação emocional: estratégias e não aceitação [$r=.54, p<.001$]; estratégias e impulsos [$r=.73, p<.001$]; estratégias e objetivos [$r=.69, p<.001$]; não aceitação e objetivos [$r=.54, p<.001$]; impulsos e objetivos [$r=.76, p<.001$]; consciência e clareza [$r=.51, p<.001$]. Assim, sugere-se que as doentes que revelam uma dificuldade, tendem a apresentar também as dificuldades com as quais a primeira se encontre significativamente relacionada.

Face à relação entre as estratégias usadas e as dificuldades de regulação emocional avaliadas, realizou-se uma análise de correlação bivariada, cujos resultados se encontram no anexo F. Assim, verifica-se, apenas, uma correlação estatisticamente significativa entre o uso da reavaliação cognitiva e as dificuldades no acesso limitado a estratégias [$r(95)= -.22, p=.033$]. Desta forma, Troy, Shallcross & Mauss (2013), em sintonia Bonanno & Burton (2013), realçam que nem todas as estratégias de regulação emocional são adequadas a todas

as situações, reforçando a ideia da flexibilidade no acesso e uso das estratégias regulatórias. Troy et al. (2013) sugerem que perante situações com um grau de *stress* muito elevado, i.e., em momentos em que o indivíduo apenas se consegue regular a si e não consegue mudar ou controlar a situação em questão, a estratégia mais adaptativa a usar é a reavaliação cognitiva. Neste sentido, olhando para o cancro como uma situação intensa e *stressante* que as doentes são obrigadas a enfrentar, e no qual pouco controlo conseguem exercer, pode sugerir-se que as mulheres que utilizam a reavaliação cognitiva, tendem a ter menos dificuldades de acesso limitado de estratégias, i.e., tendem a ser mais flexíveis na sua seleção.

Sem justificação literária aparente para os demais resultados encontrados, realça-se a importância de estudos futuros centrados na relação entre as estratégias usadas e as dificuldades de regulação emocional experienciadas, no período oncológico, para uma melhor compreensão dos processos envolvidos.

Num **segundo objetivo** pretende-se analisar a relação entre as estratégias e dificuldades de regulação emocional e algumas variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) e clínicas (tempo após diagnóstico, tempo após início dos tratamentos, estadió da doença e apoio psicológico).

Segundo a tabela presente no anexo G, a variável sociodemográfica idade regista uma correlação positiva significativa com o uso da supressão emocional [$r(95)=.21, p=.037$], i.e., mulheres com mais idade também tendem a utilizar mais estratégias de supressão expressiva, e vice-versa. Ainda que na literatura acerca da doença oncológica não tenham sido encontradas diferenças significativas no uso das estratégias avaliadas, tendo em conta a faixa etária, a bibliografia consultada relativa à regulação emocional realça algumas diferenças nesse sentido. É referido que a estratégia de reavaliação cognitiva tende a ter resultados mais adaptativos quando comparada com a supressão expressiva, sendo sugerido que, com o progredir da idade, associado a um aumento da experiência de vida e a um crescente balanço sobre os custos e benefícios de cada uma das estratégias, exista uma utilização crescente da mais adaptativa (reavaliação cognitiva) em detrimento da menos saudável (supressão expressiva) (John & Gross, 2014). Dado que os resultados encontrados neste estudo diferem dos anteriores, pode colocar-se a hipótese de que a doença oncológica pode influenciar os padrões regulatórios e alterar as tendências esperadas no uso de estratégias de regulação emocional, nas várias faixas etárias, possivelmente dada a imensidão e intensidade de emoções que neste processo ocorrem, e que necessitam de ser reguladas.

Embora na literatura consultada em torno do cancro não tenha sido dado ênfase, nem tenham sido encontradas diferenças significativas na relação entre o nível de escolaridade e

as estratégias e dificuldades de regulação emocional usadas, nesta amostra foram encontradas correlações negativas moderadas do número de anos de escolaridade com a supressão expressiva [$r(95) = -.31, p = .002$], o que indica que mais anos de escolaridade estão correlacionados com um menor uso de estratégias de supressão expressiva, e vice-versa. Estes resultados estão em sintonia com os de Machado Vaz (2009), numa população não oncológica, onde verifica que indivíduos com o ensino básico apresentam um maior uso de estratégias de supressão expressiva face aos indivíduos com um grau de escolaridade superior, e, também, com os resultados de Li et al (2015), numa população oncológica da mama. Assim, pode colocar-se a hipótese de que doentes com uma maior escolaridade, tenham desenvolvido uma maior capacidade reflexiva, conseguindo perceber as estratégias de regulação emocional disponíveis no processo oncológico, e avaliar os respetivos custos e benefícios, de forma mais complexa e a longo prazo, fomentando uma escolha mais saudável, que se traduz numa menor utilização da supressão expressiva.

Focando agora as características clínicas, averiguou-se a existência de relações entre os meses desde o diagnóstico e os meses desde o início dos tratamentos com as estratégias utilizadas e as dificuldades de regulação emocional avaliadas, não tendo sido encontradas correlações significativas, como se pode consultar na tabela presente no anexo G.

De igual modo, analisaram-se as tendências verificadas na utilização da reavaliação cognitiva e supressão expressiva, e nas dificuldades de regulação emocional, tendo em conta o estadio da doença. Visto que tanto o estadio I como o IV apenas contavam com 6 participantes, estas diferenças foram medidas agrupando os estadios I e II e os estadios III e IV, garantindo uma comparação homogénea entre os grupos. Com recurso a um teste *t* de *Student* para amostras independentes, concluiu-se que não existem diferenças significativas, i.e., que as participantes cuja doença se encontra nos estadios mais iniciais não apresentam diferenças significativas relativamente às que se encontram em estadios mais avançados, atendendo às estratégias utilizadas e às dificuldades de regulação emocional manifestadas, não tendo, também, a literatura existente realçado estas diferenças.

Por fim, averiguaram-se as diferenças significativas no uso de estratégias e nas dificuldades de regulação emocional entre as doentes que recorreram a apoio psicológico ao longo do processo oncológico, e as que não o tinham tido. Segundo os resultados obtidos num teste *t* de *Student* para amostras independentes, apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas na não aceitação das respostas emocionais, tendo-se verificado que as doentes que não recorrem a apoio psicológico manifestam menos dificuldades na aceitação ($M = 13.14; DP = 5.49$), face às que a ele recorrem ($M = 16.73;$

$DP=7.35$), [$t(93)=-2.48$, $p=.015$]. Este resultado pode ter diversas interpretações. Pode significar que as doentes que, à priori, apresentavam mais dificuldades na aceitação emocional são as que mais recorreram a apoio psicológico, e supondo que o processo ainda está a decorrer, não atingiram, até ao momento, a aceitação emocional das demais. Outra possibilidade pode ter a ver com a escassa motivação das doentes no processo terapêutico (Cameron et al., 2007), o que pode fazer com que as dificuldades na aceitação emocional não sejam minimizadas, e/ou com eventuais características associadas ao próprio processo terapêutico, como a periodicidade das consultas ou a dificuldade no agendamento.

Num **terceiro objetivo** pretende-se a caracterizar o estado emocional das doentes que compõem a amostra do estudo, em termos de ansiedade, depressão e *stress*, e, de igual modo, o seu bem-estar. Na Tabela 4, encontram-se as estatísticas descritivas relativas à ansiedade, depressão e *stress* avaliadas pelo EADS-21 e aos níveis de bem-estar medidos pelo FACT-G. São, também, apresentados os valores de referência obtidos, no caso da EADS-21 a partir do estudo de Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira (2015), numa amostra portuguesa constituída por 280 sujeitos adultos, sem diferenças de género estatisticamente significativas, e sem registo de doença oncológica ou outro tipo de patologia física, pois no estudo de Pais-Ribeiro et al. (2004) estes não são relatados. Para o FACT-G, os valores de referência foram obtidos a partir do estudo de Brucker et al. (2005), nos EUA, na população oncológica feminina. Por fim, na Tabela 4, encontram-se os resultados dos testes *t* de Student, que fazem a comparação dos valores, aqui, obtidos com os valores de referência.

Face ao questionário relativo à ansiedade, depressão e *stress*, as doentes em análise apresentam valores superiores de ansiedade ($M=4.79$, $DP=4.45$), e *stress* ($M=7.61$, $DP=4.73$), quando comparadas com os valores encontrados por Pinto et al. (2015), num estudo

Tabela 4

Resultados dos Questionários de Autorrelato (mínimo e máximo, média e desvio padrão), e Valores t de Comparação com Valores de Referência e Significância Estatística (N=95)

Instrumentos	Min-Max	M (DP)	M (DP) referência	Comparação com valores de referência		
				t	df	p
EADS-21						
Ansiedade (0-21)	0 – 20	4.79 (4.45)	2.73 (3.25)	4.52	94	< .001
Depressão (0-21)	0 – 19	4.42 (4.74)	3.97 (3.93)	0.93	94	.356
Stress (0-21)	0 – 21	7.61 (4.73)	6.61 (3.91)	2.06	94	.042
FACT-G						
Bem-estar Físico (0-28)	0 – 28	19.62 (6.15)	21.6 (5.8)	-3.14	94	.002
Bem-estar Social (0-28)	10 – 28	23.06 (4.40)	22.3 (5.3)	1.69	94	.094
Bem-estar Emocional (0-24)	3 – 24	17.09 (4.57)	18.7 (4.5)	-3.43	94	.001
Bem-estar Funcional (0-28)	5 – 28	19.22 (5.53)	19.5 (6.6)	-0.49	94	.622
Total (0-108)	32 – 108	78.99 (16.29)	82.1 (16.3)	-1.86	94	.066

com uma amostra portuguesa não oncológica ($M=2.73$, $DP=3.25$; $M=6.61$, $DP=3.91$ respetivamente; $t(94)=4.52$, $p<.001$; $t(94)=2.06$, $p=.042$, respetivamente), o que pode ser associado ao impacto emocional inerente ao processo oncológico, realçando-se a perceção de perda de controlo e o contacto com a incerteza, frequentemente encontrado nestas doentes (Gorman, 2018; Towers, 2016), assim como a agressividade dos tratamentos, efeitos colaterais e implicações no quotidiano das doentes.

Contrariamente aos níveis de depressão superiores esperados na doença oncológica, face à população saudável, nesta amostra as diferenças não são significativas, sugerindo Cordella & Poiani (2014) que podem existir outros fatores e interações, além da doença, que influenciem negativamente ou positivamente os níveis depressivos experienciados, como a idade, o sexo, o estado sociodemográfico, nível de autoestima, suporte social, entre outras. Outra hipótese relaciona-se com um padrão de declínio na sintomatologia depressiva a partir do oitavo mês após o diagnóstico, mantendo-se este inferior, mas estável, até aos cinco anos após o diagnóstico, segundo o estudo de Andersen, Goyal, Westbrook, Bishop & Carson, (2016), realizado em doentes oncológicas da mama no estadio II e III. Visto que a média de meses decorridos após o diagnóstico, nesta amostra, é de cerca de 37 (3 anos e 1 mês), e ainda que com o respetivo desvio padrão exceda os cinco anos (período de *follow-up* do estudo), pode extrapolar-se a manutenção destes níveis estáveis, após esse período.

Ainda assim, importa realçar que os valores médios registados nas três subescalas são bastante inferiores ao valor médio da amplitude de resposta, que varia entre 0 e 21, situando-se a média das três subescalas num nível suave, atendendo aos níveis de cotação do instrumento. Neste sentido, é de refletir que a doença oncológica, na amostra, não provocou um impacto tão intenso em termos do estado afetivo (aqui avaliado pela ansiedade, depressão e *stress*) quanto o referido na literatura, colocando-se a hipótese de que a grande heterogeneidade da amostra em termos de fase de tratamentos, meses desde o diagnóstico e início dos tratamentos, pode ser explicativo dos valores obtidos.

Face ao nível médio de bem-estar das doentes oncológicas da amostra, ($M=78.99$, $DP=16.29$), não se registam diferenças estatisticamente significativas, quando comparado com o valor do estudo de Brucker et al. (2005), numa população oncológica ($M=82.1$, $DP=16.3$). De igual modo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis médios das subescalas de bem-estar social/familiar e funcional e os valores de referência. Porém, é de realçar que as mulheres da amostra apresentam um nível médio de bem-estar físico ($M=19.62$, $DP=6.15$) e emocional ($M=17.09$, $DP=4.57$) inferior à média dos valores de referência ($M=21.6$, $DP=5.8$ e $M=18.7$, $DP=4.5$, respetivamente), sendo estas

diferenças estatisticamente significativas [$t(94) = -3.14, p = .002$; $t(94) = -3.43, p = .001$]. Estas diferenças podem estar relacionadas com a amostra do estudo utilizada para a comparação, constituída por doentes com cancro em distintas partes do corpo, não sendo, por isso, tido em conta aspetos subjacentes à condição clínica das doentes da mama, assim como com as especificidades deste tipo de cancro, como os tratamentos e efeitos colaterais, interferindo com o bem-estar físico. Estas características podem influenciar o bem-estar emocional, visto que ambas as subescalas se encontram positivamente correlacionadas [$r(95) = .42; p < .001$].

Quanto ao **quarto objetivo** relativo à análise das relações entre as estratégias e as dificuldades de regulação emocional com a ansiedade, a depressão, o *stress* e o bem-estar, podem consultar-se os valores dos coeficientes de correlação momento produto de *Pearson*, no anexo H. Face à construção de modelos preditivos do bem-estar global e emocional, encontra-se nos anexos I e J os resultados obtidos, respetivamente.

Tal como esperado, as doentes oncológicas que têm uma maior tendência para usar estratégias de reavaliação cognitivas apresentam níveis de depressão mais baixos [$r(95) = -.24, p = .018$], Contrariamente ao referido na literatura (Gross & John, 2003; Li et al., 2015a; Peh et al., 2016; Sheppes & Gross, 2012; Wolgast et al., 2011), não se encontram correlações significativas desta estratégia focada no antecedente com a ansiedade. A literatura consultada relativa ao cancro da mama que reforça a relação entre a reavaliação cognitiva e a ansiedade centra-se essencialmente em pacientes recentemente diagnosticadas. Assim, pode colocar-se a hipótese de que, perante uma doença oncológica da mama, diagnosticada, em média, há cerca de 3 anos, os níveis de depressão apresentem uma maior permeabilidade face ao uso da reavaliação cognitiva, enquanto estratégia de regulação emocional, em comparação com os níveis de ansiedade. Porém, isto trata-se apenas de uma possibilidade, sendo necessários estudos futuros para averiguar a sua validade.

Por outro lado, a reavaliação cognitiva encontra-se positivamente correlacionada com o bem-estar global [$r(95) = .23, p = .023$], e com as subescalas de bem-estar emocional e funcional [$r(95) = .29, p = .005$; $r(95) = .21, p = .040$, respetivamente], ainda que todas estas sejam correlações baixas (inferiores a .30). Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Brandão et al. (2017) e por Li et al. (2015a), chegando, este último, a realçar o carácter preditor desta estratégia na qualidade de vida. Estas correlações podem ser explicadas pela natureza da reavaliação cognitiva que permite que as doentes consigam encontrar um significado positivo face às situações e ameaças a que o cancro as expõe (Li et al. 2015), evitando que sejam imersas apenas nas emoções potencialmente negativas associadas ao cancro, como a tristeza, a raiva, o medo, *etc.* Assim, esta estratégia proporciona um menor

impacto psicológico negativo da situação na doente, correlacionando-se com estados afetivos mais favoráveis (ao nível da depressão, nesta amostra), e com níveis de bem-estar superiores, neste caso destacando-se o emocional e o funcional. Por outro lado, Li et al. (2015a) e Peh et al. (2016) apontam para a possibilidade das doentes que reportam um maior nível de ansiedade e/ ou depressão, tenderem a recorrer menos à reavaliação cognitiva, estando mais propensos a usar a supressão expressiva.

Face à supressão expressiva, não existem correlações entre esta e as demais variáveis avaliadas, o que não corrobora a grande parte da literatura enunciada (e.g. Li et al., 2015; Schlatter & Cameron, 2010; Stanton et al., 2000). Uma possível explicação para estes resultados pode passar por um foco nas características intrínsecas deste tipo de estratégias. O uso da supressão expressiva pressupõe a inibição de um comportamento de expressão emocional, traduzindo-se numa maior ativação fisiológico, dado tratar-se de um esforço consciente do indivíduo. Cohen (2013), num estudo na população oncológica, sugere que as doentes que usam com frequência estratégias de supressão expressiva, perante um evento desestruturante como o diagnóstico de cancro, tendem a estar mais relutantes a partilhar os seus níveis de bem-estar, ansiedade, depressão e stress, em coerência com o seu padrão supressivo. Atendendo a esta interpretação, as pacientes desta amostra podem, na altura do preenchimento de questionários, evitar partilhar o que verdadeiramente sentem, respondendo de modo a minimizarem ou suprimirem o que estão a sentir. Sugere-se ainda que doentes que tendam a utilizar a supressão expressiva, face a escalas relativas a estados emocionais, tendem a manifestar o seu padrão de regulação emocional de forma mais acentuada, resultando numa menor expressão dos sintomas vividos (Cohen, 2013).

Relativamente ao resultado global das dificuldades de regulação emocional, este apresenta correlações positivas estatisticamente significativas e fortes com a ansiedade [$r(95)=.51, p<.001$] e com o *stress* [$r(95)=.50, p<.001$], e moderadas com a depressão [$r(95)=.48, p=.030$]. Por outro lado, a medida global das dificuldades de regulação emocional correlaciona-se negativamente e de forma significativa com o resultado global de bem-estar [$r(95)= -.40, p<.001$], e também com todos os seus domínios, sendo o valor mais elevado o do bem-estar emocional [$r(95)= -.46, p<.001$]. Apresentam-se e discutem-se, de seguida, as correlações verificadas para cada umas das dificuldades de regulação emocional.

Perante a análise da tabela no anexo H, é de destacar as correlações da dificuldade no acesso a estratégias de regulação emocional com a ansiedade [$r(95)=.47, p<.001$], com o *stress* [$r(95)=.47, p<.001$], e com a depressão [$r(95)=.50, p<.001$]. Para a explicação destes resultados Bonanno & Burton (2013), sugerem três componentes associadas ao do uso

flexível das estratégias emocionais (i.e., contrárias ao seu acesso limitado): a sensibilidade ao contexto, o reportório emocional e a responsividade ao feedback do meio. Face à primeira, pode dizer-se que a compreensão das exigências e necessidades emocionais nos vários momentos do processo oncológico, que nem é sempre fácil (e.g. perante o diagnóstico ou os tratamentos), pode levar a níveis inferiores de depressão e ansiedade. Por outro lado, quando as doentes têm um leque alargado de estratégias disponíveis, face ao contexto anterior, isso pode permitir que tenham mais opções, em situações mais exigentes ou desafiantes, como é o caso do cancro, podendo, a partir daí, eleger as que consideram mais ajustadas, o que se relaciona com menores níveis de ansiedade, depressão e *stress*. Por fim, a responsividade ao feedback do meio pressupõe que a paciente tenha a capacidade de avaliar as estratégias utilizadas consoante a eficácia, e que possa alterar ou manter o uso da estratégia, relacionando-se com menores efeitos no estado afetivo. Assim, sugere-se que as doentes oncológicas que tenham uma melhor sensibilidade ao contexto, um maior reportório emocional e uma maior responsividade ao feedback do meio, i.e., que tenham um acesso e uso mais flexível das estratégias regulatórias, tendam a apresentar menores níveis de ansiedade, depressão e *stress*, e vice-versa.

Em acréscimo, a dificuldade no acesso a estratégias emocionais apresenta correlações significativas com o bem-estar global [$r(95) = -.45, p < .001$], e com as subescalas de bem-estar funcional [$r(95) = -.33, p < .001$], emocional [$r(95) = -.50, p < .001$], social/familiar [$r(95) = -.31, p < .001$] e físico [$r(95) = -.29, p < .001$], sugerindo Bonanno & Burton (2013) que um acesso e uso de estratégias mais flexível se reflete num melhor ajustamento. Neste caso, doentes com um uso mais flexível das estratégias, tendem a apresentar níveis de bem-estar superiores. Visto que a responsividade ao *feedback* do meio pode advir de pessoas significativas e respetivas sugestões, faz sentido que este bem-estar não se centre unicamente na componente emocional, podendo abranger, o nível social e familiar. Por outro lado, como referem Schlatter & Cameron (2010) e Stanton et al. (2000), o uso de estratégias distintas de regulação emocional pode interferir com os sintomas experienciados. Assim, sugere-se que as doentes que, perante situações complicadas do processo oncológicos, como é o caso dos tratamentos de quimioterapia, manifestem menos dificuldades no acesso a estratégias de regulação emocional, i.e., que consigam perceber quais as necessidades, consigam usar as estratégias emocionais mais adequadas e avaliar a sua respetiva eficácia, possam minimizar os sintomas experienciados, explicando a relação com o bem-estar físico e funcional.

De igual modo, a não aceitação das respostas emocionais correlaciona-se com as subescalas da EADS-21 [$r(95) = .46, p < .001$ para a ansiedade; $r(95) = .21, p = .037$ para a

depressão; $r(95)=.37$, $p<.001$ para o stress;] e com o bem-estar físico [$r(95)= -.31$, $p<.002$] e emocional [$r(95)= -.24$, $p=.020$]. Estes primeiros resultados encontram-se em sintonia com os encontrados por Politi et al. (2007), que referem que uma maior utilização de estratégias de aceitação (i.e., menos dificuldades em sentir e aceitar emoções positivas e negativas, deixando que elas se desenvolvam, evitando ao mesmo tempo controlá-las, modificá-las ou negá-las), no caso do cancro, contribui positivamente para que as doentes normalizem as emoções e pensamentos, potencialmente ameaçadoras, melhorando assim os estados afetivos, que, por sua vez, também pode explicar os melhores níveis de bem-estar.

Face à dificuldade de controlo de impulsos, estas correlacionam-se positivamente com a ansiedade [$r(95)=.37$, $p<.001$], com a depressão [$r(95)=.25$; $p=.014$], e com o *stress* [$r(95)=.36$, $p<.001$] e negativamente com as subescalas de bem-estar físico [$r(95)= -.22$, $p=.036$] e emocional [$r(95)= -.29$, $p<.001$]. Assim, maiores dificuldades no controlo dos impulsos emocionais podem estar relacionadas com estados afetivos mais vulneráveis como ansiedade, depressão e *stress*, dado o conflito interno com que, por vezes, estes doentes se deparam, ao tentarem partilhar um sentimento ou ao agirem de acordo com um impulso emocional, aliado ao receio de magoar o outro ou ser mal interpretado (Servaes et al.,1999). Por outro lado, sugere-se que estes constrangimentos tenham, de igual modo, implicações ao nível do bem-estar emocional e físico, podendo um menor controlo dos impulsos emocionais estar associado a uma maior manifestação sintomatológica.

Atendendo à dificuldade em agir de acordo com o objetivo, esta correlaciona-se, positivamente, com a ansiedade [$r(95)=.38$, $p<.001$], com a depressão [$r(95)=.27$, $p<.001$], e com o *stress* [$r(95)=.44$, $p<.001$], pois, no contexto oncológico nem sempre é fácil manter e seguir um objetivo, dados os constrangimentos implicados, a falta de controlo, e os tantos reajustes necessários (Stanton et al., 2000), o que pode promover um sentido de medo, frustração ou insegurança. Neste sentido, face às correlações positivas encontradas, sugere-se que as doentes que tendem a agir de acordo com os seus objetivos, tendam a promover o seu sentido de autoeficácia, refletindo-se em menores níveis de ansiedade, depressão e *stress*.

Por outro lado, a dificuldade em agir em função do objetivo também se correlacionam negativamente com o bem-estar físico [$r(95)= -.29$, $p<.001$] e com o emocional [$r(95)= -.29$, $p<.001$]. Stanton et al. (2000) refere que menores dificuldades em agir de acordo com o objetivo promovem o bem-estar do doente, sendo que uma possível interpretação para as correlações encontradas, pode passar pelo carácter distrativo dos comportamentos orientados para o objetivo, podendo fazer a doente esquecer, momentaneamente, os sintomas experienciados, os principais medos ou preocupações, ou pelos menos, contribuir para a

minimização do seu impacto, promovendo assim o bem-estar físico e emocional. Por oposição, doentes com um maior bem-estar físico e emocional, pode sugerir-se que se sintam mais motivadas e com mais capacidades para se comportarem rumo ao objetivo pretendido.

A dificuldade na clareza emocional correlaciona-se, de forma estatisticamente significativa, com a ansiedade [$r(95)=.29, p<.001$], com o *stress* [$r(95)=.30, p<.001$] e com depressão [$r(95)=.58, p<.001$], sendo esta última considerada forte (superior a 0.5). Por outras palavras, doentes com mais dificuldades na compreensão do que estão a sentir relacionam-se com níveis superiores de ansiedade, depressão e *stress*, e vice-versa. Paralelamente, foram encontradas correlações negativas desta dificuldade com as subescalas do bem-estar emocional [$r(95)= -.34, p<.001$] e funcional [$r(95)= -.33, p<.001$], i.e., doentes que tendem a ter menos dificuldades na compreensão ou descrição do que sentem, relacionam-se com níveis superiores de bem-estar emocional e funcional. Estes últimos resultados corroboram os obtidos por Brandão (2017), numa população oncológica, onde a autora refere que dificuldades a este nível, se relacionam com a expressão emocional, e podem comprometer a adaptação à doença oncológica, i.e. se a mulher não consegue compreender bem o que sente, também terá dificuldades na sua expressão. Assim, podem daí advir constrangimentos na expressão das suas necessidades, nos vários níveis, o que, posteriormente, pode fazer com que essas possam não ser atendidas (dadas as dificuldades em descrevê-las), comprometendo, dessa forma, o bem-estar. Ao nível psicológico, o facto da doente não compreender bem o que sente, pode dificultar o pedido de apoio ou de ajuda (Butler et al., 2003). Deste modo, face às implicações anteriores, aquando de dificuldades na compreensão do conteúdo emocional, coloca-se a hipótese de também haver um impacto negativo no estado afetivo, nomeadamente ao nível da ansiedade, depressão e *stress*.

A dificuldade na consciência emocional não apresenta correlações estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis analisadas. Uma possível explicação pode basear-se nos resultados obtidos no estudo de validação da EDRE, de Coutinho et al. (2010), onde as propriedades psicométricas da subescala consciência, face às demais, revelaram ser menos satisfatórias, com valores de fiabilidade e consistência interna inferiores às outras subescalas, ainda que aceitáveis. Assim, foi levantada a hipótese de existência de problemas na validade externa, dada a inexistência de correlações significativas com outras escalas que avaliam sintomas psicopatológicos, como ansiedade, depressão, *etc*, ao contrário do esperado.

Tendo em vista explorar, de uma forma mais aprofundada, as relações verificadas entre o bem-estar e as dificuldades de regulação emocional, testaram-se dois modelos preditores encontrados como significativos, um para o bem-estar global, e outro para o bem-estar

emocional. Nestes, colocaram-se como variáveis independentes todas as estratégias e dificuldades com valores de correlação significativas iguais ou superiores a .30, tendo-se verificado todos os pressupostos inerentes ao modelo de regressão, como é recomendado na literatura.

Começando pelo modelo preditivo do bem-estar global, foram consideradas como variáveis independentes as seguintes dificuldades: o acesso limitado a estratégias, o agir de acordo com os objetivos, e a falta de clareza emocional. Os resultados (anexo I) confirmaram a significância do modelo de regressão linear testado, explicando este cerca de 24% da variância do bem-estar global [$r^2=.24$, $F(3,91)=9.71$, $p<.001$]. Foi possível verificar que as variáveis relativas ao acesso limitado de estratégias [$\beta = -.32$, $p=.023$] e à falta de clareza emocional [$\beta = -.23$, $p=.025$] são preditores significativos do bem-estar global. A dificuldade no acesso limitado às estratégias apresenta uma contribuição única ligeiramente superior à da clareza emocional, podendo-lhe ser atribuídos 4.4% (coeficiente de correlação parcelar ao quadrado) dos 24% (r^2) de variância do bem-estar global explicados pelo modelo.

Relativamente ao modelo preditivo do bem-estar emocional, foram consideradas como variáveis independentes o acesso limitado a estratégias, e a falta de clareza emocional. Os resultados (anexo J) confirmaram a significância do modelo de regressão linear testado, tendo sido possível verificar que as variáveis relativas ao acesso limitado de estratégias [$\beta = -.40$, $p<.001$] e à falta de clareza emocional [$\beta = -.32$, $p<.001$] se podem considerar preditores significativos do bem-estar emocional, à semelhança do modelo anterior, explicando o modelo, desta vez, cerca de 35% da variância do bem-estar emocional [$r^2=.35$, $F(2,92)=24.42$, $p<.001$]. Destaca-se a maior influência da dificuldade de clareza emocional, conclusão retirada a partir do quadrado das correlações parcelares, conseguindo esta explicar só por si 14,6% da variância do bem-estar emocional, face aos 9,5% explicados pelo acesso limitado a estratégias.

Desta forma, pode concluir-se que as doentes que revelem menos dificuldades na clareza emocional e no acesso às estratégias, i.e., uma maior compreensão das emoções sentidas e uma maior flexibilidade no uso de estratégias, conduzem, posteriormente, a níveis de bem-estar global e emocional superiores. Em acréscimo, realça-se que o acesso limitado a estratégias regulatórias tem uma maior influência nos níveis de bem-estar global, em comparação com a falta de clareza emocional, enquanto que a última tem uma maior influência nos níveis de bem-estar emocional.

O quinto e último objetivo pretendia construir e avaliar modelos de regressão múltipla para a predição das estratégias de reavaliação cognitiva e de supressão expressiva, tendo em

conta das dificuldades de regulação emocional obtidas. Porém, dada a existência de apenas uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis reavaliação cognitiva e acesso limitado às estratégias, a construção dos referidos modelos não se tornou viável.

6. Conclusões

Atualmente, a doença oncológica da mama afeta muitas mulheres, tendo um impacto desestruturante nas suas vidas e das suas famílias, levando-os a enfrentar um turbilhão de emoções que necessitam de ser reguladas. Normalmente, é em períodos de maior intensidade emocional que se encontra uma tendência para um maior uso de estratégias de regulação emocional, mais ou menos adaptativas, sendo também neste contexto que se verificam mais dificuldades a esse nível, o que reforça a pertinência deste estudo.

A partir dos dados obtidos, foi possível concluir que as doentes oncológicas da mama apresentam uma tendência para o uso de estratégias de reavaliação cognitiva (consideradas mais saudáveis), por oposição às estratégias de supressão expressiva (vistas como menos adaptativas), revelando, até, valores superiores aos de uma amostra sem doença. Percebeu-se, ainda, que existe uma relação na frequência de utilização destes dois tipos de estratégias, i.e., as doentes que usam mais a reavaliação cognitiva, também recorrem, de alguma forma, porém com valores de frequência inferiores, à estratégia de supressão expressiva. Assim, a relação anterior pode ser entendida pela intensidade da situação emocional em que se encontram as doentes oncológicas, que as leva a recorrer a vários tipos de estratégias.

Quanto às dificuldades de regulação emocional, as doentes deste estudo, quando comparadas com uma amostra saudável, apresentam menos dificuldades de regulação emocional no geral, assim como nos domínios do controlo dos impulsos, da consciência emocional e da clareza emocional, podendo, as duas últimas, estar associadas a um estado de hipervigilância frequente nas doentes oncológicas. Estes resultados são interessantes, pois não corroboram a ideia de que à doença oncológica estão associadas acrescidas dificuldades regulatórias. Uma possível interpretação pode prender-se ao facto das pacientes deste estudo estarem já um pouco distanciadas da data do seu diagnóstico, que em média ocorreu há mais de 3 anos. Por outro lado, e como como será referido mais à frente, a amostra deste estudo apresenta apenas níveis ligeiros de estados afetivos negativos (ansiedade, depressão e *stress*). Outra hipótese pode centrar-se na existência de uma tendência para as dificuldades serem minimizadas ao longo do tempo, sendo necessário, para isso, mais estudos.

Numa visão global, comparando a frequência das diversas dificuldades sentidas, é de destacar as dificuldades no agir de acordo com os objetivos, como sendo as mais evidentes nesta amostra, por oposição às dificuldades no acesso limitado a estratégias e na clareza emocional que são as que manifestam menor frequência, podendo apontar-se para a presença de alguma flexibilidade regulatória e de uma compreensão das emoções vividas. É, ainda, de ressaltar que a maioria das dificuldades apresentam correlações moderadas a fortes entre si, i.e., doentes que revelam uma dificuldade, tendem a manifestar as demais.

Este estudo centrou-se na análise das estratégias aliada às dificuldades de regulação emocional, análise essa que apenas revelou uma correlação significativa entre a reavaliação cognitiva e o acesso limitado a estratégias de regulação emocional, não sendo estes resultados os esperados, nem tampouco corroborantes com a literatura consultada. Em todo o caso, a correlação significativa encontrada pode salientar a flexibilidade regulatória, aliada a um uso adaptativo das estratégias de regulação emocional.

No que se refere às variáveis sociodemográficas, obteve-se uma correlação positiva entre a idade e o uso da supressão expressiva, o que pode questionar alguns padrões regulatórios associados ao desenvolvimento etário. Foi, também, denotada uma correlação negativa entre os anos de escolaridade e o uso da supressão expressiva, resultado considerado bastante interessante. Das variáveis clínicas analisadas, foi encontrada uma diferença significativa entre as dificuldades de aceitação emocional e o acompanhamento psicológico, apresentando as doentes sem acompanhamento menores dificuldades. Este resultado pode significar que as pacientes com mais dificuldades de aceitação emocional são as que recorrem a apoio psicológico.

Analisando os estados afetivos na amostra, as pacientes apresentam níveis de ansiedade, depressão e *stress* suaves, inferiores ao esperado, ficando a dúvida se estes resultados refletem o padrão manifestado pela população oncológica da mama, ou se se devem à especificidade amostral. Das três variáveis (ansiedade, depressão e *stress*), face a uma população saudável, as doentes deste estudo apenas registam diferenças significativas na ansiedade e no *stress*, onde apresentam níveis superiores, o que pode estar associado ao impacto emocional do processo oncológico, e à percepção de perda de controlo e incerteza face ao futuro. Em acréscimo, coloca-se a hipótese da existência de um padrão de declínio na sintomatologia depressiva, ao longo do período da doença, o que justificaria os níveis equivalentes entre a amostra e a população saudável usada como referência.

Os níveis de bem-estar estão, no geral, dentro do esperado, semelhantes aos obtidos no estudo de referência com uma população oncológica, ainda que no que se refere ao bem-

estar físico e emocional a presente amostra apresenta níveis significativamente inferiores. Estas diferenças podem ser justificadas pelas especificidades do cancro da mama, face aos demais tipos de cancro.

Paralelamente, analisou-se a relação da ansiedade, *stress* e depressão com as estratégias e dificuldades de regulação emocional. Como esperado, a reavaliação cognitiva associou-se, de forma significativa, à depressão, porém não se verificou o mesmo em relação à ansiedade e ao *stress*. Assim, sugere-se como possibilidade a existência de uma maior permeabilidade da depressão ao uso de cancro da mama, contudo estudos serão necessários para avaliarem a sua validade. No que concerne à estratégia de supressão expressiva, esta não se relaciona com nenhuma dos estados afetivos. À exceção da falta de consciência, todas as dificuldades se relacionam positivamente com a ansiedade, depressão e *stress*, sendo de destacar as relações fortes encontradas entre a depressão e as dificuldades na clareza emocional e no acesso limitado de estratégias, realçando-se a ligação entre a compreensão das emoções experienciadas, a flexibilidade das estratégias usadas e os estados afetivos.

Face à relação do bem-estar com as estratégias de regulação emocional, tal como esperado, o bem-estar global e alguns dos seus domínios relacionam-se positivamente com a estratégia de reavaliação cognitiva e negativamente com quase todas as dificuldades de regulação emocional, sendo de ressaltar a relação negativa forte entre as dificuldades no acesso limitado a estratégias e o bem-estar emocional. Porém, realça-se a inexistência de relações significativas da estratégia de supressão expressiva, com o bem-estar global, nem com qualquer um dos seus domínios. Este resultado não corrobora a literatura, colocando-se a hipótese de que possa ser devido à natureza da própria estratégia, que pode levar a que as doentes não expressem o que verdadeiramente sentem, mesmo através de questionários.

Olhando especificamente para cada uma das dificuldades de regulação emocional, verifica-se que a dificuldade na consciência emocional não apresenta relações significativas nem com o bem-estar nem com qualquer um dos seus domínios, o que pode ser devido a questões de validade externa da própria subescala.

Comparando os domínios do bem-estar e as relações que cada um estabelece com as diversas dificuldades regulatórias, realça-se o bem-estar social/familiar como sendo o que revela menos relações com as diferentes dificuldades de regulação emocional, registando apenas uma relação significativa com o acesso limitado a estratégias. Pelo contrário, o bem-estar emocional é o que parece estar mais ligado à regulação emocional, pois, de um modo geral, apresenta mais relações e de maior intensidade com as várias dificuldades regulatórias.

Ao nível dos modelos de predição do bem-estar global e do bem-estar emocional, destacam-se as dificuldades no acesso limitado a estratégias e na falta de clareza emocional, dado o seu contributo significativo para a explicação dos construtos anteriores. Assim, doentes com uma melhor flexibilidade no uso de estratégias e com uma melhor compreensão das emoções sentidas, promovem em si melhores níveis de bem-estar global e emocional.

Relativamente a este estudo, realça-se o seu carácter inovador, ao relacionar estratégias e dificuldades de regulação emocional no contexto oncológico, não existindo muita literatura que as correlacione como um todo, nem tampouco acerca de modelos preditivos das primeiras, em função das segundas.

Contudo, é de ressaltar que os estudos em torno desta temática apresentam constrangimentos intrínsecos, dadas as dificuldades em comparar os padrões regulatórios dos participantes antes e depois da doença. Assim, torna-se desafiante averiguar se as evidências encontradas se devem ao elevado impacto do cancro ou em que medida são afetados por fatores estruturais do indivíduo, que apenas podem ser intensificados com o surgimento de um acontecimento intenso, como é o caso de um diagnóstico oncológico.

Este estudo contém algumas limitações a destacar, de seguida. Em primeiro lugar, foi administrado em conjunto com três questionários de autopreenchimento de um outro estudo, relativo à adaptação na doença oncológica, dado que o período de recolha e a amostra eram similares. Assim, o protocolo dos instrumentos era extenso, podendo promover algum cansaço nos participantes, ou até algum viés na resposta aos últimos questionários.

Por outro lado, a maioria das participantes foram abordadas após saírem dos tratamentos ou das consultas, tendo passado, em bastantes casos, um longo período de horas no hospital. Assim, a fadiga e outros efeitos colaterais promotores de mal-estar eram notórios, o podia implicar uma resposta menos refletida acerca das questões integradas nas diversas escalas.

Todos os instrumentos eram de autopreenchimento, porém nem sempre foi possível verificar essa condição. Por um lado, porque os tratamentos tinham efeitos secundários ao nível ocular, ou dadas as dificuldades de visão de algumas doentes, que inviabilizava a leitura dos questionários. Por outro lado, algumas das participantes possuíam um baixo nível de escolaridade, o que dificultava a leitura de alguns termos utilizados nas escalas. Nesses casos, foi a investigadora a realizar a leitura e o registo das respostas.

Neste seguimento, chama-se a atenção para o QRE, visto ter sido um dos instrumentos que mais dúvidas suscitou na compreensão dos itens, em especial na subescala de supressão expressiva. Estes constrangimentos podem estar associados às escassas correlações significativas encontradas entre esta estratégia e as demais variáveis analisadas. Também a

EDRE foi referida como sendo extensa e repetitiva, características essas que poderão ter levantado dificuldades na compreensão das diferenças na formulação das diversas questões.

A partir dos resultados encontrados, é de realçar a importância de estudos futuros para uma compreensão mais aprofundada dos fenómenos relativos à regulação emocional. Assim, considera-se pertinente que mais investigações sejam realizadas em torno da estratégia de supressão expressiva, de forma a que seja perceber qual a melhor forma de a avaliar. Em acréscimo, o estudo da relação desta estratégia com variáveis sociodemográficas, como a idade e os anos de escolaridade, averiguando possíveis relações de causalidade, permitiria consolidar alguns dos resultados aqui encontrados. Por outro lado, um foco em estudos longitudinais pode ser uma mais valia para que se consiga compreender, com mais clareza, a existência de eventuais padrões ao longo do tempo, em particular, relativos às dificuldades de regulação emocional no decurso do processo de doença, explorando a possibilidade de um padrão decrescente destas e, nesse caso, quais os fatores que para isso mais contribuem, assim como os padrões no uso de estratégias de regulação e nos estados afetivos, averiguando a permeabilidade da ansiedade, depressão e *stress*, face ao uso da estratégia de reavaliação cognitiva. Por fim, considera-se relevante um estudo mais aprofundado das relações entre o uso de estratégias e as dificuldades de regulação emocional experienciadas.

No seguimento anterior, este pode ser visto como um estudo inicial acerca desta relação que contemplou apenas as duas estratégias de regulação emocional, realçadas por Gross (2001), como as mais revelantes, considerando-se pertinente estender a outras estratégias de regulação, em investigações futuras. De igual modo, pode ser interessante alargar este estudo, também, a outros tipos de cancro.

Face aos resultados encontrados e às hipóteses levantadas na discussão, torna-se claro o quão vasto e complexo é o estudo da regulação emocional e das dificuldades a ela associadas, no cancro da mama. Assim, é de realçar a importância de estudos como este, que contribuem para um conhecimento mais profundo e holístico dos fenómenos em questão, para que, cada vez mais, se possam construir alicerces sólidos capazes de suportar e melhorar ainda mais a intervenção psico-oncológica no processo de doença. Deste modo, visa-se contribuir para uma melhoria nos níveis de bem-estar, e redução dos estados afetivos negativos dos doentes, através da promoção e flexibilidade das estratégias usadas, em especial das mais adaptativas, tendo em vista a minimização das principais dificuldades por estes evidenciadas. Salienta-se o importante investimento na diminuição das dificuldades na clareza emocional e no agir de acordo com o objetivo, dado os seus contributos para o bem-estar global e emocional.

Referências Bibliográficas

- Acock, A. (2005). Working With Missing Values. *Journal Of Marriage And Family*, 67(4), 1012-1028. doi: 10.1111/j.1741-3737.2005.00191.x
- Adler, N., & Page, A. (2008). *Cancer Care for the Whole Patient*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Andersen, B., Goyal, N., Westbrook, T., Bishop, B., & Carson, W. (2016). Trajectories of Stress, Depressive Symptoms, and Immunity in Cancer Survivors: Diagnosis to 5 Years. *Clinical Cancer Research*, 23(1), 52-61. doi: 10.1158/1078-0432.ccr-16-0574
- Ávila, M., Brandão, T., Teixeira, J., Coimbra, J., & Matos, P. (2015). Attachment, emotion regulation, and adaptation to breast cancer: assessment of a mediational hypothesis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1514-1520. doi: 10.1002/pon.3817
- Bonanno, G., & Burton, C. (2013). Regulatory Flexibility. *Perspectives On Psychological Science*, 8(6), 591-612. doi: 10.1177/1745691613504116
- Brandão, T. (2017) *Adaptation to breast cancer: exploring the role of attachment and emotion regulation processes* (Tese de Doutorado). Universidade do Porto, Porto.
- Brandão, T., Schulz, M., Gross, J., & Matos, P. (2017). The emotion regulation questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1647-1653. doi: 10.1002/pon.4356
- Brucker, P. S., Yost, K., Cashy, J., Webster, K., & Cella, D. (2005). General population and cancer patient norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 192-211. doi: 10.1177/0163278705275341
- Butler, E., Egloff, B., Wilhelm, F., Smith, N., Erickson, E., & Gross, J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67. doi: 10.1037/1528-3542.3.1.48
- C. C. Compton, D. R. Byrd, J. Garcia-Aguilar, S. H. Kurtzman, A. Olawaiye, M. K. Washington (Eds.). (2012). *AJCC Cancer Staging Atlas: A Companion to the Seventh Editions of the AJCC Cancer Staging Manual and Handbook*. (2nd ed.). Nova York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-2080-4.

- Cameron, L., Booth, R., Schlatter, M., Ziginskis, D., & Harman, J. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(3), 171-180. doi: 10.1002/pon.1050
- Campos, J., Campos, R., & Barrett, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, *25*(3), 394-402. doi: 10.1037/0012-1649.25.3.394
- Cancer Research UK (2017) *What is cancer? - Stages of cancer*. Acedido a 19 de junho 2018 em Cancer Research UK: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer/stages-of-cancer>
- Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., & Bonomi, A. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal Of Clinical Oncology*, *11*(3), 570-579. doi: 10.1200/jco.1993.11.3.570
- Cohen, M. (2013). The Association of Cancer Patients' Emotional Suppression and Their Self-Rating of Psychological Distress on Short Screening Tools. *Behavioral Medicine*, *39*(2), 29-35. doi: 10.1080/08964289.2012.731440
- Cole, P., Michel, M., & Teti, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs Of The Society For Research In Child Development*, *59*(2-3), 73-102. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x
- Cordella, M., & Poiani, A. (2014). *Behavioural oncology: Psychological, communicative, and social dimensions*. New York: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4614-9605-2
- Costanzo, E., Ryff, C., & Singer, B. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, *28*(2), 147-156. doi: 10.1037/a001322
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *37*(4), 145-151. doi: 10.1590/s0101-60832010000400001
- Dixon-Gordon, K., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences* *86* (2015) 271–276 <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.011>

- Dunkel-Schetter, C., & Wortman, C. B. (1982). The interpersonal dynamics of cancer: problems in social relationships and their impact on the patient. In: *Interpersonal Issues in Health Care*, Friedman, H. S., & DiMatteo, M. R. (eds). Academic Press: New York, 69–100.
- Gorman, L. (2018). The Psychosocial Impact of Cancer on the Individual, Family, and Society. In N. Bush, L. Gorman (Eds.) *Psychosocial nursing care along the cancer continuum* (3rd ed., pp. 3-23). Oncology Nursing Society. Pittsburgh, Pennsylvania
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1023/b:joba.00000007455.08539.94
- Gross, J. & Thompson, R. (2009). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. Gross (Ed). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-26). New York: Guilford.
- Gross, J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 74(1), 224-237. doi: 10.1037//0022-3514.74.1.224
- Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-986. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.970>
- Gross, J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401. doi: 10.1177/2167702614536164
- Kenny, P. (2007). *Stages of cancer development*. New York, NY: Chelsea House Publishers.
- Hack, T., & Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247. doi: 10.1002/pon.739
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to

- diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2014). Individual Differences in Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 351–372). New York, NY: Guilford Press.
- Kingston, B. & Capelan, M. (2016). Fatigue in Breast Cancer Survivors. In A. Ring, & M. Parton (Eds.). *Breast Cancer Survivorship: Consequences of early breast cancer and its treatment* (pp. 261-280). Doi: 10.1007/978-3-319-41858-2
- Knobf, Tish. (2015). Breast Cancer. In Holland, J., Breitbart, W., Butow, P., Jacobsen, P., Loscalzo, M., & Mccorkle. (Eds). *Psycho-oncology* (3rd ed., pp. 134-138). New York: Oxford University Press.
- Li, L., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., Zhang, J., & Zhu, X. (2015). Emotional suppression and depressive symptoms in women newly diagnosed with early breast cancer. *BMC Women's Health*, 15(1). doi: 10.1186/s12905-015-0254-6
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015a). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality Of Life Outcomes*, 13(1). doi: 10.1186/s12955-015-0242-4
- Loewenstein, G. (2009). Affect Regulation and Affective Forecasting In J. Gross (Ed). *Handbook of emotion regulation* (pp. 180-203). New York: Guilford.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*. Behaviour research and therapy, 33(3), 335-343.
- Machado Vaz, F. J. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Machado Vaz, F. J. (2018) *Emotional processes in psychological adjustment and disorder – Their characteristics and evolution during the therapeutic process* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). New York, NY, US: Guilford Press.
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J., & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for

- screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology*, 19(2), 141-149. doi: 10.1002/pon.1568
- Nacional Cancer Institute (2015). *What is Cancer*. Acedido a 27 de junho, de 2018, em <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- NCCN - National Comprehensive Cancer Network. (2007). *Distress – supportive book series*. NCCN guidelines for patients V1.2007. Acedido a 19 de junho 2018 em <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>
- Ochsner, K. & Gross, J. (2009). The Neural Architecture of Emotion Regulation. In J. Gross (Ed). *Handbook of emotion regulation* (pp. 98-128). New York: Guilford.
- OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Peh, C., Liu, J., Bishop, G., Chan, H., Chua, S., Kua, E., & Mahendran, R. (2016). Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1191-1197. doi: 10.1002/pon.4297
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. . (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163. <https://dx.doi.org/10.15309/15psd160202>
- Politi, M., Enright, T., & Weihs, K. (2007). The effects of age and emotional acceptance on distress among breast cancer patients. *Supportive Care In Cancer*, 15(1), 73-79. doi: 10.1007/s00520-006-0098-6
- Ramani, K., Ramani, H., Alurkar, S., Ajaikumar, B., & Trivedi, R. (2017). *Breast Cancer: Medical Treatment, Side Effects, and Complementary Therapies* (1st ed.). New York: Momentum Press.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (2010). Breast cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp. 177-186). New York: Oxford University Press
- Schlatter, M., & Cameron, L. (2010). Emotional Suppression Tendencies as Predictors of Symptoms, Mood, and Coping Appraisals During AC Chemotherapy for Breast Cancer

- Treatment. *Annals Of Behavioral Medicine*, 40(1), 15-29. doi: 10.1007/s12160-010-9204-6
- Servaes, P., Vingerhoets, A., Vreugdenhil, G., Keuning, J., & Broekhuijsen, A. (1999). Inhibition of Emotional Expression in Breast Cancer Patients. *Behavioral Medicine*, 25(1), 23-27. doi: 10.1080/08964289909596735
- Sheppes G & Gross J. (2012) Emotion regulation effectiveness: What works when. In: Tennen HA, Suls JM, eds. *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology*, 5, 391-406. New York: Wiley
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., & Kirk, S., ...Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 68(5), 875-882. doi: 10.1037//0022-006x.68.5.875
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 36, pp. 367–467). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R., & Calkins, S. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, 163-182. doi: 10.1017/s0954579400007021
- Towers, R. (2016). Psychological Issues in Breast Cancer Survivorship. In A. Ring, & M. Parton (Eds.). *Breast Cancer Survivorship: Consequences of early breast cancer and its treatment* (pp. 249-259). Doi: 10.1007/978-3-319-41858-2
- Troy, A., Shallcross, A., & Mauss, I. (2013). A Person-by-Situation Approach to Emotion Regulation. *Psychological Science*, 24(12), 2505-2514. doi:10.1177/0956797613496434
- Wagner, D. D., & Heatherton, T. F. (2014). Emotion and self-regulation failure. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 613–628). New York, NY: Guilford Press.
- Wolgast, M., Lundh, L., & Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour Research And Therapy*, 49(12), 858-866. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.011
- World Health Organization. (2018). *Cancer*. Acedido em 19 de junho 2018 em <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Anexos

Anexo A: Questionário Sociodemográfico



1

Questionário Sociodemográfico

Com este questionário é pretendido recolher alguma informação sobre si. A informação recolhida será apenas usada com fins estatísticos, sendo garantida a confidencialidade da mesma.

1. Data de nascimento: ____/ ____/ ____
2. Idade: _____
3. Sexo: Feminino Masculino
4. Estado Civil:
 Solteiro(a) Divorciado(a)/ Separado(a)
 Casado(a) Viúvo(a)
 União de facto
5. Número de filhos: _____
6. Número de anos de escolaridade: _____ anos
7. Habilitações literárias:
 Menos de 4 anos de escolaridade
 1º Ciclo completo do Ensino Básico (4º ano de escolaridade)
 2º Ciclo completo do Ensino Básico (6º ano de escolaridade)
 3º Ciclo completo do Ensino Básico (9º ano de escolaridade)
 Ensino Secundário completo (12º ano de escolaridade)
 Ensino Superior - Licenciatura completa
 Ensino Superior - Mestrado completa
 Ensino Superior - Doutoramento completo
8. Profissão: _____
9. Situação Profissional atual:
 Ativo (a trabalhar) Desempregado
 De baixa médica Reformado

Anexo B: Questionário Clínico

Questionário Clínico

Com este questionário é pretendido recolher alguma informação sobre a sua história clínica. A informação recolhida será apenas usada com fins estatísticos, sendo garantida a confidencialidade da mesma.

1. Doença oncológica diagnosticada: _____
2. Estádio da doença: I Grau II Grau III Grau IV Grau
3. Apresenta metástases?
 Sim Onde? _____
 Não
4. Data de diagnóstico: _____
5. Data de início dos tratamentos: _____
6. Tratamentos realizados (pode selecionar mais que uma opção):
 - Quimioterapia
 - o Número de ciclos/tratamentos: _____
 - o Duração total dos tratamentos: _____ meses
 - o Estado: Finalizado Ainda em curso
 - Cirurgia
 - o Número de cirurgias concluídas: _____
 - o Tipo de cirurgia: _____
 - Radioterapia
 - o Número de tratamentos: _____
 - o Duração total dos tratamentos: _____ meses
 - o Estado: Finalizado Ainda em curso
 - Imunoterapia
 - o Número de tratamentos: _____
 - o Duração total dos tratamentos: _____ meses
 - o Estado: Finalizado Ainda em curso

- Hormonoterapia
 - o Número de tratamentos: _____
 - o Duração total dos tratamentos: _____ meses
 - o Estado: Finalizado Ainda em curso
- Outros. Quais? _____

7. Principais sintomas e efeitos secundários apresentados:

- Náuseas Vômitos
- Diarreia Anemia
- Fadiga Alterações do paladar e voz
- Perda de apetite Dor e secura da cavidade oral
- Alterações de peso Disfunções renais, respiratórias ou cardíacas
- Queixas cognitivas Mucosite (inflamação na boca e na garganta)
- Outros. Quais? _____

8. Acompanhamento psicológico no período da doença oncológica?

- Sim Não

9. Antecedentes familiares com doenças oncológicas?

- Sim Grau de parentesco? _____
- Não

10. Histórico patológico

- Nenhum
- Doença oncológica anterior
- Diabetes
- Problemas cardiovasculares
- Quadros ansiosos
- Quadros depressivos
- Demência (ex: Alzheimer)
- Outros. Quais? _____

Anexo C: Informação ao Participante

Informação ao Participante

A investigação intitulada “*A regulação emocional na doença oncológica*” surge no âmbito da dissertação de Mestrado da estudante/ estagiária Isabel Maria Poças Antunes Guimarães (E-mail: 201003675@fep.up.pt / Tel: 919154229), a frequentar o 5.º ano em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Este projeto foi submetido a apreciação à Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Português de Oncologia do Porto, tendo sido aprovado pela mesma.

Como objetivo pretende-se compreender e caraterizar quais as estratégias de regulação emocional mais usadas pelos doentes oncológicos, assim como quais as principais dificuldades regulatórias encontradas, e investigar possíveis correlações existentes. Do mesmo modo, pretende-se também compreender mais aprofundadamente qual a perceção dos doentes oncológicos acerca da sua qualidade de vida e do seu bem-estar, e se existe alguma relação com as estratégias e dificuldades de regulação emocional. Finalmente, constitui ainda um objetivo, relacionar os dados anteriores com alguns dados socio-demográficos, a recolher.

Neste sentido, será administrado um conjunto de testes e questionários de autorresposta, que posteriormente irão ser tratados estatisticamente.

Não se prevê qualquer recompensa pela sua colaboração neste projeto de investigação, no entanto a sua participação contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento na área da Oncologia. Também não se espera qualquer risco ou incómodo para o participante, nem necessidade de consultas extra ou exames complementares.

A sua participação é voluntária, dispondo do tempo que julgar necessário para refletir acerca da sua decisão de participar no estudo, incluindo tempo para consultar familiares ou amigos. Além disso, terá o direito de abandonar a participação no estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo de relacionamento com os profissionais de saúde, nem de respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida. É garantida, ainda, a privacidade, confidencialidade e proteção dos dados pessoais fornecidos pelo participante, nunca sendo a identidade do participante revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer entidade não relacionada diretamente com este estudo.

Declara-se, também, a inexistência de qualquer situação de conflito de interesses por parte dos profissionais envolvidos no projeto de investigação em causa.

Anexo D: Consentimento Informado

Consentimento Informado

Considerando a “Declaração de Helsínquia”, da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004 e Seoul, 2008)

Designação do estudo / projeto de investigação (em português):

A regulação emocional na doença oncológica

Eu, abaixo-assinado (nome completo do doente adulto ou do voluntário são)

recebi o texto de Informação ao Participante relativo ao estudo no qual concordei em participar. Compreendi a explicação que me foi fornecida pela investigadora que assina este documento. Foi-me, ainda, dada oportunidade de colocar as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive uma resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular, a qualquer momento, a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Deste modo, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pela investigadora.

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

Data: ___/___/201__

Nome da Investigadora responsável: Isabel Maria Poças Antunes Guimarães

Assinatura da Investigadora responsável: _____

Data: ___/___/201__

Anulação do Consentimento Informado

Declaro que recebi a *Informação ao Participante* relativo ao estudo / projeto de investigação em questão, que me foi proposto pela investigadora que assina este documento e **pretendo anular** o consentimento dado na data ___/___/201__.

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

Data: ___/___/201__

Assinatura da Investigadora responsável: _____

Anexo E: Caracterização Clínica da Amostra, atendendo aos Efeitos Secundários e Histórico Patológico

Tabela

Caraterização de Outras Variáveis Clínica da Amostra (N=95)

Variáveis	n	(%)
Principais efeitos secundários	68	(100%)
Náuseas	33	(48.53%)
Vómitos	20	(29.41%)
Diarreia	17	(25.00%)
Anemia	6	(8.82%)
Fadiga	59	(86.76%)
Perda de Appetite	18	(26.47%)
Alterações de peso	34	(50.00%)
Alterações do paladar e da voz	35	(51.47%)
Dor e secura da cavidade oral	29	(42.65%)
Disfunções renais, respiratórias ou cardíacas	11	(16.18%)
Queixas cognitivas	14	(20.59%)
Mucosite	23	(33.82%)
Omissos	27	
Histórico patológico	95	(100%)
Nenhum	48	(50.53%)
Doença oncológica anterior	11	(11.58%)
Diabetes	9	(9.47%)
Problemas cardiovasculares	2	(2.11%)
Quadros ansiosos	16	(16.84%)
Quadros depressivos	20	(21.05%)
Demência	0	(0%)

Anexo F: Correlações de *Pearson* entre as Estratégias de Regulação Emocional e as Dificuldades de Regulação Emocional

Tabela

Correlações de Pearson entre as Estratégias de Regulação Emocional e as Dificuldades de Regulação Emocional (N=95)

	Reavaliação Cognitiva	Supressão Expressiva
Estratégias	-.22*	.02
Não Aceitação	.08	.02
Consciência	-.17	.01
Impulsos	-.14	-.10
Objetivos	-.09	-.12
Clareza	-.12	.01
Dificuldades de Regulação Emocional Global	-.16	-.03

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Anexo G: Correlações de *Pearson* entre Estratégias e Dificuldades de Regulação Emocional e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Tabela

Correlações de Pearson entre as Estratégias e Dificuldades de Regulação Emocional e Dados Sociodemográficos e Clínicos (N=95)

	Anos de escolaridade	Meses de Diagnóstico	Meses desde o início do tratamento	Idade
Reavaliação Cognitiva	-.09	.11	.17	-.01
Supressão Expressiva	-.31**	-.11	-.07	.21*
Estratégias	0	-.12	-.10	.05
Não Aceitação	.01	-.09	-.08	.07
Consciência	.01	-.13	-.18	.07
Impulsos	.07	-.07	-.02	.02
Objetivos	.06	-.07	-.04	.13
Clareza	-.17	-.10	-.06	0
Dificuldades de Regulação Global	0	-.16	-.11	.02

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Anexo H: Correlações de *Pearson* entre as Estratégias e Dificuldades de Regulação Emocional com a Ansiedade, Depressão, *Stress* e Bem-estar

Tabela

Correlações de Pearson entre as Estratégias de Regulação Emocional, Dificuldades de Regulação Emocional com Ansiedade, Depressão e Stress e com o Bem-estar (N=95)

	Bem-estar Físico	Bem-estar Social/Familiar	Bem-estar Emocional	Bem-estar Funcional	Bem-estar Global	Ansiedade	Stress	Depressão
Reavaliação Cognitiva	.11	.15	.29**	.21*	.23*	-.12	-.15	-.24*
Supressão Expressiva	.12	-.07	-.01	-.05	.01	-.07	-.06	.05
Estratégias	-.29**	-.31**	-.50**	-.33**	-.45**	.47**	.47**	.50**
Não Aceitação	-.31**	-.12	-.24*	-.08	-.24*	.46**	.37**	.21*
Consciência	-.06	-.01	-.10	-.06	-.03	.02	-.02	-.15
Impulsos	-.22*	-.07	-.29**	-.13	-.23*	.37**	.36**	.25*
Objetivos	-.29**	-.19	-.29**	-.19	-.30**	.38**	.44**	.27**
Clareza	-.11	-.17	-.45**	-.34**	-.33**	.29**	.30**	.58**
Dificuldades de Regulação Emocional Global	-.30**	-.22*	-.46**	-.27**	-.40**	.51**	.50**	.48**

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Anexo I: Modelo de Predição do Bem-Estar Global

Tabela

Modelo de Predição do Bem-Estar Global

Variáveis	β standard	t	p	Correlações Parcelares	Correlações Parcelares ²
Estratégias	-0.32	-2.31	.023	-.210	.044
Objetivos	-0.08	-0.60	.552	-.055	.003
Clareza	-0.23	-2.28	.025	-.208	.043
r	.49				
r^2	.24				
$F(3,91)$	9.71		< .001		

Anexo J: Modelo de Predição do Bem-Estar Emocional

Tabela

Modelo de Predição do Bem-Estar Emocional

Variáveis	β <i>standard</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Correlações Parcelares	Correlações Parcelares ²
Estratégias	-0.40	-4.54	.023	-.382	.146
Clareza	-0.32	-3.66	.025	-.309	.095
<i>r</i>	.59				
<i>r</i> ²	.35				
<i>F</i> (2,92)	24.42		< .001		