

Imagem corporal positiva, dificuldades de regulação emocional e qualidade de vida em mulheres com cancro da mama

Carolina Sofia Camboa Resende

M

2023



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**Imagem corporal positiva, dificuldades de regulação emocional e qualidade de vida
em mulheres com cancro da mama**

Carolina Sofia Camboa Resende

Julho, 2023

Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Desviância e da Justiça, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, orientada pela Prof.^a Doutora Leonor Lencastre (FPCEUP).

Estudo em colaboração

O presente estudo integra o projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”. Enquanto parte ativa neste projeto de investigação, durante o ano letivo de 2022/2023, participei na recolha de dados e análise dos mesmos. O trabalho aqui apresentado baseia-se apenas numa parte dos dados recolhidos e constitui uma análise quantitativa das variáveis associadas à imagem corporal positiva em pessoas com cancro da mama.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo principal a compreensão do impacto da imagem corporal positiva (ICP) e das dificuldades de regulação emocional (DRE) na qualidade de vida (QdV) de pacientes com cancro da mama, explorando o papel preditor na QdV destas mulheres. Procura também estabelecer comparações acerca desses constructos entre pacientes oncológicas e um grupo de mulheres saudáveis.

A amostra é constituída por 127 mulheres com cancro da mama e 127 mulheres sem este diagnóstico, com idades compreendidas entre os 28 e os 80 anos. Para a recolha de dados, recorreu-se à utilização das versões portuguesas dos seguintes instrumentos: Body Appreciation Scale 2, Body Acceptance by Others, Difficulties in Emotion Regulation Scale e WHOQOL-BREF.

A análise comparativa entre mulheres com cancro da mama e o grupo controlo revelou que ao nível da ICP, e tal como esperado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Já no domínio da QdV, foram encontradas diferenças entre os dois grupos, apresentando o grupo não clínico valores mais elevados de QdV, tanto no domínio físico como no social. Encontrou-se, também, uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre algumas DRE e a ICP. Análises de regressão múltipla revelaram a influência da apreciação corporal e da aceitação corporal pelos outros, assim como de duas dimensões das DRE (acesso limitado às estratégias de RE e dificuldade em agir de acordo com os objetivos) na predição dos quatro domínios da QdV.

Os resultados do presente projeto salientam a importância do foco na re(construção) e manutenção de uma ICP junto de mulheres com cancro da mama, assim como de atenção particular ao modo como estas mulheres utilizam estratégias de regulação emocional, contribuindo assim para uma melhoria da sua QdV.

Palavras-chave: Imagem corporal positiva; apreciação corporal; qualidade de vida; dificuldades de regulação emocional; cancro da mama

Abstract

The main objective of this study is to understand the impact of positive body image (PCI) and difficulties in emotion regulation (DRE) on the quality of life (QoL) of patients with breast cancer, exploring their predictive role in the QoL of these women. It also seeks to establish comparisons regarding these constructs between cancer patients and a group of healthy women.

The sample consists of 127 women with breast cancer and 127 women without this diagnosis, aged between 28 and 80 years. For data collection, the Portuguese versions of the following instruments were used: Body Appreciation Scale 2, Body Acceptance by Others, Difficulties in Emotion Regulation Scale and WHOQOL-BREF.

The comparative analysis between women with breast cancer and the control group revealed that in terms of PCI, and as expected, there were no statistically significant differences. In the domain of QoL, differences were found between the two groups, with the non-clinical group presenting higher QoL values, both in the physical and social domains. A statistically significant and negative correlation was also found between some DRE and PCI. Multiple regression analyzes revealed the influence of body appreciation and body acceptance by others, as well as two DRE dimensions (limited access to ER strategies and difficulty in acting according to the objectives) in predicting the four domains of QoL.

The results of this project highlight the importance of focusing on the re(construction) and maintenance of a PCI among women with breast cancer, as well as paying particular attention to the way these women use emotional regulation strategies, thus contributing to an improvement in their your QdV.

Keywords: Positive body image; body appreciation; quality of life; emotional regulation difficulties; breast cancer

Resumé

L'objectif principal de cette étude est de comprendre l'impact de l'image corporelle positive (PCI) et des difficultés de régulation des émotions (DRE) sur la qualité de vie (QoL) des patientes atteintes d'un cancer du sein, en explorant leur rôle prédictif dans la QoL de ces femmes. Il cherche également à établir des comparaisons concernant ces constructions entre des patients atteints de cancer et un groupe de femmes en bonne santé. L'échantillon est composé de 127 femmes atteintes d'un cancer du sein et de 127 femmes sans ce diagnostic, âgées entre 28 et 80 ans. Pour la collecte de données, les versions portugaises des instruments suivants ont été utilisées: Échelle d'appréciation du corps 2, Acceptation du corps par les autres, Échelle des difficultés de régulation des émotions et WHOQOL-BREF.

L'analyse comparative entre les femmes atteintes d'un cancer du sein et le groupe témoin a révélé qu'en termes d'ICP, et comme prévu, il n'y avait pas de différences statistiquement significatives. Dans le domaine de la qualité de vie, des différences ont été trouvées entre les deux groupes, le groupe non clinique présentant des valeurs de qualité de vie plus élevées, à la fois dans les domaines physique et social. Une corrélation statistiquement significative et négative a également été trouvée entre certains DRE et PCI. Les analyses de régression multiple ont révélé l'influence de l'appréciation du corps et de l'acceptation du corps par les autres, ainsi que deux dimensions DRE (accès limité aux stratégies de RE et difficulté à agir selon les objectifs) dans la prédiction des quatre domaines de la qualité de vie.

Les résultats de ce projet soulignent l'importance de se concentrer sur la re(construction) et le maintien d'une ICP chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, ainsi que d'accorder une attention particulière à la façon dont ces femmes utilisent des stratégies de régulation émotionnelle, contribuant ainsi à une amélioration de leur QdV.

Mots-clés : Image corporelle positive; appréciation du corps; qualité de vie; difficultés de régulation émotionnelle; cancer du sein;

Índice

Introdução	10
1. Imagem corporal positiva	10
2. Cancro da mama e imagem corporal	15
3. Cancro da mama e regulação emocional	17
4. Cancro da mama e qualidade de vida	19
5. Imagem corporal positiva, Regulação emocional e Qualidade de vida em pacientes de cancro da mama.....	21
Estudo empírico	24
1. Objetivo geral	24
2. Objetivos específicos	24
3. Hipóteses.....	24
Método	25
1. Participantes.....	25
2. Instrumentos.....	25
3. Procedimentos.....	28
Resultados	30
Discussão.....	35
Conclusão	44
Referências Bibliográficas	46

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

BAS – Escala de Apreciação Corporal

BAOS – Escala de Aceitação Corporal Pelos Outros

DERS – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

DRE – Dificuldades de Regulação Emocional

IC – Imagem Corporal

ICN – Imagem Corporal Negativa

ICP – Imagem Corporal Positiva

QdV – Qualidade de Vida

RE – Regulação Emocional

WHOQOL – Escala de Qualidade de Vida

Introdução

1. Imagem corporal positiva

A imagem corporal é um conceito que tem originado vários estudos, dada a sua complexidade e o carácter multidimensional, de forma a compreender o seu impacto no funcionamento cognitivo, comportamental e emocional do indivíduo (Clark & Tiggemann, 2016). Contudo, as investigações têm-se focado, principalmente, no conceito de imagem corporal negativa (Tylka, 2011).

Durante as últimas décadas, os investigadores procuraram estudar os aspetos negativos da imagem corporal, definindo-se o conceito de imagem corporal negativa como um estado persistente de insatisfação, preocupação e angústia relacionado com a aparência física (L, Tylka & Piran, 2019). Este é, pois, um constructo assente na perceção que o indivíduo tem sobre a sua aparência, tendo sido associado a desordens alimentares como um fator de risco.

Desde meados do século 20, a psicologia humanista enfatizou a necessidade de considerar as valências dos indivíduos e não apenas as suas patologias ou traços menos positivos. Foram introduzidas ideias como a prevenção da doença através da promoção da saúde, respeito e valorização do corpo, apelando-se à adoção de uma perspetiva além do aspeto físico (Daniels et al, 2018).

A psicologia positiva iniciou a exploração deste campo de pesquisa sob a premissa de que remover os aspetos desadaptativos, sem promover aspetos adaptativos, não conduz ao florescimento humano (Daniels et al, 2018). Por outras palavras, não basta ensinar ao indivíduo o que não ser, é importante ensinar-lhe o que deve ser.

Thomas Cash foi um dos impulsionadores da investigação acerca da imagem corporal positiva (ICP), tendo conduzido o primeiro estudo documentando a imagem corporal positiva como um único constructo (Tylka & Barcalow, 2015).

O budismo também é considerado um dos alicerces da teoria ICP. Esta cultura conceptualiza a psicopatologia como o controlo rígido das experiências internas e o bem-estar como a aceitação e atenção a experiências internas. Ora, segundo esta visão, quando o indivíduo enfrenta experiências internas negativas relacionadas com o corpo, a prática de se envolver em atos de autocuidado promove o desenvolvimento de compaixão por si próprio e pelo seu corpo (Daniels et al, 2018). Assim sendo, o budismo forneceu o seu contributo para a pesquisa e elaboração da teoria da ICP na medida em que promove a atenção e autocuidado como formas de enfrentar ameaças à imagem corporal.

A ICP engloba um conjunto de constructos que têm sido alvo de estudo, desde a apreciação corporal, funcionalidade, o autocuidado, a percepção de aceitação do corpo pelos outros, entre outros. Logo, é um conceito bastante mais completo do que a satisfação com o próprio corpo ou a percepção da aparência, que se definem como conceitos algo redutores (Avalos, 2005).

Neste campo relativamente recente da imagem corporal positiva, a maioria dos investigadores tem-se focado no constructo da apreciação corporal (Tylka & Piran, 2019). Trata-se da escolha intencional de aceitar o corpo, independentemente do seu tamanho ou imperfeições, respeitar, cuidar e atender às suas necessidades (Avalos, 2005, Marta-Simões, Ferreira, Mendes, 2016; Ribeiro, 2020).

A apreciação corporal refere-se a uma expressão de amor e conforto pelo corpo, mesmo que o indivíduo não esteja inteiramente satisfeito com todos os elementos do seu corpo. Ou seja, a capacidade do indivíduo para amar o seu corpo e valorizar o que este lhe permite fazer é uma boa representação da ICP (Tylka & Barcalow, 2015, Sandoval, 2008).

Um outro aspeto da ICP é a aceitação corporal pelos outros, que se refere à percepção que o indivíduo tem acerca da medida em que o seu corpo é aceite pelos demais. Se as pessoas sentirem que o seu corpo é aceite pelos outros, estarão mais disponíveis para prestar atenção à forma como o seu corpo funciona e, por consequência, atribuir-lhe mais valor (Tylka & Barcalow, 2015).

O autocuidado também é um elemento importante deste construto, refletindo a capacidade de o indivíduo se envolver em práticas diárias de proteção e cuidado com o seu corpo, de forma a atender às suas necessidades (Webb, Barcalow & Tylka, 2015). Este conceito de autocuidado está diretamente relacionado com o de apreciação corporal, na medida em que os indivíduos com boa apreciação corporal tendem a envolver-se mais em comportamentos de autocuidado, evitando atos que prejudiquem o seu corpo (Tylka, 2011).

A funcionalidade corporal constitui um outro elemento fundamental da ICP, referindo-se a tudo o que o corpo é capaz de fazer, incluindo funções relacionadas com processos internos, capacidades físicas, sensações corporais, comunicação e autocuidado (Alleva, Martjin, Breukelen, Jason & Karos, 2015).

Acerca do domínio da funcionalidade, Alleva e Tylka não concordam com o conceito de corpo-capaz, que define o corpo funcional como um corpo livre de doenças. Para estas investigadoras, ainda que um sujeito possua uma deficiência física, lesão ou doença, não

significa que não tenha um corpo funcional. A funcionalidade poderá ser diferente, mas não se define como danificada ou ausente (Alleva & Tylka, 2020).

Durante muito tempo, assumiu-se que a imagem corporal positiva seria simplesmente o oposto de imagem corporal negativa, entendendo estes conceitos como parte de um contínuo. Contudo, concluiu-se que esta seria uma visão algo simplista, não sendo adequado estabelecer uma relação de oposição entre os dois conceitos (Gattario & Frisén, 2015).

Em primeiro lugar, a imagem corporal positiva vai além da avaliação favorável da aparência, tratando-se de apreciar a forma como o corpo funciona. Logo, um indivíduo pode estar descontente com a sua aparência física e, ainda assim, apreciar a forma como o seu corpo funciona. Adicionalmente, parece não existir uma ampla sobreposição conceptual entre as medidas de ICP e imagem corporal negativa (ICN), sendo evidente a diferenciação entre os construtos.

Por último, há atividades que podem aumentar a apreciação corporal e, no entanto, não produzir efeito na satisfação corporal (L, Tylka & Piran, 2019). Quer isto dizer que os indivíduos podem possuir uma imagem corporal positiva em relação ao seu corpo e, no entanto, identificar-se com uma imagem corporal negativa em determinados aspetos, o que invalida a teoria de estes serem conceitos localizados em polos opostos.

A imagem corporal negativa está relacionada com baixa autoestima, insatisfação corporal e uma expressão de sentimentos e pensamentos negativos de um indivíduo em relação ao seu próprio corpo, afetando o seu bem-estar (Gattario & Frisén, 2015).

Já a imagem corporal positiva surge associada a vários indicadores de bem-estar psicológico como o otimismo, satisfação com a vida, autoestima, inteligência emocional e felicidade subjetiva. Por outro lado, a apreciação corporal surge inversamente ligada a sintomatologia negativa e depressiva (Daniels et al; 2018).

Na comunidade científica, parece existir um consenso em relação à definição deste constructo, apesar do seu carácter complexo e multidimensional, enunciado por Wood – Barcalow, (2010): “Amor e respeito pelo corpo que permite aos indivíduos apreciar a beleza única do seu corpo e as suas funções, aceitar e admirar o corpo incluindo os aspetos inconsistentes com imagens idealizadas. Sentir-se belo, confortável, confiante e feliz com o seu corpo, enfatizar os seus pontos fortes em vez de remoer nas suas imperfeições, receber e interpretar informação numa perspetiva de proteção do seu corpo“. Através desta definição, torna-se evidente que a imagem corporal positiva transcende a satisfação com a aparência, refletindo amor e respeito pelo corpo, independentemente das

características e traços inerentes à aparência física (Daniels et al, 2018; Siegel, Huellemannl, Hillier & Campbell, 2020).

Apreciação corporal

Um elemento importante da imagem corporal positiva consiste precisamente na apreciação corporal, correspondendo à capacidade do indivíduo para produzir discursos internos positivos sobre o corpo, independentemente do seu peso, eventuais imperfeições físicas ou traços percebidos como defeitos (Piko, Obál & Mellor, 2020).

A apreciação corporal concerne a admiração do indivíduo pelo seu corpo, incluindo a sua funcionalidade e saúde. Embora seja igualmente importante que o indivíduo seja capaz de apreciar a sua aparência, este constructo envolve muito mais do que apenas estar satisfeito com a componente estética do corpo. Assim sendo, quando se fala em apreciação genuína pelo corpo, isto significa mostrar apreço e consideração pelo que este permite fazer e a diferenciação que atribui a cada um pelas suas particularidades e traços únicos (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Implica não apenas estar satisfeito com o corpo, mas sim valorizá-lo e orientar a atenção para a construção de uma visão corporal positiva (Halliwell, 2012).

Tal como referido por Tylka e Wood-Barcalow (2015), a existência de uma ICP não se define simplesmente pela ausência de uma ICN, já que o desenvolvimento de uma imagem corporal positiva inclui o atendimento às necessidades do próprio corpo, proteção e respeito por este.

Um estudo realizado por Wood-Barcalow mostrou que mulheres jovens perceberam que, mostrando gratidão pela funcionalidade corporal, a sua imagem corporal positiva melhorava significativamente, e reportaram uma maior apreciação por partes do seu corpo que outrora não aprovavam (Wood- Barcalow, 2010).

Estudos quantitativos revelaram uma relação positiva entre ICP e apreciação corporal, por outro lado, uma baixa apreciação corporal parece surgir associada a emoções como a vergonha e culpa direcionadas para o corpo (Razmuz & Razmuz, 2017).

Adicionalmente, a autoestima parece ser um indicador importante na predição da imagem corporal, explicando 54% da variação da apreciação corporal (Piko, Obál & Mellor, 2020). Este dado vai ao encontro dos resultados do estudo de Alleva, que concluiu que a apreciação corporal está fortemente associada à dimensão da autoestima, isto é, níveis elevados de autoestima contribuem para uma imagem corporal positiva, e vice-versa (Alleva et al; 2016).

Aceitação corporal pelos outros

Tal como foi referido anteriormente, a apreciação corporal parece estabelecer uma relação positiva com o bem-estar psicológico e, por outro lado, uma relação negativa com sentimentos de vergonha ou culpa (Razmuz & Razmuz, 2017). Ora, estas relações também foram estudadas por Avalos e Tylka (2006), procurando examinar a alimentação intuitiva e a sua relação com a aceitação corporal pelos outros.

A alimentação intuitiva implica o conhecimento e compreensão do indivíduo do seu corpo, alimentando-se como resposta a pistas fisiológicas de fome ou apetite, não por situações externas ou contextos específicos (Avalos & Tylka, 2006). Ora, tendo em conta que este processo exige que a pessoa conheça, ouça e atenda às necessidades do seu corpo, pode ser um exemplo da manifestação da apreciação corporal. Há fatores que se relacionam com a forma como o indivíduo vê e aceita o seu corpo, como a dimensão de aceitação corporal pelos outros. Prevê-se que, se as pessoas sentirem que os que lhes são importantes as aceitam tal como elas são, tanto interna como externamente, estarão mais aptas para aceitar e respeitar o seu corpo e respetivas necessidades, como é o caso da alimentação intuitiva (Avalos & Tylka, 2006). Tal como as influências ambientais negativas podem contribuir para consequências negativas, nomeadamente ao nível de desordens alimentares, então, será adequado prever que influências sociais positivas tenham um impacto positivo no indivíduo e na forma como vê o seu corpo.

Segundo o modelo de aceitação, a aceitação corporal pelos outros é uma dimensão que pode, efetivamente, ter impacto na apreciação corporal do indivíduo, na forma como este percebe o seu corpo e atende às suas necessidades. Isto é, ao sentir a aceitação do seu corpo pelos outros, o indivíduo poderá direcionar a sua atenção para aspetos como a funcionalidade e funcionamento do seu corpo, e descentrar-se da aparência física (Avalos & Tylka, 2006).

Adicionalmente, o foco na funcionalidade corporal pode promover uma crescente atenção à forma como o corpo permite ao indivíduo desempenhar o seu papel na vida quotidiana, sejam as atividades físicas que realiza, a forma como se movimenta no seu dia a dia ou a comunicação que estabelece com os outros. Esta atenção e respeito pelas oportunidades que o corpo oferece ao indivíduo poderiam aumentar a sua apreciação corporal (Alleva et al, 2015).

De acordo com Avalos et al (2005), quando as mulheres percecionam a aceitação do seu corpo pelos outros, tendem a mostrar-se menos preocupadas com a sua aparência e a focar-se mais na forma como o seu corpo funciona.

Tendo em conta a influência que a opinião dos outros parece desempenhar na forma como o indivíduo vê e cuida do seu corpo, torna-se evidente que a percepção de aceitação corporal pelos outros pode predizer a apreciação corporal (Avalos et al, 2005; Avalos & Tylka, 2006). Assim sendo, e analisando os resultados do estudo realizado por Avalos e Tylka (2006), destaca-se a importância da promoção da aceitação corporal de todos os corpos, independentemente do tamanho ou forma.

2. Cancro da mama e imagem corporal

Em Portugal, com uma população feminina de 5 milhões, foram diagnosticados, em 2020, cerca de 7.000 novos casos de cancro da mama e 1.800 mulheres morreram com esta doença (Liga portuguesa contra o cancro).

Tendo ultrapassado o cancro do pulmão, o cancro da mama parece ser o mais comumente diagnosticado em todo o mundo (OMS, 2021).

O número anual de pessoas que o desenvolvem aumentou em 70% desde 1971, sendo que uma em cada 10 mulheres irá desenvolver cancro da mama em algum momento da sua vida (Ogden, 2004). Estima-se que, anualmente, sejam diagnosticados mais de 1,35 milhões casos novos de cancro da mama.

O diagnóstico do cancro da mama acarreta inúmeras consequências negativas, sejam elas temporárias ou permanentes, para a mulher. As mudanças corporais começam a ser visíveis antes mesmo da cirurgia, quando necessária, e mesmo aquelas que possam ser menos visíveis, têm igualmente um peso negativo no bem-estar da mulher.

No caso da cirurgia, seja ela conservadora ou não, é uma mudança de difícil adaptação para a mulher, tendo em conta as consequências que acarreta. Contudo, os efeitos dos tratamentos que as pacientes experienciam diariamente são igualmente devastadores e incapacitantes (Santos & Vieira, 2011).

Apesar dos avanços realizados ao nível da deteção e tratamento do cancro da mama nos últimos anos, a mastectomia continua a ser um procedimento necessário em muitos casos. Claro que, ao optar por este procedimento, tem-se em consideração o melhor interesse para a mulher, ao nível da sua saúde. Contudo, e ainda que seja uma decisão adequada do ponto de vista clínico, não deve ser negligenciado o impacto que tem no aspeto físico do corpo da mulher e, por consequência, na forma como ela se vê.

Alguns autores defendem que a mastectomia causa mais trauma do que a própria doença oncológica (Arroyo, 2011). Ao passar por este processo, a mulher sofre uma perda em dois sentidos, em relação a ela própria e aos outros.

Sendo os seios uma parte do corpo ligada à feminilidade, beleza e sexualidade, isto pode alterar a forma como a utente se sente enquanto mulher, afetando a sua autoconfiança e o modo como expõe o seu corpo. Depois de atravessar esta mudança, a mulher pode passar a evitar frequentar determinados locais como a praia ou deixar de usar certas peças de roupa, por sentir que o seu corpo já não reflete uma imagem de beleza e sensualidade (Arroyo, 2011). Ora, isto pode afetar negativamente a sua autoestima, podendo levar a que não goste do seu corpo ou não se sinta confortável consigo mesma.

Por outro lado, este procedimento cirúrgico leva também a uma perda do ponto de vista das relações que a mulher estabelece, nomeadamente com o seu parceiro amoroso ou sexual. Entende-se que, após perderem o peito, as pacientes de doença oncológica possam sentir-se menos atraentes, assumindo que passem a ser menos desejáveis aos olhos dos outros, “Faltava algo, perdi a minha feminilidade” (Arroyo, 2011).

É frequente que as pacientes, após a mastectomia, admitam ter perdido uma parte da sua identidade enquanto mulheres, afirmando “Eu olhava para o meu peito e pensava, já não sou tão mulher” ou “Eu parei de me sentir uma mulher, algo desapareceu” (Arroyo, 2011). Portanto, a perda do seio parece ser o equivalente a perder uma parte importante da sua feminilidade, para algumas mulheres. Sendo esta uma parte essencial erótica, que tem valor para a mulher, compreende-se que a sua perda conduza a esta ideia de menor desejabilidade, atração e sensualidade.

Alguns dos efeitos secundários mais comuns na quimioterapia e radioterapia são as náuseas e vômitos, perda de cabelo, diminuição ou aumento do apetite, fadiga, diarreia e, alguns medicamentos podem provocar ainda neuropatia e problemas cardíacos. Adicionalmente, a quimioterapia pode, ainda, provocar uma menopausa precoce e, também isto combinado com os restantes efeitos, pode afetar a libido da mulher, quer pelo seu efeito psicológico como pelo hormonal (Ogden, 2004).

A alopecia é descrita como uma das consequências mais graves do tratamento, relacionando-se com dois principais significados atribuídos pelas pacientes. Em primeiro lugar, as pacientes encaram esta mudança como sendo um indicador da doença oncológica, dificultando a sua tentativa de esconder o diagnóstico. Para além disso, e tal como referido em alguns estudos, o cabelo é um símbolo associado à feminidade e, a

perda deste poderia significar uma menor integração social das mulheres e até receio de estigma (Santos & Vieira, 2011).

Todas estas mudanças decorrentes da doença oncológica dificultam, em larga escala, a tarefa da mulher de amar, respeitar e cuidar do seu corpo, independentemente da sua aparência (Daniels et al, 2018).

3. Cancro da mama e regulação emocional

A regulação emocional é o processo através do qual se acionam estratégias de adaptação de forma a manter um estado emocional entendido pelo indivíduo como favorável ou adequado. Alguns autores defendem que a regulação emocional pode ser entendida como a ponte entre a experiência emocional e a experiência emocional consciente (Conley et al, 2016). Pelo que, a regulação emocional (RE) implica uma tentativa de influenciar as emoções, limitadas no tempo e no espaço, e com uma valência positiva ou negativa (McRae & Gross, 2020).

A regulação emocional inclui estratégias e processos que permitem modificar as reações emocionais em resposta a eventos negativos e/ou stressantes (Marroquín et al, 2017). Isto é, face a circunstâncias adversas ou traumáticas, podem ser desencadeadas estratégias de RE que permitam modificar a magnitude ou tipo de experiência emocional vivenciada (Diamond & Aspinwall, 2003).

A escolha de métodos ativos de RE, em oposição a um evitamento ou supressão emocional, é referenciado como um bom indicador de uma regulação emocional adaptada (Aldao et al, 2010).

Esta abordagem ativa dos estados emocionais implica atender, processar e expressar as emoções de forma adequada, com o objetivo de reduzir a experiência emocional negativa associada a determinado evento (Stanton, 2000).

A investigação tem procurado identificar as diferentes formas através das quais os indivíduos regulam as suas emoções, para determinar quais as estratégias mais eficazes.

O modelo processual de regulação emocional é um esquema utilizado por vários autores para compreender e organizar este processo (McRae & Gross, 2020). No modelo de Gross, a RE é entendida como um *continuum* de processos que incluem desde métodos conscientes e controlados até sistemas inconscientes e automáticos (Gross, 2002). Neste sentido, as emoções surgem após a avaliação de um estímulo, conduzindo a respostas emocionais, podendo estas ser moduladas pelo sujeito. Gross (2002) refere cinco principais estratégias às quais se pode recorrer para modificar o curso das emoções, sendo

elas a seleção da situação, modificação da situação, modificação do foco atencional, modificação da cognição e, por fim, a modulação da resposta.

A seleção da situação refere-se ao discernimento do próprio na capacidade para evitar determinados locais, pessoas ou situações, de forma a prevenir a vivência de emoções que possam ser desagradáveis ou indesejadas.

De seguida, a modificação da situação diz respeito à alteração direta do episódio, transformando aspetos do contexto de forma a estabelecer condições que permitam uma gestão adequada das emoções experimentadas (Gross, 2002).

A modificação do foco atencional implica que o indivíduo escolha o significado que pretende atribuir à situação, isto é, alterar o pensamento acerca de determinada vivência, seja através da distração ou da ruminação. Na primeira, a atenção está focada em aspetos não emocionais do contexto, enquanto na ruminação priorizam-se as causas ou consequências da emoção em questão (McRae & Gross, 2020).

Seguidamente, na modificação da cognição, há a atribuição de um significado ao evento vivido, podendo isto ser realizado através da reavaliação cognitiva ou da aceitação (McRae & Gross, 2020). A primeira inclui uma reinterpretação da circunstância emocional, procurando redefinir os termos que compõem a situação em que o indivíduo se encontra. Por outro lado, através da aceitação, há uma tentativa de aceitar a experiência emocional, sem emitir juízos.

Por último, a modulação da resposta refere-se ao processo que ocorre após a resposta ter sido iniciada, sendo o objetivo alterar a dimensão fisiológica, experiencial e comportamental da emoção (Gross, 1998). Isto poderia ser feito através da supressão emocional ou da intervenção fisiológica.

Estando clarificado o processo de regulação emocional, resta estabelecer a sua relação com a doença oncológica. Deste modo, tendo em conta as mudanças que acompanham este diagnóstico, desde a aceitação da doença até ao processo de tratamento e acompanhamento posterior, a paciente vivencia uma difícil e constante adaptação à doença. Como tal, a experiência e regulação emocional fazem parte deste processo, sendo essencial compreender as emoções vivenciadas ao longo do mesmo.

Há casos em que a paciente vive emoções positivas, como a esperança e o ânimo. Contudo, o desafio está em gerir emoções negativas como a raiva, medo, frustração ou tristeza. A compreensão e aceitação destas emoções é fundamental, uma vez que, sendo levadas a um extremo, podem conduzir a desordens psicológicas como a depressão ou o transtorno de ansiedade (Conley, Bishop & Anders, 2016).

Um estudo realizado por Linden (2012) procurou examinar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes de cancro. Os resultados mostraram que, na amostra total, 19% dos sujeitos reportaram níveis clínicos de ansiedade e 12,9% reportaram níveis clínicos de depressão. Para além disso, 9% dos pacientes apresentaram comorbilidade para ansiedade e depressão. Particularmente nas pacientes de cancro da mama, estas mostraram significativamente mais sintomas depressivos e de ansiedade do que nos restantes tipos de cancro (Wolfgang, 2012).

Um outro estudo incidente na capacidade de regulação emocional por sobreviventes de cancro da mama mostrou que as mulheres que revelaram uma expressão emocional adequada na sua adaptação à doença, apresentaram menos sintomas depressivos após três meses, comparando com mulheres com menor capacidade de expressão emocional (Conley, Bishop & Anders, 2016).

De forma sucinta, a regulação emocional implica a consciência, compreensão e aceitação das emoções, a capacidade de controlar comportamentos impulsivos e de atuar de forma adequada face a emoções negativas, assim como a capacidade de utilizar estratégias de regulação emocional apropriadas à situação de forma flexível e adaptada, atendendo às necessidades e objetivos estabelecidos (Coutinho et al, 2009). A ausência de alguma ou de todas essas competências poderia indicar a presença de dificuldades na regulação emocional (DRE) (Gratz & Roemer, 2004).

Tendo em consideração os desafios adjacentes ao cancro da mama, a dificuldade de processar e regular emoções parece ser um desafio comum entre as pacientes. Mais ainda, as dificuldades de regulação emocional podem representar um obstáculo ao processo de tratamento e melhoria das pacientes com cancro da mama. Deste modo, torna-se relevante expandir o conhecimento acerca da relação entre cancro da mama e competências de regulação emocional, de forma a minimizar as dificuldades dos sentidas na gestão e processamento emocional, em resposta à doença oncológica.

4. Cancro da mama e qualidade de vida

A qualidade de vida (QdV) refere-se à perceção do indivíduo acerca do seu posicionamento no contexto socio cultural em que se insere, tendo em conta o estabelecimento dos seus objetivos e planos, as expectativas e interesses (OMS, 2016; Fortes, 2018). Este é um conceito algo subjetivo, flexível e adaptável a cada um, dependendo do contexto em que se insere e daquilo que são os seus valores, sendo

influenciado pela saúde física, estado psicológico, relações sociais e condições do meio em que vive (Fleck et al, 1999; Park et al, 2022; Whoqol Group, 1998).

Assim sendo, e segundo a Organização Mundial de Saúde, este construto pode ser analisado de um ponto de vista dinâmico, no qual há quatro dimensões que se influenciam mutuamente. São elas, a física, que diz respeito à forma como a pessoa se sente fisicamente; psicológica, referente a sentimentos, pensamentos, autoconceito, espiritualidade, crenças, bem estar, entre outros; social, que inclui as interações do sujeito com os que o rodeiam, seja nas relações profissionais, familiares, românticas, entre outras e, finalmente, ambiental, que se refere à avaliação que a pessoa efetua acerca da segurança, recursos, oportunidades, acessibilidades e características do meio em que se insere (Pereira et al, 2012; OMS, 1995)

Com o aumento dos casos de sucesso no tratamento do cancro da mama, é importante compreender o impacto da doença, a longo prazo, na QdV das pacientes (Park et al, 2021). Tanto os tratamentos como os procedimentos cirúrgicos na zona dos seios representam uma ameaça, não só do ponto de vista de harmonia inerente ao corpo da mulher como dos significados que esta atribui ao seu peito (Slowik et al, 2017). Ora, as mudanças corporais experienciadas podem afetar a percepção corporal que a mulher tem, influenciando diversos domínios na sua vida.

O significado atribuído ao seio da mulher prende-se, entre outros aspetos, com a sua ligação à componente sexual, por um lado, e função materna por outro, entendendo-se que qualquer ameaça à mama provoque, além dos danos físicos, consideráveis danos psicológicos, afetando a forma como a mulher se percebe (Villar et al, 2017). Segundo o autor, uma alteração física, causada pelos tratamentos ou intervenções cirúrgicas, pode resultar numa diminuição da autoestima, da satisfação corporal, afetar a autopercepção corporal e condicionar a sexualidade da mulher e, por consequência, as suas relações de intimidade.

Num estudo realizado por Slowik (2017), cerca de 85% das mulheres revelaram experienciar uma diminuição na satisfação com a sua atividade sexual, como consequência da doença e tratamentos. Adicionalmente, foi encontrada uma correlação significativa entre disfunção sexual, reduzida atividade sexual e pior percepção do próprio corpo nas mulheres com cancro da mama.

Da mesma forma, a remoção de um seio, pode resultar em alterações negativas físicas e psicológicas, além de ter impacto no domínio emocional, social e familiar. Sintomas como o enfraquecimento muscular, dificuldade de movimento nos braços,

alterações de postura, dor e desconforto, impõem limitações à mulher no seu dia a dia (Slowik et al, 2017). Um estudo realizado por profissionais de enfermagem da unidade de oncologia de um hospital em Coruña (Espanha) procurou determinar o nível de qualidade de vida e da ansiedade de pacientes com cancro da mama, antes e após o tratamento. Os dados mostraram que mulheres que tenham passado por uma extração do mamilo apresentavam níveis inferiores de qualidade de vida (Villar et al, 2017).

A doença oncológica por si só e os efeitos psicológicos podem ter um impacto significativo na qualidade de vida da mulher (Slowik et al, 2017).

Após o diagnóstico e até vários meses após o tratamento, é provável que as mulheres experimentem diversos sintomas psicológicos, desde logo, ansiedade, depressão, fadiga, limitações somáticas, isolamento social, disfunção cognitiva, insônia e medo de recorrência (Karimzadeh, Y; 2021).

Assim sendo, o investimento no estudo da qualidade de vida de pacientes com cancro da mama, assim como o posterior desenvolvimento de formas de minimizar os danos decorrentes do processo de tratamento parecem ser direções adequadas para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

5. Imagem corporal positiva, Regulação emocional e Qualidade de vida em pacientes de cancro da mama

Desde o momento do diagnóstico e ao longo do seguimento terapêutico, as mulheres veem-se confrontadas com incertezas face ao seu futuro, à sua saúde, física e mental e aos planos e objetivos que haviam estabelecido.

As mulheres a quem é diagnosticado o cancro da mama veem-se confrontadas com o trauma de uma doença potencialmente mortal e a possibilidade de uma cirurgia mutiladora (Ogden, 2004). Consequentemente, é comum emergirem emoções fortes e de difícil gestão, o que pode originar uma desregulação emocional (Chanana & Sharma, 2019).

Os investigadores têm procurado expandir o conhecimento acerca do construto da ICP, em particular sobre o seu impacto na QdV. Estudos qualitativos mostraram que existe uma relação positiva entre apreciação corporal e autoestima, otimismo e satisfação com a vida (Wood-Barcalow, Tylka & Augustus- Horvath, 2010; Piko, Obál & Mellor, 2020).

A imagem corporal é construída e influenciada por emoções, perceções e sensações físicas, que podem variar no tempo e no espaço (Chanana & Sharma, 2019).

De modo a lidar com o impacto da doença oncológica e gestão emocional inerente ao diagnóstico, as pacientes tendem a recorrer a diferentes mecanismos de defesa, seja por negação, deslocamento, regressão, entre outros. Estes mecanismos, impulsionados pelo mal-estar gerado, podem ser inadequados ou ineficazes, despoletando experiências emocionais desajustadas, que afetarão a forma como a pessoa se vê e o modo como interage com os que o rodeiam (Atinkson & Wade, 2012).

É frequente sentir emoções intensas, tais como a frustração, medo, raiva, pânico ou culpa. Ora, como acima mencionado, a regulação emocional pode ser entendida como a habilidade para modificar os pensamentos e emoções em determinados momentos, alterando a resposta às situações consoante a vontade do indivíduo. No enfrentamento das emoções suprarreferidas, pode verificar-se no paciente uma desregulação emocional. Sendo esta é entendida como sendo a dificuldade ou ausência de controlo emocional.

Acresce ainda, caso o indivíduo demonstre insatisfação com o seu corpo, também isto pode originar emoções como a frustração, afetando a forma como ele é capaz de regular e gerir as suas emoções. Num estudo realizado por Castro (2019), verificou-se que a imagem corporal positiva se associava de forma negativa com DRE.

Adicionalmente, num estudo de Hasel e Ardebil (2018), constatou-se que as pessoas com uma imagem corporal negativa parecem apresentar dificuldades na escolha adequada de estratégias de controlo de emoções, podendo demonstrar dificuldade em lidar com as suas emoções em situações desagradáveis ou perturbadoras. Acresce que, os resultados deste estudo refletiram o papel preditivo da imagem corporal nas estratégias de regulação emocional em adolescentes do sexo feminino, sendo que a RE explicou 67% da variância da imagem corporal (Hasel & Ardebil, 2018).

Um outro estudo realizado por Slowik (2017), constatou que quanto melhor era o funcionamento emocional das mulheres com cancro da mama, melhor seria a perceção da sua imagem corporal e a sua capacidade de realizar perspetivas futuras.

O cancro da mama produz défices ao nível do funcionamento emocional e físico nos pacientes, antes, durante e após o tratamento. Justificando-se a importância de explorar o papel da regulação emocional nos pacientes de cancro da mama (Park et al, 2021)

A qualidade de vida surge associada ao funcionamento emocional de forma positiva, o que é um bom indicador de que o estudo da regulação emocional em pacientes com cancro da mama pode ser uma direção relevante a seguir, no sentido de promover a qualidade de vida destas mulheres (Villar et al, 2017). Os efeitos ao nível psicológico e

emocional podem afetar negativamente a QdV das pacientes com doença oncológica, tendo em conta os desafios e dificuldades que lhes são colocados (Hughes & Gullone, 2011; Ferreira & Trindade, 2014; Claro & Mota, 2019).

Constatou-se, ainda, que uma imagem corporal negativa associada a DRE, pode estar na origem de desordens mentais, como a depressão, ansiedade e ideação suicida, tendo uma forte implicação na qualidade de vida dos pacientes (Barcaccia, Balestrini, Saliani, Baiocco, Mancini & Schneider, 2018). Adicionalmente, a investigação mostra que fatores do diagnóstico e tratamento do cancro da mama são importantes preditores da qualidade de vida das pacientes, sendo que quando consideradas determinadas comorbilidades, pode associar-se a um acrescido risco de mortalidade entre as sobreviventes da doença (Park et al, 2022). Assim sendo, a regulação emocional tem demonstrado exercer um papel relevante na ICP, produzindo um impacto significativo na saúde mental, e, por consequência, na QdV dos indivíduos (Barcaccia, Balestrini, Saliani, Baiocco, Mancini & Schneider, 2018)

Pelos motivos enunciados anteriormente, considera-se pertinente analisar a ICP e a regulação emocional em pacientes com cancro da mama, e o seu impacto na QdV destas mulheres.

Estudo empírico

1. Objetivo geral

Compreender o impacto da imagem corporal positiva e das dificuldades de regulação emocional na qualidade de vida de mulheres com cancro da mama.

2. Objetivos específicos

- Caracterizar o grupo clínico - de mulheres com cancro de mama - em relação à Imagem Corporal Positiva, Dificuldades de Regulação Emocional e Qualidade de Vida.
- Comparar grupo clínico e grupo controlo em relação à ICP, DRE e QdV.
- Analisar a relação entre a idade e ICP no grupo clínico.
- Analisar as relações entre ICP, DRE e QdV no grupo clínico.
- Explorar o papel preditivo da ICP e DRE na QdV do grupo clínico.

3. Hipóteses

- H1. O Grupo clínico apresenta mais DRE do que o grupo controlo (Czamanski-Cohen, Weihs & Stanton, 2017).
- H2. O Grupo controlo apresenta melhor QdV do que o grupo clínico (Melo, 2022).
- H3. Não há diferenças significativas entre grupo clínico e grupo controlo quanto à ICP (Teixeira, 2022).
- H4. Há uma correlação positiva entre a idade e ICP no grupo clínico (Tiggerman & McCourt, 2013).
- H5. Sujeitos, do grupo clínico, com mais DRE apresentam menor ICP (Castro, 2019).
- H6. Indivíduos, do grupo clínico, com ICP apresentam melhor QdV (Daniels et al, 2018).
- H7. Indivíduos, do grupo clínico, com menos DRE apresentam melhor QdV (Marroquín et al, 2017; Diamond & Aspinwall, 2003).

Método

1. Participantes

A amostra recolhida é composta por 127 mulheres no grupo clínico e 127 mulheres no grupo controlo, perfazendo um total de 254 sujeitos.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica das amostras, clínica e não clínica

Variáveis	Grupo clínico (N=127)	Grupo não clínico (N=127)
Média de Idade (DP) (anos)	49 (9.71)	48.8 (9.30)
Mínimo - Máximo	28 - 80	34 - 73
Média de Escolaridade (DP) (anos)	13.7 (4.84)	14.2 (4.33)
Mínimo - Máximo	3 - 26	4 - 25
Estado civil, N (%)		
Solteira	19 (15%)	12 (9.4%)
Casada /união de facto	78 (61.4%)	95% (74.8%)
Divorciada/ separada	24 (18.9%)	17 (13.4%)
Viúva	6 (4.7%)	3 (2.4%)
Situação laboral, N (%)		
Ativa	67 (52.8%)	106 (83.5%)
Inativa	38 (29.9%)	17 (13.4%)

Critérios de **inclusão**

- Idade igual ou superior a 18 anos (ambos os sexos).
- Ter completado o tratamento adjuvante da doença oncológica há pelo menos 6 meses (sobreviventes).
- Ter ficado com sequelas físicas permanentes decorrentes do tratamento.

Critérios de **exclusão**

- Doentes em tratamento de suporte/paliativo.
- Sujeitos do sexo masculino

2. Instrumentos

Na recolha de dados, para o estudo dos objetivos estabelecidos, para além da recolha dos dados sociodemográficos e clínicos foram utilizados quatro instrumentos

psicométricos, devidamente validados para estudar as variáveis em estudo, os quais se expõem abaixo.

Questionário sociodemográfico

Os participantes responderam a questões que permitiram caracterizar a amostra do estudo em relação a variáveis como a escolaridade, estado civil, idade, entre outras questões relativas ao diagnóstico de cancro da mama, tais como o tempo de diagnóstico, efeitos secundários e tratamentos realizados, no caso da amostra clínica.

Body Appreciation Scale 2 – BAS-2

De forma a analisar o construto de apreciação corporal, foi utilizada a escala Body Appreciation Scale 2 (BAS-2; Tylka & Wood-Barcalow, 2015; versão portuguesa de Lemoine et al., 2017), que permite avaliar a aceitação corporal, as opiniões e o respeito em relação pelo corpo.

A escala de apreciação corporal BAS é composta por 10 itens, cada um apresentado numa escala tipo likert de 5 pontos, 1 “nunca” até 5 “sempre” sendo que, valores mais elevados representam maior apreciação corporal e o resultado total é calculado através da média dos 10 itens.

A consistência interna da escala nesta investigação foi verificada a partir do Alpha de Cronbach, para o grupo clínico e não clínico, respetivamente $\alpha = .94$ e $\alpha = 0.92$.

Body Acceptance by Others Scale - BAOS

Para medir a aceitação corporal pelos outros é utilizada a escala Body Acceptance by Others (BAOS; Avalos & Tylka, 2006; versão portuguesa de Barbosa et al., 2018). Trata-se de um instrumento de autorrelato que pretende avaliar em que medida os participantes percebem o seu corpo como aceite pelos outros. É composto por dez itens, sendo que a resposta do sujeito varia numa escala de Likert, de cinco pontos (1= nunca, a 5= sempre).

A pontuação total resulta da média das várias pontuações, sendo que valores mais elevados correspondem a uma maior perceção da aceitação do seu corpo pelos outros.

Na amostra utilizada para esta investigação o valor de consistência interna foi de $\alpha = 0.94$ para o grupo clínico e $\alpha = 0.93$ para o grupo não clínico.

Difficulties of Emotional Regulation Scale - DERS

No que diz respeito ao instrumento de autorrelato utilizado para medir a regulação emocional, recorreu-se à Escala de Dificuldades na Regulação das Emoções (DERS; Gratz, K.L., & Roemer, 2004; versão portuguesa de Coutinho, J, Ribeiro, E., Ferreirinha, & Dias, 2010).

O instrumento possui 36 itens, pontuados numa escala de Likert de 5 pontos, (1= quase nunca se aplica a mim e 5= quase sempre se aplica a mim) e seis subescalas: Acesso limitado às estratégias de regulação emocional – Estratégias – DERS F1; Não aceitação de respostas emocionais - Não aceitação – DERS F2; Falta de consciência emocional – Consciência - DERS F3; Dificuldades no controlo dos impulsos – Impulsos - DERS F4; Dificuldade em agir de acordo com os objetivos - Objetivos - DERS F5; Falta de clareza emocional – Clareza - DERS F6.

A consistência interna da escala nesta investigação foi verificada a partir do Alpha de Cronbach nos diferentes domínios no grupo clínico e não clínico, e são respetivamente: DERS total ($\alpha = 0.93$ e $\alpha = 0.94$), DERS F1 ($\alpha = 0.90$ e $\alpha = 0.91$), DERS F2 ($\alpha = 0.90$ e $\alpha = 0.89$), DERS F3 ($\alpha = 0.79$ e $\alpha = 0.75$), DERS F4 ($\alpha = 0.84$ e $\alpha = 0.80$), DERS F5 ($\alpha = 0.87$ e $\alpha = 0.84$), DERS F6 ($\alpha = 0.75$ e $\alpha = 0.70$).

World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-BREF

No que concerne o instrumento de medida utilizado no presente estudo para averiguar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; versão Portuguesa Serra et al, 2006).

Esta escala é constituída por 26 questões, sendo 2 referentes à perceção global da qualidade de vida (QV) e as restantes 24 questões refletindo cada um dos 24 aspetos específicos, descritos na versão original. Cada questão exige uma resposta inserida numa escala de tipo Likert, de 5 pontos, sendo que todas as questões estão agrupadas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

No presente estudo, o valor de alfa foi calculado para o grupo clínico e controlo nos seus diferentes domínios, sendo, respetivamente QdV geral ($\alpha = 0.62$ e $\alpha = 0.51$), QdV física ($\alpha = 0.84$ e $\alpha = 0.87$), QdV psicológica ($\alpha = 0.84$ e $\alpha = 0.89$), QdV relações sociais ($\alpha = 0.63$ e $\alpha = 0.83$) e QdV ambiente ($\alpha = 0.85$ e $\alpha = 0.93$).

3. Procedimentos

a. Procedimentos éticos

O presente estudo está integrado no projeto de investigação “A aceitação do corpo na doença: Estudo da imagem corporal positiva em diferentes condições clínicas”, aprovado pela Comissão de Ética da FPCEUP (Refa 2018/12-6), assim como pela Comissão de Ética da Santa Casa de Misericórdia do Porto (P.I. No 003/2019), da qual o Hospital da Prelada faz parte.

b. Procedimentos relativos à recolha da amostra

Tanto a amostra clínica como a de controlo estão inseridas num estudo transversal, seguindo a abordagem quantitativa.

Uma vez assegurados os critérios de inclusão e exclusão, os participantes do grupo clínico foram selecionados com base num processo de amostragem não probabilístico, por conveniência, no Hospital de Dia do Centro Hospitalar Universitário de São João. Já os sujeitos do grupo controlo foram selecionados através do método “bola de neve”, tendo sido contactos através de e-mail ou redes sociais. O preenchimento dos questionários foi realizado mediante a partilha de um link após a obtenção do consentimento informado.

Aquando da apresentação do estudo aos participantes, estes foram informados acerca dos objetivos e procedimentos do estudo (medidas de autorrelato), a ausência de riscos expectáveis e do tempo necessário para a participação (aproximadamente 30 minutos). Foram os sujeitos, ainda, informados acerca do carácter voluntário e confidencial da sua participação, sendo que todas as informações constavam de um documento entregue aos participantes, Folha de Informação ao Participante.

Os participantes preencheram, ainda, o Consentimento Informado, tendo em conta o modelo fornecido pela Comissão de Ética da instituição, antes de se dar início à recolha de dados.

c. Procedimentos de análise de dados

Após a recolha de dados, recorreu-se ao programa de análise estatístico IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 27 de forma a codificar os dados recolhidos e posterior tratamento estatístico.

Realizaram-se análises descritivas de modo a caracterizar a amostra e as variáveis em estudo, e averiguar a existência de missings e outliers, os quais foram eliminados. Foi conduzido um teste t para amostras independentes de modo a garantir a equiparação sociodemográfica entre os grupos clínico e controlo, quanto à idade e escolaridade.

Com o objetivo de confirmar o pressuposto da normalidade da distribuição foram analisados os valores de assimetria e curtose da distribuição e foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov, concluindo que todas as variáveis apresentam uma distribuição normal ($|sk| < 2$; $|ku| < 7$; Kline, 2011).

Também foi avaliada, para todas as variáveis em estudo, a consistência interna, através do alfa de cronbach, para a posterior tomada de decisões acerca das escalas a incluir nas análises seguintes, considerando adequado o valor de alfa igual ou superior a 0.7.

Foram, ainda, realizados testes t-student para amostras independentes com o objetivo de avaliar a existência de diferenças nas médias entre os dois grupos (clínico e não clínico), relativamente às variáveis da Imagem Corporal Positiva (ICP), as Dificuldades de Regulação Emocional (DRE) e a Qualidade de Vida (QdV).

De seguida, foram executadas análises de associação usando o coeficiente correlação de Pearson de forma a averiguar eventuais correlações entre a idade e ICP, as DRE e QdV.

Após verificados os pressupostos da regressão, efetuaram-se regressões lineares múltiplas (RML) de modo a estudar o papel preditor da ICP e das DRE na QdV do grupo clínico.

Na análise dos resultados obtidos, consideraram-se valores significativos para $p < 0.05$ assim como apresentada a magnitude do efeito, tendo por base os seguintes valores de referência: efeito fraco (0.20), efeito moderado (0.50) e efeito forte (0.80) (Cohen, 1988).

Resultados

1. Análises preliminares

Tabela 2

Teste t para análise das diferenças de médias de idade e de escolaridade nos grupos clínico e não clínico

Variáveis	Grupo clínico (n= 127)		Grupo não clínico (n=127)		t	gl	p	d
	M (DP)	Min - Máx	M (DP)	Min - Máx				
idade	49.0 (9.71)	28 - 80	48.8 (9.30)	34 - 73	0.211	252	.833	9.504
escolaridade	13.7 (4.84)	3 - 26	14.2 (4.33)	4 - 25	-0.848	252	.397	4.590

Foi conduzido um teste *t-student* para amostras independentes, de forma a averiguar a equivalência sociodemográfica entre o grupo clínico e o grupo controlo, em relação à idade e à escolaridade.

Os resultados, descritos na tabela 1, demonstraram que não existem diferenças significativas entre os grupos quanto à idade, $t(252)=0.21$, $p=0.833$, $d=9.504$, com médias de idade de 49.0 anos ($DP= 9.71$) para o grupo clínico e 48.8 anos ($DP=9.30$) para o grupo controlo. O mesmo se verifica em relação à escolaridade, $t(252)=-0.85$, $p=0.256$, $d=4.590$, com o grupo clínico a apresentar uma média de 13.7 anos de escolaridade ($DP=4.84$) e o grupo controlo com 14.2 anos de escolaridade ($DP=4.33$).

Tabela 3*Estatísticas descritivas da ICP, DRE e QdV no Grupo clínico e Grupo não clínico*

	Grupo clínico (N=127)		Grupo não clínico (N=127)	
	M (DP)	Min - Máx	M (DP)	Min - Máx
BAS_2_total	3.7 (0.73)	1.7 - 5.0	3.8 (0.63)	2.1 - 5.0
BAOS_total	3.8 (0.92)	1.10 - 5.0	3.9 (0.74)	1.0 - 5.0
DERS_total	2.2 (0.60)	1.0 - 4.0	2.1 (0.57)	1.2 - 3.8
DERS_F1_Estrategias	2.0 (0.81)	1.0 - 5.0	1.9 (0.80)	1.0 - 4.5
DERS_F2_N_Aceitação	2.3 (1.02)	1.0 - 5.0	2.2 (0.94)	1.0 - 5.0
DERS_F3_Consciencia	2.3 (0.74)	1.0 - 4.5	2.4 (0.66)	1.0 - 4.5
DERS_F4_Impulsos	2.0 (0.94)	1.0 - 5.0	1.9 (0.66)	1.0 - 4.3
DERS_F5_Objetivos	2.8 (0.94)	1.0 - 5.0	2.4 (0.84)	1.0 - 4.8
DERS_F6_Clareza	2.0 (0.69)	1.0 - 4.4	1.9 (0.59)	1.0 - 4.0
WHOQOL_G	7.1 (1.55)	3.0 - 10.0	8.0 (1.22)	2.0 - 10.0
WD1	24.4 (5.32)	9.0 - 35.0	27.8 (5.43)	7.0 - 35.0
WD2	22.7 (2.18)	9.0 - 30.0	23.3 (4.84)	6.0 - 30.0
WD3	10.7 (2.43)	4.0 - 15.0	11.6 (2.28)	5.0 - 15.0
WD4	29.9 (5.02)	17.0 - 39.0	30.2 (6.21)	2.0 - 40.0

Nota: BAS_2_Total = apreciação corporal, BAOS_Total= aceitação corporal pelos outros, DERS_Total= Dificuldades de regulação emocional, DERS_F1= estratégias, DERS_F2= não aceitação, DERS_F3= consciência, DERS_F4= impulsos, DERS_F5= objetivos, DERS_F6= clareza, WDG= qualidade de vida geral, WD1= qualidade de vida física, WD2= qualidade de vida psicológica, WD3= qualidade de vida social, WD4= qualidade de vida ambiental.

2. Análise comparativa entre o grupo clínico e o grupo não clínico em relação à Imagem Corporal Positiva, Dificuldades de Regulação Emocional e Qualidade de vida

Tabela 4

Teste t para análise das diferenças de médias nas medidas de ICP, DER e QdV no Grupo clínico e no Grupo não clínico

Variáveis	Grupo clínico (N=127)		Grupo não clínico (N=127)		Comparação entre grupos			
	M (DP)	Min - Máx	M (DP)	Min - Máx	t	gl	p	d
BAS_2_total	3.7 (0.73)	1.7 - 5.0	3.8 (0.63)	2.1 - 5.0	-1.141	252	.255	-0.143
BAOS_total	3.8 (0.92)	1.10 - 5.0	3.9 (0.74)	1.0 - 5.0	-.150	252	.881	-0.019
DERS_F1_Estratégias	2.0 (0.81)	1.0 - 5.0	1.9 (0.80)	1.0 - 4.5	.583	252	.560	0.073
DERS_F2_N_Aceitação	2.3 (1.02)	1.0 - 5.0	2.2 (0.94)	1.0 - 5.0	1.309	252	.192	0.164
DERS_F3_Consciência	2.3 (0.74)	1.0 - 4.5	2.4 (0.66)	1.0 - 4.5	-.267	252	.790	-0.034
DERS_F4_Impulsos	2.0 (0.94)	1.0 - 5.0	1.9 (0.66)	1.0 - 4.3	1.418	252	.157	0.178
DERS_F5_Objetivos	2.8 (0.94)	1.0 - 5.0	2.4 (0.84)	1.0 - 4.8	3.285***	252	.001	0.412
DERS_F6_Clareza	2.0 (0.69)	1.0 - 4.4	1.9 (0.59)	1.0 - 4.0	1.316	252	.189	0.165
WD1	24.4 (5.32)	9.0 - 35.0	27.8 (5.43)	7.0 - 35.0	-5.056***	252	<.001	-0.635
WD2	22.7 (2.18)	9.0 - 30.0	23.3 (4.84)	6.0 - 30.0	-1.027	252	.305	-0.129
WD3	10.7 (2.43)	4.0 - 15.0	11.6 (2.28)	5.0 - 15.0	-3.327***	252	.001	-0.417
WD4	29.9 (5.02)	17.0 - 39.0	30.2 (6.21)	2.0 - 40.0	-.411	252	.681	-0.052

Nota: ***p < .001.

Realizou-se um segundo teste *t-student* para amostras independentes para estabelecer uma análise comparativa entre os dois grupos quanto à ICP, QdV e DRE. Os resultados desta análise demonstraram que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no domínio dos objetivos nas dificuldades de regulação emocional (DERS_F5), $t(252) = 3.285$, $p=0.001$, $d=0.894$ com o grupo clínico a apresentar valores superiores ($M=2.8$, $DP=0.94$) em relação ao grupo não clínico ($M=2.4$, $DP=0.84$).

O mesmo se verifica no domínio físico da qualidade vida (WD1), $t(252) = -5.056$, $p < .001$, $d = 5.373$, com o grupo clínico a apresentar valores inferiores ($M = 24.4$, $DP = 5.32$) em relação ao grupo não clínico ($M = 27.8$, $DP = 5.43$).

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no domínio das relações sociais da qualidade de vida (WD3), $t(252) = -3.327$, $p < .001$, $d = 2.358$, com o grupo clínico a apresentar valores inferiores ($M = 10.7$, $DP = 2.43$) em relação ao grupo não clínico ($M = 11.6$, $DP = 2.28$).

3. Análises correlacionais

Tabela 5

Correlação de Pearson entre idade e ICP no grupo clínico (N= 127)

Variáveis	Idade
BAS_2_total	.209 *
BAOS_total	.094

Nota: * $p < .05$.

Foi efetuada uma correlação de Pearson para averiguar a correlação entre a idade e a ICP.

Como se pode constatar pelos resultados descritos na tabela 4, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre a idade e a apreciação corporal (BAS_2), $p = 0.018$, $r = 0.209$.

Já no caso da aceitação corporal pelos outros (BAOS) não foi encontrada uma correlação significativa, $p = 0.295$, $r = 0.094$.

Tabela 5

Correlação de Pearson entre DRE e ICP no grupo clínico (N=127)

Variáveis	BAS_2_total	BAOS_total
DERS_F1_Estrategias	-.487**	-.370**
DERS_F2_Nao_Aceitação	-.320**	-.241**
DERS_F3_Consciencia	-.321**	-.107
DERS_F4_Impulsos	-.337**	-.302**
DERS_F5_Objativos	-.375**	-.340**
DERS_F6_Clareza	-.360**	-.242**

Nota: DERS_F1= estratégias, DERS_F2= não aceitação, DERS_F3= consciência, DERS_F4= impulsos, DERS_F5= objetivos, DERS_F6= clareza; Nota: * $p < .01$.

Recorreu-se à Correlação de Pearson para estudar a relação entre a ICP e as DRE, no grupo clínico.

Os resultados evidenciaram a existência de uma correlação estaticamente significativa e negativa entre a apreciação corporal (BAS_2) e todas as subescalas das dificuldades de regulação emocional.

Considerando a variável da aceitação corporal pelos outros (BAOS), concluiu-se que esta se encontra estatística e negativamente correlacionada com todas as subescalas das DRE, com exceção da subescala DERS_F3_Consciência.

Tabela 6

Matriz de correlações de Pearson entre as dimensões da ICP, DRE e QdV no grupo clínico (N=127)

Variáveis	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
BAS_2_total	.55***	.71***	.43***	.49***
BAOS_total	.51***	.54***	.52***	.44***
DERS_F1_Estrategias	-.44***	-.64***	-.41***	-.47***
DERS_F2_Nao_Aceitação	-.30*	-.40***	-.26***	-.38***
DERS_F3_Consciencia	-.16	-.21*	-.16	-.27***
DERS_F4_Impulsos	-.33***	-.46***	-.34***	-.37***
DERS_F5_Objativos	-.43***	-.56***	-.35***	-.24**
DERS_F6_Clareza	-.26	-.34***	-.19*	-.36***

Nota: ***p < .001, **p < .01, * p < .05.

Na matriz de correlação verifica-se que as correlações de Pearson entre a ICP, quer a BAS-2 quer a BAOS, apresentam valores entre 0.43 e 0.70, com todos os domínios da QdV e todos são estatisticamente significativos.

Relativamente às DRE, ressaltar que a escala de DRE geral (DERS_total) foi excluída da análise por apresentar correlações demasiado elevadas com as subsescalas referentes a este domínio, invalidando o pressuposto da colinariadeade.

A subescala Consciência (DERS_F3) não apresenta valores de correlação estatisticamente significativos para os domínios físico, $p=0.07$ e social, $p=0.08$, da QdV.

4. Papel preditivo da ICP e das DRE na Qualidade de vida

Tabela 7

Modelos preditivos dos domínios da QdV físico, psicológico, social e ambiental, no grupo clínico (N=127)

Modelo de regressão	r^2 <i>ajustado</i>	<i>F</i>	<i>gl1, gl2</i>	<i>p</i>	<i>beta std</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	r <i>part</i> ²
Domínio físico	.37	13.27	6,126	<.001				
BAS_2_total					.298**	3.114	.002	.049
BAOS_total					.232*	2.566	.012	.033
DERS_F1_Estrategias					-.095	-.649	.517	.002
DERS_F2_Nao_Aceitação					-.024	-.245	.807	<.001
DERS_F4_Impulsos					.020	.187	.852	<.001
DERS_F5_Objetivos					-.176	-1.833	.069	.017
Domínio psicológico	.62	30.6	7,126	<.001				
BAS_2_total					.445***	5.916	<.001	.105
BAOS_total					.108	1.540	.126	.007
DERS_F1_Estrategias					-.302**	-2.656	.009	.021
DERS_F2_Nao_Aceitação					.025	.329	.742	<.001
DERS_F4_Impulsos					.042	.501	.617	.001
DERS_F5_Objetivos					-.194*	-2.598	.011	.020
DERS_F6_Clareza					.000	-.004	.997	.000
Domínio social	.30	10.1	6,126	<.001				
BAS_2_total					.078	.774	.440	.003
BAOS_total					.380***	4.008	<.001	.089
DERS_F1_Estrategias					-.171	-1.112	.269	.007
DERS_F2_Nao_Aceitação					.014	.136	.892	<.001
DERS_F4_Impulsos					-.047	-.416	.678	.001
DERS_F5_Objetivos					-.059	-.579	.564	.002
Domínio ambiental	.32	9.61	7,126	<.001				
BAS_2_total					.175	1.696	.092	.015
BAOS_total					.216*	2.304	.023	.029
DERS_F1_Estrategias					-.128	-.904	.368	.004
DERS_F2_Nao_Aceitação					-.130	-1.257	.211	.008
DERS_F3_Consciencia					-.115	-1.285	.201	.009
DERS_F4_Impulsos					-.049	-.441	.660	.001
DERS_F6_Clareza					-.058	-.603	.547	.002

Nota: ***p <.001, **p < .01, * p <.05.

Tendo em consideração os valores, descritos na tabela 6, referentes ao coeficiente de correlação entre as variáveis, na análise dos modelos preditivos e, de acordo com os pressupostos da RLM, não foram incluídas as subescalas cujo r seja inferior a 0.3, para cada um dos domínios das DRE.

Deste modo, verificou-se que, assumindo o domínio físico da QdV (WD1) como variável dependente, apenas as escalas da apreciação corporal (BAS), aceitação corporal pelos outros (BAOS); as subescalas das estratégias (DERS_F1), não aceitação (DERS_F2), impulsos (DERS_F4) e objetivos (DERS_F5) revelaram possuir entre si uma correlação significativa, sendo que as restantes foram descartadas por apresentarem $r < 0.3$.

Assumindo o carácter psicológico da QdV (WD2) como variável dependente, as escalas apreciação corporal (BAS), aceitação corporal pelos outros (BAOS); as subescalas das estratégias (DERS_F1), não aceitação (DERS_F2), impulsos (DERS_F4), objetivos (DERS_F5) e clareza (DERS_F6) foram identificadas como variáveis correlacionadas significativamente entre si, tendo sido apenas a subescala da consciência (DERS_F3) excluída na posterior análise.

Considerando o domínio social da QdV (WD3), esta revelou estar significativamente correlacionada com as variáveis apreciação corporal (BAS), aceitação corporal pelos outros (BAOS); as subescalas das estratégias (DERS_F1), não aceitação (DERS_F2), impulsos (DERS_F4), e objetivos (DERS_F5), tendo sido excluídas as restantes subescalas.

Por último, a escala ambiental da QdV (WD4) mostrou-se significativamente correlacionada com as variáveis apreciação corporal (BAS), aceitação corporal pelos outros (BAOS); as subescalas das estratégias (DERS_F1), não aceitação (DERS_F2), impulsos (DERS_F4) e clareza (DERS_F6), sendo que a escala F5 foi desconsiderada para a posterior análise de regressão múltipla, por não cumprir os pressupostos da RLM.

Após verificados os pressupostos da regressão, constatou-se que, para o grupo clínico, no domínio físico da qualidade de vida, o modelo é significativo e explica 37% da variância total $F(6,126) = 13.3$, $p < 0.001$, $r^2_{ajust} = 0.37$. Considerando a análise individual das variáveis independentes, apenas a apreciação corporal, $Beta_{Std} = .298$, $t = 3.11$, $p = .002$, e a aceitação corporal pelos outros, $Beta_{Std} = .232$, $t = 2.566$, $p = 0.012$, se assumiram como preditores estatisticamente significativos, com o primeiro a explicar 4,9% e o segundo a explicar 3,3% da variância total do domínio físico da qualidade de vida.

Foi conduzida uma segunda regressão linear múltipla, com o intuito de averiguar o efeito preditor das variáveis em estudo no domínio psicológico da qualidade de vida. Constatou-se a significância do modelo preditivo, que explica 62% da variância total deste domínio da qualidade de vida $F(7,126) = 30.6$, $p < 0.001$, $r^2_{ajust} = 0.62$). Analisando, isoladamente, cada uma das variáveis introduzidas na presente análise, foram identificadas a apreciação corporal (BAS_2), $Beta Std = .445$, $t = 5.916$, $p = 0.001$, a subescala das estratégias (DERS_F1) $Beta Std = -.302$, $t = -2.656$, $p = 0.009$, e a subescala dos objetivos (DERS_F5) $Beta Std = -.194$, $t = -2.598$, $p = 0.011$, como preditores estatisticamente significativos da QdV. A apreciação corporal explica 10.5% da variância da VD e as subescalas das estratégias e dos objetivos explicam, respetivamente, 2.1% e 2.0% da variância total da VD.

Relativamente ao domínio social da qualidade de vida, o modelo de predição apresentou uma significância estatística, $F(6,126) = 10.1$, $p < 0.001$, $r^2_{ajust} = 0.30$), explicando as variáveis independentes 30% da variância total deste domínio da qualidade de vida.

Analisando, de forma individual, cada um dos coeficientes, concluiu-se que apenas a escala da aceitação corporal pelos outros (BAOS) se revelou estatisticamente significativa, $Beta Std = 0.380$, $t = 4.008$, $p < .001$, explicando 8.9% da variância total.

No que diz respeito ao domínio ambiental da qualidade de vida, esta análise também se revelou estatisticamente significativa, com as VI a explicar 32% da variância total desta subescala, $F(7,126) = 9.61$, $p < 0.001$, $r^2_{ajust} = 0.32$.

Examinando os coeficientes individuais, constatou-se que apenas a aceitação corporal pelos outros (BAOS) se assumiu como preditor significativo, $Beta Std = 0.216$, $t = 2.304$, $p = .023$, explicando 2.9% da variância total, no domínio ambiental da qualidade de vida.

Discussão

O presente estudo estabeleceu como principal intenção a compreensão do impacto da imagem corporal positiva e das dificuldades de regulação emocional na qualidade de vida de pacientes com cancro da mama, além de explorar a comparação entre o grupo clínico e o grupo controlo acerca daqueles domínios.

A análise comparativa entre o grupo clínico, mulheres com cancro da mama, e o grupo controlo revelou resultados coerentes com as hipóteses inicialmente estabelecidas. Começando pela ICP, tal como esperado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Teixeira, 2022).

Estes dados estão enquadrados com a investigação que tem vindo a ser conduzida nesta área, verificando-se uma ausência de diferenças na dimensão da apreciação corporal entre amostras clínicas e não clínicas. Isto pode estar associado à perspetiva que defende que as mulheres com cancro da mama, após viverem os desafios e complicações impostas pela doença, sofrem alterações ao nível da perceção acerca do seu corpo, podendo passar a atribuir menor relevância ao seu domínio estético e desenvolver uma perspetiva de respeito, apreço e gratidão pelo caminho percorrido na doença oncológica (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Assim, este conceito de apreciação corporal implica uma demonstração de consideração pelo que o corpo lhes permite fazer e a diferenciação que lhes atribui pelas suas particularidades e traços únicos, independentemente das imperfeições que possa ter. Significa, não só estar satisfeito com o corpo, mas sim valorizá-lo, respeitá-lo e orientar a atenção para a construção de uma visão corporal positiva, numa perspetiva de proteção e autocuidado (Halliwell, 2012).

Por outro lado, ao nível da aceitação corporal pelos outros, este é um constructo que engloba não só a consciência que a mulher tem sobre o seu corpo, mas integra também a sua perceção acerca da medida em que este é aceite pelos outros. A literatura aponta para uma associação positiva entre a perceção de aceitação corporal pelos outros e uma maior valorização e apreciação pelo corpo por parte das mulheres, não só em amostras clínicas, mas na população em geral (Avalos et al, 2005; Avalos & Tylka, 2006).

Particularmente em mulheres com cancro da mama, há evidencia que comprova que estas se percebem como menos atraentes, na sequência das modificações corporais e eventuais perdas associadas à doença, que produzem uma sensação de desenquadramento nos padrões de beleza e sensualidade postulados em contexto social (Brunete et al., 2013; Koçan & Gürsoy, 2016; Santos & Vieira, 2011; Daniels et al, 2018).

Analisando o domínio da qualidade de vida e, em concordância com a hipótese inicialmente formulada, foram encontradas diferenças entre os dois grupos, apresentando o grupo não clínico valores mais elevados de qualidade de vida, tanto ao nível físico como social desta dimensão (Melo, 2022).

As mudanças e ajustes inerentes à doença oncológica implicam danos e consequências debilitantes para as pacientes, especialmente do ponto de vista funcional. Para além da etapa inicial de diagnóstico e aceitação da doença, as fases de tratamento e pós tratamento acarretam um conjunto de adaptações, impondo desafios e dificuldades na reconstrução da imagem corporal e do autoconceito da mulher (Slowik et al, 2017). Estas complicações afetam, em particular, a componente física do corpo das doentes oncológicas, de modo que seria expectável que emergisse uma diferença significativa entre o grupo clínico e o grupo controlo ao nível do domínio físico da QdV (Villar et al, 2017).

Relativamente ao domínio social da QdV, este também se revelou significativamente inferior no grupo clínico. Este resultado é, também, suportado pela literatura, que aponta para o papel fundamental que o apoio e suporte dos outros parece ter na redução do impacto negativo da doença oncológica ao nível do bem-estar psicológico das doentes (Schroevers et al; 2003).

Face ao sofrimento e desafios causados pelo diagnóstico e posterior tratamento do cancro da mama, os doentes revelam uma maior necessidade de se sentirem apoiados e percecionarem disponibilidade afetiva por parte dos que lhes são próximos. Ora, o isolamento social que pode acompanhar a doença oncológica terá um impacto negativo do ponto de vista das relações sociais das doentes, afetando esta dimensão da QdV (Helgeson et al, 1996).

Acresce que, em doentes oncológicos, a perceção de disponibilidade e suporte dos outros surge positivamente associada à autoestima e uma melhoria ao nível do autoconceito, pode conduzir a uma conceção de melhoria de qualidade de vida, tanto na relação com o próprio, ao nível psicológico, como na relação com os outros, no domínio social (Villar et al;2017).

Contudo, no presente estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo controlo ao nível da qualidade de vida psicológica nem ambiental. Isto pode estar relacionado com o facto de, no momento de recolha de dados, tendo já terminado o tratamento há pelos menos 6 meses, as mulheres da amostra clínica não revelarem, de forma tão evidente, o impacto negativo causado pela doença ao nível

psicológico. Coloca-se a possibilidade de já terem retomado o seu estilo de vida normativo e uma vez ultrapassada a fase de tratamento, a sua qualidade de vida tenha sofrido uma mudança positiva, assim como ao nível ambiental, não estando integradas no ambiente hospital característico da etapa de tratamento da doença oncológica.

Neste seguimento, a investigação tem demonstrado que as pacientes podem não só adaptar-se à doença, mas que esta adaptação pode produzir um efeito positivo do ponto de vista psicológico, sendo entendido como um desafio ultrapassado e fonte fortalecedora do conceito de autovalorização da mulher.

O uso de estratégias de gestão emocional e cognitiva eficazes, concomitante com um ambiente de apoio à satisfação das necessidades básicas, podem desempenhar um papel facilitador no aprimoramento do Crescimento Pós Traumático (PTG). Ao sentir-se autônomas, competentes e integradas num contexto social saudável, face a um evento stressante, as mulheres podem avaliar o incidente como um desafio que são capazes de superar (Slowik et al, 2017).

Ao contrário do que seria esperado, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos ao nível das dificuldades de regulação emocional, tendo-se verificado apenas para o domínio dos objetivos, com o grupo clínico a registar mais dificuldades de RE neste domínio do que o grupo não clínico (Czamanski-Cohen, Weihs & Stanton, 2017). Este aspeto refere-se à dificuldade de agir de acordo com objetivos pré estabelecidos, em momentos em que a experiência emocional vivenciada seja descrita como negativa. Ora, tendo em conta os desafios inerentes à experiência da doença oncológica, seria esperado que a amostra clínica revelasse maior resistência na realização de tarefas e cumprimento de objetivos num momento em que a sua saúde se encontra fragilizada e persiste o sentimento de incerteza quanto ao seu futuro (Marroquín et al, 2016).

Quanto à ausência de diferenças entre os grupos nas restantes subescalas das DRE, estima-se que mulheres com o diagnóstico de cancro da mama façam maior uso de técnicas de regulação emocional desadaptativas, o que pode conduzir ao aparecimento de sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da qualidade de vida e do bem-estar, de um modo global. Por outro lado, estudos revelaram que as pacientes de cancro da mama, apesar das dificuldades sentidas ao nível da gestão emocional ao longo do diagnóstico e tratamento, quando recorrem ao uso de estratégias de regulação emocional adequadas, apresentam menos dificuldades de regulação emocional e, por consequência, uma melhoria no seu bem-estar (Conley et al, 2016).

Adicionalmente, a média de idade, tanto da amostra clínica como da amostra controlo, ronda os 48 anos de idade. Ora, a literatura tem evidenciado uma maior capacidade de regulação e autocontrolo emocional em adultos mais velhos, o que poderá justificar a ausência de resultados significativos ao nível deste domínio (Deckert et al, 2020).

No que concerne o estudo da relação entre a idade e a ICP, a hipótese formulada foi, parcialmente, corroborada, confirmando-se a presença de uma correlação significativa e positiva apenas entre a idade e a apreciação corporal. Isto significa que uma maior apreciação corporal surge associada a uma maior idade das mulheres da amostra clínica.

Estes dados estão alinhados com a perspetiva de que, com a idade, as mulheres vão demonstrando mais consciência e apreço pela funcionalidade e saúde do seu corpo, aumentando a sua capacidade para aceitar e atribuir menor importância às suas imperfeições. Ao contrário de mulheres mais jovens, entre 20-40 anos de idade, mulheres com idade próxima dos 50 anos parecem reconhecer uma conceção de imagem corporal positiva, mais completa, menos redutora daquilo que é o seu corpo e a forma como o percebem (Tiggerman & McCourt, 2013).

Por outro lado, isto não se verificou para a dimensão da aceitação corporal pelos outros. Pode estar associado ao facto de mulheres mais velhas atribuírem menor importância às percepções que os outros têm sobre o seu corpo e valorizarem mais o que este lhes permite fazer, não apenas a forma como vai ao encontro, ou não, aos padrões sociais estabelecidos (Ettridge et al, 2021).

No que se refere às relações entre as Dificuldades de Regulação Emocional e a Imagem Corporal Positiva no grupo clínico, comprovou-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre a apreciação corporal e todas as escalas das DRE e entre a aceitação corporal pelos outros e as escalas das DRE, com exceção da dimensão da consciência (DERS_F3). Portanto, uma maior apreciação corporal por parte de mulheres com cancro da mama surge associada a menos dificuldades de regulação emocional, em todas as suas facetas. Estes dados estão alinhados com a revisão bibliográfica realizada, apoiando a hipótese estabelecida que reitera que, um maior apreço, respeito e reconstrução positiva da autoimagem corporal se associa a benefícios da gestão emocional e reorganização das estratégias de regulação emocional desadaptativas, de modo a melhorar a forma como os indivíduos reagem a situações e emoções adversas (Chanana & Sharma, 2019; Hasel & Ardebil, 2018; Park et al, 202).

Por outro lado, uma maior percepção de aceitação corporal pelos outros está associada a menos dificuldades de regulação emocional, o que vai de encontro à premissa de que as mulheres com cancro da mama respondem de forma positiva ao seu processo de autorregulação emocional, quando percecionam comportamentos de aceitação do seu corpo pelos outros. Apesar de esta hipótese ter sido, quase na sua totalidade confirmada, a ausência de uma correlação significa entre a dimensão da aceitação corporal pelos outros e a faceta da consciência das DRE, pode estar relacionada com o facto de esta dimensão se dirigir a uma perspetiva mais autocentrada e individual de gestão emocional. Ou seja, estas dificuldades prendem-se com a capacidade de a pessoa tomar consciência da forma como se sente e das estratégias mais adequadas para lidar com estados emocionais desadaptativos, o que pode justificar o facto de não se associar com uma percepção externa à do próprio acerca da sua imagem corporal (Alleva et al, 2015; Tice et al, 2001; Schroevers et al, 2003).

A análise das relações entre as escalas da ICP, DRE e QdV, teve como foco, exclusivamente, o grupo clínico. Os resultados da análise de correlações entre as diferentes variáveis em estudo vão ao encontro da literatura que sustentou a formulação das hipóteses, na medida em que seria esperada a existência de uma relação positiva entre a Imagem Corporal Positiva e a Qualidade de Vida (Barcaccia, Balestrini, Saliani, Baioco, Mancini & Schneider, 2018).

Do mesmo modo, constatou-se a presença de uma relação significativa e negativa entre as DRE e a QdV (Marroquín et al, 2017; Diamond & Aspinwall, 2003).

A forma como o indivíduo, possua doença oncológica ou não, perceciona a sua imagem corporal, pode ter um impacto positivo ou negativo na sua qualidade de vida. A prevalência de pensamentos e comportamentos de respeito e autocuidado dirigidos ao corpo parece estar associada a uma sensação de bem-estar global, que irá implicar, de forma positiva, no modo como a pessoa perceciona a sua qualidade de vida, nas suas diversas dimensões (Daniels et al, 2018).

Finalmente, e no seguimento da análise de correlações suprarreferidas, analisando o papel preditivo da ICP e das DRE na QdV, constatou-se que o modelo preditivo é significativo para a dimensão física da QdV, com uma variância explicada em 37%. Contudo, quando analisados individualmente, apenas os coeficientes da apreciação corporal e da aceitação corporal pelos outros se revelaram preditores significativos desta subescala da QdV explicando, respetivamente, 4,8% e 3,3% da variância total. Ora, pressupõe-se, então, que quanto maior for a apreciação corporal e quanto mais sentirem

o seu corpo aceite pelos outros, maior é a qualidade de vida das mulheres do grupo clínico, no domínio físico. Estes dados vêm corroborar a hipótese formulada que postula a ICP enquanto preditor significativo da qualidade de vida (Daniels et al, 2018). Portanto, uma maior apreciação e jubilação pelo corpo, assim como uma maior percepção de que este é aceite pelos outros leva a um autoconceito corporal positivo, que, em última instância, conduz a um bem-estar físico significativo, que se revela, então, na percepção que a mulher tem acerca da sua qualidade de vida (Remondes-Costa et al, 2012; Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Uma segunda análise preditiva, considerando como VD a dimensão psicológica da QdV, revelou-se significativa, explicando 62% da variância total. E, à semelhança do domínio físico, também aqui a apreciação corporal se destacou enquanto preditor relevante, com 10,5% da variância explicada. Difere, neste caso, o papel preditor das dimensões das DRE estratégias (DERS_F1) e objetivos (DERS_F5), que explicaram 2,1% e 2.0% da variância deste modelo preditivo, respetivamente. Ou seja, enquanto uma maior apreciação corporal está associada a uma melhor qualidade de vida, a presença de dificuldades de regulação emocional ao nível das estratégias e dos objetivos prevê uma menor qualidade de vida, no ponto de vista psicológico. Estes dados corroboram, parcialmente, as hipóteses formuladas, na medida em que seria esperada uma maior influência das dificuldades de regulação emocional na dimensão psicológica da qualidade de vida (Barcaccia, Balestrini, Saliani, Baioco, Mancini & Schneider, 2018).

Ainda assim, estando a dimensão das estratégias associada à capacidade de os sujeitos formularem alternativas adaptativas para reverter eventuais estados emocionais negativos, é concordante com a literatura que uma menor capacidade de acionar estas mesmas estratégias se relacione com uma consequente influência negativa na qualidade de vida. O mesmo acontece com a dimensão dos objetivos, estando esta relacionada com as dificuldades em estabelecer intenções para colocar em prática determinadas tarefas, quando o estado emocional se revela negativo ou, até, impeditivo (Coutinho et al, 2009).

Relativamente ao domínio social da QdV, o modelo de predição revelou ser significativo, com 30% de variância explicada, exclusivamente, pelo preditor da aceitação corporal pelos outros. O que significa que, quanto maior for a percepção das mulheres com cancro da mama acerca da aceitação do seu corpo pelos outros, melhor será a sua qualidade de vida no domínio das relações sociais. Este dado é coerente com a literatura existente, uma vez que, de facto, a forma como a mulher percebe o seu corpo aos olhos dos outros, tem impacto na forma como se relaciona e no modo como conduz as suas

interações em contexto social e, em particular, no estabelecimento de relações de carácter sexual e/ou romântico (Vaz Serra et al, 2006).

Por último, o modelo preditivo com foco na faceta ambiental da QdV revelou-se significativo, com a aceitação corporal pelos outros enquanto único preditor estatisticamente significativo, explicando 17% da variância total. O que significa que, quando maior for a perceção de aceitação corporal pelos outros das mulheres do grupo clínico, melhor será percecionada a sua qualidade de vida, ao nível do ambiente em que se insere.

No âmbito da qualidade de vida ambiental, enquadram-se aspetos como o ambiente familiar, a disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, a participação em atividades de lazer ou oportunidades para adquirir novas competências, entre outros. Tendo em conta que a faceta da aceitação corporal pelos outros incluiu a perceção que a mulher tem acerca da forma como o outro vê e que julgamentos faz do seu corpo, é coerente com a literatura a relação positiva e preditiva entre estes dois conceitos (Tylka & Piran, 2019; Melo C., 2022; Santos & Vieira, 2011).

De um modo geral, as DRE não se destacaram enquanto preditores dos diferentes domínios da QdV nas mulheres com cancro da mama, à exceção do domínio psicológico, apresentando um menor impacto do que seria esperado aquando da formulação das hipóteses em estudo (Marroquín et al, 2017; Diamond & Aspinwall, 2003).

Conclusão

Na elaboração do presente estudo, a principal intenção foi a exploração da relação entre imagem corporal positiva, dificuldades de regulação emocional e qualidade de vida numa amostra de mulheres sobreviventes de cancro da mama, de forma a estabelecer um contributo para a compreensão do papel destas dimensões, no âmbito da doença oncológica.

De um modo geral, confirmou-se a relevância da ICP enquanto preditor significativo da QdV, no que se refere à apreciação corporal e à aceitação corporal pelos outros. Quanto às dificuldades de regulação emocional, as subescalas das estratégias, acesso limitado às estratégias de regulação emocional, e dos objetivos, dificuldade em agir de acordo com os objetivos, revelaram ser preditores significativos da QdV nesta população clínica.

Apesar do presente estudo se avaliar como eficaz e coerente com a literatura disponível, considera-se revelante mencionar alguns aspetos identificados como obstáculos na condução do estudo. A principal limitação prende-se com o facto de, estando este estudo inserido num projeto de investigação maior, que já havia sido iniciado em período pandémico, a recolha da amostra clínica não ter sido realizada no âmbito do presente estudo. Isto impediu que determinados aspetos da recolha do grupo clínico anteriormente. Adicionalmente, o carácter extenso do questionário foi apontado, pelos participantes, como uma dificuldade, tendo-se verificado alguns erros de preenchimento, bem como desistências. Por último, tendo sido a amostra controlo recolhida em formato online, isto dificultou a recolha de dados junto da população mais envelhecida, devido a constrangimentos recorrentes do modo de preenchimento do questionário.

Contudo, e apesar das dificuldades encontradas ao longo desta investigação, foram levantados resultados e questões de particular interesse, que convidam a um desenvolvimento aprofundado do tema em estudos futuros. Desde logo, a presença de diferenças entre os grupos nos domínios físico e social da qualidade de vida. Também o papel preditor da ICP na qualidade de vida de mulheres com cancro da mama se verificou em todos os domínios da QdV.

Em investigações futuras, seria pertinente prosseguir com a exploração do papel da imagem corporal positiva na qualidade de vida no âmbito de outras doenças oncológicas, de forma a incluir diferentes dimensões e desafios distintos daqueles inerentes ao cancro da mama, dando oportunidade de incluir ainda indivíduos do sexo

masculino e perceber que diferenças poderão emergir do contraste entre homens e mulheres. De facto, os resultados obtidos no âmbito deste projeto corroboram a necessidade e importância do foco na re(construção) e manutenção de uma imagem corporal positiva junto desta população clínica, tanto ao longo do tratamento da doença como na fase posterior, de retoma às rotinas diárias. Uma atenção focada em aspetos como a funcionalidade, apreciação e respeito pelo corpo e pelo que este é capaz de fazer revela-se benéfica na perceção de qualidade de vida das mulheres com cancro da mama.

Por outro lado, as DRE revelaram-se preditores significativos da QdV, ao nível do domínio psicológico, com particular influência das subescalas das estratégias e dos objetivos, o que vai ao encontro do que seria esperado, tendo em conta a relação que tem vindo a ser estudada entre os domínios de regulação emocional e a perceção acerca da QdV psicológica das mulheres do grupo clínico.

Os enormes progressos no diagnóstico e tratamento da doença oncológica ao longo das últimas décadas têm levado a um significativo aumento do número de sobreviventes de cancro e, por consequência, a um maior foco na sua QdV. A imagem corporal positiva e as dificuldades de regulação emocional surgem neste estudo como aspetos relevantes na promoção da QdV de mulheres com cancro da mama.

Referências Bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (217-237).
- Alleva, J. M. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image*, 15 (81-89).
- Alleva, J. M. (2016). A Dutch translation and validation of the Body Appreciation Scale-2: An investigation with female university students in the Netherlands. *Body Image*, 19 (44-48).
- Alleva, J. M., Medoch, M. M., Priestley, K., Philippi, J. L., Hamaekers, J., Salvino, E. N., Humblet, S., & Custers, M. (2021). “I appreciate your body, because...” Does promoting positive body image to a friend affect one’s own positive body image? *Body Image*, 36, (134–138). <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.002>
- Alleva, J. M., & Tylka, T. L. (2021). Body functionality: A review of the literature. *Body Image*, 36, (149–171). <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.006>
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image. *Body Image*, 18, (34–42). <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.003>
- Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2012). Impact of metacognitive acceptance on body dissatisfaction and negative affect: Engagement and efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 416–425. <https://doi.org/10.1037/a0028263>
- Avalos, L. C. & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of Intuitive Eating With College Women. *Journal of Counselling Psychology*, 53(4), 486-497. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486>
- Avalos, L., Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development of psychometric evaluation. *Body image*, 2, (285-97). <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Barbosa, R., Vieira, F. M., Brandão, M.P., Meneses, L., Fernandes, R., & Torres, S. (2018). Measurement of positive body image’s facets: Psychometric properties of the BESAA and BAOS in Portuguese adolescents and adults. *Poster presented at the Appearance Matters 8 Conference*, 12-14 June, Bath, UK.
- Barcaccia, B., Balestrini, V., Salianni, A. M., Baiocco, R., Mancini, F., & Schneider, B. H. (2017). Dysfunctional eating behaviors, anxiety, and depression in Italian boys and girls: The role

- of mass media. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), (72–77).
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2200>
- Boing, L., Pereira, G. S., Sperandio, F. F., & Borgatto, A. F. (2019). *Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer*. 12 (15-30).
- Brunet, J., Sabiston, C. M. & Burke, S. (2013). Surviving breast cancer: Women's Experiences with their changed bodies. *Body Image*. 10, 344-351.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.002>
- Cancro, L. P. C. o. (2022.). *Programa de Rastreio de Cancro da Mama - Rastreio e Diagnóstico Precoce*. Liga Portuguesa Contra o Cancro. Retrieved March 29
<https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/2020-03346-001.pdf>.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2001). *The impact of body image experiences: Development of the body image quality of life inventory*. 6, 456-460.
- Castro, Telma (2019). *A aceitação do corpo na Doença: Estudo da Imagem Corporal Positiva na Obesidade*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Chanana, S., & Sharma, A. (2019). The Effectiveness of Self-Perceived Body Image on Emotional Dysregulation Among Adolescents and Young Adults. *International Journal of Education and Psychological Research*, 8(1), 30-34.
- Conley, C. C., Bishop, B. T., & Andersen, B. L. (2016). *Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship*, 4(56), 2-22.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2009). *Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos*. 37(4), 145-51.
- Daniels, E., Gillen, M., & Markey, C. (2018). *Body Positive*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781108297653>
- De Almeida, T. R., Guerra, M. R., & Filgueiras, M. S. T. (2012). Repercussões do câncer de mama na. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22, 1003-1029.
- Deckert, M., Schmoeger, M., Auff, E., & Willinger, U. (2020). Subjective emotional arousal: An explorative study on the role of gender, age, intensity, emotion regulation difficulties, depression and anxiety symptoms, and meta-emotion. *Psychological Research*, 84(7), 1857–1876. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01197-z>

- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Motivation and Emotion*, 27, 126-156.
- Ettridge, K., Scharling-Gamba, K., Miller, C., Roder, D., & Prichard, I. (2021). Body image and quality of life in women with breast cancer: Appreciating the body and its functionality. *Body Image*, 40, 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.11.001>
- Ferreira, C. O. (2019). *A Imagem Corporal Positiva nas Perturbações do Comportamento Alimentar: Influência das Dimensões da Vinculação e Regulação Emocional*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Fleck, M. P. D. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. D., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19–28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>.
- Gratz, K. L., & 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.
- Gattario, K. H., & Frisén, A. (2019). From negative to positive body image: Men's and women's journeys from early adolescence to emerging adulthood. *Body Image*, 28, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.002>
- Gross, J. J. (1998). *Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology*. 14, 281-291.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Emotion Regulation*, 74(1), 224-237.
- Halliwell, E. (2013). The impact of thin idealized media images on body satisfaction: Does body appreciation protect women from negative effects? *Body Image*, 10, 509-514.
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>
- Hasel, K. M., & Ardebil, M. D. (2018). Relationship of body image and emotion regulation strategies among female students. *Journal of Garmian University*, 5(3), 446-453.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.

- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.001>
- Johnson, S. L. (2010). Mania and dysregulation in goal pursuit. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 241-262.
- Kamińska, M., Kubiowski, T., Ciszewski, T., Czarnocki, K. J., Makara-Studzińska, M., Bojar, I., & Starosławska, E. (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(1), 5.
- Karimzadeh, Y. (2021). Posttraumatic growth in women with breast cancer: Emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 2-10.
- Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2008). Social Anxiety and Positive Emotions: A Prospective Examination of a Self-Regulatory Model With Tendencies to Suppress or Express Emotions as a Moderating Variable. *Behaviour Therapy*, 39, 1-12.
- Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *Journal Breast Health*. 12, 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- L. Tylka, T., & Piran, N. (2019). *Handbook of Positive Body Image and Embodiment*. Oxford University Press.
- Lemoine, J. E., Konradsen, H., Lunde Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>.
- Liga portuguesa contra o cancro. (2018). Programa de Rastreio de Cancro da Mama. Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>.
- Linden, W. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141, 343-351.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Ki, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.

- Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Implicit Loneliness, Emotion Regulation, and Depressive Symptoms in Breast Cancer Survivors. *J Behavior Med*, 39(5), 832-844.
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016). Exploring the effect of external shame on body appreciation among Portuguese young adults: The role of self-compassion. *Eating Behaviors*, 23, 174–179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.006>
- Melo, Carolina. (2022). *A Qualidade de Vida nas mulheres com cancro de mama – a influência da Imagem Corporal Positiva, Stress e Sentido de vida*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Meneses, L., Torres, S., Miller, K. M., & Barbosa, M. R. (2019). Extending the use of the Body Appreciation Scale -2 in older adults: A Portuguese validation study. *Body Image*, 29, 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.011>.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 283-302.
- Ogden, J. (2004). Compreender o Cancro da Mama. *Climepsi editores*.
- Park, J., Rodriguez, J. L., O'Brien, K. M., Nichols, H. B., Hodgson, M. E., Weinberg, C. R., & Sandler, D. P. (2022). *Health-Related Quality of Life Outcomes Among Breast Cancer Survivors*. 127(7), 1114-1125.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. D. (2012). Qualidade de vida: Abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241–250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.
- Piko, B. F., Obál, A., & Mellor, D. (2020). Body Appreciation in Light of Psychological, Health- and Weight-Related Variables Among Female Adolescents. *Europe's Journal of Psychology*, 16 (4), 676-687.
- Razmus, M. (2017). Evaluating the psychometric properties of the Polish version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 23, 45-49.
- Remondes-Costa, S. (2012). Significant events in the life cycle after breast cancer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2). <https://doi.org/10.15309/12psd130207>.
- Remondes-Costa, S., Jimenéz, F., & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Body image, sexuality and quality of life in breast cancer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2). <https://doi.org/10.15309/12psd130213>.
- Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). *Emotion Context Insensitivity in Major Depressive Disorder*. 114(4), 627-639.

- Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. *Ciência e saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522.
- Schroevers, M. J., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science & Medicine*, 57(2), 375–385. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00366-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00366-0)
- Siegel, J. A., Huellemann, K. L., Hillier, C. C., & Campbell, L. (2020). The protective role of self-compassion for women's positive body image: An open replication and extension. *Body Image*, 32, 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.003>
- Słowik, A., Jabłoński, M., Michałowska-Kaczmarczyk, A., & Jach, R. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatria Polska*, 51(5), 871-888. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/63787>
- Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C. S., Antoni, M. H., Derhagopian, R. P., & Ironson, G. (1999). Concerns About Breast Cancer and Relations to Psychosocial Well-Being in a Multiethnic Sample of Early-Stage Patients. *Health Psychology*, 18(2), 159-168.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Teixeira, S. C. C. (2022). *The predictive role of positive body image on quality and meaning of life in breast cancer*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional Distress Regulation Takes Precedence Over Impulse Control: If You Feel Bad, Do It! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53-67.
- Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 52(3), 463–474. <https://doi.org/10.1037/dev0000095>
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624–627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>

- The Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>.
- Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Kelesi, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Psychological Distress in Breast Cancer*. 19(6), 1661-1669.
- Tylka, T.L., & Wood-Barcalow, N.L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>.
- Tylka, T. L., & Piran, N. (2019). Focusing on the positive. In T. L. Tylka & N. Piran (Eds.), *Handbook of positive body image and embodiment* (1-6). Oxford.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T. S., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 25(2), 45-59.
- Vin-Raviv, N., Akinyemiju, T. F., Galea, S., & Bovbjerg, D. H. (2015). Depression and Anxiety Disorders among Hospitalized Women with Breast Cancer. *Plos One*, 10(6), 1-14.
- Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, 14, 130–145. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.010>.
- World Health Organization (2016). *IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans>.
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). ‘‘But I Like My Body’’: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*. 7, 106-116.