



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

SER(MOS) COM E SEM CANCRO

WE-NESS NO CASAL

INÊS JORGE SANTOS

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTORA Ivone Patrão

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTORA Ana Alexandra Carvalheira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2016

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Ana Alexandra Carvalheira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

“(...) dyadic coping is more than the sum of two individual’s coping responses”

Folkman (2009, p. 73, cit. por Pacheco, 2014).

"Psychologically, the interpersonal entity that is greater than the sum of the parts is the we-ness that the partners experience and tacitly assume within their ongoing verbal and nonverbal discourse".

Reid, Dalton, Laderoute, Doell & Nguyen (2006, p. 243)

“(...) The person is fully human only in the relation to others.”

Kayser, Watson e Andrade (2007)

“(...) Que bom é crescer com o pensamento na lua, o pé na estrada e o olhar nos outros.”

António Coimbra de Matos (cit. por Sá, 2014)

“The fish did not know what water was until it discovered air.”

Reid et al. (2006)

“A existência do outro revela-me o ser que sou”.

Sartre (1943/1997, p. 453, cit. por Langaro, Pretto & Cirelli, 2012).

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus pais por me terem proporcionado, desde sempre, todas as condições para poder ter a melhor educação e por me apoiarem tanto em todos os passos que escolhi dar.

À minha querida mãe por me encorajar, todos os dias, a fazer o que mais gosto e nunca, nem por um segundo, ter deixado de o fazer. Por me dar força quando estava desmotivada e por olhar para mim com orgulho neste longo percurso académico e incentivar todos os projetos futuros já delineados. Obrigada *mummy!*

Ao meu querido pai por, com a sua simplicidade e genuinidade, me contar a história do *David e Golias*, sempre que me sentia mais em baixo e sem forças. Por ser um *Super Pai* e por me fazer sentir uma guerreira todos os dias. Por me encorajar a viver com toda a vida que tenho e a olhar por mim e por ser, sem dúvida, a pessoa mais pura e bondosa que conheço. Obrigada Pai por me teres transmitido valores tão nobres e por me tornares uma pessoa melhor todos os dias. Obrigada *papi!*

À minha querida irmã, a Lau, por ser a mais chata e, ao mesmo tempo, a mais realista e a minha mais que tudo, a mais querida e sincera amiga, a minha melhor amiga, que, nos piores momentos, me apoia e me chama à razão, sempre. Que vê com *os meus olhos* e sente com *o meu coração*, que consegue colocar-se, com tanta facilidade, e sempre que quer, na minha posição para me ajudar. Obrigada por me fazeres sentir a segurança e o conforto de saber que estarás na minha vida para sempre! Obrigada *mana!*

À minha grande amiga, a Inês (*my person*), por me lembrar todos os dias o meu valor e me dar força para lutar e seguir os meus sonhos. Obrigada por nunca me deixares desistir e por olhares para mim dessa forma tão genuína e com tanto amor. Obrigada por todos os momentos em que não me deixaste “cair” e ainda permitiste que voltasse a acreditar. Obrigada por me dares a mão sempre e por sonhares comigo o meu futuro. Obrigada por fazeres parte da minha vida e por guardares um lugar tão especial para mim no teu coração,

tal como eu guardo no meu. Ao teu lado sou uma pessoa mais completa e melhor, todos os dias. Obrigada *gorda!*

Às minhas queridas amigas que me acompanharam neste percurso académico, a Ina, a Carol, a Steph e a Bárbara. Obrigada meninas pelo apoio, pelas gargalhadas, pelos choros, pelos abraços e por tornarem a diária rotina de ir à faculdade, o melhor do mundo!

Um especial, sincero e grandioso obrigada à Ina por, durante 21 anos, me ter acompanhado nesta vida e por ter estado, sem sombra de dúvida, presente de todas as formas: no bem e no mal. És uma das pessoas que quero ter ao meu lado para sempre. Obrigada por muitas vezes seres a minha consciência e por me apoiares mesmo quando estou errada. Obrigada por me proporcionares os melhores momentos, as melhores saídas, as melhores conversas e abraços, por chorares e rires comigo e por teres tomado conta de mim nas piores alturas e me teres dado força sempre que precisei! Obrigada e acredita em ti todos os dias, tal como me ensinaste a fazer! Obrigada *meu bebé lindo!*

Às minhas amigas de sempre, a Mada, a Inês, a Sara e a Marta, por me acompanharem ao longo destes anos e terem estado sempre ao meu lado. Por me motivarem e me conhecerem tão bem. Por serem as pessoas que, mesmo longe, me fazem tão feliz e perceber que amigos temos poucos, mas os melhores do mundo. *Mada*, obrigada por saberes sempre como me sinto, sem ser preciso falar – obrigada por me compreenderes sempre e me apoiares incondicionalmente; *Inês*, minha querida amiga, (que saudades...) obrigada por seres, muitas vezes, a minha estrelinha que me guia de forma tão racional e madura e por olhares sempre para mim com esses olhos azuis gigantes e me transmitires tanta segurança com o olhar num “vai correr tudo bem”; *Sarex* obrigada pelos bons momentos, pelas partilhas e gargalhadas e pela simplicidade com que levas a vida e que te torna tão especial e importante para mim; e, querida *Marta*, amiga de uma vida, obrigada por tudo, desde há 21 anos, mesmo – obrigada por seres como uma irmã e por teres estado sempre ao meu lado. Obrigada *meninas!*

Aos meus amigos do Pasto por todos os momentos partilhados, as vitórias e as derrotas, por todos os jogos do poste, por todas as cartadas, as horas passadas no Pasto e as saídas, por tudo. Obrigada por me proporcionarem tão bons momentos e por terem estado presentes. Big

Mike, Rui, Hugo, Champo, Queiroga, Vidal, Madonas, Mourato, Diogo, Joantina, Beatriz, Inês, Mafalda e Bi. A todos, o mais genuíno e sincero, obrigada!

Ao Hugo por, durante 6 anos, ter partilhado comigo momentos que nunca vou esquecer e por, durante 5 anos, ter acompanhado de perto todo o meu percurso académico. Obrigada pelo apoio e carinho com que sempre me tentaste levantar nos momentos em que me sentia mais vulnerável e frágil e por reconheceres sempre o meu valor. Obrigada por teres estado presente e desta forma tão boa e por teres vivido este período tão importante da minha vida e carreira comigo! Valeu a pena cada esforço e cada birra que aturaste, obrigada, mesmo!

Aos mais recentes e valorizados amigos do meu estágio, o Dr. Pedro, a querida Ana e o Zé pela a genuinidade, a amizade, o apoio e o carinho com que me receberam no estágio e nas vossas vidas. Por me conhecerem tão bem e profundamente e por me apoiarem incondicionalmente. Por me ensinarem tantas coisas da vida que desconhecia e proporcionarem que me tornasse mais madura neste ano que passou. Por cuidarem de mim nos piores momentos e me levantarem com as risadas, com as parvoíces e com as conversas de horas que partilhámos e que desejo partilhar convosco para sempre. *Dr. Pedro*, um especial obrigada por ter estado sempre presente e por me dizer “stop” quando sentia que eu não acreditava ser possível! Por me ensinar a ser uma pessoa melhor e uma psicóloga ainda melhor, onde a combinação da genuinidade e da simplicidade na relação com o outro formam o par perfeito! Obrigada por ser tão parecido comigo (touros!!!) e por acreditar tanto em mim! Obrigada por tudo *meus queridos!*

À minha querida madrinha, *a Patrícia*, que tanto me acarinhou no início e durante toda esta jornada. A tua simplicidade e personalidade contagiam qualquer um e, a mim, cabe-me agradecer-te por seres tão verdadeira e genuína e por fazeres ver que o ser humano pode ser, relamente, muito bom e puro! Obrigada por todas as palavras, os risos e os choros. Por me encorajares todos os dias e por me teres acompanhado durante 5 anos de vida académica e, principalmente, pessoal. Que seja *para sempre!*

À minha querida avó, que partiu a meio desta longa viagem que foi este percurso académico e por não poder assistir ao final desta fase da minha vida. Por ser a pessoa mais extraordinária que conheci até hoje e por me ter transmitido aquele que, para mim, é o maior dos valores – a *entrajuda* – e que tanto preenche e caracteriza a minha vida e personalidade. Obrigada por teres sido a pessoa mais generosa que conheci e por me mostrares que não basta querer ajudar, é preciso que esta característica faça parte de nós e tenha nascido connosco. Obrigada por, durante 20 anos, teres sido a minha maior referência e por teres partilhado tantas histórias comigo, que me ensinaram tanto e fazem parte de mim para sempre. Obrigada “*estrelinha*” que me protege sempre! Obrigada minha querida *Avó Lu!*

Aos meus queridos avós por terem partilhado comigo estes anos e terem proporcionado todas as condições possíveis para que este final de percurso acontecesse. Obrigada por nunca terem deixado de me apoiar e estarem sempre presentes! Obrigada por acreditarem em mim e por terem sempre transmitido o orgulho que sentem! Obrigada, do fundo do meu coração, *meus bebés!*

Às minhas orientadoras, a Professora Doutora Ivone Patrão e a Professora Doutora Ana Carvalheira, por terem ajudado em todo o processo de desenvolvimento da dissertação e por me apoiarem em todas as dúvidas e desabafos, ao longo deste ano. Um muito obrigado por me terem acompanhado neste final de percurso e por permitirem que me sentisse segura face ao futuro e à entrega final, sempre! Um grato e sincero obrigada!

Ao Duarte por ter aturado todos os meus dramas, as minhas dúvidas e os meus stresses relativos à estatística, às sextas-feiras, sempre até às tantas da noite, quando já nem um, nem outro podíamos abrir os olhos de tanto cansaço acumulado durante a semana! Obrigada pela ajuda e preocupação constantes e por me ensinares tudo de forma tão clara! Obrigada pelas risadas e gargalhadas que surgiam quando eu tinha as dúvidas mais desapropriadas e pelos momentos que, embora em trabalho, foram tão simples e descontraídos! Obrigada por tudo Duarte!

Ao Professor Doutor António Barbosa, que com tanto apreço e carinho, aceitou o convite para integrar o júri da minha dissertação, sem hesitar e com tanto entusiasmo. Obrigada pelo gesto que de tão simples, me fez acreditar mais em mim e no meu trabalho! Um muito obrigado pela simplicidade e boa disposição com que me recebeu sempre, e acredite: hoje em dia, para nós estudantes, essa nobre atitude permite-nos sentirmo-nos seguros, o que é difícil acontecer. Por isto, um grande e sentido obrigada!

“O tempo é o melhor autor; sempre encontra um final perfeito”.

- Charles Chaplin -

Resumo

O objetivo deste estudo é compreender se o “We-ness” aumenta quando se verifica a presença da doença oncológica numa tónica de comparação de casais com cancro e casais sem cancro e verificar a perceção que os casais têm face ao “We-ness” e ao significado deste sentimento. A evidência de estudos ao nível do indivíduo, como membro do casal, e da doença oncológica tem sido maioritária na literatura, daí que o foco e inovação deste estudo seja o “Nós”/“*We*”, no qual se observam dois membros, isto é, dois “Eu”/“*I*”, que se envolvem no sentimento de “We-ness”. A amostra é constituída por 218 indivíduos (N=218), ou seja, 108 casais, entre os quais 36 casais com cancro (32.7%) e 72 casais sem cancro (66,4%). Foi utilizado o instrumento quantitativo *We-ness Questionnaire* (Miranda, Patrão & Gouveia (in press), Validação do questionário We-ness - versão reduzido; Pacheco, 2014, Versão original; Miranda, 2015, adaptação e tradução portuguesa) e um guião de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas que permitem compreender o significado do “We-ness” para os casais. Foi possível verificar que existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro e, particularmente, este sentimento é superior em casais sem cancro ($M=4.210$). Nos casais com cancro verificaram-se diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros, nos indivíduos portadores da doença. Os indivíduos do sexo masculino manifestam um sentimento de “We-ness” mais elevado ($Mm=3.840$; $Mf=3.496$). Já nos casais sem cancro, não se verificaram diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros ($Mm=4.199$; $Mf=4.219$); e, por fim, não se verificaram diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros, nos casais com cancro, no que respeita aos indivíduos não portadores da doença ($Mm=3.585$; $Mf=3.787$). O estudo qualitativo demonstra que o “We-ness” se manifesta e que a doença oncológica não promove a sua diminuição ou aumento. Perante estes resultados, verificamos a importância que estas informações têm ao nível da intervenção psico-oncológica, bem como avaliamos a necessidade de aprofundar o estudo do “We-ness”, agora numa perspetiva qualitativa, onde se considere a história de cada indivíduo para que seja possível compreender o sentimento de “We-ness”, de um “Nós”, que é composto por dois indivíduos independentes, com uma história individual que influencia a dinâmica do casal.

Palavras-chave: “We-ness”; casal; casal com cancro; cancro.

Abstract

The main goal of this study is to understand if the “We-ness” increases when in a couple are presence of an oncological illness comparing to a couple without this disease and to verify if there are perception of “We-ness” and its significant feeling. Evidence from previous studies at an individual level, as a member of a couple with an oncological disease has been majority in the literature. So the focus and innovation of this study is the "We", where observing two members instead of one in order to realize what is involved in the sense of "We-ness". The sample of the study is composed by 218 individuals (N=218), which means 108 couples, where 36 of them suffers or had suffer an oncological illness (32.7%) and 72 couples perfectly healthy (66.4%). It was used the quantitative instrument *We-ness Questionnaire* (Miranda, Boss & Gouveia (in press), questionnaire validation We-ness - reduced version; Pacheco, 2014, version original; Miranda, 2015, adaptacion and portuguese translacion) and a semi-structured interview guide with open questions that allow us to understand the meaning of "We-ness" for couples. It was possible to verify that there are significant differences in the feeling of "We-ness" in couples with and without an oncological disease, mainly this feeling is higher in couples with no cancer (M=4.210). In couples with cancer there were also major differences in the feeling of "We-ness" in gender, in the individual with the disease. The males expressed a sense of "We- ness" higher (Mm=3.840 Mf=3.496); In couples without cancer, there were no significant differences in the feeling of "We-ness" in gender (Mm=4.199; Mf=4.219). There were no significant differences in the feeling of "We-ness" between gender, in couples with cancer, in the individuals which do not have the disease (Mm=3.585; Mf=3.787). The qualitative study shows evidence that the “We-ness” manifests and that the oncological illness do not support its increases or decreases. Through these results, it is possible to see the importance that this information has in psycho-oncological level intervention, and to evaluate the need for further study of the "We-ness", in a more qualitative perspective, where we consider the history of each individual, so that we can understand the feeling of "We-ness" as an "We", which is composed of two independent individuals with a personal past that influences the dynamics as a couple.

Key-words: “We-ness”; Couple; Couple with Cancer; Cancer.

Índice

Introdução	1
Método	7
<i>Tipo de estudo</i>	7
<i>Amostra</i>	7
<i>Instrumento</i>	10
<i>Procedimentos</i>	12
Resultados	15
Discussão	24
Referências Bibliográficas	38
Anexos	42
Anexo A - Revisão da Literatura	43
Anexo B - Questionário do <i>We-ness</i> versão reduzida	69
Anexo C - Guião entrevista semiestruturada	71
Anexo D - Tabelas Estatística Descritiva	78

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Caraterísticas Sociodemográficas dos Casais com e sem cancro.....	9
Tabela 2.	Caraterísticas Sociodemográficas dos Casais com cancro.....	10
Tabela 3.	Tabela representativa da verificação do pressuposto de normalidade.....	13
Tabela 4.	Frequência dos temas.....	18
Tabela 5.	Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas face ao sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro.....	20
Tabela 6.	Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, em casais sem cancro.....	20
Tabela 7.	Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos portadores da doença, em casais com cancro.....	21
Tabela 8.	Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos não portadores da doença, em casais com cancro.....	21
Tabela 9.	Estatística Descritiva dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.....	81
Tabela 10.	Estatística Descritiva do género dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.....	81
Tabela 11.	Estatística Descritiva da idade dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.....	81
Tabela 12.	Estatística Descritiva do género dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.....	82
Tabela 13.	Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas face ao sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro.....	82
Tabela 14.	Estatística descritiva das diferenças face ao sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro.....	83
Tabela 15.	Estatística descritiva das diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, em casais sem cancro.....	83
Tabela 16.	Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, em casais sem cancro.....	83
Tabela 17.	Estatística Descritiva dos indivíduos dos casais com cancro femininos e masculinos portadores da doença.....	84

Tabela 18.	Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos portadores da doença, em casais com cancro.....	84
Tabela 19.	Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos portadores da doença, em casais com cancro.....	85
Tabela 20.	Estatística descritiva dos indivíduos dos casais com cancro femininos e masculinos não portadores da doença.....	85
Tabela 21.	Estatística descritiva do sentimento de “We-ness” dos indivíduos dos casais com cancro masculinos e femininos não portadores da doença.....	86
Tabela 22.	Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos não portadores da doença, em casais com cancro.....	86

Lista de Figuras

Figura 1.	<i>We-ness Model</i> (Pacheco, 2014).....	47
Figura 2.	<i>Stress-Divorce-Model</i> (Bodenmann, 2000; Bodenmann et al., 2007, cit. por Pacheco, 2014).....	53

Introdução

Em 2012, estimou-se existirem globalmente 14.1 milhões de novos casos de cancro, 8.2 milhões de mortes consequentes da doença oncológica e 32.6 milhões de pessoas que vivem com cancro (5 anos após o diagnóstico) (OMS, 2015; Ferlay et al., 2013, cit. por Baker et al., 2016). Neste sentido, a doença oncológica tem-se manifestado, com maior frequência, na vida do casal. Cada vez mais, os pacientes com cancro revelam que os seus parceiros são a fonte mais importante de suporte na vivência da doença oncológica (Pistrang & Barker cit. por Badr & Krebs, 2013). Isto porque o ajustamento psicológico de grande parte dos doentes oncológicos à doença depende das suas relações interpessoais, daí que os parceiros sejam os primeiros a serem procurados pelos pacientes, imediatamente após a comunicação do diagnóstico (Badr, Carmack, Milbury & Temech, 2013). Na iminência de uma “*existential threat*” (Baker et al., 2016), pode surgir a interdependência como estratégia adotada pelo casal, evidenciando a importância da vivência partilhada/comum/ “*We*” na vivência da doença oncológica.

O cancro, ou qualquer doença crónica vivenciada, provoca uma rutura do *projeto-de-ser* entre o denominado “*ser-saudável*” (o viver anterior) e o “*ser-doente*” (presente). Isto posto, e após o anúncio do diagnóstico, a incerteza inunda todo um futuro sonhado através da “onda” do “*não-ser*”, que remete para a possibilidade de *deixar-de-ser*, anteriormente negada ou não percebida. Não obstante, o indivíduo continua a ser um ser humano, uma entidade psicológica e social – “*um ser-no-mundo*” (Olivieri, 1985; Machado, Monteiro, Quieroz, Vieira & Barroso, 2007, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011), mesmo doente – uma estrutura de realização na qual permanentemente se superam limites entre *o dentro e o fora* (Leão, 1988, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011), daí que a vivência da doença oncológica se manifesta na *relação com o outro*, neste caso, no casal. A suspensão, imposta por fatores contextuais exteriores (diagnóstico de cancro) dá origem à *reformulação de projeto-de-ser*: perante a ameaça à sua existência, o indivíduo vê-se obrigado a rever as suas *dinâmicas-de-ser*, da sua história de relações e da sua constituição enquanto *ser-no-mundo* (Silva, 2009, p.65, cit. por Langaro, Pretto & Girelli, 2012).

Concomitantemente, o cancro induz mudanças na rotina do casal que influenciam a qualidade e a satisfação conjugal do casal. Surge, então, a necessidade premente de pensarmos o “*We-ness*” em casais com cancro, definido como o processo de cognições,

emoções e comportamentos experienciados na relação conjugal, que reflete a percepção de relação por parte dos dois membros do casal. Não se trata, assim, de uma mera união composta por dois indivíduos independentes (“He” ou “She”) (Pacheco, 2014), mas antes uma unidade interdependente (“We”) formada por duas pessoas interdependentes, num *estar-com* (“We-ness”) relacional, não fusional, pautado por uma complementaridade não saturada, e ponteados de valências livres (Matos, 2006).

Também as mudanças oriundas da doença oncológica podem ser verificadas numa *perspetiva individual* incluindo as consequências dos tratamentos que, muitas vezes, têm efeitos secundários importantes (náusea e vômito, dor, incontinência urinária, fadiga, desfiguração a nível corporal, disfunção sexual, neuropatias, dificuldades de respiração, alimentação e deglutição) e as preocupações/questões existenciais e espirituais (Badr & Manne, 2008) – como a associação da doença oncológica a uma morte incerta e sem dignidade (Geraghty et al., 2002, cit. por Baker et al., 2016), a prospeção de uma súbita amputação do futuro (Frank-Stromberg et al. 1984, cit. por Baker et al., 2016), mas também às limitadas possibilidades do futuro (Sartre, 1943/1997, cit. por Langaro, Pretto & Cirelli, 2012); e a expectativa ou o desejo de “voltar ao normal” após o tratamento (Little & Sayers, 2004; Denford et al., 2011, cit. por Baker et al. 2016), bem como as consequências emocionais do diagnóstico de uma doença de fim de vida (Badr & Manne, 2008) – que alude ao “*deixar-de-ser*” e à impossibilidade de “*vir-a-ser*” (Olivieri, 1985; Machado, Monteiro, Quieroz, Vieira & Barroso, 2007, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011).

Ora, podemos fazer uso da perspectiva fenomenológico-existencial para reflectir a *vivência relacional no cancro*, já que esta comporta uma forte componente teórica tanto no pensar relacional (*mundo social*) como nas questões da finitude, e sempre na perspectiva da experiência individual ou das vivências fenomenológicas (perspectiva da primeira pessoa, fundamental para a intervenção psico-oncológica). Segundo esta, a existência enquanto *estar-no-mundo*, abarca *quatro dimensões da existência* (Van Deurzen-Smith, 1996, 1998, cit. por Teixeira, 2006) que traduzem evidentemente a necessidade da relação com o outro, do *ser com o outro* (Matos, 2006) e a importância do “We-ness”, no *viver, estar e ser com*. A *física* que diz respeito ao mundo natural e se relaciona com a segurança e o bem-estar provenientes da relação com o ambiente vividas num corpo físico – *Umwelt*.

A *social* que vem no seguimento do termo *Mitwelt* e faz referência ao mundo da

relação com os outros, do *estar-com* e da *intersubjetividade*, que permite ao indivíduo descobrir o que é através dos sentimentos e atitudes que surgem da relação com o outro e dos significados dos outros para os próprios. Já em 1988, Heidegger contribuía para este pensamento atual ao afirmar que “mesmo o estar-só é ser-com, no mundo. Somente num ‘ser-com’ é que o outro pode faltar. O estar só é um modo deficiente de ser-com. (...) O mundo é sempre um mundo compartilhado com os outros.” (p. 172., cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011).

A *psicológica* que faz referência ao termo *Eigenwelt*, que traduz *o mundo da relação consigo mesmo* – “(...) existência subjetiva e fenomenológica de si-mesmo, da construção do mundo pessoal, com auto percepção de si, da sua experiência passada e das possibilidades, recursos, fragilidade e contradições, marcado pela procura de identidade própria assente na autoafirmação e na polaridade de atividade/passividade.” (Teixeira, 2006, p. 291). Reverte, desta forma, para o mundo subjetivo e da autoconsciência, do que o mundo significa para o ser (May, 2000, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011).

E a *espiritual* remete para *o mundo da relação com o desconhecido*, envolvendo diretamente uma relação com o mundo ideal, a ideologia e os valores, onde se exprime o propósito da sua existência individual (Teixeira, 2006; May, 2000, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011).

Destarte, torna-se impreterivelmente essencial abordar as mudanças observadas numa *perspetiva de um “Nós”*, isto é, o diagnóstico de cancro tem repercussões para as relações significativas mais próximas, nomeadamente, ao nível dos parceiros que, particularmente, fazem face a novos desafios, surgindo a preocupação sobre a potencial perda do seu parceiro de vida e sobre a sua habilidade para providenciar suporte emocional e prático ao paciente. Para além disto, a experiência do cancro pode resultar em muitas problemáticas práticas às quais o paciente e o parceiro têm de se adaptar, no futuro (Badr & Manne, 2008).

Sartre (1943/1997, cit. por Langaro, Pretto & Cirelli, 2012) alega que o futuro aparece no horizonte para anunciar ao próprio indivíduo o que é, no agora, a partir do que será, no futuro, caracterizando, assim, o sujeito na sua possibilidade de não ser este futuro, dado que *o futuro não é, mas possibilita* – é a continua possibilidade dos possíveis. Assim, toda a experiência da doença oncológica invoca possibilidades face a um futuro, a partir do que está a ser vivido no agora, no pré, durante e pós cancro e relaciona-se diretamente com o

ajustamento do casal durante a vivência da doença e, também, com a *reformulação do projeto-de-ser*.

O “We-ness” pode ser igualmente pensado como o ajustamento consequente à criação individual e dual, da “*intermediate area*” – área entre a realidade externa e o mundo interno sugerida por Winnicott (1977), cit. por Baker et al. (2016) -, que corresponde ao processo de *coping* e ajustamento do paciente face à doença oncológica. Este conceito é um espaço de transição entre a realidade externa e interna, que permite a realização de diversos ajustamentos à realidade externa (cancro), por parte do indivíduo. Ora, podemos, então, pensar o “We-ness” como mediado pela “*intermediate area do casal*” entre o externo e o interno de ambos, formada a partir da “*intermediate area*” de cada um e é a partir desta área que nasce num “*sermos*”, um sentir, sonhar e viver uno que permite a concretização do “We”.

Analogamente e de uma forma geral, alguns estudos revelam que os casais apresentam um ajustamento psicossocial positivo no pós-diagnóstico de cancro e, até mesmo, um melhoramento face à *qualidade do relacionamento conjugal* (Lichtman, Taylor & Wood, 1987, cit. por Anillo, 2000; O’Mahoney & Carrol, 1997, cit. por Ramos & Patrão, 2005); o fortalecimento da relação (Dias et al., 2001, cit. por Ramos & Patrão, 2005); o não surgimento de alterações na relação (Ramos & Patrão, 2005); e o *posttraumatic growth* associado a mudanças psicológicas positivas que emergem durante e após uma experiência traumática (Baker et al., 2016).

Pelo contrário, Estapé (2002, cit. por Ramos & Patrão, 2005) afirma que a diminuição da autoestima, consequente ao diagnóstico de cancro, perturba a autoimagem e afeta a sexualidade do casal, evidenciando consequências ao nível da relação; também a doença crónica está associada à redução da satisfação na relação do casal (Burman & Margolin, 1992; Manne & Zautra, 1990, cit. por Bondenmann, 2005); as dificuldades ao nível do ajustamento e da comunicação surgem e, consequentemente, sentimentos de desacreditação quanto à intimidade e conflitos interpessoais (Badr & Krebs, 2013); também o cancro promove o aparecimento de altos níveis de stress e depressão psicológicos quer no paciente, quer no parceiro (Lyons, et al., 2014); bem como, dificuldades de ajustamento e comunicação durante o todo o Ciclo Psico-oncológico (Baider, et al., 1996; Ell, Mantell, Hamovitch, 1988, cit. por Badr & Krebs, 2013), que resultam em sentimentos de diminuição da intimidade e o aumento dos conflitos interpessoais, ao longo do tempo (Baider, et al., 1996; Ell, Mantell &

Hamovitch, 1988, cit. por Badr, Carmack, Milbury & Temech, 2013).

Deste modo, e mediante as contradições existentes na literatura, torna-se assim imprescindível a atenta averiguação das mudanças que o cancro induz, i.e., se estas se manifestam como mais positivas ou negativas para o casal, quais os fatores que predizem um output ao outro, partindo da análise do “We-ness” que se evidencia como a “chave-mestra” da compreensão das consequências do cancro no “We”.

Alguns conceitos relacionam-se diretamente com o de “We-ness”: o *dyadic coping* (Skerrett, 1998 e Zunkel, 2002, cit. por Kayser, Watson & Andrade, 2007) que traduz a presença de dois padrões de *coping relacional*: *mutual responsiveness* e *disengaged avoidance*; trata-se, igualmente, de um processo de gestão do stress, no qual os parceiros reagem ou ignoram, em conjunto, os sinais de stress, por forma a manter a estabilidade na relação (Bondermann, 1995, 1997, 2005), na medida em que a díade promove a sua redução. A vivência do stress em díade está associada ao conceito de “We-stress” (Kayser, Watson & Andrade, 2007; Bondenmann, 2008; Heinrichs et al., 2012; Traa, et al., 2015). Através da *comunicação*, o casal partilha, nas suas respostas, o stress de cada um e ouvem-se e suportam-se mutuamente, o que permite a diminuição do stress. Isto significa que estão “juntos” na situação e falam, abertamente, sobre o cancro –agente stressor (Skerrett, 1998, cit. por Kayser, Watson & Andrade, 2007). O segundo padrão observado é o “*Disengaged Avoidance*” que ocorre quando o casal se confronta com o agente stressor como individual, isto é, o agente afeta cada um, individualmente, e não como um casal, como o caso de alguns casais que permaneceram juntos (Kayser, Watson & Andrade, 2007).; *a interdependência, o ajustamento, as estratégias de coping e o suporte no casal* (Kayser, Watson & Andrade, 2007; Kaiser & Scott, 2008) que traduzem a importância da união e da vivência a dois da situação de stress, dado que “(...) a pessoa é unicamente humana na relação com os outros.” (Markus & Kitayama, 1991, cit. por Kayser, Watson & Andrade, 2007, p. 416); *a imagem corporal* (Zimmermann, Scott & Heinrichs, 2010; Ramos & Patrão, 2005; Costa, Jimenéz & Ribeiro, 2012); *a qualidade do relacionamento do casal* afetada pela doença oncológica, dada a influência da doença nos padrões de comunicação, nas regras e responsabilidades de ambos (Costa, Jimenéz & Ribeiro, 2012; Badr & Krebs, 2013); e a *satisfação conjugal*, pensada, por exemplo, através da “Equity Theory” de Kuijer, et al. (2002), que revela a forma

como o casal se apoia mutuamente e como sentem o apoio do outro numa linha de equidade no suporte (Reid, et al., 2006). Por conseguinte, referenciar as diferenças e semelhanças do “We-ness” face a estes conceitos é de extrema importância, numa perspetiva de esclarecimento e definição aprofundada do “We-ness”.

O estudo da importância do “We-ness” no casal com cancro, comparativamente ao casal sem cancro, revela-se, assim, a inovação deste estudo, na medida em que é essencial compreender se a presença da doença oncológica influencia positiva ou negativamente o “We-ness”.

Deste modo, o objetivo principal do presente estudo é compreender se o “We-ness” prevalece nos casais com cancro, comparativamente, a casais sem cancro. Apesar dos estudos da vivência da doença oncológica no casal se focarem, inicialmente, nos esforços básicos utilizados pelo indivíduo independente (Kayser, Watson & Andrade, 2007), verifica-se uma intensificação dos estudos face à forma como o “We” experiencia a doença/situações de stress.

Partindo deste objetivo geral, torna-se igualmente pertinente a avaliação da perceção que os casais têm face ao significado de “We-ness”, numa perspetiva de enriquecimento, delineamento e aperfeiçoamento da sua definição conceptual, através de um estudo qualitativo. O foco na doença oncológica visa a conceptualização e aprofundamento do estudo do “We-ness” ao nível do cancro *em geral* e não de doenças específicas, como surge conceptualizado na literatura. Perentoriamente, torna-se relevante compreender se o “We-ness” se manifesta maioritariamente em indivíduos do sexo feminino ou masculino, consoante sejam portadores e não-portadores da doença.

Método

Tipo de estudo

O estudo é quantitativo, comparativo e descritivo, na medida em que o objetivo principal é comparar o sentimento do “We-ness” em casais com e sem cancro.

O estudo qualitativo e teve por base em 10 entrevistas estruturadas – 5 casais com cancro e 5 casais sem cancro – com o objetivo de enriquecer os resultados quantitativos e enfatizar a compreensão dos casais face ao “We-ness”.

Amostra

A amostra do estudo quantitativo é composta por 108 casais (N=218 indivíduos): 36 casais com cancro (32.7%) e 72 casais sem cancro (66.4%) (Tabela 9 - ANEXO D). Assim, uma vez que o estudo foi aplicado a casais, observamos 109 indivíduos do sexo feminino (49.5%) e 109 indivíduos do sexo masculino (49.5%) (Tabela 10 - ANEXO D). Nos casais com cancro, particularizando os indivíduos portadores da doença, verificamos a presença de 62.2% de indivíduos do sexo feminino e 37.8% de indivíduos do sexo masculino (Tabela 17 – ANEXO D). Já nos casais com cancro, no que diz respeito aos indivíduos não portadores da doença, observamos 37.1% de indivíduos do sexo feminino e 62.9% de indivíduos do sexo masculino (Tabela 20 - ANEXO D). É de salientar a presença de um casal no qual ambos tiveram cancro, daí que observemos 37 indivíduos portadores de doença oncológica (Tabela 17 - ANEXO D) e 35 indivíduos não portadores de doença oncológica (Tabela 20 - ANEXO D).

Nos 218 indivíduos (N) que completam a amostra total, as idades variam de 20 anos a 64 anos, sendo a média das idades de 41.39 anos (Tabela 1). Nos indivíduos com cancro, a média de idades das mulheres é de 40.94 anos, com um desvio padrão de 11.053. No caso dos homens, a média de idades é de 41.31 anos, com um desvio padrão de 11.257 (Tabela 1). Já na amostra normativa, a média de idades das mulheres é de 40.52 anos, com um desvio padrão de 10.594 e a média de idade no sexo masculino é de 42.51 anos, sendo o desvio padrão de 11.873 (Tabela 1). É possível observar que, em ambos os grupos, a média de idades é bastante próxima.

Os casais têm que estar juntos há três ou mais anos (viver juntos ou estar casados), serem heterossexuais e não terem nenhuma doença crónica.

Relativamente ao estado civil dos casais com diagnóstico de cancro, 54 casais são casados (75%) e os restantes 18 vivem em união de fato (25%). Nos casais normativos, 90 indivíduos são casados (61.6%) e 56 está numa união de fato (38.4%) (Tabela 1).

Relativamente à escolaridade dos participantes, no grupo com diagnóstico de cancro, é possível observar que a maioria dos indivíduos estudou até ao ensino secundário (34.7%), seguidos do ensino superior (29.2%) e do 2º ciclo (15.3%). No grupo normativo, contrariamente ao grupo com diagnóstico de cancro, a maioria dos indivíduos estudou até ao ensino superior (47.9%), seguido do ensino secundário (32.9%). No que concerne à variável ter filhos é possível observar que a maioria dos indivíduos têm filhos (80.6%) (Tabela 1).

No que diz respeito à situação profissional dos casais com diagnóstico de cancro, é possível verificar que 61.1% dos indivíduos estão empregados e 26.4% estão desempregados, ou seja, a maioria está empregada. Já no grupo normativo, 91.1% dos indivíduos encontram-se empregados (Tabela 1).

No que respeita aos indivíduos que apresentam ou apresentaram um diagnóstico de cancro, estes constituem 36 indivíduos da amostra total (N=218). É possível observar que na sua maioria o diagnóstico é de cancro da mama (41.7%), seguido do cancro pulmão (11.1%). Os cancros que estão presentes em minoria são o cancro da boca (2.8%), dos ovários (2.8%), cólon (2.8%), pele (2.8%) e cordas vocais (2.8%) (Tabela 2). Na maioria da população, o diagnóstico foi realizado entre 1 ano a 5 anos (70%). Seguidamente, o diagnóstico tinha sido realizado entre 6 e 10 anos (21.6%) e este tinha sido realizado há mais de 11 anos (8.1%).

A maioria dos tratamentos realizados foram a quimioterapia (41.7%) dos indivíduos realizou esta terapêutica, seguida da quimioterapia em conjunto com radioterapia (36.1%). A terapêutica menos usada foi a radioterapia em conjunto com terapia hormonal, somente um indivíduo deu esta resposta (2.8%) (Tabela 2).

Por fim dos 218 indivíduos que constituem a amostra total, 54 relataram ter sofrido um acontecimento negativo no último ano de vida. Na Tabela 1 é possível observar os motivos, sendo que as causas principais foram, a morte de um familiar e doença.

A amostra do estudo qualitativo é composta por 10 casais - 5 com cancro e 5 sem cancro. Os casais têm de ser heterossexuais e o tipo de cancro não será particularizado.

Tabela 1.*Caraterísticas Sociodemográficas dos Casais com e sem cancro.*

	Casais com cancro		Casais sem Cancro	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	40.94 (11.053)	41.31 (11.257)	40.52 (10.594)	42.51 (11.873)
Estado Civil	Casado/a 75% (54)		Casado/a 61.6% (90)	
	União de facto 25% (18)		União de facto 38.4% (56)	
Escolaridade	1º ciclo 12.5% (9)		1º ciclo 1.4% (2)	
	2º ciclo 15.3% (11)		2º ciclo 5.5% (8)	
	3º ciclo 8.3% (6)		3º ciclo 12.3% (18)	
	Secundário 34.7% (25)		Secundário 32.9% (48)	
	Superior 29.2% (21)		Superior 47.9% (70)	
Filhos	Sim 80.6% (58)		Sim 69.2% (101)	
	Não 19.4% (14)		Não 30.8% (45)	
Situação Profissional	Empregado/a 66.1% (44)		Empregado/a 91.1% (133)	
	Desempregado/a 24.4% (19)		Desempregado/a 8.2% (12)	
	Reformado/a 8.3% (6)		Reformado/a 0.7% (1)	
	Estudante 4.2% (3)		Estudante 0 (0)	
Acontecimentos Negativos		Morte Familiar	53.7% (29)	
		Desemprego	5.6% (3)	
		Doença	22.2% (12)	
		Mudança de Emprego	1.9% (1)	
		Problemas financeiros	9.3% (5)	
		Doença Familiar	5.6% (3)	
		Cirurgia	1.9% (1)	

Tabela 2.*Caraterísticas Sociodemográficas dos Casais com Cancro.*

Tipos de cancro	Frequência	Percentagem
Mama	15	41.7
Pulmão	4	11.1
Leucemia	3	8.3
Útero	3	8.3
Cérebro	2	5.6
Próstata	2	5.6
Testículos	2	5.6
Boca	1	2.8
Ovários	1	2.8
Cólon	1	2.8
Pele	1	2.8
Cordas Vocais	1	2.8

Tratamentos	Frequência	Percentagem
Quimioterapia	15	41.7
Quimio+Radio	13	36.1
Radioterapia	5	13.9
Hormono-Terapia	2	5.6
Radio+Hormonal	1	2.8

Instrumentos

O instrumento quantitativo – *We-ness Questionnaire* (Miranda, Patrão & Gouveia (in press), Validação do questionário We-ness - versão reduzido; Pacheco, 2014, Versão original; Miranda, 2015, adaptação e tradução portuguesa) (ANEXO B) - é composto por 17 itens, distribuídos por três dimensões: (1) “Nós partilhar significados” – item 1 e 2; (2) “Partilhamos comportamentos frequentes” itens 6-13; (3) “Estamos fisicamente íntimos” – itens 14-17. As respostas são dadas a partir de uma *escala de Likert* de cinco pontos (1= “nada” e 5 = “muito”). A média dos 17 itens reflete o sentimento de “We-ness”. A consistência interna (*alfa de Cronbach*) do instrumento original validado para a língua inglesa 0.75 para as mulheres e 0.82 para os homens (Pacheco, 2014). Já no instrumento

adaptado e validado para a população portuguesa o *alfa de Cronbach* foi de 0.82 (KMO = 0.7) (Miranda, 2015). Assim, quanto mais elevada for a média dos itens, maior é o sentimento de “We-ness” no casal.

Foi incluído um *questionário sociodemográfico* que difere consoante se verifique ou não a doença oncológica no casal. Isto é, existem duas versões do questionário diferenciadas pelo questionário sociodemográfico. O questionário sociodemográfico para *casais com cancro* comporta as seguintes questões: idade, género, estado civil, tempo da relação, se tem filhos e quantos, escolaridade, situação profissional, antecedentes familiares com cancro e qual o tipo de cancro, se teve cancro, tempo de diagnóstico, grau de caracterização do diagnóstico, tipo de cirurgia, tratamentos, complicações associadas ao cancro e quais, medicação, intervenção psicológica e qual, doença crónica e qual e algum acontecimento negativo sofrido no último ano e qual. Já o questionário sociodemográfico dos *casais sem cancro* comporta as questões: idade, género, estado civil, tempo da relação, se tem filhos e quantos, escolaridade, situação profissional, antecedentes familiares com cancro e qual o tipo de cancro e o grau de parentesco, doença crónica e algum acontecimento negativo sofrido no último ano e qual.

O instrumento qualitativo é composto por um conjunto de questões abertas realizadas no âmbito de uma entrevista estruturada: (1) Para si o que é ser um casal?; (2) Refira o que para si é mais importante um relacionamento a dois conter?; (3) Na sua relação ter opiniões diferentes do seu parceiro sobre uma situação é motivo para diminuir ou aumentar o sentimento de intimidade?; (4) Considera que no seu relacionamento têm de fazer tudo em conjunto com o seu parceiro? Se não o fizer acha que o sentimento como casal é menor?; (5) O que significa para si a palavra nós?; (6) Em situações de crise, é importante o sentimento de pertença a uma relação? Se sim, porquê?.

Foi igualmente incluído um questionário sociodemográfico no qual se observam os seguintes dados: idade, género, nacionalidade, escolaridade, situação profissional, estado civil, número de anos de relacionamento, número de filhos, doença crónica e qual. No final do questionário observa-se, uma vez mais, o pedido de colocação de um código comum aos dois membros do casal.

Procedimento

A recolha bibliográfica realizada teve por base a pesquisa na EBSCOhost Web, onde foram selecionadas as bases de dados PsycINFO, PsycARTICLES, PsycBOOKS, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Academic Search Complete. De seguida, procedeu-se à seleção de palavras-chave no Thesaurus, das quais foram utilizadas: *cancer*, *couples*, *we-ness* e *review*. Apesar destas palavras terem sido as selecionadas no Thesaurus, houve necessidade, mais tarde, de utilizar outra - *couples relationships*.

Devido à escassez de resultados, a pesquisa foi realizada a partir da expressão *we-ness AND cancer AND review of literature*, com o limitador de data 2010-2015. De seguida, foi realizada uma alteração no que respeita a expressão utilizada: *cancer AND couples* com o limitador da data de publicação foi 2010-2014. Por escassez de resultados realizou-se uma pesquisa com a expressão *cancer AND couple relationships*, com o limitador de data 2009-2014. Por último, a expressão *cancer AND couples*, com o limitador de data foi 1990-2015.

Outras bases de dados foram exploradas. No Scielo não foram obtidos quaisquer resultados, no entanto, no Repositório ISPA, foram selecionados 4 artigos de 311, através da expressão *cancer AND couples*. Já na base de dados B.on foi selecionado 1 artigo que não é uma revisão de literatura. Na Web of Science, através da expressão *we-ness AND couples*, com o limitador de Research Areas PSYCHOLOGY e o limitador de data 2000-2015.

A amostra normal do estudo quantitativo foi recolhida, aleatoriamente, em locais públicos, online via Google Docs e através de pessoas conhecidas que ajudaram no processo de partilha (*efeito bola-de-neve*), enquanto a amostra de casais com cancro foi recolhida no Centro de Saúde de Odivelas, no Hospital de Santa Maria (Serviços de Radioterapia e Oncologia) e, também, em locais públicos e online. Os questionários foram distribuídos quer numa versão impressa, quer online e são de preenchimento individual. O casal deve, no final do questionário, preencher um código igual para que seja possível o reconhecimento do mesmo na base de dados e proceder à comparação entre casais com e sem cancro. Ao abordarmos os indivíduos, referimos que o estudo tem como objetivo avaliar o ajustamento psicológico do casal e perguntamos se têm alguma doença crónica e se estão juntos há, pelo menos, três anos. Por fim, questionamos se existe o diagnóstico de cancro num dos parceiros para que seja possível entregar o questionário correspondente. A amostra do estudo qualitativo será recolhida através do questionário online via Google Docks ou em locais

públicos e através da partilha, a partir do efeito bola-de-neve.

O consentimento informado foi prestado verbalmente, quando explicada a investigação e por escrito no início do questionário. Foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. A recolha dos dados foi realizada desde Novembro de 2015 a Março de 2016.

A análise estatística dos dados do estudo quantitativo será feita no programa *IBM SPSS Statistics*, com a finalidade de avaliar os objetivos propostos. A metodologia estatística adequada para verificar se existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” (variável quantitativa) entre casais com cancro e sem cancro (amostras independentes) será o teste paramétrico t-student para amostras independentes.

Com o objetivo de assegurar a correta aplicação do teste paramétrico t-student, verificou-se se a variável possui uma distribuição normal. Assim, segundo Maroco (2010), para que uma distribuição se possa assumir como normal, é necessário que o valor do coeficiente de assimetria (skewness) se situe no intervalo $[-3, 3]$ e o coeficiente de achatamento (curtose) no intervalo $[-7, 7]$. Como ilustra a Tabela 3, é possível afirmar que a variável “We-ness” segue uma distribuição aproximadamente normal.

Tabela 3.

Tabela representativa da verificação do pressuposto de normalidade.

Variável	Assimetria	Curtose
We-ness	-.541	-.210

Assegurada a normalidade da variável “We-ness”, procede-se à análise dos diferentes objetivos, tendo em atenção se existe homogeneidade de variâncias (condição para a aplicação do teste t-student), que quando não assegurada, obriga à tomada das devidas precauções, não abdicando do teste paramétrico t-student para amostras independentes (visto ser o mais potente para detetar as diferenças pretendidas).

Já a amostra qualitativa será analisada a partir do Método de Análise Temática (Braun & Clarke, 2006).

Resultados

1. Análise Qualitativa

As respostas dos 10 casais da amostra qualitativa (5 com cancro e 5 sem cancro) foram analisadas com exatidão e selecionadas aquelas que são as unidades de registo, neste caso, as palavras, distribuídas por três temas: “Significado de Nós”; “Intimidade – opiniões diferentes”; “Situações de crise – Sentimento de pertença”. O tema “Significado de Nós” remete para palavras manifestadas pelos sujeitos, que correspondem à significação atribuída por estes face ao serem um nós/casal; já o tema “Intimidade – opiniões diferentes” reenvia para a influência que as diferentes opiniões no casal influenciam a intimidade do mesmo; e, por fim, o tema “Situações de crise – Sentimento de pertença” remete para a importância do sentimento de pertença na relação perante a vivência de uma situação de crise, neste caso, o cancro, por exemplo.

Concomitantemente, observa-se que, quando questionados sobre o significado da palavra “Nós”, os sujeitos tendem a utilizar algumas palavras que se destacam pela frequência com que são utilizadas pelos mesmos. A partilha (20), a união (8), a amizade (12), o amor (13), a confiança (11), o respeito (15) e a interdependência (20) são exemplos claros de palavras que se manifestam ao longo das respostas dos casais com e sem cancro e que colaboram na seleção dos elementos que uma relação deve conter e são valorizados pela maioria dos casais, tendo em vista um total de 20 participantes. Nos sujeitos com cancro surge, também, a intimidade (4), que sugere a importância deste aspeto da vida do casal perante a vivência de uma situação de crise (cancro). Com o intuito de justificar este argumento, podemos observar algumas passagens do discurso dos casais: “Um casal para mim são duas pessoas que partilham amor, amizade, felicidade, carinho e também estão presentes na vida um do outro tanto nos bons e maus momentos”; “É partilhar e conjugar a vida, sonhos e ambições com o parceiro, respeitando o espaço e a liberdade de cada um e alimentando a relação”; “Partilhar todos os momentos felizes, ter uma cara metade para tudo e poder saber sempre que existe alguém que nos ama tanto como nos amamos alguém”; “Duas pessoas que partilham bons e maus momentos”; “Ser um casal é viver uma relação a dois, onde são partilhadas diversas emoções e sentimentos”; “É partilhar, sermos cúmplices, fiéis, amigos e mostrarmos todos os dias o quão gostamos dessa pessoa. Confiarmos um no outro é essencial”; “Ser um casal é perceber que existe mais do que um Eu na relação e que

os dois têm de estar em sintonia”; “Um casal é a fusão de dois seres, impelidos por objetivos e ideais comuns”; “Uma relação vivida a dois com respeito e confiança no outro”; “Um casal são duas pessoas que gostam uma da outra, partilham uma história em comum e perspetivam um futuro juntos. São duas pessoas que constroem a “sua casa”, assente nos pilares da cumplicidade, da confiança, do respeito, e claro: do amor”.

É interessante verificar que mesmo nos casais sem cancro, que não vivenciam uma situação de crise como o cancro, a importância da união (7) e do sentimento de um “Nós” torna-se relevante e a destacar no discurso dos casais - “Um casal são duas pessoas que enfrentam a vida e os seus obstáculos juntos, que podem contar um com o outro para tudo e cujas vitórias pessoais se tornam vitórias coletivas. São amigos acima de tudo e são pessoas que não se julgam. Funcionam como um” – o que enfatiza, uma vez mais, a importância do “We-ness” no casal com e sem cancro.

A palavra “Nós” como sendo uma palavra do *we-ness language*, torna-se o ponto-chave nesta análise e podemos observar que os casais, quando questionados sobre a significação da mesma, tanto invocam o “We-ness” (“Ser um nós e não um eu e tu. Significa uma ligação e intimidade profunda.”; “Sobrepôr o “nós” ao “eu””; “Fazer todas as decisões unânimes com o consenso de ambos”), como alguns manifestam o contrário (“Eu e a pessoa que escolhi estar ao meu lado”; “Eu e tu”). No entanto, predominantemente, o “We-ness” é valorizado pelos casais com e sem cancro.

No que respeita a “Intimidade – opiniões diferentes”, podemos observar que os casais sem cancro afirmam, maioritariamente (6), que opiniões diferentes, vivenciadas pelos membros dos casais enquanto indivíduos, não induzem o aumento, nem a diminuição da intimidade dos mesmos (“Penso que não tem influência no grau de intimidade. Ter opiniões distintas sobre certas situações faz de nós humanos e seres com personalidades diferentes, o que é saudável. E sempre enriquece e expande os nossos horizontes de modo a ver as coisas segundo outra perspetiva.”; “Depende da situação.”; “Depende da situação em questão. Geralmente não diminui nem aumenta.”). Alguns (4), afirmam que a presença de diferentes opiniões por parte dos membros do casal invoca o aumento da intimidade do mesmo (“Aumentar porque promove a discussão e partilha de ideias.”; “Depende das situações, mas pode aumentar.”).

Ainda neste tema, os casais com cancro afirmam, maioritariamente, que o sentimento de intimidade aumenta quando existem opiniões diferentes por parte dos membros do casal (6) (“O sentimento de intimidade aumenta com a diferenciação de opiniões, pois é fundamental respeitar e compreender o outro, bem como o outro entender e respeitar a nossa opinião.”; “Aumentar, uma vez que duas opiniões distintas podem promover o desenvolvimento de novas ideias e a união do casal face à complementaridade das suas respostas.”; “Felizmente somos todos diferentes, logo é provável e espectável a existência de opiniões também dispares, as quais irão miliar a favor da liberdade e pluralidade, evidenciando-se a tolerância com reforço do sentimento de intimidade.”; “Aumentar, é importante saber respeitar a opinião do outro e também que a nossa seja respeitada.”). Alguns (3) revelam que a intimidade não aumenta, nem diminui (“Não. Acaba por ser indiferente porque opiniões são várias é muito diversa. Não é por discordar que a intimidade aumenta ou diminui.”; “Em certos assuntos-chave (o que se pretende para a vida, valores...), considero indispensável a partilha de uma visão comum. Contudo, duas pessoas não fazem uma, e por isso noutros assuntos até acho saudável os dois termos opiniões diferentes. Lá está, se for na base do respeito, nem aumenta nem diminui o sentimento de intimidade: a intimidade existe acima disso.”). E, por fim, 1 indivíduo afirma que a intimidade diminui perante opiniões diferentes (“O sentimento de intimidade poderá ser posto em causa se a situação onde se verifica opiniões divergentes afetar a nossa sensibilidade e o nosso " eu".”).

Posto isto, verificamos que, quando vivenciada uma situação de crise pelo casal, neste caso o cancro, as diferentes opiniões por parte dos membros dos casais com cancro são importantes no que reporta o aumento da intimidade dos casais, dado que existe uma valorização do “eu” que é diferente do outro, mas que faz parte de um “Nós”. Nos casais sem cancro, que não vivenciam a situação de crise, este aspeto não é tão valorizado, e a intimidade não aumenta nem diminui quando verificamos a presença de opiniões diferentes por parte dos membros do casal. Isto demonstra, claramente, a influência que a situação de crise – o cancro - tem no aumento do sentimento de “We-ness” e na relação do casal, dado que, quando fragilizados, os membros do casal tendem a valorizar mais aspetos que consideram importantes e que, para os casais normais, são menos reconhecidos como tal.

Por último, quanto ao tema “Situações de crise – sentimento de pertença” verificamos

que está associado ao “We-ness” do casal durante a vivência da situação de crise, uma vez que remete diretamente para a perspectiva de um “Nós” nesta situação, potenciado pelo surgimento do sentimento de pertença e que permite enfrentar o cancro ou outra situação de crise. Assim, nos casais sem cancro, o sentimento de pertença é valorizado (7), por diversas razões (para não ruir; proteção face à crise; apoio; envolvimento; estabilidade; entreaajuda; dedicação; fortalecimento do Eu), tal como nos casais com cancro (8), por variadas razões (para evitar a solidão; união; partilha; apoio; segurança; responsabilidade; pertença; amor; segurança). Uma vez mais, nos casais com cancro, a importância dada ao sentimento de pertença é superior, embora a diferença face aos casais sem cancro não seja significativa, existindo, por isso, uma importância dada a este aspeto semelhantes entre casais com e sem cancro.

Podemos observar a importância do sentimento de pertença, perante situações de crise, nos seguintes relatos realizados pelos casais entrevistados: “Sim, sem dúvida porque, por exemplo, mesmo discutindo, é importante saber que ainda pertencemos um ou outro. Acho que se não sentirmos que pertencemos um ao outro, não vamos ser nós mesmos na medida em que, por exemplo, se tivermos de discutir, nem o vamos fazer, e vamos fingir que nada se passa, só por medo de não sermos compreendidos e a relação fique em risco de ruir.”; “Sim. Sentimento de pertença a qualquer coisa fortalece o carácter do indivíduo, permitindo-o superar momentos mais difíceis com maior facilidade.”; “Sim, considero o sentimento de pertença importante para que não nos sintamos sozinhos numa relação.”; “Sim, uma vez que é essencial a união e partilha de sentimentos, frustrações e emoções para ultrapassar a situação de crise, em conjunto.”; “Sim. E sempre importante saber que nessas situações alguém nos apoia. Alguém por quem estamos apaixonados ou amamos.”; “Sim. Porque nos dá segurança.”; “Sim, porque também devemos considerar-nos indissociáveis de responsabilidade.”; “Sim, é fundamental que se pertença a uma relação e que se tenha consciência de que uma relação deve ser vivida a dois.”; “Sim, claro que sim. O sentimento de pertença lembra-nos que por detrás de cada discussão, de cada desencontro, há um entendimento maior, um encontro maior.”; “Sim porque apesar de uma crise não é por isso que vou deixar de amar a minha parceira.”; “Sim, porque nos sentimos seguros.”.

Tabela 4

Frequência dos temas

	Casais Sem Cancro	Casais Com Cancro
A. Significado de “Nós”	Envolvimento (2) União (7) Amizade (7) Partilha (7) Respeito (9) Confiança (6) Amor (6) Compromisso (2) Liberdade Individual (3) Cumplicidade (2) Fidelidade (2) Carinho (2) Apoio (1) Sinceridade (3) Consideração (1) Compreensão (1) Brincadeiras (1) Sexo bom (1) Bom ambiente (1) Independência (10) Seres diferentes que se relacionam (1) Casal (1) Intimidade profunda (1) Estar com (1)	Partilha (13) Cumplicidade (3) Fidelidade (5) Amizade (5) Amor (7) Confiança (5) Sintonia (1) Comunhão (2) Intimidade (4) Paz (1) Respeito (6) Confiança (8) Sinceridade (1) Cumplicidade (3) Afeto (1) Compreensão (1) Assistência (1) Genuinidade (1) Entreajuda (1) União (1) Solidariedade/Entreajuda (2) Responsabilidade (1) Faisca (1) Entrega (1) Independência (10)

	Compromisso (1)	Caminho a dois (1) Complementaridade (1) Ser um (1) União (2) Comunhão (1)
B. Intimidade - opiniões diferentes	Diminui (0) Aumenta (4) Não aumenta nem diminui (6)	Diminui (1) Aumenta (6) Não aumenta nem diminui (3)
C. Situações Crise – Sentimento Pertença	Sim (7) Não (3) <u>Sim, porque:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Para não ruir (1) • Proteção face à crise (1) • Apoio (4) • Envolvimento (1) • Estabilidade (2) • Entreajuda (1) • Dedicção (1) • Fortalecimento do Eu (1) 	Sim (8) Não (2) <u>Sim, porque:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Para evitar a solidão (1) • União (1) • Partilha (1) • Apoio (1) • Segurança (1) • Responsabilidade (1) • Pertença (2) • Amor (1) • Segurança (1)

2. Análise Quantitativa

a) Diferenças significativas no sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro.

A propósito do primeiro objetivo, pretende-se averiguar se existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” em casais com cancro e casais sem cancro.

Tabela 5.

Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas face ao sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro.

WE-NESS*	Média	Desvio-padrão
Com cancro	3.643	.444
Sem cancro	4.210	.678

** $p < .01$

O sentimento de “We-ness” é significativamente superior nos casais sem cancro ($M=4.21$) comparativamente aos casais com cancro ($M=3.64$), $t(199.126) = -7.383$, $p < .01$ (Tabela 13, ANEXO D).

b) Diferenças significativas entre géneros no sentimento de “We-ness” em casais sem cancro.

De seguida, o objetivo foi averiguar se no casal sem cancro se verificam diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros.

Tabela 6.

Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, em casais sem cancro.

WE-NESS*	Média	Desvio-padrão
Masculino	4.199	.683
Feminino	4.219	.677

* $p > .05$

Assim, não existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” nos casais sem cancro entre o género masculino (4.199) e feminino (4.219), $t(143.990) = .172$, $p > .05$ (Tabela 16, ANEXO D).

c) Diferenças significativas entre géneros no sentimento de “We-ness” em casais com cancro, no indivíduo portador da doença.

Por outro lado, em casais com cancro, pretende-se averiguar se existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros no indivíduo portador da doença.

Tabela 7.

Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos portadores da doença, em casais com cancro.

WE-NESS _PORTADORES*	Média	Desvio-padrão
Masculino	3.840	.453
Feminino	3.496	.388

* $p > .05$

O sentimento de “We-ness” é significativamente superior nos indivíduos do género masculino ($M=3.840$) comparativamente aos indivíduos do género feminino ($M=3.496$), $t(24.337) = -2.361$, $p < .05$ (Tabela 19, ANEXO D).

d) Diferenças significativas de géneros no sentimento de “We-ness” em casais com cancro, em indivíduos não portadores da doença.

Por fim, foi ainda considerado pertinente comparar, em casais com cancro, se existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros no indivíduo não portador da doença.

Tabela 8.

Média e Desvio-padrão para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos não portadores da doença, em casais com cancro.

WE-NESS NÃO PORTADORES*	Média	Desvio-padrão
Masculino	3.585	.439
Feminino	3.787	.463

* $p > .05$

Assim, não existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre o género masculino e o género feminino em casais com cancro, no qual o indivíduo não é o portador da doença (Mm=3.585; Mf=3.787), $t(24.262) = 1.269$, $p > .05$ (Tabela 22, ANEXO D).

É essencial referir que na nos objetivos finais surge, respetivamente, um total de 37 indivíduos portadores da doença (Tabela 17 - ANEXO D) e um total de 35 nos indivíduos não portadores da doença (Tabela 20 - ANEXO D). Ou seja, isto deve-se ao facto de existir 1 casal no qual observamos que os dois membros vivenciaram a doença oncológica.

Discussão

Dada a limitada informação patente na literatura no que respeita o estudo do “We-ness” em casais com cancro e sem cancro, e tendo em conta o objetivo principal deste estudo, verificou-se que os casais sem cancro manifestam um sentimento de “We-ness” maior, comparativamente aos casais com cancro.

O “We-ness” permite a união e interdependência na luta contra um agente stressor (Pacheco, 2014) - neste caso o cancro – bem como a união e os comportamentos partilhados contra o stress, e isto torna-o mais elevado (Kayser, 2005). Também é necessário compreender a influência do cancro - enquanto agente stressor introduzido neste estudo, tem ao nível do “We-ness” do casal - na qualidade de vida e satisfação conjugal. Isto porque, ao pensarmos o casal devemos ter em consideração os agentes stressores do dia-a-dia que potenciam a diminuição da qualidade de vida do relacionamento conjugal (Bodenmann et al., 2007; Randall & Bodenmann, 2009, cit. por Pacheco, 2014). Dada a força que estes agentes stressores têm ao nível do indivíduo e do casal, a capacidade de se perspectivarem como um “Nós” torna-se menos provável, influenciando, quase que diretamente, o “We-ness” dos casais. Também Mellon, Northouse e Weiss (2006), cit. por Northouse e McCorkle (2010), afirmam que *os casais que lidam com a doença oncológica reportam níveis moderados de stress, em comparação com os casais que não vivenciam esta doença*, o que uma vez mais corrobora com os resultados do estudo, na medida em que os casais sem cancro, não experienciando esta doença que invade o dia-a-dia do casal e obriga a uma premente *reformulação do projeto-de-sermos*, não observam a diminuição do sentimento de “We-ness”, tal como observamos nos casais com cancro.

A forma como os casais lidam com os agentes stressores depende não apenas do funcionamento individual de cada membro do casal – da “*intermediate area*” individual -, como do funcionamento e dinâmica do casal – “*intermediate area*” do casal (proposta no presente estudo) - e do elevado risco de término da relação. Segundo a literatura, quanto mais longa se verificar a cronicidade e a acumulação diária de stress, mais elevada será a probabilidade de surgir um sentimento de alienação mútua no casal e isto, conseqüentemente, potencia o aparecimento da insatisfação no casal e diminuição do “We-ness” (Karney et al., 2005, cit. por Pacheco, 2014). Assim, na literatura, observamos a evidência de que o cancro,

enquanto agente stressor, que invoca a longevidade na vida do casal dado o seu carácter crónico e potencia o acumular diário de stress, faz emergir, no relacionamento conjugal, a alienação mútua; alienação esta que vai ao desencontro do “We-ness”, potenciando a diminuição do mesmo. Ora, assim, verificamos que os resultados deste estudo *corroboram com o que é descrito na literatura*, dado que a presença de agentes stressores como o cancro potencia a diminuição do “We-ness”, daí que nos casais sem cancro se verifique que o sentimento de “We-ness” é maior.

O facto de os casais lidarem com a doença oncológica como um “*We-stress*”, no qual observamos que o stress, conseqüente ao cancro, é experienciado pelos dois membros do casal, através da comunicação, da partilha, da escuta e do suporte, não invalida a diminuição do sentimento de “We-ness”, quando comparados com os casais sem cancro, como alude Skerrett (1998), cit. por Kayser, Watson e Andrade (2007).

É importante observar que nos casais sem cancro, o sentimento de “We-ness” nos homens e nas mulheres não difere, como verificado neste estudo.

Estes resultados *não corroboram com a literatura*, uma vez que se defende que a relação do “We-ness” com a satisfação conjugal nas mulheres é mais complexa dada a facilidade e rapidez com que estas processam a informação face à relação, comparativamente aos homens, observando-se como mais interdependentes e com mais esquemas de relação complexos, o que lhes permite serem mais recetivas e influenciadas pelos comportamentos de suporte dos parceiros masculinos (e.g., Acitelli & Antonucci, 1994; Bodenmann et al., 2006b, cit. por Pacheco, 2014).

Ora, a influência do “We-ness” face aos comportamentos e à informação orientados para a relação é notória (Acitelli & Badr, 2005, cit. por Pacheco, 2014) e, assim, quanto mais o homem aprende a processar a informação relativamente à relação, mais satisfeitas se encontram as mulheres na relação (Sullivan & Baucom, 2005, cit. por Pacheco, 2014). Desta forma, a literatura invoca diferenças na dinâmica conjugal, na perspetiva da mulher e do homem, o que, concomitantemente, invoca diferenças no sentimento de “We-ness”, dado que se o homem não processar rapidamente a informação face à relação, então a mulher não se vai sentir satisfeita e o sentimento de “We-ness” diminui. Este, por norma, segundo a

literatura, é o padrão, que não corrobora com a não existência de diferenças significativas no sentimento de “We-ness” em casais sem cancro, no género feminino e masculino.

Já nos casais com cancro, nos indivíduos portadores da doença, os homens manifestam um sentimento de “We-ness” mais elevado.

No que respeita a literatura existente face a este tema, observa-se que os homens tendem a valorizar a comunicação como sendo o que permite solucionar os problemas da relação, numa perspetiva de manutenção da estratégia, como afirmam Dainton e Stafford, cit. por Acitelli e Badr (2005). Esta estratégia está associada à postura *fight or flight*, clarificada por Loscalzo, Kim e Clark (2010), utilizada nas discussões face aos conflitos conjugais, nas quais a utilização dos *we-ness language* tem um efeito calmante e regulador das emoções no outro parceiro (Seider et al., 2009). Pelo contrário, as mulheres perspetivam a comunicação na relação como parte do dia-a-dia do funcionamento da mesma, permitindo a manutenção da rotina, como referem Dainton e Stafford, cit. por Acitelli e Badr (2005) - comportamento associado a uma postura de *tend and befrien* (Loscalzo, Kim & Clark, 2010).

Assim, podemos verificar que os resultados *corroboram com a literatura existente*, já que os indivíduos do género masculino tendem a afastar-se e assumem esta postura de *fight or flight* para que seja possível manter o equilíbrio da relação e a comunicação serve, então, para que na presença de problemas seja possível equilibrar e solucionar, em conjunto. Adotando esta postura mais “superficial”, mais racional e com menos enfoque emocional constante, os homens tendem a afastar-se dos problemas e a pensar menos sobre estes e, conseqüentemente, a sentir menos, mantendo o equilíbrio e a organização psíquica. Conseqüentemente, esta postura desorganiza as mulheres, daí que os indivíduos do género masculino sintam mais “We-ness”, dado que estão mais organizados e não tomam consciência da desorganização das mulheres. Segundo Hagedoorn et al. (2000), cit. por Li, Mak e Loke (2012), uma vez mais, as parceiras femininas por norma sentem baixa satisfação relativamente à vida, comparativamente aos parceiros masculinos, bem como baixa qualidade de vida, compreendida pela postura adotada, por norma, pelos indivíduos do sexo masculino. Para além disto, alguns estudos manifestam que quanto maior a perceção dos parceiros masculinos em relação à qualidade da relação, menor a probabilidade de as pacientes femininas terem depressão e maior a perceção de qualidade de vida (vice-versa).

Reformulando, uma maior perceção de qualidade na relação nas pacientes femininas está relacionada com maior qualidade de vida dos parceiros masculinos, (Drabe et al., 2015), o que, uma vez mais, permite compreender os resultados.

Uma possível compreensão deste aspeto pode relacionar-se com o facto de, na literatura, podermos observar que nas mulheres a relação entre o “We-ness” e a satisfação conjugal é mais complexa, dado que existe um processamento de informação mais rápido e eficaz na relação. As mulheres são mais interdependentes e utilizam esquemas de relação mais complexos, daí o maior stress sentido e referenciado anteriormente, e são, deste modo, mais recetivas e influenciadas pelos comportamentos de suporte dos parceiros (e.g., Acitelli & Antonucci, 1994; Bodenmann et al., 2006, cit. por Pacheco, 2014). Ora, como referido, se os homens tendem a afastar-se mais, os comportamentos de suporte diminuem, e isto justifica a perceção de desorganização relacional nas mulheres, bem como uma diminuição do sentimento do “We-ness” destas, dada a insatisfação das suas necessidades por parte do parceiro.

Desta forma, quanto mais processamento de informação existir por parte do homem face à relação, mais satisfeitas as mulheres se encontram e isto é potenciado pela presença de “We-ness” nas relações (Sullivan & Baucom, 2005, cit. por Pacheco, 2014). Isto implica uma qualidade relacional elevada nas pacientes femininas quando observamos uma elevada qualidade de vida dos parceiros masculinos, como afirma Drabe, et al. (2015). Loscalzo, Kim e Clark (2010) defendem, ainda, que os homens estão raramente preparados para agir de forma intuitiva e útil e para compreender a necessidade de suporte por parte das mulheres, o que justifica, mais uma vez, a superficialidade de ação destes perante um agente stressor, que invoca a não-ligação para se conseguirem organizarem, dando origem à desorganização nas mulheres. Conseguindo não se desorganizar, os homens portadores de doença tendem a não diminuir o sentimento de “We-ness”, comparativamente às mulheres portadoras da doença. Ou seja, o que se observa não é a diminuição do sentimento de “We-ness” nos homens, mas antes uma diminuição deste sentimento nas mulheres. Assim, com a diminuição do sentimento de “We-ness” nas mulheres, sobressai o sentimento de “We-ness” dos homens que se mantém e revela-se, a nível estatístico, superior.

Uma vez mais, podemos sugerir uma compreensão para o facto de os indivíduos do

sexo masculino percecionarem mais “We-ness”, embora isto não se deva a uma percepção dita “real”, mas sim em comparação com a percepção das mulheres que sofrem mais, visto estarem mais envolvidas e desorganizarem-se com mais facilidade devido à ausência de suporte e satisfação das necessidades por parte dos parceiros. Estes resultados invocam um aumento de “We-ness” nos indivíduos do género masculino, no sentido em que os indivíduos do género feminino se desorganizam mais e o sentimento de “We-ness” diminui, como consequência à carência de apoio e suporte por parte dos parceiros, naquela que é a *reformulação do projeto-de-sermos*, salientando o sentimento de “We-ness” superior da parte dos homens.

As mulheres carregam a maior parte do peso da doença, independentemente de serem pacientes ou cuidadoras (Coyne and Fiske, 1992; Lyons *et al.*, 1995, cit. Hagedoorn, et al., 2000). O bem-estar das mulheres é fortemente influenciado pela condição física, psicológica e social do seu parceiro, comparativamente ao bem-estar dos homens. Entre os homens, o bem-estar parece ser influenciado principalmente pela sua própria condição (Quirouette & Gold, 1992; Lyons et al., 1995; Northouse et al., 1995; Baider et al., 1996, cit. Hagedoorn, et al., 2000). Isto reforça a perspectiva de que os homens tendem a funcionar como um ser independente que se foca no “Eu” e este comportamento tem influencia nos dois parceiros. Este comportamento tem uma base de atuação inconsciente que permite ao homem portador da doença sentir mais “We-ness”, uma vez que as mulheres cuidadores tendem a manter o seu apoio e suporte face aos mesmos.

Os pacientes do género feminino, nos vários tipos de cancro, não mostraram diferenças de género no que respeita ao apoio e suporte e respostas emocionais e psicológicas, tais como raiva, ansiedade e confusão (Baider et al., 1998, cit. Hagedoorn, et al., 2000). No entanto, parecem ser mais ajustadas à doença em relação ao funcionamento sexual, social e profissional do que pacientes do sexo masculino. Assim, ao contrário dos homens, as mulheres portadoras da doença tendem a ser mais ativas mais são mais desorganizadas devido à carência de suporte e apoio por parte dos homens, daí que o sentimento de “We-ness” diminua. Já os indivíduos portadores de doença do género masculino tendem a olhar para si e, ao mesmo tempo, são apoiados pelas parceiras, o que invoca o aumento do sentimento de “We-ness”, naquela que será uma perspectiva “falsa” visto que o “We-ness” implica que seja

mútuo e, neste caso, as mulheres não o sentem como tal.

Alguns estudos demonstram que ser paciente ou o parceiro saudável a lidar com o cancro não faz diferença em termos de sofrimento psicológico e qualidade de vida para as mulheres, dado que ambas percecionam a angústia psicológica e uma menor qualidade de vida. As mulheres são mais orientadas pelo relacionamento, e, portanto, mais fortemente influenciadas pela condição de seu parceiro, do que os homens (Lyons et al., 1995, cit. Hagedoorn, et al., 2000). Surpreendentemente, os pacientes do género masculino também relataram baixos níveis de sofrimento psíquico e uma elevada qualidade de vida. Uma vez mais isto vai ao encontro dos resultados deste estudo.

Ainda ao nível dos casais com cancro, mas, agora, nos indivíduos não portadores da doença, o sentimento de “We-ness” não difere nos homens e nas mulheres.

Estes resultados não vão ao encontro do sugerido por Fromm et al. (2005), cit. por Loscalzo, Kim e Clark (2010)., que afirmam que os homens cuidadores têm tendência para se retirarem emocionalmente e conseguirem, assim, organizar-se, enquanto cuidadores, o que desorganiza as parceiras doentes, evidenciando a vivência da doença numa perspectiva mais individual e independente, na qual a paciente sente o distanciamento e tende a desorganizar-se mais. Os homens tendem a colocar de parte o carácter emocional da sua existência na relação, no *sermos*, no *projeto-de-ser* a dois, e funcionam com base na “razão”, com o objetivo de evitar o sofrimento do próprio, pensando no “eu” e não no “nós” que implica a existência do sentimento de “We-ness”. Uma possível compreensão tem em vista o facto das mulheres, mesmo insatisfeitas, investirem consecutivamente na relação, o que permite ao homem continuar a sentir-se apoiado e a não olhar e percecionar as carências da mulher.

Também as mulheres, sejam cuidadoras ou pacientes, reportam sempre mais stress comparativamente aos homens (Badr & Acitelli, 2008; Hagedoorn et al. cit. por Heinrichs, et al., 2012). Este facto deriva não apenas do comportamento de afastamento emocional por parte do homem, mas também de estas se sentirem negligentes na forma como cuidam dos parceiros doentes, invocando uma preocupação extrema que faz surgir um investimento no cuidar-do-outro extremo e permite, igualmente, a fuga face ao isolamento social e a uma saúde mental fragilizada (Kim et al. cit. por Loscalzo, Kim & Clark, 2010).

Alguns estudos sugerem que a qualidade da relação diminui, depois do diagnóstico de cancro, e isto é particularmente percebido pelas parceiras femininas (Couper et al., 2006, cit. por Manne, et al., 2015), uma vez que estas estão mais dispostas ao sacrifício para benefício da relação (Duarte & Thompson, 1999, cit. por Manne, et al., 2015), principalmente quando providenciam cuidados ao parceiro com cancro (Ussher & Sandoval, 2008, cit. por Manne, et al., 2015).

Neste sentido, verifica-se claramente que os resultados obtidos *não corroboram com a literatura*, dado que na literatura existem diferenças significativas no comportamento do homem e da mulher enquanto cuidadores, e neste estudo não se manifestam essas diferenças.

Zarit et al. (1986 cit. por Wagner et al., 2006) defendem que os parceiros podem sofrer de *caregiver burden*, ou seja, a sua saúde física, o bem-estar psicológico, a vida social e as condições económicas podem ser afetadas pela doença das parceiras. Alguns estudos observam que independentemente da resposta do parceiro relativamente à doença da mulher, todos eles, assumindo o papel de cuidadores informais, revelam níveis elevados de fadiga (Haley et al., 2001; Teel & Press, 1999 cit. por Wagner et al., 2006), diminuição de apetite, perturbações do sono (Wellish et al., 1978 cit. por Wagner et al., 2006) e diminuição da concentração interferindo com a capacidade de trabalho (Wellisch et al., 1978, cit. por O'Mahoney & Carroll, 1997).

Também Miller & Cafasso (1992), cit. por Hagedoorn, et al. (2000) afirmam que os cuidadores do género masculino são menos propensos a realizar tarefas de cuidados pessoais e de casa e, conseqüentemente, percecionam um “peso” inferior ao da cuidadora. Rose-Rego et al. (1998), cit. por Hagedoorn, et al. (2000), no que respeita a doença de Alzheimer, também esta doença crónica, demonstraram que as diferenças na saúde psicológica nas cuidadoras de pacientes do género masculino foram mais elevadas comparativamente às diferenças de saúde psicológica nos cuidadores masculinos, psiquiatricamente saudáveis. Mais especificamente, os cuidadores do género feminino relataram elevados níveis de angústia e baixos níveis de satisfação com a vida. Este achado é importante, pois indica que diferenças de género na saúde psicológica dos cônjuges dos pacientes são de fato um resultado da experiência da doença.

Os cuidadores do género masculino, por sua vez, relataram baixos níveis de

sofrimento psicológico e elevada qualidade de vida – o que não corrobora, uma vez mais, com os resultados observados neste estudo, existindo diferenças significativas nos indivíduos do género masculino e feminino não portadores de cancro.

Outra explicação na literatura aponta para que, em comparação com os homens, as mulheres possam fazer uso de estratégias de enfrentamento menos eficazes, e, portanto, perceber mais angústia quando se encontram perante agentes stressores (Rose-Rego et al., 1998, cit. por Hagedoorn, et al., 2000), daí que a desorganização psíquica seja mais elevada nas mulheres.

As mulheres podem perceber mais sofrimento psicológico, porque gastaram mais horas em tarefas de cuidado. De fato, pesquisas anteriores demonstraram que as mulheres são mais propensas a realizar cuidados pessoais e tarefas domésticas do que os homens (Miller e Cafasso, 1992, cit. por Hagedoorn, et al., 2000), o que desgasta e exige mais da mulher. Ao mesmo tempo, os homens demonstram mais satisfação e autoestima de *caregiving* do que as mulheres. Tradicionalmente, as mulheres são vistas como os cuidadores familiares, e, portanto, os homens podem definir padrões elevados para si e sentir que só estão a fazer o que é suposto fazer e o que é esperado que façam. Os homens podem sentir-se bem em relação a si mesmos, porque estão a cumprir um papel que não era esperado deles. Alguns estudos têm indicado que as mulheres são fortemente influenciadas pela condição do seu parceiro do que os homens, como referido anteriormente. Assim, podem não ser as tarefas de cuidado que perturbam as mulheres, mas a situação, na qual o parceiro não apoia e suporta, que perturba.

Os homens são, geralmente, perspetivados como menos capazes de expressar as suas emoções e, tradicionalmente, o choro remete para um traço negativo. Faz assim sentido equacionar que, vendo a luta das mulheres, o marido cuidador, com as suas emoções, provoque sentimentos depressivos nas mulheres.

Ao nível dos resultados do estudo qualitativo, verificamos que a palavra “Nós” é associada pelos casais com e sem cancro a diversas palavras, como por exemplo: partilha, união, amizade, amor, confiança, respeito e interdependência. Nos sujeitos com cancro surge, também, a intimidade, que sugere a importância deste aspeto da vida do casal perante a vivência de uma situação de crise (cancro).

É interessante verificar que mesmo nos casais sem cancro, que não vivenciam uma

situação de crise como o cancro, a importância da união e do sentimento de um “Nós” torna-se relevante e a destacar no discurso dos casais, enfatizando, uma vez mais, a importância do “We-ness” no casal com e sem cancro.

A palavra “Nós” como sendo uma palavra do *we-ness language*, torna-se o ponto-chave nesta análise e podemos observar que os casais, quando questionados sobre a significação da mesma, tanto invocam o “We-ness”, como alguns manifestam o contrário. No entanto, predominantemente, o “We-ness” é valorizado tanto pelos casais com cancro, como pelos casais sem cancro, não corroborando com os resultados quantitativos que afirmam que os casais sem cancro têm mais sentimentos de “We-ness”.

Quando o tema é a presença de opiniões diferentes no que reporta a cada membro do casal e a ligação destas à intimidade do casal, verificamos que, na maioria dos casais sem cancro, as opiniões diferentes não promovem nem o aumento, nem a diminuição da intimidade dos casais. Alguns, por sua vez, traduzem o aumento desta intimidade perante opiniões diferentes.

Já nos casais com cancro, verificamos que, maioritariamente, o sentimento de intimidade aumenta quando existem opiniões diferentes por parte dos membros do casal. Alguns revelam que a intimidade não aumenta, nem diminui, e que um indivíduo afirma que a intimidade diminui perante opiniões diferentes.

Posto isto, observamos que, quando vivenciada uma situação de crise pelo casal, neste caso o cancro, as diferentes opiniões por parte dos membros dos casais com cancro são importantes no que reporta o aumento da intimidade dos casais, dado que existe uma valorização do “eu” (que invoca a “*intermediate area*” do indivíduo) que é diferente do outro, mas que faz igualmente parte de um “nós” (acedendo à proposta “*intermediate area*” do casal), de um *sermos*, naquela que é a *reformulação do projeto-de-sermos*.

Nos casais sem cancro, que não vivenciam a situação de crise, este aspeto não é tão valorizado, e a intimidade não aumenta nem diminui quando verificamos a presença de opiniões diferentes por parte dos membros do casal. Isto demonstra, claramente, a influência que a situação de crise – o cancro - tem no aumento do sentimento de “We-ness” e na relação

do casal, dado que, quando fragilizados, os membros do casal tendem a valorizar mais aspetos que consideram importantes e que, para os casais normativos, são menos reconhecidos como tal.

Estas descobertas não corroboram com os resultados obtidos a nível quantitativo, uma vez que nestes últimos observámos que os casais sem cancro têm um maior sentimento de “We-ness”.

Quando abordado o tema das situações de crise e a influência destas no sentimento de pertença, no casal, verificamos que existe uma ligação direta face à perspetiva de um “nós”, visto que este “nós” é potenciado pelo surgimento do sentimento de pertença e permite enfrentar o cancro ou outra situação de crise. Assim, verificou-se que, nos casais com cancro, a importância dada ao sentimento de pertença é superior, embora a diferença face aos casais sem cancro não seja significativa, existindo, por isso, uma importância dada a este aspeto semelhantes entre casais com e sem cancro.

Alguns estudos qualitativos revelam que, a longo prazo, a doença e as consequências da vivência desta traduzem um elo de união para o casal (Melo et al., 2005; Dorval et al., 2005, cit. por Martins, 2009), uma vez que os indivíduos defendem que a doença oncológica os aproximou, não estando por isso associado à rutura do casamento. Isto permite-nos pensar na possibilidade do “We-ness” não ter diminuído, mas por sua vez mantido ou aumentado em casais com cancro, o que não corrobora com os resultados quantitativos.

Lichtman et al. (1987; O’Mahoney & Carrol, 1997; Ramos & Patrão, 2005, cit. por Martins, 2009) afirmam que a maioria dos casais apresenta um bom ajustamento marital no pós-diagnóstico de cancro e uma melhoria significativa na qualidade da relação, conseqüente ao facto de ultrapassarem a doença juntos. Ora, assim, isto vai ao encontro da presença do sentimento de “We-ness” que permitiu que ultrapassassem a vivência em conjunto, numa perspetiva de sermos, de estarmos com e lutarmos juntos, como uma “WE-disease”, numa *reformulação do projeto-de-sermos*.

Concomitantemente, é importante pensar **as limitações** do presente estudo. O facto da literatura sobre o estudo do “We-ness” em casais com cancro ser restrita pode ser

perspetivado como uma limitação deste estudo, na medida em que a fundamentação teórica tem por base: o estudo de conceitos que se relacionam com o “We-ness” e já foram estudados na relação com este; e, também, algumas doenças crónicas, que são paralelas à cronicidade do cancro e às implicações que estas doenças de uma vida, tal como o cancro, têm não apenas no “Eu/Tu”, mas num “Nós”, num *sermos*. Ao mesmo tempo, a falta de informação que fundamente a base teórica deste estudo torna-se um fator inovador deste estudo que permite, no futuro, “voar” mais alto e enriquecer a literatura existente face ao “We-ness” em casais com cancro.

Outra limitação que deve ser invocada prende-se com a dimensão do instrumento, uma vez que este compila um conjunto de questionários e escalas e, de todos, apenas o *We-ness Questionnaire* (Miranda, Patrão & Gouveia (in press), Validação do questionário We-ness - versão reduzido; Pacheco, 2014, Versão original; Miranda, 2015, adaptação e tradução portuguesa) foi utilizado neste estudo. Assim, era importante que no futuro, quando estudado o “We-ness”, numa perspetiva quantitativa, fosse utilizado apenas o respetivo questionário, independente de um conjunto de outros elementos incorporados num único instrumento com sete páginas e que demora, essencialmente, trinta minutos a ser preenchido.

Relativamente à **pertinência** deste estudo podemos começar por refletir sobre o facto de a doença oncológica ser vivida dentro de um “sistema” relacional que adocece. Isto é, num *sermos*, no qual observamos a presença de um “Eu” e de um “Ele/Ela” que, na vivência e experiência da doença, se tornam um “Nós”. Este “Nós”, este sistema, vê-se confrontado com potenciais agentes stressores que influenciam a vida, as rotinas e o *projeto-de-ser* dos indivíduos/ casal e potenciam a *reformulação do projeto-de-sermos* – numa dinâmica conjunta que privilegia a união das duas “*intermediate area*” de cada membro do casal e possibilita, conseqüentemente, o surgimento do sentimento de “We-ness” e da vivência da doença enquanto “*We-disease*”, tendo por base a *we-ness language* (pensar num “Nós” ao invés de um “Eu/ele/ela”).

Os resultados encontrados no presente estudo apontam para a validação deste paradigma na vivência da doença – paradigma onde observamos que a doença afeta o sistema relacional no qual se insere o indivíduo doente e o parceiro. Nesta perspetiva, podemos, então, enaltecer a presença de várias influências ao nível do indivíduo e do casal, de acordo

com a perspectiva fenomenológica-existencial e das denominadas *dimensões da existência*. O indivíduo é, simultaneamente, influenciado pelo mundo natural e pela relação com este que corrobora no sentido em que a doença oncológica tem implicações para o indivíduo enquanto *ser-no-mundo* (*Umwelt – dimensão física*). Depois, e somente através da *relação com os outros* - no *estar-com* e da *intersubjetividade* -, os indivíduos percebem que os sentimentos e as atitudes surgem na relação com o outro, e no processo dialógico de atribuição de significados dos outros para os próprios e dos próprios para os outros (*Mitwelt – dimensão social*), sempre *na* e *pela* relação com o outro (Matos, 2006). O indivíduo também se destaca naquela que é a *relação consigo mesmo*, que remete para o mundo subjetivo e da autoconsciência – para os significados que o mundo tem para o “Eu”, para o ser (*Eigenwelt – dimensão psicológica*). Por fim, podemos pensar a *relação com o desconhecido* como fazendo parte das relações com o mundo, que envolve uma relação direta com o mundo ideal, na qual se exprime a existência individual (*Espiritual*).

Assim sendo, torna-se claro que o indivíduo deve ser pensado a nível individual, mas nunca apenas desta forma: virado para dentro (eu) e para fora (outro), enquadrado em sistemas relacionais e pensado na sua existência total (Dasein), não pondo de lado o conjunto das suas relações. É ao pensar o indivíduo e as suas relações que torna possível o desenvolvimento deste paradigma epistemológico, em torno do qual se desenvolve este estudo, que se acredita destacar a pertinência deste estudo. Envolve temática do casal, do “Nós”, naquela que é a vivência da doença oncológica. O ser existe no mundo com o outro e, como afirma Sartre (1943/1997, p. 453, cit. por Langaro, Pretto & Cirelli, 2012): “*A existência do outro revela-me o ser que sou*”, enfatizando, uma vez mais, a importância do estudo do “Nós” e, conseqüentemente, do “We-ness”.

Para além deste aspeto inovador, o conceito de “We-ness”, normalmente, pensado numa perspectiva cognitiva-comportamental foi, agora, pensado também numa perspectiva fenomenológica-existencial, na medida em que valoriza a existência do indivíduo com e sem cancro e o casal em si que vivencia ou não a doença oncológica. É importante enaltecer a importância deste aspeto, visto que este novo “olhar” perante este conceito nos permite repensar conceitos antigos e o casal nesta lógica da existência humana. A doença oncológica obriga a uma reformulação do *projeto-de-ser* e o casal sofre as conseqüências disso. Esta perspectiva permite o enriquecimento do estudo do conceito de “We-ness” e o

aprofundamento do mesmo, na medida em que para que ocorra esta reformulação é essencial a presença deste sentimento de “We-ness”, que permite a *reformulação do projeto-de-sermos*. É muito importante pensarmos o “We-ness” como um conceito que vai para além da sua definição conceptual inicial que é reconhecido em cada casal de forma particular, esforço esse que pode ser um *apport* neste trabalho.

Por fim, é de reconhecer a importância que este estudo tem ao nível da intervenção psico-oncológica, na medida em que estes resultados são muito importantes para a compreensão da prática clínica nesta área. Trill (2013), aborda alguns fatores psicológicos no casal com cancro, entre eles, o grau de comunicação, os modos de expressão afetiva e o nível de compromisso, dada a importância que estes têm na dinâmica do casal. Ora, se os homens adotam uma postura mais “superficial” e racional, distanciam-se dos problemas profundos com o objetivo de se afastarem do sofrimento que estes lhe podem causar. Assim, é extremamente importante pensarmos que, na prática clínica, podemos observar este comportamento que, conseqüentemente, causa na mulher a diminuição do sentimento “We-ness”, como foi possível verificar. Este aspeto permite, agora, aos psico-oncologistas uma nova visão sobre a dinâmica dos casais com o intuito de compreender se realmente o homem adota esta postura e se o fizer, perceber o porquê e tentar desmistificar comportamentos que podem ser prejudiciais para a mulher.

Neste sentido, e perspetivando **estudos futuros**, seria importante pensar algumas sugestões perante os resultados e conclusões deste estudo. Primeiramente, seria importante a utilização exclusiva do *We-ness Questionnaire* (Miranda, Patrão & Gouveia (in press), Validação do questionário We-ness - versão reduzido; Pacheco, 2014, Versão original; Miranda, 2015, adaptação e tradução portuguesa) na medida em que ao fazer parte de um instrumento que contém vários instrumentos obriga a que os participantes precisem de aproximadamente 30 minutos para efetuarem o preenchimento. Ao utilizar apenas o instrumento do “We-ness” todo o processo de recolha de dados seria facilitado e, mais importante, permitiria evitar enviesamentos e possíveis falhas ao nível das respostas dos participantes conseqüentes ao cansaço e desgaste devido ao tempo de preenchimento do questionário.

Em segundo lugar, para que os resultados sejam mais consistentes, no futuro seria importante não apenas aumentar o tamanho da amostra, incluindo os diferentes tipos de

cancro, como adotar uma estratégia qualitativa com base em entrevistas semiestruturadas de resposta aberta para que seja possível, no estudo do sentimento de “We-ness” do casal, ter em conta o “Eu”, isto é: a história de vida dos indivíduos, de cada membro do casal, tendo em conta a influência que pode ter ao nível da dinâmica do casal e, conseqüentemente, do “We-ness”; e os relacionamentos mais antigos, com o objetivo de compreender se existe um padrão ou se existem diferenças comparativamente aos relacionamentos anteriores. Também o tipo de personalidade é importante ter em conta. Assim, não ocorre uma descentração do “Nós”, mas é tida em conta a individualidade de cada membro do casal, sem deixar de enfatizar a importância do *sermos*, tornando o estudo mais profundo ao nível da compreensão primeiramente do “Eu” e, conseqüentemente, do “Nós” e do “We-ness”. Isto revela-se, também, dada a importância da inter-relação entre as características do agente stressor (cancro) que devem ser perspectivadas como vulnerabilidades individuais (por exemplo, como potenciadoras de depressão) e como vulnerabilidades diádicas (potenciadoras de hostilidade nas relações) (Hagedoorn et al., 2000; Story & Bradbury, 2004, cit. por Drabe et al., 2015).

Por fim, na perspectiva introduzida relativamente ao conceito de “*intermediate area*” – área entre a realidade externa e o mundo interno - sugerido por Winnicott (1977), cit. por Baker et al. (2016), e no que respeita os estudos futuros relativamente ao “We-ness”, podemos pensar na existência de uma “*intermediate area do casal*” paralela ao modelo do “We-ness” como explicado anteriormente. Isto é, seria interessante pensarmos numa área intermedia que compila as duas áreas individuais de cada indivíduo membro do casal. O “We-ness” surge, nesta perspectiva, a partir da presença desta “*intermediate area do casal*” que permite a vivência do *sermos* que remete, diretamente, para a experiência de um “We”, ao invés de um “I Vs. He/She”. Neste sentido, esta sugestão para estudos futuros prevê-se como paralela à sugestão anterior que invoca e enfatiza as “*intermediate areas*” individuais dos membros do casal, na medida em que contorna, de novo, a importância da realização de estudos qualitativos face ao sentimento de “We-ness”, perspectivando a análise de um “Eu”, da “*intermediate area*” do “Eu” e, conseqüentemente, de um “Nós”, isto é, da “*intermediate area do casal*” que se manifesta como paralela ao modelo do “We-ness” quanto à sua explicação e como antecedente para o surgimento deste sentimento.

Referências Bibliográficas

- Acitelli, L. K., & Badr, H. J. (2005). *My Illness or Our Illness? Attending to the Relationship When One Partner Is Ill*. In Reverson, T. A. et al. (Ed.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Decade of behavior, (pp.121-136), Washington, DC; US: American Psychological Association.
- Badr, H., Acitelli, L. K., & Taylor, C. L. C. (2008). Does talking about their relationship affect couples' marital and psychological adjustment to lung cancer?. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(1), 53-64.
- Badr, H., & Krebs, P. (2013). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1688-1704.
- Badr, H., Cramack, C., Milbury, K. & Temech, M. (2013). Psychosocial interventions for couples coping with cancer: a systematic review. *Psychological Aspects of Cancer*, 1(11), 177-198.
- Baker, P., Beesley, H., Fletcher, I., Ablett, J., Holcombe, C., & Salmon, P. (2016). 'Getting back to normal' or 'a new type of normal'? A qualitative study of patients' responses to the existential threat of cancer. *European journal of cancer care*, 25(1), 180-189.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>.
- Costa, S., Jimenez, F., & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 327-339.
- Drabe, N., Klaghofer, R., Weidt, S., Zwahlen, D., Büchi, S., & Jenewein, J. (2015). Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(4), 442-450.
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-oncology*, 9(3), 232-242.

- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W., & Baucom, D. H. (2012). Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine, 43*(2), 239-252.
- Kayser, K. (2005). Enhancing dyadic coping during a time of crisis: A theory-based intervention with breast cancer patients and their partners. In Revenson, T., Kayser, K. & Bodenmann, G. (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 175–194). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kayser K, Watson LE, Andrade T. (2007). Cancer as a “we-disease”: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health, 25* (4), 404-418.
- Kayser, K., & Scott, J. L. (2008). Why work with couples? In K. Kayser & J.L. Scott (Eds.), *Helping couples cope with women’s cancers: An evidence-based approach for practitioners* (pp. 35-51). New York: Springer.
- Kuijjer, R. G., Buunk, B. P., Ybema, J. F., & Wobbes, T. (2002). The relation between perceived inequity, marital satisfaction and emotions among couples facing cancer. *British Journal of Social Psychology, 41*(1), 39-56.
- Langaro, F., Pretto, Z., & Cirelli, B. G. (2013). Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. *Psicologia clínica, 24*(2), 127-146.
- Li, Q. P., Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2012). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International nursing review, 60*(2), 178-187.
- Lyons, K. S., Bennett, J. A., Nail, L. M., Fromme, E. K., Dieckmann, N., & Sayer, A. G. (2014). The role of patient pain and physical function on depressive symptoms in couples with lung cancer: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology, 28*(5), 692.

- Loscalzo, M. J., Kim, Y., & Clark, K. L. (2010). Gender and caregiving. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (2nd ed., pp. 522-526). Oxford University Press: New York, NY US.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, *112*(S11), 2541-2555.
- Manne, S. L., Kissane, D., Zaider, T., Kashy, D., Lee, D., Heckman, C., & Virtue, S. M. (2015). Holding back, intimacy, and psychological and relationship outcomes among couples coping with prostate cancer. *Journal of Family Psychology*, *29*(5), 708-719.
- Martins, A. I. C. (2009). *Impacto do cancro da mama no casal: análise em espelho das perspectivas de ambos os cônjuges* (Doctoral dissertation). Universidade do Algarve, Algarve.
- Martins, A. M., Almeida, S. S. L. D., & Modena, C. M. (2011). O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. *Revista da SBPH*, *14*(1), 74-91.
- Matos (2006). Para que serve uma psicanálise hoje? *I Congresso Luso-Brasileiro*. Lisboa.
- Miranda, N. (2015). *Validação do questionário de weness para a língua portuguesa em casais gerais e oncológicos* (Master dissertation).
- Northouse, L. L., & McCorkle, R. (2010). Spouse caregivers of cancer patients. In Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle, R (Eds.). *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp 516-521). Oxford University Press: New York, NY US.
- O'Mahoney, J. M., & Carroll, R. A. (1997). The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *4*, 397-415. doi:10.1023/A:1026205502614.
- OMS (2015). *Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. França, OMS.

- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23(3), 295-304.
- Reid, D. W., Dalton, E. J., Laderoute, K., Doell, F. K., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of we-ness and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 132(3), 241-284.
- Revenson, T. A., Kayser, K. E., & Bodenmann, G. E. (2005). *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Teixeira, J. A. C. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 24(3), 289-309.
- Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *British journal of health psychology*, 20(1), 85-114.
- Pacheco, A. (2014). Mechanisms of dyadic coping: implications for interventions (Doctoral Dissertacion). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Seider, B. H., Hirschberger, G., Nelson, K. L., & Levenson, R. W. (2009). We can work it out: age differences in relational pronouns, physiology, and behavior in marital conflict. *Psychology and aging*, 24(3), 604-613.
- Wagner, C. D., Bigatti, S. M. and Storniolo, A. M. (2006), Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15: 109–120. doi: 10.1002/pon.928.

Anexos

Anexo A
Revisão da Literatura

A conceptualização do “We-ness” pode ser observada na literatura a partir dos anos 90 (e.g., Acitelli et al., 1999; Agnew et al., 1998; Buehlman et al., 1992; Reid, et al., 2006; Pacheco et al., 2014), como um sentido de união no qual observamos uma representação cognitiva da relação como uma *identidade incluída no self individual*. Também com base na teoria de Reid et al. (2006); Reid, Doell, Dalton & Ahmad (2008), cit. por Pacheco (2014), o “We-ness” envolve não apenas a representação cognitiva, referida anteriormente, mas também os processos de cognições, comportamentos e emoções entrelaçados e experienciados na relação. Assim sendo, este processo pode refletir-se na percepção que o casal tem da sua relação mais como uma unidade interdependente, do que duas independentes e individuais.

O “We-ness” surge igualmente associado à confiança que os casais constroem quando focam a sua atenção no casal e não no indivíduo, bem como à percepção de construção de um “*We/Nós*”, ao invés de um “*I/Eu*” ou de um “*He/She/ele/ela*” (Vedes, Bodermann, Randall & Reid, 2013). É essencial, no estudo do impacto do cancro no casal, uma vez que as consequências de todo o processo oncológico devem ser perspectivadas ao nível do doente oncológico e, também, do seu parceiro/cuidador. Independentemente do estágio da doença, esta pode suscitar o aparecimento de desafios exclusivos para o relacionamento que, na perspectiva do casal - do “We”- pode ter por base uma adaptação bem-sucedida não dependente das circunstâncias da doença, mas sim da forma como o casal interioriza a doença nas suas vidas (Badr & Manne, 2008), com as suas valências livres individuais, mas em simultâneo como um *We* (Matos, 2006). Está, ainda, associado ao *sentido de self* (que envolve a interdependência e a mutualidade internalizada face ao parceiro e também o sentimento de uma coexistência separada e autónoma, permitindo aos parceiros que formem o sentido de união ou parceria e amizade, fundamentalmente) do parceiro incluído na identidade do casal e que reflete a relação com o parceiro (Fergus & Reid, 2001, cit. por Reid et al., 2006).

Os pronomes utilizados pelos casais durante a resolução de problemas estão relacionados com aspetos importantes de saúde conjugal. Assim, os parceiros que usam os pronomes da primeira pessoa do plural (*Nós*) durante a resolução de conflitos, demonstram-se, para ambos, mais eficazes no que respeita as soluções satisfatórias para os problemas. O uso dos pronomes da primeira pessoa do singular (*Eu*) está negativamente relacionado com

a satisfação conjugal (Simmons et al., 2005).

Segundo Reid et al. (2006), os *termos do “We-ness”* envolvem *dois componentes*: (1) relaciona-se com a diminuição da tendência para pensar no parceiro como inteiramente diferente ou oposto do próprio self; (2) e com o aumento da tendência para pensar nos parceiros como funcionando como uma única unidade. O discurso traduz, inúmeras vezes, o primeiro componente, na medida em que surgem as diferenças e os contrastes como que olhando para o parceiro como um “*Tu*” contrário a um “*Eu*”, bem como o segundo componente, quando utilizadas palavras que implicitamente incluem o outro no *self*. Assim, a utilização dos termos do “*We-ness*” aumenta a integração dos pontos-de-vista de cada um e invoca uma diminuição da primazia atribuída ao ponto-de-vista e experiências do próprio enquanto indivíduo independente do outro.

Concomitantemente, adotar o sentido de “*We-ness*” é usar as palavras “*Nós*” ou “*Nosso*”, mas também um sentido de pensamento que reflete *o sentido de reciprocidade com o outro* e uma *integração das perspectivas do outro com as do próprio*.

“I saw it [the cancer] in some way as guaranteed to be relationship building, we were bound to learn a lot, and have to deal with a lot and that’s another kind of gift in this—that to deal with crisis and build through it—is good for the relationship we want.” (Kayser & Scott, 2008, p. 35).

Podemos, assim, denotar que quando os parceiros utilizam o “*We-talk*”, invocam o aparecimento de melhores capacidades de *coping* do casal num contexto saudável (Rohrbaugh et al., 2008; Rohrbaugh et al., 2012, cit. por Robbins et al., 2013) e a utilização do termo “*We*”, comparativamente ao uso do “*I*”, relaciona-se com um melhor ajustamento do paciente. O “*We-talk*” do parceiro pode, então, ser benéfico para os pacientes que lidam com a doença. Existe, igualmente, um *communal coping*, no qual os pacientes colhem os benefícios de partilhar, ao invés da solidão, de se sentirem como que um fardo ou fazem uma reflexão de um amplo sentido de interdependência no casal (Agnew, et al., 1998, cit. por Robbins et al., 2013). O paciente que usa o “*Tu*” está, assim, significativamente, relacionado com uma possível depressão e o paciente e o parceiro que usam este termo relacionam-se com um pior ajustamento do casal. Neste sentido, casais mais stressados (Williams-Baucom,

et al., 2010, cit. por Robbins et al., 2013) usam com mais frequência o termo “*Tu*”, o que reflete relações pouco saudáveis entre os pacientes e os seus parceiros (Simmons, et al., 2008, cit. por Robbins et al., 2013). O “*Tu*” pode traduzir um tom de culpa na comunicação do casal (Georgiou, et al., 2011, cit. por Robbins et al., 2013), promovedor de conflitos e tornar-se tóxico para a coesão conjugal.

Os parceiros que utilizam a *we-ness language* (*we-words*) – que refletem interdependência, responsabilidade partilhada e companheirismo – demonstram interações caracterizadas pelos elevados níveis de comportamentos emocionais positivos e baixos níveis de comportamentos emocionais negativos. Nos contextos de discussões face a conflitos conjugais, quando um dos parceiros usa o “*We-ness*”, o principal efeito é calmante e regulador das emoções no outro parceiro. Contrariamente, as *separateness words* (*me/you-words*) refletem a independência e foca-se no individuo e estão associadas com interações caracterizadas por elevados níveis de comportamentos emocionais negativos e com mais casamentos insatisfeitos. A ativação destas últimas palavras é particularmente tóxica para os casamentos e influencia os dois parceiros (Seider et al., 2009).

Assim, o *We-ness Model* (Figura 1) (Pacheco, 2014) traduz a importância do “*We-ness*” no desenvolvimento da relação do casal, num contexto longitudinal. Desta forma, os *antecedentes* do “*We-ness*” podem ser intrapessoais (*self-construal*, género, personalidade, estilos de amor, autointerpretação e autodeterminação) e interpessoais (história consistente da relação; bases de dependência; intimidade; proximidade; sexualidade; objetivos comuns) e desempenham um papel inicial no que respeita o desenvolvimento do mesmo. De seguida, surgem os *mecanismos primários* constituídos pelo *dyadic coping*, a comunicação, a resolução de conflitos e a confiança. Concomitantemente, o “*We-ness*” surge e revela-se a partir das *state facets*: a faceta cognitiva (identidade do casal); a faceta emocional (sentido de união); faceta comportamental (sentido de solidariedade); e a faceta experimental (experiências partilhadas no passado e presente pelo casal), a faceta diferencial (balanço entre as necessidades de dependência e a autonomia) e a faceta dinâmica (a reciprocidade continua do casal e da sua relação ao longo do tempo), propostas na abordagem de Reid (2006, cit. por Pacheco, 2014). Os *mecanismos avançados* surgem, imediatamente a seguir, e dizem respeito às estratégias de construção de conflito, à autonomia, à competência, à abordagem

em equipa, à aceitação, à tolerância, ao perdão, às atribuições positivas e ao processo interpessoal. Por fim, neste modelo, *as consequências* do “We-ness” manifestam-se e correspondem à satisfação e estabilidade relacionais, ao bem-estar e à saúde no casal (Pacheco, 2014).

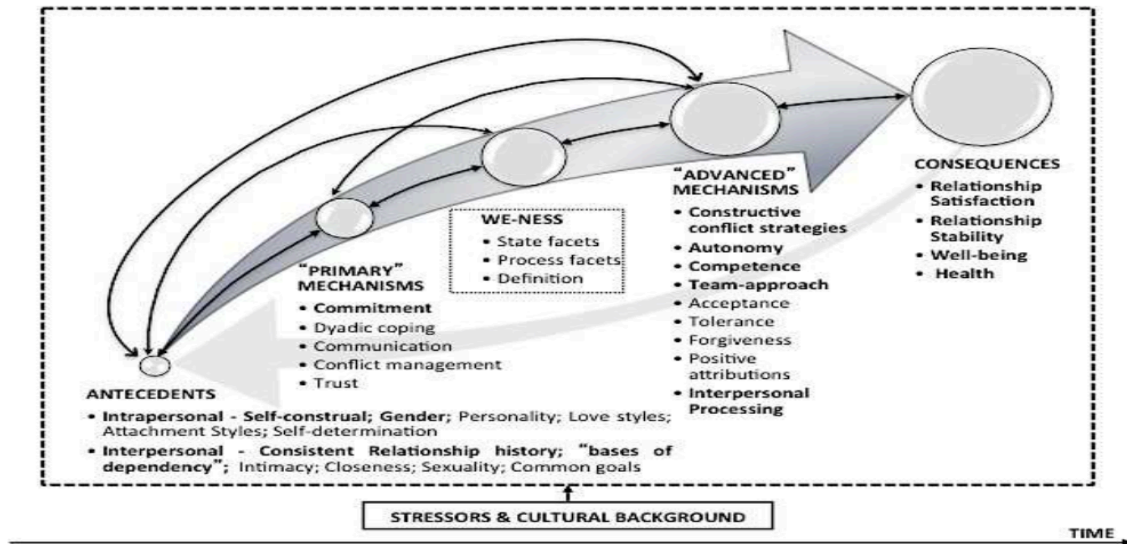


Figura 1. We-ness Model (Pacheco, 2014)

Este modelo demonstra, claramente, a relação do “We-ness” com outros conceitos específicos, embora se difira, naturalmente, destes. Dada a influência que as fases do modelo têm no aparecimento do “We-ness” e as consequências que surgem mais tarde, é notória a relação entre os *antecedentes* do “We-ness”, os *mecanismos avançados* e o próprio “We-ness”, dado que é a partir destes *antecedentes* que todo o processo de desenvolvimento do “We-ness” surge.

Assim sendo, Pacheco (2014) corrobora nesta distinção clara de alguns *conceitos* que se relacionam e são influenciados ou influenciam o “We-ness”, mas são diferentes deste. O conceito de *dyadic coping* surge como um dos *mecanismos primários* que dá origem ao “We-ness” e é o processo através do qual o parceiro, sujeito ao stress, o comunica ao parceiro não-stressado que, por sua vez, interpreta o stress do primeiro, podendo resultar no contágio do stress do parceiro face a si mesmo, na sua falta de resposta ou no *dyadic coping* (Bodenmann, 1995; Traa et al., 2015; cit. por Pacheco, 2014). Podem, ainda, ser distinguidas três formas de *dyadic coping*: o positivo (comportamentos de suporte); o negativo (comportamentos negativos – hostilidade, ambivalência e superficialidade no contacto com o stress do outro); e o comum (comportamentos focados nas emoções e problemas de ambos) (Bodenmann,

1995, 2005, cit. por Pacheco, 2014), que implica que ambos os parceiros lidem com o agente stressor, daí a forte relação com o “We-ness”, que permite a união e interdependência na luta contra o agente stressor.

O *dyadic coping* difere-se do “We-ness”, visto que ocorre *num contexto específico* no qual o casal lida com o stress e, só depois, pode ou não conduzir ao “We-ness”. Assim, o *dyadic coping* tem por base os comportamentos e capacidades dos dois parceiros em certas situações de vida. Verifica-se, assim, que o *dyadic coping comum* é relevante no aumento do bem-estar e no funcionamento da relação em casais que enfrentam o cancro como uma “*We-disease*” (Badr, et al., 2010; Berg et al., 2008; Kayser, Watson, & Andrade, 2007, cit. por Pacheco, 2014), isto é, quanto mais unidos estiverem e mais comportamentos contra o stress partilharem, mais elevado será o “We-ness”.

“Paciente: Coping com ele e comigo é que nós falamos sobre o cancro da mama e nos lidamos com isso.

Parceiro: Nós partilhamos decisões; nós partilhamos a pesquisa. Nenhum de nós está autorizado a dizer, “Isto é o que eu estou a fazer. Eu não quero saber – é a minha doença.”. isto é partilhado – é como que uma we-disease.

Paciente: (...) isto foi a coisa mais impressionante que ele me disse. Ele chama-lhe uma we-disease. Ele simplesmente disse-me isso há umas semanas atrás.

Parceiro: Não é o que isto é?

Paciente: É, mas o que não quer dizer que todos pensem desta maneira.”

(Kayser, 2005, p. 175).

O *dyadic coping comum* é, então, o que melhor explica o “We-ness”, visto que pode desempenhar um papel único no que remete a ajuda, no casal, face às situações de stress, para além dos comportamentos de suporte relacional (e.g., Badr et al., 2010; Kayser et al., 2007, cit. por Pacheco, 2014). Também o *dyadic coping positivo e negativo* providenciam suporte aos parceiros e ajudam a explicar o aparecimento do “We-ness”. Estas perceções face ao *dyadic coping* permitem que os casais percecionem maior *satisfação conjugal* em ambos

os sexos, quando comparados com percepções de *dyadic coping* providenciados pelo indivíduo só (Bodenmann, 2000; Wunderer & Schneewind, 2008, cit. por Pacheco, 2014). Isto pode ser explicado através do *positive directional bias* do parceiro, que faz referência à tendência para olhar para além dos atributos atuais do parceiro e aumentá-los; bem como pelo tempo de relação ser superior a dois anos, que pode sugerir uma visão precisa do parceiro como sendo de confiança, refletindo padrões de receção de suporte oriundos de experiências anteriores. Uma visão aumentada e precisa face ao parceiro pode coexistir e estar associada ao sucesso da relação (Neff & Karney, 2005, cit. por Pacheco, 2014).

Neste sentido, a *satisfação conjugal* traduz-se na avaliação global subjetiva da relação pelos parceiros (Hendrick, Dicke & Hendrick, 1998, cit. por Pacheco, 2014). Assim, contrariamente ao conceito de *dyadic coping*, o foco da *satisfação conjugal* é a *sensação momentânea de cada parceiro* no que respeita a relação como um todo. Neste sentido, difere-se do “We-ness”, visto que este último pode ser concebido como uma sensação mais permanente e uma avaliação da relação como uma unidade – um “Nós”. O “We-ness” relaciona-se, assim, com a *satisfação conjugal* (Reid et al., 2006; Pacheco, 2014), principalmente nas mulheres, e a *esta* está, por sua vez, associada ao *dyadic coping positivo e negativo* do parceiro e ao *dyadic coping comum* de ambos os géneros. Desta forma, o “We-ness” medeia, claramente, a associação entre o *dyadic coping* e a *satisfação conjugal* e está associado à *satisfação conjugal* masculina, mas, maioritariamente, à feminina (Pacheco, 2014). A presença do *dyadic coping*, principalmente o *comum*, como *mecanismo primário* do *We-ness Model*, permite certamente, o surgimento do “We-ness” e, consecutivamente, da *satisfação conjugal*, daí que o “We-ness” tenha uma função mediadora nesta relação. Nesta perspetiva, quando a relação com um dos parceiros se torna significativamente integrada com o sentido de autoidentidade do parceiro, verifica-se um aumento da *satisfação conjugal* (Reid et al., 2006).

Contudo, a associação entre o *dyadic coping*, o “We-ness” e a *satisfação conjugal* é mais forte, relevante e complexa nas mulheres, relativamente aos homens, uma vez que as mulheres processam mais facilmente a informação do que os homens no que respeita a relação - são mais interdependentes e têm esquemas de relação mais complexos -, o que sugere que sejam mais recetivas e influenciadas pelos comportamentos de suporte dos

parceiros (e.g., Acitelli & Antonucci, 1994; Bodenmann et al., 2006b, cit. por Pacheco, 2014). O “We-ness” influencia, assim, os comportamentos e a informação orientados para a relação (Acitelli & Badr, 2005, cit. por Pacheco, 2014) e quanto mais o homem aprende a processar a informação relativamente à relação, mais satisfeitas se encontram as mulheres na relação (Sullivan & Baucom, 2005, cit. por Pacheco, 2014).

No que respeita a *qualidade do relacionamento conjugal*, verificamos que uma relação íntima satisfatória é o aspeto mais significativo para o bem-estar dos indivíduos (Berscheid & Reis, 1998, cit. por Pacheco, 2014) e, desta forma, a qualidade de uma relação íntima afeta o bem-estar físico e psicológico individual, a qualidade da relação conjugal e a morbidade e mortalidade. Assim, a *qualidade do relacionamento conjugal* tem um impacto profundo no bem-estar das crianças (Cummings & Davies, 2010; Proulx et al., 2007, cit. por Pacheco, 2014) e na sociedade em geral (Bradbury & Karney, 2010, cit. por Pacheco, 2014), o que faz com que *o casal* seja o “motor central” da família (Bronfenbrenner & Evans, 2000; Cox & Paley, 2003, cit. por Pacheco, 2014).

A *qualidade do relacionamento conjugal* forte - que suporta - é positiva e não ambígua, revelando-se como determinante para a associação positiva entre as relações e a saúde (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Ryff & Singer, 2000; Uchino, 2012, cit. por Pacheco, 2014). Nesta perspetiva, as relações insatisfatórias estão diretamente associadas ao reduzido bem-estar relacional e individual e à fraca saúde de ambos (Proulx et al., 2007, Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Umberson, Williams, Powers, Liu, Needdham, 2006, cit. por Pacheco, 2014).

As diferenças de *género*, tornam-se, concomitantemente, imprescindíveis, dado que o stress do cuidador pode ser perspetivado no que respeita o género do mesmo - feminino ou masculino – e o stress psicológico tem uma diferente influência na *qualidade de vida de cada um*, dependendo do género e do papel no processo da doença - *cuidador vs. paciente* (Kim et al. cit. por Loscalzo, Kim & Clark, 2010). Estudos apontam para respostas diferentes face ao stress consoante o género, uma vez que *as mulheres* respondem numa perspetiva de *tend and befriend*, enquanto *os homens* adotam uma postura *fight or flight* (Loscalzo, Kim & Clark, 2010). As mulheres perspetivam a comunicação na relação como uma parte do dia-a-dia do funcionamento de uma relação (manutenção da rotina). Já os homens valorizam a

comunicação como uma extensão utilizada para solucionar problemas da relação (manutenção da estratégia) (Dainton & Stafford, cit. por Acitelli & Badr, 2005).

Assim, as *cuidadoras* tendem a aperceber-se de um conjunto de reciprocidade e mutualidade emocional com os maridos doentes como resultado da sua negligência face às preocupações dos parceiros doentes e aos seus defeitos no que respeita a sensibilidade interpessoal. Este comportamento tem como objetivo lidar com sentimentos de isolamento e de inadequação social e, também, com uma possível saúde mental fragilizada (Kim et al. cit. por Loscalzo, Kim & Clark, 2010). As mulheres costumam reportar *mais stress* do que os homens, quer sejam elas cuidadoras ou doentes (Badr & Acitelli, 2008; Hagedoorn et al. cit. por Heinrichs, et al., 2012). O stress consequente ao diagnóstico proporciona a vivência da partilha de gentileza pelo casal, o que aumenta a produtividade da relação. No entanto, isto pode ocorrer naquele que é denominado o contexto de prevenção, no qual o agente stressor não é abordado, proporcionado o afastamento do casal com o objetivo de possibilitar a adaptação, independente, por parte de cada um. Desta forma, a fuga face à discussão sobre o agente stressor torna toda uma situação potencialmente positiva em ajustes futuros negativos, caso ocorra uma situação de cancro (Heinrichs et al., 2012). Os comportamentos diádicos devem, então, ser promovidos e os processos diádicos de caracterização do funcionamento do casal definem a forma como ambos lidam com a doença juntos (Kayser, Watson & Andrade, 2007).

Quanto aos *cuidadores*, estes são emocionalmente desligados das suas esposas doentes, o que lhes permite sofrer menos no que respeita o abandono emocional e ter mais tempo e energia, resultando num funcionamento físico melhor. Mesmo face ao ambiente social, os cuidadores masculinos tendem a ser menos sensíveis a nível emocional, utilizando a distância emocional, a comportamentalização e a resolução de problemas como defesas naturais que se traduzem em conformidade. Apesar disto não favorecer o suporte emocional das mulheres doentes, estas afirmam, muitas vezes, que estes são os traços valorizados, por elas mesmas, nos homens. Assim, os homens tendem a retirar-se emocionalmente para conseguirem funcionar e isto tem implicações para o aumento do stress nas parceiras doentes (Fromme, Drach, Tolle et al., 2005, cit. por Loscalzo, Kim & Clark, 2010).

Concomitantemente, o autorrelato quanto à *satisfação conjugal* torna-se um critério importante na avaliação da *qualidade do relacionamento conjugal*, definida como a avaliação

geral subjetiva dos parceiros na relação num certo momento (Hendrick, Dicke, & Hendrick, 1998, Pacheco, 2014). Os *indicadores de satisfação e estabilidade relacionais* são multideterminados por diversos fatores que contribuem para a força e a vulnerabilidade (i.e. divórcio) e podem ser observados em *três categorias* que têm impacto nas relações ao longo do tempo: (1) a *intrapessoal* – personalidade, autoestima, estilos de vinculação; (2) a *interpessoal* – comportamento diádico, processos cognitivos e emocionais durante as interações entre parceiros; e (3) a *contextual* – stress, cancro (Karney & Bradbury, 1995; Bradbury & Karney, 2010, cit. por Pacheco, 2014). A categoria contextual e a sua ligação face à intrapessoal e interpessoal nas trajetórias relacionais tem tido uma maior relevância, de acordo com o *vulnerability-stress-model* (VSAM; Karney et al., 2005, Story & Bradbury, 2004, cit. por Pacheco, 2014).

É, assim, essencial compreender as variáveis que promovem o aparecimento do stress - elemento a ser enquadrado e vivenciado pelo casal - que são explicadas pelo *Vulnerability-Stress-Model*, no qual o stress no casamento e as separações surgem da combinação de *três variáveis* presentes no casal: (1) elevadas *vulnerabilidades* intrapessoais (problemáticas dos traços de personalidade, experiências negativas na família de origem); (2) elevada exposição contextual a eventos stressantes (contextos stressantes, eventos de vida agudos, transições de vida); e (3) processos adaptativos interpessoais reduzidos (fraca comunicação, resolução de problemas e capacidades de suporte) (Karney & Bradbury, 1995; Karney et al., 2005, cit. por Pacheco, 2014). Estes agentes stressores do dia-a-dia corroem, assim, a *qualidade do relacionamento conjugal* (Bodenmann et al., 2007; Randall & Bodenmann, 2009, cit. por Pacheco, 2014).

Também o *Stress-Divorce-Model* (Figure 2) (Bodenmann, 2000; Bodenmann et al., 2007, cit. por Pacheco, 2014), permite compreender o aparecimento dos agentes stressores que têm implicações não apenas ao nível do indivíduo, mas também do casal, influenciando diretamente o “We-ness”. Assim, os agentes stressores externos à díade (casal), especialmente os problemas do dia-a-dia e os stressores crónicos, como o cancro, dependem do funcionamento individual e da relação e do elevado risco de dissolução da relação: (1) o tempo reduzido que ambos os parceiros dispensam para a relação - quantitativa e qualitativamente – e a oportunidade de viverem experiências e intimidade juntos (Neff &

Karney, 2004, cit. por Pacheco, 2014); (2) a diminuição da qualidade da comunicação (Ledermann, Bodenmann, Rudaz & Bradbury, 2010, cit. por Pacheco, 2014; Strong, Jong & Merritt, 2014; Badr, et al., 2008) pela redução da partilha de emoções e de respostas positivas, bem como conflitos e interações negativas (Krokoff, Gottman & Roy, 1988; Repetti, 1989, cit. por Pacheco, 2014); (3) o aumento da probabilidade de surgirem problemas psicológicos e físicos, como disfunções sexuais (Bodenmann, Ledermann, Blattner & Galuzzo, 2006; Bodenmann et al, 2007, cit. por Pacheco, 2014), ansiedade, depressão (Falconier et al., 2014; Williams, 1995, cit. por Pacheco, 2014), agressões (Frye & Karney, 2006; Langer, Lawrence & Barry, 2008, cit. por Pacheco, 2014), raiva e hostilidade (Bodenmann, Meuwly, Bradbury, Gmelch & Ledermann, 2010, cit. por Pacheco, 2014); e (4) o aumento da possibilidade de serem expressos os traços da personalidade mais difíceis, como a rigidez, o domínio e a intolerância (Bodenmann et al., 2007, cit. por Pacheco, 2014). Desta forma, quando mais longa for a cronicidade e o acumular do stress diário, maior é a probabilidade de surgir o sentimento de alienação mutual no casal e mais insatisfeitos, vulneráveis ao divórcio sentir-se-ão e, se estas condições inibitórias são percecionadas por ambos, surge a separação/divorcio (Karney et al., 2005, cit. por Pacheco, 2014).

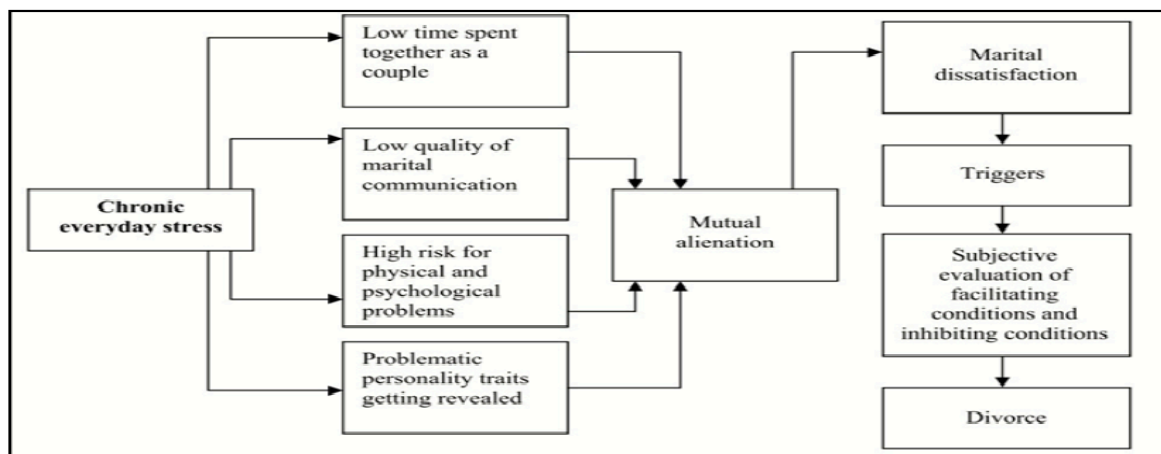


Figura 2. Stress-Divorce-Model (Bodenmann, 2000; Bodenmann et al., 2007^a, cit. por Pacheco, 2014)

Contudo, como referido anteriormente, as formas positivas de *dyadic coping* individual e, especialmente, de *dyadic coping* do casal provam ser um fator de proteção

contra os efeitos do stress e estão associados à elevada *qualidade do relacionamento conjugal* e à elevada estabilidade relacional (Revenson, Kayser, & Bodenmann, 2005; Falconier, Nussbeck, & Bodenmann, 2013, cit. por Pacheco, 2014), tal como ao bem-estar (Bodenmann, Mewly, & Kayser, 2011; Falconier et al., 2014, cit. por Pacheco, 2014) e à saúde do mesmo (Berg & Upchurch, 2008; Falconier et al., 2014; Kayser, Watson & Andrade, 2007, cit. por Pacheco, 2014).

Desta forma, a experiência do cancro é, primeiramente, individual e os pacientes e os respetivos parceiros podem ter diferentes perspetivas face a essa vivência. A *comunicação*, como referida no ponto (2) do *Stress-Divorce-Model* (Bodenmann, 2000; Bodenmann et al., 2007, cit. por Pacheco, 2014) é, então, um ponto fulcral no que respeita esta situação de stress vivenciada e uma oportunidade para o casal fundir duas perspetivas independentes numa atribuição de significado à experiência oncológica, em conjunto. Assim, o desenvolvimento deste significado partilhado através da conversação proporciona uma apreciação da relação pelo casal, bem como a abordagem de diferentes experiências de formas semelhantes pode ajudar a aumentar e sustentar a qualidade da relação e, também, a reparar a relação que vive tempos de conflito. Na verdade, a *comunicação na relação* e a *satisfação conjugal* estão positivamente associadas com os *ajustamentos do casal* e negativamente com o stress psicológico (Strong, Jong & Merritt, 2014; Badr, Acitelli & Taylor, 2008). Estudos comprovam que as parceiras femininas sentem, maioritariamente, baixa satisfação em relação à vida, quando comparadas com os parceiros masculinos (Li, Mak & Loke, 2013) e baixa qualidade de vida (Hagedoorn et al., 2000, cit. por Li, Mak & Loke, 2012).

Neste sentido, para além da importância da comunicação no casal, torna-se relevante observar a reação do casal face à situação de stress, como por exemplo face à doença oncológica. Bodenmann introduz o “*The Stress-Coping Cascade*” (Bodenmann (2000), cit. por Revenson, Kayser e Bodenmann, 2005) que é acionado pelo casal que vivencia a situação de stress, quando um dos membros do casal avalia o stress. Geralmente, este processo tem uma ordem temporal dinâmica e, na maioria dos casos, os parceiros tentam, primeiramente, lidar com o stress de forma individual, isto é, procuram estratégias individuais numa primeira fase. Quando estas estratégias individuais falham, também o *dyadic coping* é posto em causa e surge a necessidade de existir um apoio/suporte externo ao casal. A ajuda profissional é,

normalmente, requisitada nestas situações.

O casal reage, assim, à doença oncológica como um *sistema emocional*, uma vez que existe uma relação recíproca entre a doença do paciente e o stress emocional do parceiro. Por sua vez, os casais que lidam com o cancro reportam níveis moderados de stress, comparativamente aos casais que não experienciam a doença oncológica. Consequentemente, podemos demarcar a *interdependência* face aos pacientes com cancro e os seus parceiros, nomeadamente, ao nível da gestão das mudanças nas regras familiares, dos sintomas e na manutenção da qualidade de vida da família (Mellon, Northouse & Weiss, 2006, cit. por Northouse & McCorkle, 2010). As *responsabilidades* são, por norma, assumidas pelo parceiro do paciente oncológico que ajuda na manutenção do funcionamento familiar, o que pode levar, inúmeras vezes, ao excesso de trabalho por parte do parceiro, correndo este o risco de desenvolver um quadro depressivo.

O conceito *caregiver burden* diz respeito ao *stress consequente à providência de cuidados por parte do parceiro* ao doente oncológico e está como que interligado a esta interdependência do casal. Desta forma, o *caregiver burden* aumenta quando os sintomas de stress dos pacientes aumentam, bem como as suas necessidades. Estudos confirmam que os parceiros dos pacientes com cancro são vulneráveis ao *caregiver burden* devido às exigências da função de cuidador e às suas vidas que passam a estar entrelaçadas com as dos doentes (Northouse & McCorkle, 2010).

Kayser, Watson e Andrade (2007) afirmam existirem vários padrões nos casais que vivem a doença oncológica, nomeadamente, o *Mutual Responsiveness* que envolve a definição, realizada pelo casal, da experiência de cancro como um “*We-stress*” – isto é, um stress mútuo, que afeta os dois. Através da comunicação, o casal partilha, nas suas respostas, o stress de cada um e ouvem-se e suportam-se mutuamente, o que permite a diminuição do mesmo. Isto significa que estão “juntos” na situação e conversam, abertamente, sobre o cancro –agente stressor (Skerrett, 1998, cit. por Kayser, Watson & Andrade, 2007). O segundo padrão observado é o *Disengaged Avoidance* – que ocorre quando o casal se confronta com o agente stressor como individual, isto é, o agente afeta cada um individualmente e não como um casal, como o caso de alguns casais que permaneceram juntos (Kayser, Watson & Andrade, 2007).

Ora, ao pensarmos no “*We-ness*” e os padrões adotados pelos casais perante o agente

stressor, este pode, também, ser pensado numa perspectiva fenomenológica-existencial que abarca a existência enquanto *estar-no-mundo*, segundo *quatro dimensões da existência* (Van Deurzen-Smith, 1996, 1998, cit. por Teixeira, 2006) que traduzem, com clareza, a necessidade da relação com o outro, do *ser com o outro* (Matos, 2006) e a importância do “We-ness”, no *viver, estar e ser com*. A *física* que diz respeito ao mundo natural e relaciona-se com a segurança e o bem-estar provenientes da relação com o ambiente vividas num corpo físico – *Umwelt*. Ou seja, está diretamente relacionada com a doença oncológica e as implicações físicas da mesma no indivíduo enquanto *ser-no-mundo*.

A *social* que vem no seguimento do termo *Mitwelt*, que faz referência ao mundo da relação com os outros, do *estar-com* e da *intersubjetividade* que permite ao indivíduo descobrir o que é através dos sentimentos e atitudes que surgem da relação com o outro e dos significados dos outros para os próprios (Martins, Almeida & Modena, 2011; Reid, et al., 2006). Já em 1988, Heidegger contribuía para este pensamento atual ao afirmar que “mesmo o *estar-só* é *ser-com* no mundo. Somente num *ser-com* é que o outro pode faltar. O *estar-só* é um *modo deficiente de ser-com*. (...) O mundo é sempre um mundo compartilhado com os outros.” (p. 172., cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011), e daqui surge a complexidade e importância do “We-ness”.

A *psicológica* que faz referência ao termo *Eigenwelt*, que traduz o mundo da relação consigo mesmo – “(...) existência subjetiva e fenomenológica de si-mesmo, da construção do mundo pessoal, com auto percepção de si, da sua experiência passada e das possibilidades, recursos, fragilidade e contradições, marcado pela procura de identidade própria assente na autoafirmação e na polaridade de atividade/passividade.” (Teixeira, 2006, p. 291). Reverte, desta forma, para o mundo subjetivo e da autoconsciência, do que o mundo significa para o ser (May, 2000, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011) e que reflete também as valências livres dos indivíduos (Matos, 2006).

E a *Espiritual* que remete para o mundo da relação com o desconhecido, envolvendo diretamente uma relação com o mundo ideal, a ideologia e os valores, onde se exprime o propósito da sua existência individual (Teixeira, 2006; May, 2000, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011).

Esta abordagem fenomenológico-existencial está, então, ligada primeiramente a um *eu individual* (Teixeira, 2006), como Sartre (1945/1978, cit. por Langaro, Pretto & Girelli,

2012) afirma: o homem é *um ser-no-mundo*, isto é, dotado de um corpo e de uma consciência através dos quais se relaciona com o mundo e estabelece relações caracterizadoras da sua existência; um ser que se faz a si próprio *escolhendo-se* e é a combinação da sua realidade, das suas capacidades, possibilidades e potencialidades; *um ser “em aberto” que está em projeto*. Esta torna-se, com clareza, a forma como o indivíduo escolhe *estar-no-mundo*, permitindo ser-se através da liberdade, escolhendo em função do futuro (que envolve ansiedade e pode estar diretamente associada à questão do cancro como agente stressor (Teixeira, 2006) e à possibilidade de *deixar-de-ser* (Olivieri, 1985; Machado, Monteiro, Quieroz, Vieira & Barroso, 2007, cit. por Martins, Almeida & Modena, 2011)) ou do passado (que envolve culpabilidade, neste caso, a culpa de não ter feito mais antes da doença e de poder não vir a fazer – questões claramente existenciais que remetem, respetivamente, para o *não-ser* e para o *deixar-de-ser*).

Assim, a *autenticidade* permite a cada um aceitar a condição humana tal como é vivida e fazer *escolhas*, bem como de construir e sonhar um *projeto existencial* que remete para a união entre o passado, presente e futuro, para a continuidade e coerência interna. O mundo interno exprime-se, assim, na simbolização, na imaginação e no juízo de cada indivíduo, que estão diretamente ligadas ao amor, à intimidade, à espontaneidade e à criatividade na relação com o mundo externo (Teixeira, 2006) – no sentido em que só a *vivência emocional e partilhada* transporta vida e implica a *criação*, que é “(...) – sempre – uma obra a dois; (...), uma obra de um para o outro.” (Matos, 2006, p.5). A *criação* é, assim, o que permite um *estar-com* relacional (Matos, 2006); um *estar-com* que permite o ajustamento à realidade externa, naturalmente abordando o tema da doença oncológica que se traduz num fator de stress, que provoca mudanças consideráveis na vida do *Eu* e do *Nós*.

Neste sentido, falamos num *projeto-de-ser* que deriva das escolhas e ações dos indivíduos associadas ao desejo de ser. São escolhas quotidianas que levam a este *projeto-de-ser fundamental* – composto pelas ações e escolhas, em curso, do indivíduo. Este projeto é mediado pelo *desejo de ser*, que, por si só, medeia também as relações dos indivíduos com o mundo (Sartre 1945/1978, cit. por Langaro, Pretto & Cirelli, 2012). Estas *escolhas* invocam o sentido existencial de que o homem “(...) faz-se a si próprio escolhendo-se” (Teixeira, 2006, p.2), como ser consciente capaz de fazer escolhas livres e intencionais, das quais resulta o

sentido da sua existência e do seu *projeto-de-ser*, e que são realizadas em função do futuro ou do passado. Nesta perspectiva, o diagnóstico de cancro envolve, igualmente, toda uma ansiedade gerada por medos existenciais relacionados com a rutura no *projeto-de-ser* e o medo, referido anteriormente, de *deixar-de-ser* – numa relação direta com o receio de morte consequente ao diagnóstico cancro. A *escolha* é, assim, “um processo central e inevitável na existência individual e a liberdade de escolher-se envolve responsabilidade pela autoria do seu destino e compromisso com o seu projeto.” (Teixeira, 2006, p. 3). Ao mesmo tempo, estas escolhas fazem surgir a *identidade* e as *caraterísticas* do indivíduo.

Desta forma, as denominadas *decisões de Milestone* - decisões importantes como ter filhos, parar a medicação, casar, etc. - são objetos de conversação delicados tendo em vista a sua significância para a realidade relacional e existencial do casal e para a intimidade do mesmo e tem por base o “We-ness” do casal. São *escolhas* que fazem parte de um processo que envolve um interesse por parte de ambos no que respeita a construção de um plano face ao presente e ao futuro de uma vida em conjunto – um *projeto-de-ser* – e são importantes para a união e *satisfação conjugal* (Zvonkovic et al. 1994, cit. por Strog, Jong & Merritt, 2014).

Por conseguinte, ao abordarmos a ideia de futuro, nomeadamente ao nível da problemática oncológica, torna-se impreterivelmente indispensável constatar-mo-nos com o conceito de Sartre, ligado à *reformulação de projeto-de-ser*: perante a ameaça à sua existência, o indivíduo vê-se obrigado a rever as suas *dinâmicas-de-ser*, da sua história de relações e da sua constituição enquanto *ser-no-mundo*. Isto, inúmeras vezes, inclusive na vivência do cancro, é uma experiência dolorosa e cambaleante - uma reorganização do projeto a partir de uma *rutura inesperada, imperativa e complexa* – assumindo-se como o *ser-no-mundo-com-cancro*. O “(...) acolher e investir no projeto de uma existência com cancro é colocar-se em estado de fragilidade, sujeito a carências, incertezas.” (Silva, 2009, p.65, cit. por Langaro, Pretto & Girelli, 2012). Esta reformulação deve, assim, ser também perspectivada ao nível do casal.

Neste sentido, o reajustamento e a adaptação do casal podem incluir o “esconder” as más notícias dos outros membros da família, a tentativa de manter o ambiente normal em casa e as responsabilidades face aos cuidados das crianças, a negociação de mudanças na

família e as regras ocupacionais, bem como a interferência no futuro através de planos de vida. Também os desafios são uma estratégia de *coping*, tal como a preocupação com as suas habilidades para providenciar suporte emocional e prático ao paciente e à potencial perda do seu parceiro de vida (Maughan et al., 2002; Thomas et al., 2002, cit. por Li, Mak & Loke, 2012).

A *reformulação de projeto-de-ser* deve, igualmente, ser perspectivada ao nível do casal, no qual o “We-ness” está envolvido. Faz, então, sentido abordar o conceito de “*intermediate area*”, criado por Winnicott (1977, cit. por Baker et al., 2016) e estudado no cancro, mais tarde (Salander, 2007, 2012, cit. por Baker et al., 2016). Este conceito surge num olhar mais individual da existência humana, focado no *Eu*, na medida em que os pacientes lidam com a tensão consequente ao diagnóstico e à vivência da doença oncológica através da construção de uma “*intermediate area*” entre a realidade externa e o mundo interno – i.e.: alusão, numa mesma conversa, a uma expectativa de vida de 20 anos e de 2 anos por parte de um paciente. Esta área não contorna o problema, nem a falta de informação, como que uma fuga face ao problema - à rutura na existência, no *projeto-de-ser* - dado que o paciente tem consciência da severidade do problema. No entanto, permite que o indivíduo reporte a diversas visões de futuro como que numa “brincadeira” para manter, da melhor forma que sabe e sente, a esperança perante a ameaça à sua existência (Baker et al., 2016), isto é, perante a *rutura do projeto-de-ser*.

Ora, podemos, então, pensar numa “*intermediate area do casal*”? Isto é, como verificado anteriormente e paralelamente ao *We-ness Model* com todos os seus compostos, bem como com os modelos que estudam o stress e, agora, com o conceito de “*intermediate area*” de Winnicott, podemos reformular este “olhar” face ao “We-ness” como sendo uma consequência do nascimento de uma “*intermediate area do casal*”, composta pelas “*intermediate area*” de cada membro do casal?

Ou seja, pensando o *We-ness Model* e o conceito de “*intermediate area do casal*”, o “We-ness” surge como consequência das “*intermediate area*” individuais, nas quais integramos os *antecedentes* do *We-ness Model* – intrapessoais e interpessoais, paralelos às estratégias intrapessoais e interpessoais do *Vulnerability-Stress-Model*. De seguida, através dos *mecanismos primários* (dyadic coping, comunicação, resolução de conflitos e confiança) referidos no *We-ness Model*, o casal pode, então, intervir como casal, pela primeira vez, quer

nas situações cotidianas, quer em situações de stress (como o cancro) e esta *ação conjugal* invoca a construção de uma “*intermediate area do casal*”, na qual observamos a influência direta das “*intermediate area*” de cada membro do casal, constituídas, uma vez mais, pelos *antecedentes* do *We-ness Model*. Desta forma, com a “*intermediate area do casal*” desenvolvida, mediada pelos *mecanismos primários* do *We-ness Model*, permite o consequente aparecimento do “We-ness”.

Concomitantemente, o “We-ness” revela-se, na sua essência, a possibilidade de existência enquanto casal, na vida quotidiana e no *projeto-de-ser*, num sentimento de pertença a um “Nós” e não um “Ele/Ela” independentes, permitindo, assim, perante situações de stress, o reajustamento e *reformulação do projeto-de-ser*, em conjunto, a dois, através dos *mecanismos primários*, dando origem, mais tarde, aos *mecanismos avançados* (estratégias de conflito construtivas, autonomia, competência, abordagem em equipa, aceitação, tolerância, perdão, atribuições positivas e um procedimento interpessoal) do *We-ness Model*.

Consequentemente, surge a satisfação conjugal, a estabilidade conjugal, o bem-estar e a saúde individuais e do casal, através do desenvolvimento desta “*intermediate area do casal*” que medeia, claramente, o aparecimento do “We-ness”, isto é, do sentimento de “Nós” enquanto indivíduos que existem e que se escolhem como casal perspetivando um novo projeto, desta vez, um *projeto-de-sermos*.

Como alude Sartre (1943/1997, cit. por Langaro, Pretto & Girelli, 2012) e na perspetiva da existência num *estar-com-o-outro*, a relação do *Eu* com o seu corpo permite a relação do *Eu* com o *Outro*, sendo a conexão entre o si mesmo e o mundo. Ora, a perceção que o indivíduo tem do seu próprio corpo implica pôr-se num lugar, num tempo, com limites e possibilidades, daí que descreva três dimensões ontológicas do corpo: o corpo como *ser-para-si*; o corpo como *ser-para-o-outro* - “*relação fundamental entre meu ser e o ser do outro*” (Sartre, 1943/1997, p. 427, cit. por Langaro, Pretto & Girelli, 2012); e o corpo enquanto *experiência do Eu, conhecido pelo outro em função do seu corpo* – do existir para si (Sartre, 1943/1997, cit. por Langaro, Pretto & Girelli, 2012).

Retomando, o conceito de *criação* de Matos (2006), podemos perspetivar o “We-ness” como “um projeto a dois”, mediado por uma “*intermediate area do casal*” que se introduz e permite, notoriamente, a *reformulação de projeto-de-ser*, em casais com e sem cancro, dado que o indivíduo existe só, mas, para existir só, é necessário existir *com-o-outro*, ou seja, *criar-*

com-o-outro. O futuro, no pós-diagnóstico da doença, será construído e reformulado pelo paciente e pelo seu parceiro, através de um *estar-com* (Matos, 2006) que alude à partilha de estratégias como o *dyadic coping – mecanismo primário* do *We-ness Model* - que permite enfrentar e olhar para o futuro, reformulando-o, o que corrobora, na sua essência, com a ideia de “*intermediate area do casal*” como que um projeto a dois, que permite o surgimento do “We-ness” e torna possível a superação, aceitação, reajustamento e vivência da doença a dois e não apenas como dois indivíduos independentes.

Algumas intervenções e abordagens aplicadas a casais, em contexto clínico, corroboram no desenvolvimento do “We-ness” (Reid et al., 2006; Kayser, 2005). O *interpersonal processing*, por exemplo, é considerado a base, em terapia de casal, para se desenvolver o sentido de “We-ness” ou identidade com a relação e requer *três componentes*: (1) o pensamento reflexivo sobre o self em relação aos outros; (2) tomada de perspectiva do outro, como forma de empatia; (3) e o uso deste para compreender mental e emocionalmente como o parceiro se relaciona com o outro reciprocamente. O objetivo é que o pensamento de reflexão face a si mesmo demonstre a descoberta por parte dos dois parceiros que cada um aprende mais a cerca se si mesmo através da relação.

Neste sentido, como cada parceiro está igualmente, a par do que o/a seu/sua esposo/a estão a aprender a cerca de si mesmo, ocorre uma aprendizagem mútua sobre cada um, afetando a perspectiva de como os casais vêm e integram a sua relação e, conseqüentemente, interagem. Observamos, nesta perspectiva, a integração dos *insights* com o seu próprio sistema de pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação a cada um – *integração do self na relação*. Contudo, o “We-ness” não traduz a integração completa com outra pessoa, mas com a relação com outra pessoa, dado que é a chave para que cada parceiro realize que cada diferença face ao outro também contribui para o “We-ness” (Reid et al., 2006), o que corrobora com a ideia de que apesar do “Nós” existir, o indivíduo não deixa de ter as suas valências livres (Matos, 2006), mas começa a sentir-se como fazendo parte de uma relação e, claro está, este sentimento é enfatizado quando cada parceiro sente e experiencia a relação como sendo parte de quem ele/ela é.

Concomitantemente, o “We-ness” é o sentido de identidade com o parceiro que é complementar. É, portanto, uma relação na qual existe partilha íntima, não obstante os inúmeros ativos e passivos, imperfeições e inadequações que são idiossincráticas à relação.

Com o aumento do sentido de “We-ness”, aumenta, igualmente, o sentido de mutualidade com o parceiro e também o sentido de proximidade como se o sentido de self e do outro se sobrepusessem, em círculos do self - como um círculo do Eu e o parceiro como outro círculo (Aron et al., 2001, cit. por Reid et al., 2006). Com o “We-ness” existe uma poderosa autoconsciência, o que é construtivo e, consecutivamente, positivo para o *sentido de ser* ele/ela próprio/a.

Analogamente, quer isto dizer que quando uma pessoa começa a *ver-se a si mesmo na relação do ponto de vista e experiências do parceiro*, é como se um ficasse de fora do seu mundo interno para ver o seu self de forma reflexiva. A subjetividade de cada um torna-se mais objetiva dentro da relação, embora da perspectiva e experiências do seu/sua esposo/a (Reid et al., 2006), o que alude ao conceito de Sartre (1943/1997, cit. por Langaro, Pretto & Girelli, 2012) de que a relação do Eu com o seu corpo permite a relação do Eu com o Outro, como uma conexão entre o si mesmo e o mundo, evocando a existência do Eu como um *estar-com-o-outro*. Consequentemente, este movimento manifesta-se de tal forma para cada um que cada um pode, então, influenciar o outro positiva e negativamente, apenas confirmando a sua conexão enquanto casal (Reid et al., 2006).

O conceito *the looking-glass self* (Cooley, 1902, cit. por Reid, et al., 2006) remete, claramente, para a forma como uma pessoa se vê a si mesma, enquanto fazendo parte de um *projeto-de-ser* que traduz a importância da sua existência no mundo, a partir das percepções dos outros, o que corrobora, claramente, com a noção de *estar-com* o outro, num projeto a dois, que permite, assim, o surgimento do “We-ness” e, por consequência, a *reformulação do projeto-de-ser*, quando observamos a doença oncológica como agente stressor do casal (Matos, 2006).

Assim, perante os conceitos de *reformulação de projeto-de-ser* (como um processo de criação que implica um *Nós*), da “*intermediate area*” *individual* e, também, do *We-ness Model* que envolve uma série de conceitos, como o de *dyadic coping*, *satisfação conjugal* e *qualidade do relacionamento conjugal* que se relacionam, diretamente, com o “We-ness”, é possível pensarmos numa “*intermediate area do Nós*” que, no contacto mediador face ao “We-ness”, permite o ajustamento do casal, e não apenas do indivíduo, à situação de crise, como perspectivado, em pormenor, anteriormente e no sentido de *reformulação do projeto-de-ser* e de reajustamento do casal.

Esta nova “*intermediate area do casal*” surge no seguimento do processo de *criação* do casal, num *projeto-de-ser* a dois, que tem na sua base a “*intermediate area*” de cada um dos membros do casal - o mundo interno e externo de cada um, enquanto seres individuais e independentes pensadores e escolhedores de um *projeto-de-ser* individual; e os fatores intrapessoais e interpessoais de cada um, bem como os contextuais paralelos aos *antecedentes* do *We-ness Model*.

Isto é, ao mesmo tempo, aperceber-nos que cada um tem as suas estratégias e defesas, personalidade, estilo de amor, autodeterminação e estilos de vinculação, relacionado com o seu mundo interno e, também, os fatores ligados ao mundo externo, como a história das suas relações, as bases de dependência, a intimidade, a proximidade, a sexualidade e os objetivos comuns, que caracterizam a “*intermediate area*” individual, de cada um. Como Matos (2006) aborda, as *valências livres* de cada um, ligadas a possibilidade de existir enquanto *Eu*, existindo, também, enquanto *Nós*.

Ora, é no processo de *criação* e na *reformulação do projeto-de-ser*, oriundo da ameaça vivida (Cancro), que surge, neste caso, a nova “*intermediate area do casal*”, constituída pelas duas “*intermediate area*” individuais e pela partilha de ambas. O “We-ness” pode, assim, ser mediado pela “*intermediate area do casal*”, comum aos dois, constituída pelas áreas individuais de cada um e que permite o desenvolvimento de um “*novo mundo interno do casal*” (onde observamos a capacidade de sonhar em conjunto, de criar que implica o projeto a dois, da perspetiva do Nós, do projeto de ser-com-o-outro) e de um “*novo mundo externo do casal*” (a família, o casamento, o trabalho, os filhos, os amigos e o cancro) comuns aos dois membros do casal.

Denote-se que quer o “We-ness”, quer a “*intermediate area do casal*” preveem-se ao nível do casal com e sem cancro, isto é, exposto ou não à situação de stress. Assim, torna-se pertinente observar se o “We-ness” – sentimento de um “Nós” num *projeto-de-sermos* – prevalece em casais com cancro, comparativamente a casais sem cancro.

Assim, o “We-ness” tem sido estudado no que respeita a *diversas doenças e situações de vida*. Os casais que são capazes de identificar o cancro como um “problema nosso” estão, então, melhor preparados para terem uma direção no que respeita os seus esforços de *coping* e estabelecer um significado para a experiência dos dois, que é individual e do casal – em casais com cancro da mama – segundo Skerrett, (2003), cit. por Hart (2014). Também os

casais com cancro da próstata e da mama, segundo Fergus, (2011); Fergus e Gray, (2009), cit. por Hart (2014), descrevem o “ser um casal nesta experiência” como um self entrelaçado – uma mulher sonhou até que estava na cirurgia a que o marido foi submetido e descreveu tudo de uma forma que nos questionamos se sentiu o que o parceiro sentiu – a isto denomina-se de *intersubjetividade do casal e profundidade da conexão*. O pensar num “We” permite ao casal adaptar-se à doença e agir com uma resposta adaptada à mesma. Nos casais onde observamos a realização da cirurgia *bypass* gástrico, verificamos que antes da cirurgia, a família encontrava-se distante entre si; imediatamente depois, algumas mudanças são observadas nas relações, embora seja preciso verificar que passam por um período de dificuldade, nas interações, enquanto se adaptam às mudanças no estilo de vida e alteram posições; depois de 3 meses, as famílias aproximam-se nas relações interpessoais e aumentam as interações sociais (Ami et al., 2013). Também ao nível da temática do divórcio, os casais que se divorciam demonstram baixo “We-ness” e afirmam não serem capazes de comunicar com o seu parceiro sobre os seus problemas porque têm diferentes pontos-de-vista ou perceções sobre o problema. Muitos destes parceiros aparentam ser solitários ou isolados porque não são capazes de conseguir apoio e suporte por parte dos seus parceiros (Buehlman, Gottman & Katz, 1992; Karney et al., 2005, cit. por Pacheco, 2014).

Neste sentido, o *objetivo principal* deste estudo é, então, compreender se o “We-ness” prevalece em casais com e sem cancro, sendo que nos casais com cancro, não será realizada uma particularização face ao tipo de cancro. É realmente importante compreender se existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro e se, tal como estudado nas outras doenças e tipos de cancro específicos, o “We-ness” é um fator importante e valorizado pelos pacientes e respetivos parceiros, numa atitude de comparação face a casais normativos que não vivenciam situações de stress significativas, como o cancro.

A comparação de casais com e sem cancro torna-se, assim, o fator inovador neste estudo, na medida em que na literatura os estudos fazem referência a amostras com doença ou normativas, distinguindo-as e individualizando a importância de cada uma separadamente. Compreender se nos casais sem cancro se verificam diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros e se em casais com cancro existem diferenças significativas no sentimento de “We-ness” entre géneros no indivíduo portador da doença e, de seguida, no não portador tornam-se, nesta linha de pensamento, os *objetivos específicos* deste estudo.

Na medida em que a definição de “We-ness”, observada na literatura, é, ainda, pouco consistente e dada a inovação do termo, bem como o reduzido número de estudos que fazem referência e o abordam aprofundadamente, o *objetivo secundário* deste estudo é, assim, compreender, definir, confirmar e enriquecer a definição.

Através do estudo das palavras e do conteúdo direcionado ao “We-ness” e utilizados por casais com e sem cancro, o *objetivo secundário* deste estudo é, então, compreender a percepção do “We-ness” por casais com e sem cancro, numa perspetiva qualitativa e integradora do sentido do “Nós” para o casal e enriquecer a definição do mesmo, verificando quais os conceitos que prevalecem e observando se o “We-ness” é mais significativo em casais com cancro, comparativamente a casais sem cancro, o que nos permite aprofundar o *objetivo principal* deste estudo. O estudo qualitativo permite, assim, confirmar ou não os resultados do estudo quantitativo.

Referências Bibliográficas

- Acitelli, L. K., & Badr, H. J. (2005). *My Illness or Our Illness? Attending to the Relationship When One Partner Is Ill*. In Reverson, T. A. et al. (Ed.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. *Decade of behavior*, (pp.121-136), Washington, DC; US: American Psychological Association.
- Acitelli, L. K., Rogers, S., & Knee, C. R. (1999). The role of identity in the link between relationship thinking and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(5), 591-618.
- Agnew, C.R., Rusbult, C.E., Van Lange, P.A.M. & Langston, C.A. (1998). Cognitive interdependence: Commitment and the mental representation of close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 939–954.
- Badr, H., Acitelli, L. K., & Taylor, C. L. C. (2008). Does talking about their relationship affect couples’ marital and psychological adjustment to lung cancer?. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(1), 53-64.
- Baker, P., Beesley, H., Fletcher, I., Ablett, J., Holcombe, C., & Salmon, P. (2016). ‘Getting back to normal’ or ‘a new type of normal’? A qualitative study of patients’

- responses to the existential threat of cancer. *European journal of cancer care*, 25(1), 180-189.
- Buehlman, K. T., Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1992). How a couple views their past predicts their future: Predicting divorce from an oral history interview. *Journal of Family Psychology*, 5(3-4), 295-318.
- Hart, J. (2014). *We-ness: couple identity as shared by male partners of breast cancer patients* (Doctoral dissertation). Trinity Western University, Canada.
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W., & Baucom, D. H. (2012). Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 239-252.
- Kayser, K. (2005). Enhancing dyadic coping during a time of crisis: A theory-based intervention with breast cancer patients and their partners. In Revenson, T., Kayser, K. & Bodenmann, G. (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 175–194). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kayser, K., Watson, L.E. & Andrade, T. (2007). Cancer as a “we-disease”: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25 (4), 404-418.
- Kayser, K., & Scott, J. L. (2008). Why work with couples? In K. Kayser & J.L. Scott (Eds.), *Helping couples cope with women’s cancers: An evidence-based approach for practitioners* (pp. 35-51). New York: Springer.
- Langaro, F., Pretto, Z., & Cirelli, B. G. (2013). Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. *Psicologia clínica*, 24(2), 127-146.
- Li, Q. P., Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2012). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International nursing review*, 60(2), 178-187.

- Loscalzo, M. J., Kim, Y., & Clark, K. L. (2010). Gender and caregiving. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (2nd ed., pp. 522-526). Oxford University Press: New York, NY US.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, *112*(S11), 2541-2555.
- Martins, A. M., Almeida, S. S. L. D., & Modena, C. M. (2011). O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. *Revista da SBPH*, *14*(1), 74-91.
- Matos (2006). Para que serve uma psicanálise hoje? *I Congresso Luso-Brasileiro*. Lisboa.
- Northouse, L. L., & McCorkle, R. (2010). Spouse caregivers of cancer patients. In Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle, R (Eds.). *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp 516-521). Oxford University Press: New York, NY US.
- Reid, D. W., Dalton, E. J., Laderoute, K., Doell, F. K., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of we-ness and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, social, and general psychology monographs*, *132*(3), 241-284.
- Revenson, T. A., Kayser, K. E., & Bodenmann, G. E. (2005). *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Robbins, M. L., Mehl, M. R., Smith, H. L. & Weihs, K. L. (2013). Linguistic indicators of patient, couple, and family adjustment following breast cancer. *Psycho Oncology*, *22*(7), 1501-1508.
- Pacheco, A. (2014). Mechanisms of dyadic coping: implications for interventions (Doctoral Dissertacion). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Seider, B. H., Hirschberger, G., Nelson, K. L., & Levenson, R. W. (2009). We can work it out: age differences in relational pronouns, physiology, and behavior in marital

conflict. *Psychology and aging*, 24(3), 604-613.

Simmons, R. A., Gordon, P. C., & Chambless, D. L. (2005). Pronouns in Marital Interaction: What Do “You” and “I” Say About Marital Health? *Psychological science*, 16(12), 932-936.

Strong, T., Rogers-de Jong, M., & Merritt, S. (2014). Co-authoring “we-ness” and stories of intimacy. *Contemporary Family Therapy*, 36(3), 398-408.

Teixeira, J. A. C. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 24(3), 289-309.

Vedes, A., Bodenmann, G., Randall, A. & Reid, D. (2013). *We-ness Questionnaire*.

Anexo B

Questionário do *We-ness* versão reduzida

(Versão original Pacheco, 2014; adaptação e tradução portuguesa Nádia Miranda, 2015).

	Nada	Muito pouco	Pouco	De alguma forma	Muito
Nós compartilhar significados					
1.Nos papéis como amantes e parceiros temos valores semelhantes.					
2. Visões compatíveis sobre o papel do trabalho na vida de alguém.					

	Nada	Muito pouco	Pouco	De alguma forma	Muito
3. Filosofias semelhantes sobre equilibrar o trabalho e a vida familiar.					
4. Objetivos financeiros semelhantes					
5. Esperanças e aspirações semelhantes, como indivíduos e em conjunto, para os nossos filhos, para a nossa vida em geral, e para a nossa velhice.					
Partilhamos comportamentos frequentes					
6. Fala com o outro.					
7.Divertem-se juntos					
8.Têm interesses em comum.					
9.Fazem coisas semelhantes					
10.Fazemos coisas agradáveis e valiosas juntos durante a semana.					
11.Tem tempo para fazer tarefas juntos.					
12.Têm maneiras de se tomarem renovados e revigorados.					
13.Toca o outro.					
Estamos fisicamente íntimos					
14.Abraçam-se um ao outro.					
15.Temos os nossos momentos de paixão.					
16.Queremos coisas semelhantes sexualmente.					
17. Temos níveis semelhantes de desejo.					

Anexo C

Guião entrevista semiestruturada

Weness - Projeto "Nós"

Consentimento informado Por favor, leia este texto antes de aceitar participar neste estudo.

Este Projecto de Investigação insere-se no âmbito da actividade da ABC e da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde do ISPA-IU. Tem como objectivo fazer um rastreio do ajustamento psicossocial de casais. Este protocolo de avaliação consiste na apresentação de questões relacionais. Responda a todas as questões de forma sincera. Não há resposta certas, nem erradas.

A sua participação neste estudo é voluntária. A sua identidade pessoal será sempre mantida como estritamente confidencial e anónima neste estudo. Os dados das suas respostas são utilizados para efeitos unicamente estatísticos. Uma vez iniciado o processo deve responder até ao fim para que os seus dados sejam válidos, mas tem o direito de desistir da sua participação em qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe prejudique de nenhuma forma. Durante todo o processo de preenchimento dos questionários o (a) seu (sua) companheiro (a), não deve ver as suas respostas OU tentar ajudar a responder.

Os participantes terão ao seu dispor, se necessário os contactos das investigadoras para esclarecimento de qualquer dúvida.

(nadiamelissamiranda@gmail.com ; esmeralda_boieiro@hotmail.com ; ines_j_santos@hotmail.com ; com orientação da Prof. Dra Ivone Patrão)

Muito obrigada pela sua atenção.

***Obrigatório**

Para si o que é ser um casal?*

Refira o que para si é mais importante um relacionamento a dois conter?*

Na sua relação ter opiniões diferentes do seu parceiro sobre uma situação é motivo para diminuir ou aumentar o sentimento de intimidade?*

Em situações de crise, é importante o sentimento de pertença a uma relação? Se sim, porquê?*

Idade *

Género *

- Feminino
- Masculino

Nacionalidade *

- Portuguesa
- Outra

Escolaridade *

- 1o ciclo
- 2o ciclo
- 3o ciclo

- Ensino Secundário
- Ensino Superior

Situação profissional *

- Empregado
- Desempregado

Estado Civil *

- Solteiro
- Casado
- União de facto
- Divorciado

Número de anos de relacionamento *

- [1 - 5]
- [6 - 10]
- [11 - 15]
- [16 - 20]
- [21 - 25]
- [+26]

Número de Filhos *

- Nenhum
- [1 - 3]
- [+ 3]

Sofre de alguma doença crónica *

- Sim
- Não

Se na pergunta anterior respondeu sim, por favor diga qual? *

Código do casal *

Por favor, para que nos seja permitido realizar uma comparação estatística entre as respostas de cada membro do casal, pedimos que de forma aleatória registre um código de casal ao qual a (o) sua (seu) companheira (o) irá colocar igual. (Exemplo: AA ; N5 ; 47).

Obrigada pela sua participação!

Anexo D

Tabelas Estatística Descritiva

Tabela 9.

Estatística Descritiva dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.

		Cancro			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	72	32,7	33.0	33.0
	não	146	66.4	67.0	100.0
	Total	218	99.1	100.0	
Missing	System	2	.9		
Total		220	100.0		

Tabela 10.

Estatística Descritiva do género dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.

		Género			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	109	49.5	50.0	50.0
	masculino	109	49.5	50.0	100.0
	Total	218	99.1	100.0	
Missing	System	2	.9		
Total		220	100.0		

Tabela 11.

Estatística Descritiva da idade dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.

Estatísticas Descritivas Idade					
N	Intervalo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão

Idade	218	44	20	64	41.39	11.166
N válido (de 218 lista)						

Tabela 12.

Estatística Descritiva do género dos indivíduos portadores e não portadores da doença na amostra total.

Estatísticas descritivas Teorema do Limite Central

	N	Assimetria		Curtose	
		Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
Weness	218	-.541	.165	-.210	.328
N válido (de 218 lista)					

Tabela 13.

Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas face ao sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro.

Independent Samples Test		
WENESS_TOTAL		
		Equal variances not assumed
		Equal variances assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	9.110
	Sig.	.003
t-test for Equality of Means	t	-6.439
	df	216
	Sig. (2-tailed)	.000
	Mean Difference	-.56653
	Std. Error Difference	.08799
		-7.383
		199.126
		.000
		-.56653
		.07673

95% Confidence	Lower	-.73996	-.71785
Interval of the	Upper	-.39311	-.41522
Difference			

Tabela 14.

Estatística descritiva das diferenças face ao sentimento de “We-ness” em casais com e sem cancro.

Group Statistics					
	Cancro	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
WENESS_TOTAL	sim	72	3.6430	.44420	.05235
	não	146	4.2095	.67787	.05610

Tabela 15.

Estatística descritiva das diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, em casais sem cancro.

Group Statistics					
	Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
WENESS_TOT	feminino	73	4.2192	.67734	.07928
AL	masculino	73	4.1998	.68296	.07993

Tabela 16.

Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, em casais sem cancro.

Independent Samples Test		
	WENESS TOTAL	
	Equal variances assumed	Equal variances not assumed

Levene's Test for Equality of Variances	F		.000
t-test for Equality of Means	t		.172
	df		144
	Sig. (2-tailed)		.864
	Mean Difference		.01934
	Std. Error Difference		.11258
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	-.20318
		Upper	.24186

Tabela 17.

Estatística Descritiva dos indivíduos dos casais com cancro femininos e masculinos portadores da doença.

		Género			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	23	62.2	62.2	62.2
	masculino	14	37.8	37.8	100.0
Total		37	100.0	100.0	

Tabela 18.

Estatística descritiva do sentimento de “We-ness” dos casais com cancro masculinos e femininos portadores da doença.

		Group Statistics				
		Genero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
WENESS_TOT	feminino		23	3.4962	.38851	.08101
AL	masculino		14	3.8403	.45355	.12122

Tabela 19.

Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos portadores da doença, em casais com cancro.

		Independent Samples Test	
		WENESS TOTAL	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	.008	
	Sig.	.930	
t-test for Equality of Means	t	-2.453	-2.361
	df	35	24.337
	Sig. (2-tailed)	.019	.027
	Mean Difference	-.34417	-.34417
	Std. Error Difference	.14029	.14579
	95% Confidence Interval of the Difference		
		Lo	Up
		-.62898	-.05937
			-.04349

Tabela 20.

Estatística descritiva dos indivíduos dos casais com cancro femininos e masculinos não portadores da doença.

		Género			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	13	37.1	37.1	37.1
	masculino	22	62.9	62.9	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Tabela 21.

Estatística descritiva do sentimento de “We-ness” dos indivíduos dos casais com cancro masculinos e femininos não portadores da doença.

Group Statistics					
	Genero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
WENESS_TOT	feminino	13	3.7873	.46289	.12838
AL	masculino	22	3.5856	.43962	.09373

Tabela 22.

Teste paramétrico t-student para analisar as diferenças significativas entre géneros, face ao sentimento de “We-ness”, nos indivíduos não portadores da doença, em casais com cancro.

Independent Samples Test			
		WENESS TOTAL	
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed
Levene's Test for Equality of Variances	F	.051	
	Sig.	.822	
t-test for Equality of Means	t	1.287	1.269
	df	33	24.262
	Sig. (2-tailed)	.207	.216
	Mean Difference	.20177	.20177
	Std. Error Difference	.15680	.15896
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	Upper
		-.11724	-.12611
		.52078	.52965

