



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Colocar a Vivência do Cancro da Mama no Papel: Impacto da Escrita Expressiva no  
Bem-Estar Psicológico de Mulheres Portuguesas

Ana Isabel do Carmo Monteiro Lopes dos Santos

Orientadora de Dissertação

PROF. DOUTORA IVONE ALEXANDRA MARTINS PATRÃO

Coordenadora de Seminário de Dissertação

PROF. DOUTORA MARIA JOÃO PINHEIRO MORAIS GOUVEIA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA CLINICA

2014/2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a supervisão da  
Prof. Doutora Maria João Pinheiro Morais Gouveia, e a orientação  
Da Prof Doutora Ivone Alexandra Martins Patrão apresentada  
no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de  
grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

*À minha Mãe*

## AGRADECIMENTOS

Deixo o meu sincero e profundo agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização da minha Dissertação de Mestrado, particularmente:

- Ao meu querido Pai, que desde o primeiro instante acreditou em mim, e tem-me prestado um apoio incondicional sendo, sem sombra de dúvida, pai e mãe.
- À minha irmã, pelas longas horas que passou comigo apenas para me fazer companhia e dando-me a coragem necessária nos momentos em que a esperança e a paciência pareciam faltar.
- Ao meu namorado, cuja paciência e o incentivo nunca faltaram nas minhas horas de desespero.
- Aos meus avós, especialmente à minha avó, a minha querida avó, que desde o primeiro momento me deu os mimos e a força necessários para seguir em frente.
- À minha tia Cristina, pelo empenho em arranjar-me contactos de mulheres acometidas pelo adoecer da mama.
- À Cláudia Fernandes e à Eurídice Santos, as minhas amigas ispianas que caminham ao meu lado desde o 1º ano e que sempre me aturaram e me fizeram acreditar.
- À Paula Mangia, por todo o apoio e dedicação que teve para comigo desde que inicie este projeto tão especial para mim.
- Às voluntárias e a todas as mulheres que aceitaram participar neste projeto, pelo seu tempo, compreensão, honestidade e pela partilha, sem hesitar, de uma vivência tão dolorosa como o cancro de mama.
- Às coordenadoras do MVV (Teresa Nunes e Sofia Abreu) que acreditaram em mim, e a quem hoje tenho o prazer de chamar de amigas, por desde a primeira hora se disponibilizaram para ajudar.
- Por último, um especial e profundo agradecimento às minhas supervisora (Maria João Gouveia) e orientadora (Ivone Patrão) pela partilha de saber e pelo tempo precioso que me disponibilizaram, guiando-me nesta última etapa académica e ajudando-me a crescer académica e profissionalmente.

A todos o meu OBRIGADA!

## Resumo

**Objetivos:** o estudo tem como objetivo determinar quais os determinantes psicossociais subjacentes à adesão à terapêutica da Escrita Expressiva (EE), e se esta terapêutica potencia um aumento do Bem-Estar Psicológico (BEP) numa população feminina com cancro de mama e sobreviventes ao mesmo. **Literatura:** A Expressão emocional (através da escrita) é uma forma de impedir o decréscimo do BEP que se verifica após o término do tratamento e ao longo dos anos. **Método:** Participantes do sexo feminino (n = 22) escreveram 20 minutos por dia, durante 3 dias consecutivos, sobre os seus sentimentos e pensamentos mais profundos relativos à vivência do cancro da mama, ou sobre os medos e angústias enquanto sobrevivente. O BEP foi avaliado em 4 momentos (pré e pós-intervenção, e dois períodos de 1 mês e 3 meses de follow-up), usando a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006). Para explorar os determinantes psicossociais subjacentes à adesão à EE, foram utilizados ainda os seguintes instrumentos: Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (estratégias de  *coping* ) (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003); NEO - FFI (Sub-escala Neuroticismo) (Lima, 1997); Escala de Alexitimia de Toronto (Prazeres, 1996); Revised Life Orientation Test (Otimismo) (Laranjeira, 2008); Brief Symptom Inventory (Sub-escala Depressão) (Canavarro, 1999); por último, Escala de Expressividade Emocional (Dinis, Gouveia & Xavier, 2011); Os dados obtidos foram analisados através de ANOVAS, ANOVAS de Medidas Repetidas e contagem de palavras (LIWC), enquanto a análise de conteúdo foi utilizada para avaliar as 66 narrativas produzidas. **Resultados:** Os fatores sociodemográficos e a saúde atual parecem determinantes psicossociais determinantes para a adesão à EE. Não se verificou um impacto significativamente estatístico da EE no BEP após a escrita e nos períodos de follow-up, contrariamente aos resultados qualitativos que revelam um claro impacto da EE no BEP após a escrita e nos períodos de follow-up.

*Palavras-Chave:* Cancro da Mama; Escrita Expressiva; Bem-Estar Psicológico

## Abstract

**Objectives:** The study aims to determine the underlying reasons for adherence to Expressive Writing (EW) therapy, and if this therapy enhances an increase of Psychological Well-Being (PWB) in a female population with breast cancer and its survivors. **Background:** Emotional Expression (through writing) is a way to prevent the decrease of the PWB which occurs after the end of treatment and over the years. **Method:** Female participants (n = 22) wrote for 20 minutes a day for 3 consecutive days, about their deepest feelings and thoughts related to breast cancer experience, or about the fears and anxieties while cancer survivor. The PWB was measured at 4 times (pre and post-intervention, and two periods of 1 month and 3-month follow-up), using the Measurement Manifestation of Psychological Well-Being Scale (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006). To explore the underlying reasons for *engagement* in EW were used the following instruments: Mental Adjustment to Cancer Scale (*coping* strategies) (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003); NEO - FFI (Neuroticism Sub-scale) (Lima, 1997); Toronto alexithymia scale (Prazeres, 1996); Revised Life Orientation Test (Optimism) (Laranjeira, 2008); Brief Symptom Inventory (Depression Sub-scale) (Canavarro, 1999); Finally, Emotional Expressiveness Scale (Dinis, Gouveia & Xavier, 2011); Data were analyzed using ANOVAS, ANOVAS of repeated measures and word count (LIWC), while the content analysis was used to evaluate the 66 narratives produced. **Results:** The sociodemographic factors and the current health seem compelling reasons for joining the EW. There wasn't a significantly statistical impact of EW on PWB after writing and during the follow-up periods, although the qualitative results show a clear impact of EW on PWB after writing and during the follow-up periods.

*Keywords: breast cancer; expressive writing; psychological well-being*



## INDICE

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Método .....</b>	<b>5</b>
Participantes .....	5
Instrumentos .....	5
Intervenção .....	10
Procedimento .....	12
Análise Qualitativa .....	15
Análise Estatística.....	16
<b>Resultados .....</b>	<b>17</b>
Sociodemográficos .....	17
Personalidade e <i>Coping</i> como Determinantes psicossociais de adesão à Intervenção.....	19
Impacto Imediato da Intervenção EE no BEP .....	20
Impacto a Longo Prazo da Intervenção EE no BEP.....	21
Porque é que a EE não revelou (estatisticamente) qualquer Impacto no BEP? .....	22
1. Exploração da Correlação das Variáveis dependentes e BEP .....	22
2. Exploração do Poder Mediador das variáveis Neuroticismo, Alexitimia e Depressão no Impacto da EE no BEP.....	23
3. Ausência de Impacto da EE no BEP: insight e análise de conteúdo .....	25
<b>Discussão .....</b>	<b>28</b>
Quais os Determinantes psicossociais que subjazem à Adesão das Participantes à Terapêutica EE?.....	28
De que Forma a Terapêutica proposta Impacta no BEP destas mulheres a curto e longo prazo (1 e 3 meses)? E como é percecionado esse impacto pelas mesmas? .....	30
Será Ético?.....	34
Limitações e Estudos Futuros.....	35
Implicações Clínicas.....	36

<b>Referências .....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo A: Revisão da Literatura .....	43
Anexo B: Consentimento Informado (Vivência do Cancro da Mama).....	76
Anexo C: Consentimento Informado (Medos e Angustias enquanto Sobrevivente).....	78
Anexo D: Questionário Sociodemográfico .....	80
Axo E: Testes Psicométricos .....	84
Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP) .....	85
Mental Adjustment Cancer Scale (Mini-Mac).....	87
Sub-Escala de Neuroticism da NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI).....	88
Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) .....	89
Life Orientation Test Revised (LOT-R) .....	91
Sub-Escala Depressão da Brief Symptom Inventory (BSI).....	92
Escala de Expressividade Emocional (EEE) .....	93
Anexo F: Instruções de Escrita (Vivência do Cancro da Mama) .....	94
Anexo G: Instruções de Escrita (Medos e Angustias enquanto Sobrevivente).....	96
Anexo H: Questionário, 1 Mês Follow-up .....	98
Anexo I: Questionário, 3 Meses Follow-up.....	100
Anexo J: Tabelas Estatísticas .....	102

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas .....	17
Tabela 2. Estatística Descritiva e Inferencial da Autoavaliação à Saúde, QDV e Apoio Recebido .....	19
Tabela 3. ANOVAs para Medidas de Base (Grupo Participantes vs. Grupo Não Participantes) .....	19
Tabela 4. ANOVA Medidas Repetidas para Momentos Pré e Pós-Intervenção .....	21
Tabela 5. ANOVA Medidas Repetidas para Momentos Pré e Pós-Intervenção e 1 e 3 Meses Follow-up .....	21
Tabela 6. Categorias Criadas Através dos relatos das Participantes sobre o Impacto da EE nas suas Vidas .....	22
Tabela 7. Correlações nos Momentos Pré e Pós-Intervenção no grupo Cancro Atual.....	23
Tabela 8. Correlações nos Momentos Pré e Pós-Intervenção no grupo Sem Cancro Atual ....	23
Tabela 9. Categorias emergentes das narrativas das participantes .....	26

### **Índice de Figuras**

Figura 1. Diagrama do Procedimento da Intervenção .....	11
Figura 2. Recolha de dados ao longo da Intervenção .....	14

### **Índice de Quadros**

Quadro 1. Aplicação dos Questionários nos vários Momentos de Medida .....	15
---	----

### **Índice de Gráficos**

Gráfico 1. Poder Mediador da Variável Neurotismo no Impacto da EE no BEP .....	24
Gráfico 2. Poder Mediador da Variável Alexitimia no Impacto da EE no BEP .....	25
Gráfico 3. Poder Mediador da Variável Depressão no Impacto da EE no BEP.....	25

## Índice de Abreviaturas

Bem-Estar Psicológico .....	BEP
Escrita Expressiva.....	EE
Qualidade de Vida .....	QDV



## Introdução

Eventos traumáticos, como o cancro da mama, têm sido alvo de especial atenção por parte da psicologia, uma vez que estes revelam um impacto muito significativo no bem-estar físico e psicológico dos sujeitos que os experienciam (Smyth, 1998; Fratarolli, 2006). A investigação tem demonstrado (Luybomirsky, Sousa & Dickerhoof, 2006) que tais eventos afetam diretamente o senso de ordem dos sujeitos e o significado que estes atribuem à vida, sendo que apenas ao reconquistá-los se torna possível o processamento de tais eventos. O ato de falar ou escrever são duas formas que parecem não só ajudar no processamento dos eventos traumáticos, como também parecem ser benéficos para o bem-estar subjetivo e psicológico dos sujeitos (Fratarolli, 2006), uma vez que os impele a organizar, integrar e analisar os seus problemas, aceitando-os (Luybomirsky, et. al, 2006).

A EE é um ótimo canal de expressão emocional quando nos referimos ao cancro da mama, uma vez que impele o sujeito a envolver-se na vivência do trauma, adquirindo um senso de encerramento do mesmo (Esterling, L'Abate, Murray & Pennebaker, 1999). O “fechar de um ciclo” é essencial para as mulheres que experienciam ou experienciaram o adoecer da mama, dado viverem diariamente com os fantasmas da recidiva, a dor de perder o peito, e o medo constante de novas doenças ou outros cancros (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler & Brenner, 2005; Park & Gaffey, 2007).

O paradigma da EE foi desenvolvido por Pennebaker e Beall (1986), sob a premissa de que a expressão de emoções e pensamentos nunca antes expressados reduz o trabalho da inibição, e ensina o sujeito a regular as suas emoções, habituando-se a elas (Fratarolli, 2006). A instrução original, dada pelos autores do Paradigma, incita os sujeitos a escrever sobre os seus pensamentos e sentimentos mais profundos referentes à experiência traumática, por um período de tempo de 15 a 20 minutos durante 3 a 5 dias consecutivos.

Esta técnica de expressão emocional permite a transformação de palavras em sentimentos e emoções, expressas numa narrativa coerente e com significado (Pennebaker, 1995; Pennebaker & Seagal, 1999; Pauley, Morman & Floyd, 2011). O motivo que subjaz à libertação de stress, de pensamentos disruptivos e ruminacões que é possível observar após a produção das narrativas a nada mais se deve que à procura ativa de significado que está presente no momento da escrita. Segundo o programa LIWC (Linguistic Inquiry and Word Count, criado por Pennebaker e colegas, em 1999), a procura de significado está associada a palavras causais (e.g. “porque”, “portanto”, “por isso”) e palavras de insight (e.g. “penso”, “considero”, “percebo”). Através da aquisição de insight sobre a experiência traumática a

saúde psicológica e física dos sujeitos aumenta (Esterling et al., 1999), sendo tal aumento exemplificado em várias áreas através das investigações de Smyth (1998), Esterling et al. (1999), Frattaroli (2006), e Cummings, Hayes, Saint e Park (2014): redução no número de visitas ao médico, decréscimo dos sintomas físicos, ruminações, pressão arterial, níveis de dor e depressão, aumento da função do sistema imunitário, do bem-estar psicológico e subjetivo, do significado de vida, humor e afetos, da consciência de emoções e melhores estratégias de *coping*.

Apesar dos investigadores ainda não terem percebido o porquê de a EE ser benéfica, a teoria do processamento cognitivo faculta uma explicação consistente para tais benefícios: vivenciar uma experiência traumática altera de forma disruptiva a leitura das respostas emocionais, desorganizando e fragmentando as memórias. O processamento desta experiência torna-se possível através das palavras causais e de insight, as quais levam à compreensão e atribuição de significado da experiência, organizando-a e integrando-a num esquema coerente (Esterling et al., 1999; Fratarolli, 2006; Boals, 2012). A experiência de sobreviver ao adoecer da mama carece desta compreensão, uma vez que acarreta problemas emocionais que impactam de forma negativa na saúde psicológica das mulheres acometidas (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Muitas das sobreviventes não compreendem o porquê de terem tido cancro ou como irão “derrota-lo”, começando, por isso, a questionar as suas próprias vidas, e a elas mesmas. A EE oferece a estas mulheres um forma de lidarem com os problemas de saúde físicos e psicológicos que enfrentam, aumentando as suas probabilidades de melhorias de 7,5% a 23% (Pauley, Morman & Floyd, 2011).

A taxa de sobrevivência ao cancro da mama em Portugal encontra-se atualmente nos 66% (DGS, 2013), valor elevado que advém das novas técnicas de deteção precoce e de tratamentos mais eficazes (Venâncio, 2004). Contudo, mais anos de vida não são sinónimo de maior qualidade de vida, tanto que o BEP das mulheres sobreviventes decresce ao longo do tempo (Serpentini et al., 2011), justificando assim a importância da implementação da EE nesta população. Promover a qualidade de vida em mulheres acometidas pelo adoecer da mama, ou sobreviventes ao mesmo, é possível através do aumento do BEP.

O Bem-Estar é um construto multidimensional que contempla três dimensões: subjetiva, social e psicológica (Nevogan, 2010). A discussão filosófica e científica subjacente ao construto de Bem-Estar culminou em duas abordagens: a abordagem eudemónica e a abordagem hedónica. A abordagem eudemónica, denominada Bem-Estar Psicológico, enfoca a mudança e o crescimento pessoal, promovendo a realização das potencialidades do ser humano. Já a abordagem hedónica, denominada de Bem-Estar Subjetivo, enfatiza as emoções

positivas e a satisfação com a vida como o “motor” de uma vida prazerosa (Diener, 1984; Ryff & Keyes, 1995).

Estudos anteriores, como os de Monteiro, Tavares e Pereira (2012), revelam que a natureza teórica, conceptual e empírica da abordagem hedónica tem recebido várias críticas, uma vez que surge como uma perspetiva mais ampla focada no funcionamento psicológico positivo e no desenvolvimento do potencial humano. O BEP (abordagem eudemónica) surge através dos trabalhos de Carol Ryff, a qual defende que o bem-estar pode ser identificado através de recursos psicológicos do sujeito como os processos cognitivos, emocionais e afetivos (Por Monteiro, Tavares & Pereira, 2012). Assumindo este modelo de bem-estar, Massé e os seus colaboradores (1998, cit. Monteiro, Tavares & Pereira, 2006) propuseram um modelo de BEP, centrado na auto-estima, no equilíbrio, no envolvimento social, na sociabilidade, no controlo de si e dos acontecimentos e na felicidade.

Estudos como os de Stanton, Danoff-Burg, Sworowski, Collins, Branstetter, Rodriguez-Hanley, Kirk, e Austenfeld (2002), demonstraram que a EE aumenta a saúde física e psicológica em populações com cancro de mama. É por isso possível inferir que níveis pobres de BEP, em particular em áreas como a auto-aceitação, controlo do meio, depressão e ansiedade (Ruini, Vescovelli & Albieri, 2013), podem ser revertidos com a implementação deste paradigma. Contudo tais domínios são afetados por algumas características da personalidade. Segundo a revisão de literatura de Frattaroli (2006), o impacto da EE é afetado pelo Neuroticismo (sujeitos com elevado neuroticismo apresentam um maior impacto da EE na saúde), Alexitimia (sujeitos com elevada alexitimia apresentam baixos ou nenhuns impactos da EE na saúde), Otimismo (sujeitos com baixos níveis de otimismo apresentam um maior impacto da EE na saúde), Depressão (sujeitos com elevados níveis de depressão apresentam baixos ou nenhuns impactos da EE na saúde), Expressividade Emocional (sujeitos com baixa capacidade de expressão emocional apresentam um maior impacto da EE na saúde), e Estratégias de *Coping* para lidar com o cancro da mama (sujeitos com estratégias adaptativas face ao evento apresentam baixos ou nenhuns impactos da EE na saúde).

O aumento da longevidade da população feminina com cancro de mama em Portugal aliado ao decréscimo do BEP findo tratamento (Serpentini, Bianco, Alducci, Toppan, Ferretti, Folin, Luca De Salvo, Nitti & Pucciarelli, 2011), e à falta de estudos que usam o BEP como medida global, torna a implementação da EE nesta população um assunto muito relevante, merecedor de investigação científica. Ademais, a literatura demonstra que a expressão emocional não parece ser vantajosa para todas as populações e situações (Frattaroli, 2006),

pelo que se torna pertinente explorar potenciais características da personalidade como determinantes psicossociais de adesão à terapêutica EE.

O presente estudo objetiva investigar (i) quais os determinantes psicossociais subjacentes à adesão das sobreviventes ao adoecer da mama à terapêutica EE, (ii) de que forma a terapêutica proposta impacta no BEP destas mulheres a curto e a longo prazo (1 e 3 meses), e (iii) como é percebido esse impacto pelas mesmas. Ao explorar e explicar tais questões espera-se poder determinar com maior precisão as implicações clínicas da implementação da EE nesta população tão específica que merece um olhar cada vez mais atento pelo seu número crescente e pelas mazelas psicológicas advindas do adoecer da mama.

## **Método**

### *Participantes*

O presente estudo contou com a participação de vinte e duas mulheres portuguesas, residentes na área da Grande Lisboa e Lisboa e Vale do Tejo. Foi selecionada uma amostra não-probabilística por conveniência - uma vez que todas as participantes foram diagnosticadas com neoplasia mamária - obtida por efeito snowball. A média de idade das participantes é de 51.73 anos (DP = 10.21), sendo que 54.5% tem diagnóstico de cancro da mama (ou outro cancro dele derivado) e 45.5% não apresenta na atualidade diagnóstico de cancro de mama ou qualquer outro tipo de cancro. O tempo médio de diagnóstico de cancro da mama é de 83.62 meses (DP = 122.63).

Alguns critérios de inclusão foram estipulados: ser mulher; ter mais de 18 anos; compreender e falar português; não ter qualquer problema físico que dificulte a escrita por um período de tempo de 20 minutos.

Nenhum tipo de recompensa foi atribuído às participantes.

### *Instrumentos*

Em função das necessidades do presente estudo, foram aplicados alguns instrumentos, os quais se apresentam em seguida.

## **Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico (anexo) aplicado foi criado exclusivamente para o presente estudo (Santos, 2015), e inclui variáveis consideradas importantes para responder às questões de investigação.

## **Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)**

A *Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico* de Massé et al. (1998), aferida para a população portuguesa por Monteiro, Tavares e Pereira (2006), avalia o Bem-Estar Psicológico através de 6 dimensões: *Auto-estima* (4 itens), *Equilíbrio* (3 itens), *Envolvimento social* (3 itens), *Sociabilidade* (4 itens), *Felicidade* (8 itens) e *Controlo de si e dos acontecimento* (3 itens), perfazendo um total de 25 itens.

A modalidade de resposta desta escala é de tipo Likert, de 5 pontos (“Nunca” a “Quase sempre”). Na sua correção, quando somadas as pontuações de todos os itens, obter-se-á o

nível de Bem-Estar Psicológico percebido, sendo que quando maiores os scores, maiores os níveis de Bem-Estar Psicológico percebido (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006).

Na sua versão original a EMMBEP apresenta bons indicadores de consistência interna tanto para o total da escala, sendo o alpha de Cronbach 0.93, como para as sub-escalas supramencionadas, encontrando-se o alpha de Cronbach compreendido entre 0.71 (*Envolvimento emocional*) e 0.85 (*Felicidade*) (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006). A mesma versão, adaptada à população portuguesa apresenta valores de consistência interna igualmente satisfatórios, situando-se o alpha, para as escalas, entre os 0.67 (*Envolvimento social*) e 0.89 (*Felicidade*).

### **Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-Mac)**

A versão reduzida (29 itens) da *Escala de Ajustamento Mental ao Cancro* (Mini-Mac), originária da escala de Ajustamento Mental ao Cancro (MAC), de Watson et al. (1988), foi aferida para a população portuguesa por Pais Ribeiro, Ramos e Samico no ano de 2003.

A escala avalia cinco estratégias de *coping* face ao cancro: *Desespero/Desamparo*, *Preocupação Ansiosa*, *Espírito de Luta*, *Evitamento Cognitivo*, *Fatalismo*, sendo que cada item avalia a reação do sujeito ao cancro, numa modalidade de resposta do tipo Likert, de 4 pontos (“Não se aplica de modo algum a mim” a “Aplica-se totalmente a mim”).

A cotação desta escala evidencia a existência de um *coping* positivo e adaptativo quando os níveis na sub-escala *Espírito de Luta* são elevados, e de um *coping* negativo e pouco adaptativo quando os níveis das sub-escalas *Desespero/Desamparo*, *Preocupação Ansiosa*, *Evitamento* e *Fatalismo* se revelam elevados (Patrão, 2007).

Na versão original da MINI-MAC encontram-se valores de consistência interna que oscilam entre 0.7 e 0.8, à exceção da sub-escala *Fatalismo* que apresenta um alpha de 0.62. O mesmo se verifica, novamente à exceção do *Fatalismo* ( $\alpha = 0.28$ ), na sua versão portuguesa, aferida para população com cancro (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

Tendo em conta os fracos resultados obtidos na sub-escala *Fatalismo* (comprovados por Watson et al, 1988; Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003), surge, em 2006, num estudo de Patrão, Leal e Marôco, com uma população de mulheres acometidas pelo adoecer da mama, um modelo reformulado da Mini-Mac, no qual existem apenas 15 itens (com elevada sensibilidade estatística e teórica) – escala utilizada no presente estudo. As estratégias de *coping* contempladas nesta escala são: *Desespero/Desamparo* (5 itens), *Preocupação Ansiosa* (3 itens), *Espírito de Luta* (4 itens), *Evitamento Cognitivo* (3 itens).

### **NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)**

Do Inventário de Personalidade NEO-PI-R, de Costa e MacCrae (1989), surge o *NEO Five Factor Inventory* (NEO-FFI), aferido para a população portuguesa por Lima, no ano de 1997. Uma vez derivado de um inventário de personalidade, o NEO-FFI avalia cinco grandes dimensões de personalidade (sustentadas no Modelo Big-Five), e os traços (fatores) associados a cada uma delas: *Neuroticismo*, *Extroversão*, *Abertura à experiência*, *Amabilidade* e *Conscienciosidade* (Lima & Simões, 2003).

A modalidade de respostas aos 60 itens que constituem o presente inventário, é tipo Likert, de 4 pontos (“Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”). Cada sub-escala contempla 12 itens, sendo cada uma delas cotada através da soma destes itens, a qual não poderá ultrapassar os 300 pontos, para o total, e os 60 para cada dimensão. Quanto mais elevados forem os scores de cada fator, maior é o grau desse fator no sujeito. Aquando da sua mensuração existem itens que têm de ser invertidos (4 itens). No presente estudo apenas será utilizada a sub-escala Neuroticismo, a qual indica a existência de dificuldade em lidar com agentes indutores de stress, quando os scores são elevados, ou, pelo contrário, quando os scores são baixos, a existência de estabilidade emocional e capacidade de adaptação aquando de situações stressantes.

Na sua versão original O NEO-FFI apresenta elevados indicadores de consistência interna, para o total da escala, situando-se o alpha de Cronbach entre os 0.86 e os 0.95 (Costa & McCrae, 1989). A versão portuguesa apresenta valores de consistência interna igualmente satisfatórios, sendo o alpha, para as escalas de 0.86 para a *Conscienciosidade*, 0.85 para o *Neuroticismo*, 0.84 para a *Abertura à Experiência* e 0.82 para a *Amabilidade* (Costa & McCrae, 1989).

### **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)**

A *Escala de Alexitimia de Toronto* (TAS-20) de Bagby, Taylor e Parker (1994, aferida para a população portuguesa por Prazeres, 1996) é referenciada como a melhor escala para mensuração da alexitimia.

A TAS-20 é constituída por 20 itens de auto-resposta contemplados em três sub-escalas: *Fator 1* (7 itens), *Fator 2* (5 itens), e *Fator 3* (8 itens).

Cada resposta é cotada numa escala do tipo Likert, de 5 pontos (“Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”). A correção, global (somatório do valor atribuído a cada item) ou para cada fator (soma do valor atribuído aos itens da subescala) requer a inversão de 5 itens, e

efetua-se para verificar se existem baixos (pontuação total  $\leq 51$ ) ou elevados níveis de alexitimia (pontuação total  $\geq 61$ ) (Prazeres, Taylor & Parker, 2000).

A versão portuguesa da TAS-20 apresenta uma consistência interna satisfatória, com um alpha de 0.79, verificando-se o mesmo valor de alpha na versão original da escala (Prazeres, Taylor & Parker, 2000). No referente a fidelidade teste-reteste, a versão original apresenta, para um período de tempo de três semanas, um valor de correlação de 0.77, comprovando-se por isso uma estabilidade temporal satisfatória a curto prazo. Uma boa estabilidade temporal é encontrada na validação portuguesa da escala, encontrando-se, para um período de 3 semanas, um valor de fidelidade teste-reteste de 0.90, e um valor de 0.86 para um período de 6 semanas.

### **Revised Life Orientation Test (LOT-R)**

A *Revised Life Orientation Test* (LOT-R), surge da revisão da escala original *Life Orientation Test* (LOT) (Scheier & Carver, 1985), a qual, segundo Scheier, Carver e Bridges (1994), autores da revisão, não cumpria os pressupostos teóricos originais. A LOT-R foi aferida para a população portuguesa por Laranjeira (2008),

A LOT-R é uma escala construída para mensuração do Otimismo. É constituída por 10 itens, dos quais 6 são indicadores de Otimismo (3 vão numa direção positiva, e 3 numa direção negativa) e os restantes 4 asseguram a função de distratores. A modalidade de resposta é do tipo Likert, de 5 pontos (“Discordo bastante” a “Concordo bastante”), sendo a cotação pautada pela inversão de 4 itens e a não cotação dos itens distratores. Os scores mínimos e máximos possíveis de obter nesta escala são, respetivamente, de 0 e 24, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior o Otimismo disposicional do sujeito.

A consistência interna da escala validada para a população portuguesa revela um valor de alpha, para a escala total, de 0.71, semelhante ao valor de alpha (0.78) encontrado na escala original (Lanjareira, 2008). Também na investigação de Fernandes (2009), incidente numa população com cancro da mama, se demonstrou a existência de uma boa consistência interna, sendo esta de 0.78 (contemplando o item 3, cuja correlação é muito baixa, 0.08) e 0.85 (aquando da eliminação deste item da escala).

### **Brief Symptom Inventory (BSI)**

A *Brief Symptom Inventory* (BSI) foi construída por Derogatis e Spencer (1982) e aferida para a população portuguesa por Canavarro no ano de 1995. Este inventário é uma forma breve resultante do Symptom Checklist-90 (SCL-90).

A BSI apresenta-se como um inventário de sintomas psicopatológicos, composto por 53 itens englobados em 9 dimensões: *Somatização* (7 itens), *Obsessões-Compulsões* (6 itens), *Sensibilidade Interpessoal* (4 itens), *Depressão* (6 itens), *Ansiedade* (6 itens), *Hostilidade* (5 itens), *Ansiedade Fóbica* (5 itens), *Ideação Paranoide* (5 itens), e *Psicoticismo* (5 itens). 4 dos itens não pertencem univocamente a nenhuma das dimensões citadas. Este inventário apresenta ainda três índices globais. No presente estudo apenas será utilizada a sub-escala Depressão.

A modalidade de resposta do presente inventário é do tipo Likert, 4 pontos (“Nunca” a “Muitíssimas vezes”), e a sua respetiva correção é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, sendo que um elevado score revela a existência de perturbação.

A consistência interna do inventário original situa-se entre os valores de alpha de 0.7 e 0.8, verificando-se o mesmo na versão portuguesa da BSI, à exceção das dimensões Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, cujos valores de alpha são aproximadamente de 0.6 (Canavarro, 1995). No referente à fidelidade teste-reteste, a versão portuguesa da presente escala apresenta valores (0.808) muito satisfatórios de estabilidade temporal a curto e longo prazo, para um período de tempo compreendido entre as três e as seis semanas.

### **Escala de Expressividade Emocional (EEE)**

A *Escala de Expressividade Emocional* (EEE) (Kring, Smith & Neale, 1994), aferida para a população portuguesa por Dinis, Gouveia e Xavier (2011), objetiva avaliar a expressividade emocional geral.

A EEE apresenta 17 itens, para os quais os sujeitos respondem numa escala tipo Likert, de 6 pontos (“Nunca verdadeiro” a “Sempre verdadeiro”).

A versão portuguesa da EEE apresenta uma boa consistência interna, com um alpha de 0.89, sendo este um pouco mais baixo do valor de alpha de 0.91, na versão original da escala (Dinis, Gouveia & Xavier, 2011). Nesta versão original as correlações obtidas no teste-reteste, num período de tempo de 4 semanas, foram de 0.90, indicando assim uma boa estabilidade temporal. Valores mais baixos de correlações foram encontrados na validação portuguesa da escala, na qual os valores da fidelidade teste-reteste, num período compreendido entre as 4 e

as 6 semanas, foram de 0.52, sendo esta classificada de “aceitável” pelos autores da validação (Dinis, Gouveia & Xavier, 2011).

### *Intervenção*

Vários estudos internacionais no âmbito da escrita expressiva (e.g. Pennebaker & Beall, 1986; Lu & Stanton, 2010; Chang, Huang & Lin, 2013) têm demonstrado a importância desta intervenção em populações clínicas, como o caso de mulheres acometidas pelo adoecer da mama (e.g. Kállay & Băban, 2008 Craft, Gail & Paulson, 2012). Em Portugal tais estudos ainda são escassos e insuficientes, dado a grande maioria dos poucos estudos ser realizada em contexto de tese de dissertação, não estando por isso muitos dos resultados publicados. Desta feita impôs-se a necessidade de desenvolver um estudo que procure investigar o impacto da EE em populações específicas, que vivenciaram uma experiência traumática, como é o caso da população com cancro da mama.

A intervenção, adaptada dos estudos de Pennebaker e colaboradores (1997), foi destinada a mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária, inicialmente, frequentadoras do Movimento Vencer e Viver. O modo como a intervenção se processou pode ser visto na figura 1.

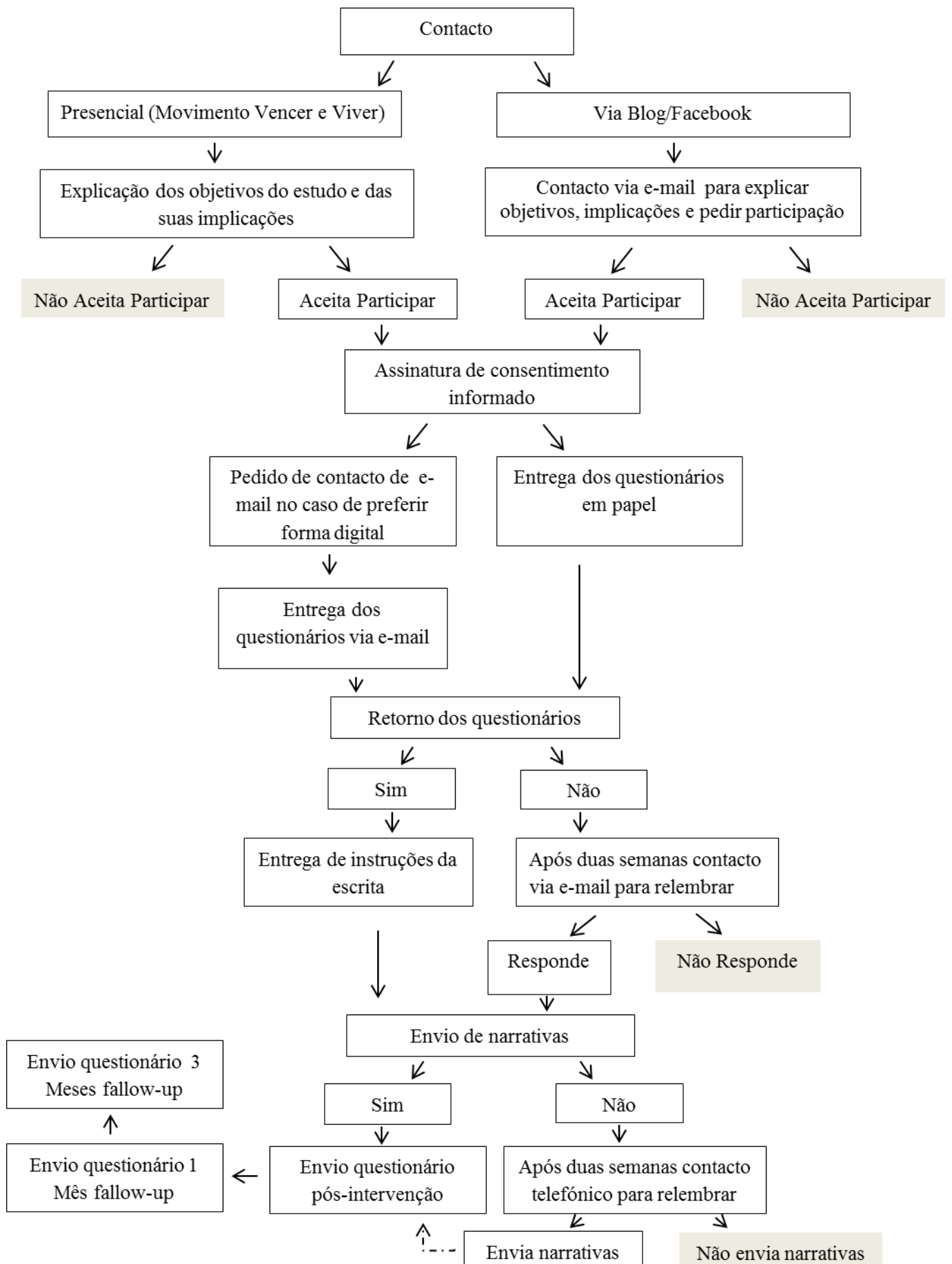


Figura 1. Diagrama do Procedimento da Intervenção

### *Procedimento*

A proposta de investigação começou por ser entregue às coordenadoras do Movimento Vencer e Viver (MVV) do Polo de Lisboa – pertencente à Liga Portuguesa Contra o Cancro –, tendo sido autorizadas pelas mesmas. Iniciou-se, de seguida, o contacto com as voluntárias do MVV e com as demais mulheres que frequentam o Movimento (procurando naquele local apoio psicológico ou materiais, como próteses, por exemplo) com o intuito de explicar o âmbito e a finalidade do estudo, bem como quais as suas implicações. Foi pedido que assinassem o consentimento informado, concedendo a sua autorização - voluntária e conhecedora de todo o procedimento - para a participação no estudo.

Do ponto de vista ético, primou-se por garantir às participantes a confidencialidade dos dados, o direito à privacidade e o anonimato (possível através do uso de um código de identificação).

Foram contactadas 51 mulheres com diagnóstico de patologia mamária, apenas 35 aceitaram participar (Figura 2). Num primeiro momento (Quadro 1), procedeu-se ao preenchimento do questionário sociodemográfico; Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP); Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAc); NEO - FFI (Sub-escala Neuroticismo); Escala de Alexitimia de Toronto; Revised Life Orientation Test (Otimismo); Brief Symptom Inventory (Sub-escala Depressão); por último, Escala de Expressividade Emocional medidas. Os questionários foram administrados via e-mail e/ou presencialmente (ficando ao critério da participante), contendo todos eles os contactos das investigadoras, caso alguma dúvida surgisse.

Num segundo momento, aquando do retorno dos questionários mencionados, procedeu-se à entrega de um envelope/documento word com as instruções da escrita. Neste momento 13 mulheres não aceitam participar na tarefa do estudo, restando 22 mulheres (grupo de intervenção), as quais completaram a tarefa até ao fim (3 dias consecutivos de escrita). Os resultados pertencentes às 13 mulheres que completaram os questionários mencionados (medidas de base) mas que não aceitaram participar na tarefa da escrita, foram usadas para comparações com as medidas de base do grupo de intervenção.

Contrastante com a maioria das intervenções já realizadas, a presente intervenção é realizada pelas participantes nas suas próprias casas. Foram fornecidos envelopes/documentos word com instruções de escrita diferentes, consoante fosse reportada pela participante a existência ou ausência de recidiva ou outro qualquer tipo de cancro. Nas instruções de mulheres com recidiva/cancro podia ler-se:

*“Durante os próximos 3 dias, gostaria que escrevesse, usando apenas a primeira pessoa do singular, sobre os pensamentos e sentimentos mais íntimos referentes a **um momento da sua vivência do cancro**. Enquanto escreve, gostaria que se deixasse ir e explorasse os seus pensamentos e emoções mais profundos. Pode associar o seu tópico de escrita às suas relações com os outros, incluindo pais, parceiros amorosos, amigos, familiares e/ou colegas de trabalho, bem como ao seu dia-a-dia. Tudo o que escrever será totalmente confidencial e anónimo. Não se preocupe em escrever corretamente, com a estrutura das frases, ou com a gramática. A única regra consiste em: a partir do momento em que comece a escrever, continue a fazê-lo, sem interrupções, durante 20 minutos”;*

Nas instruções para as mulheres sem recidiva/cancro lia-se:

*“Durante os próximos 3 dias, gostaria que escrevesse sobre os pensamentos e sentimentos mais íntimos referentes aos seus **medos/receios/angústias atuais enquanto sobrevivente ao cancro da mama**. Enquanto escreve, gostaria que se deixasse ir e explorasse os seus pensamentos e emoções mais profundos. Pode associar o seu tópico de escrita às suas relações com os outros, incluindo pais, parceiros amorosos, amigos, familiares e/ou colegas de trabalho, bem como ao seu dia-a-dia. Tudo o que escrever será totalmente confidencial e anónimo. Não se preocupe em escrever corretamente, com a estrutura das frases, ou com a gramática. A única regra consiste em a partir do momento em que comece a escrever, continue a fazê-lo, sem interrupções, durante 20 minutos”.*

Após os três dias consecutivos de escrita, procedeu-se à administração da escala EMMBEP, via e-mail ou presencialmente, bem como foram feitas algumas questões sobre a tarefa da escrita (e.g. foi difícil para si escrever?), de modo a controlar o mais possível a intervenção. O mesmo procedimento foi repetido nos períodos de follow-up de 1 e de 3 meses. É de salientar que, quer na entrega das medidas de base, quer na entrega das narrativas, quando se passava um período de tempo de 2 semanas sem qualquer resposta das participantes estas eram contadas via e-mail e telefonicamente, respetivamente.

A análise dos dados obtidos será explicitada nos subcapítulos *Análise Qualitativa e Análise Estatística*.

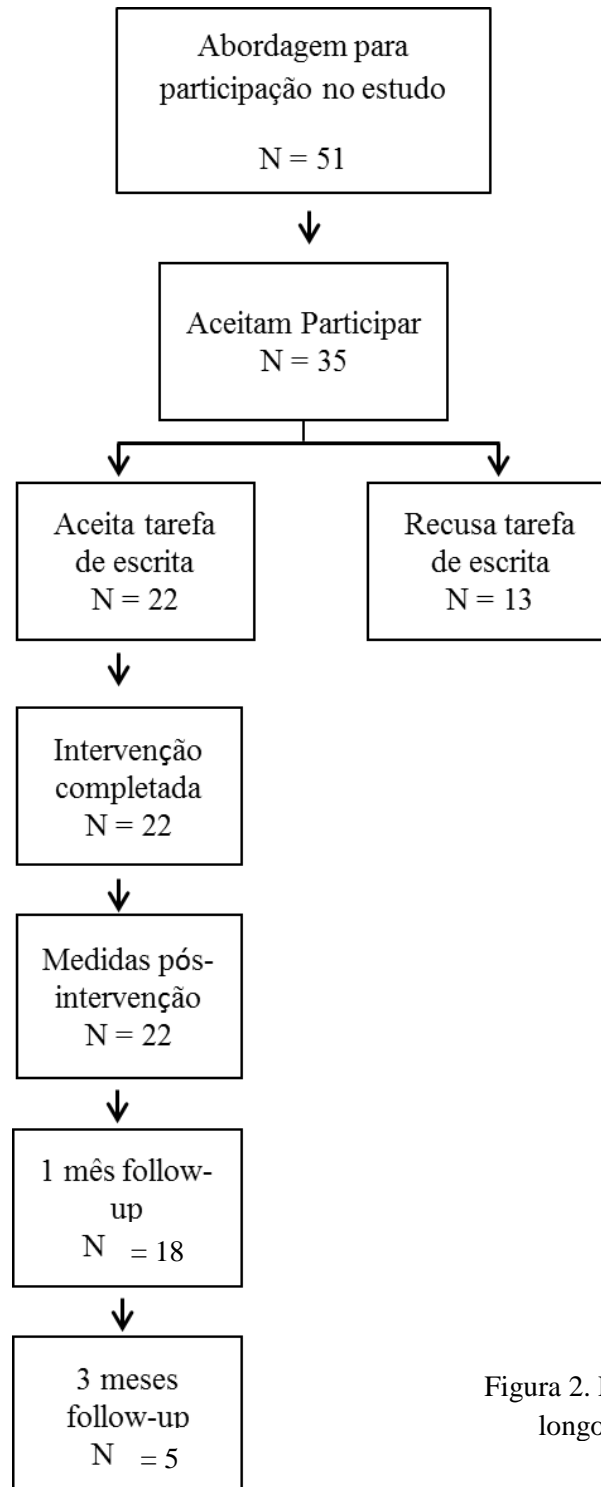


Figura 2. Recolha de dados ao longo da Intervenção

Quadro 1. Aplicação dos Questionários nos vários Momentos de Medida

	T0 (Baseline)	T1 (Pós- intervenção)	T2 (1 Mês)	T4 (3 Meses)
<b>Questionário Sociodemográfico</b>	X			
<b>EMMBEP</b>	X	X	X	X
<b>Mini-Mac</b>	X			
<b>NEO-FFI</b>	X			
<b>Tas-20</b>	X			
<b>LOT-R</b>	X			
<b>BSI</b>	X			
<b>EEE</b>	X			
<b>Avaliação percebida da intervenção (1Mês Follow-up)</b>			X	
<b>Avaliação percebida da intervenção (3Meses Follow-up)</b>				X

### *Análise Qualitativa*

66 narrativas foram produzidas pelas participantes. Para proceder às suas análises, de forma a procurar possíveis explicações para o aumento ou decréscimo do insight e do bem-estar psicológico, foram usados o Programa de Contagem de Palavras LIWC 2007 e a análise de conteúdo de Bardin (1977).

O *Programa de Contagem de Palavras LIWC 2007* é um programa de análise linguística desenhado por Pennebaker, Roger, Booth, e Francis (<http://liwc.net/liwcespanol/index.php>). Classifica as palavras escritas de um texto em categorias psicológicas ou gramaticais (mais de 70), procedendo à sua ordenação e avaliação, sendo por isso capaz de calcular como os sujeitos utilizam as diferentes categorias de palavras. Exemplificando, da análise de um texto pode-se inferir que o sujeito que o escreveu utilizou 20% dos vocábulos referentes a emoções positivas e 10% a negativas (<http://liwc.net/liwcespanol/index.php>).

A *análise de conteúdo* de Bardin (1977) caracteriza-se por ser, segundo esta autora, um conjunto de técnicas visado a analisar comunicações/mensagens por intermédio de procedimentos sistemáticos e descrição dos conteúdos das mensagens. Através do

estabelecimento, criação e definição das categorias que emergem da comunicação, da sua associação com categorias existentes na literatura, e da sua interpretação será possível determinar as causas da mensagem ou as consequências que esta pode provocar (Bardin, 1977).

#### *Análise Estatística*

De forma a sumariar e descrever as características mais proeminentes dos dados sociodemográficos recorreu-se à *estatística descritiva*.

Para analisar o conjunto de dados estatísticos que caracterizam a amostra (e.g. variáveis de BEP, *Coping*, Neuroticismo, Alexitimia, Otimismo, Depressão e Expressividade Emocional), utilizou-se a *estatística inferencial*. Esta, foi dividida em três momentos: (i) num primeiro momento realizaram-se testes ANOVA para fazer inferências sobre as medidas de base e as medidas de personalidade entre o grupo de intervenção e o grupo de mulheres que não aceitou participar na tarefa da escrita; (ii) num segundo momento, para observar as diferenças no BEP nos momentos pré e pós-intervenção, efetuou-se uma ANOVA de medidas repetidas. (iii) Por último, no terceiro momento, foram usadas ANOVAS de medidas repetidas para encontrar potenciais diferenças nos momentos pré e pós-intervenção e nos dois momentos de follow-up (1 mês e 3 meses). A versão 22 do programa SPSS (IBM Corp., 2013) foi usada para analisar os dados quantitativos obtidos nos questionários aplicados.

## Resultados

### *Sociodemográficos*

Das 35 mulheres que aceitaram participar na investigação, todas completaram as medidas de base, 22 destas (62.9%) completaram a tarefa da escrita e preencheram o questionário pós-intervenção, 18 (81.8%) responderam ao questionário no período de follow-up de 1 mês e apenas 5 (22.7%) responderam ao questionário no período de follow-up de 3 meses (Figura 1).

A tabela 1 demonstra as características essenciais das 35 mulheres que aceitaram participar no estudo: as 22 mulheres que completaram a tarefa da escrita (*Participantes*), e as restantes 13 que não aceitaram cumprir tal tarefa (*Não Participantes*).

Não foram identificadas diferenças expressivas na maioria das características. Salienta-se, porém, as características “Atividade profissional” e “Cancro atual”, as quais são inversas nos grupos *Participantes* e *Não participantes*: 45.5% das mulheres do grupo *Participantes* reportam estar “Não ativas/Reformadas”, enquanto 53.8% das mulheres no grupo *Não Participantes* relata estar a trabalhar (“Ativa”); 59.1% das mulheres do grupo *Participantes* tem cancro, contrastando com os 76.9% das mulheres constituintes do grupo *Não Participantes* que reporta não ter, atualmente, nenhum cancro. Ademais, não foram encontradas diferenças significativamente estatísticas entre tais grupos nas suas autoavaliações referentes à saúde, qualidade de vida e suporte recebido (Tabela 2).

Tabela 1. Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	Categorias	Participantes (n= 22)		Não Participantes (n=13)	
		Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Estado Civil</b>	Casada/União Facto	16	72.7	8	61.5
	Divorciada/Separada	1	4.5	3	23.1
	Solteira	3	13.6	0	0
	Viúva	2	9.1	2	15.4
<b>Filhos</b>	0	3	13.6	2	15.4
	1	7	31.8	2	15.4
	2	10	45.5	9	69.2
	3	1	4.5	0	0
	4	1	4.5	0	0

<b>Agregado Familiar</b>	Sem Companhia	3	13.6	3	23.1
	Companheiro	5	22.7	3	23.1
	Companheiro e Filhos	11	50	6	46.2
	Filhos	1	4.5	1	7.7
	Filhos	2	9.1	0	0
	Outro				
<b>Habilitações literárias</b>	1º Ciclo do Ensino Básico	1	4.5	1	7.7
	2º Ciclo do Ensino Básico	2	9.1	0	0
	3º Ciclo do Ensino Básico	3	13.6	1	7.7
	Ensino Secundário	4	18.2	4	30.8
	Licenciatura	11	50	5	38.5
	Mestrado	0	0	2	15.4
	Doutoramento	1	4.5	0	0
<b>Situação Profissional</b>	Ativa (a trabalhar)	6	27.3	7	53.8
	Ativa (de baixa)	6	27.3	2	15.4
	Não	10	45.5	4	30.8
	Ativa/Reformada				
<b>Cancro Atual</b>	Sim	13*	59.1	3	23.1
	Não	8*	36.4	10	76.9
<b>Medicação Psiquiátrica</b>	Sim	6**	27.3	2	15.4
	Não	14**	63.6	11	84.6
<b>Acompanhamento Psicológico</b>	Sim	10	45.5	3	23.1
	Não	12	54.5	10	76.9
<b>Cancro como Assunto Encerrado</b>	Sim	3	13.6	4	30.8
	Não	19	86.4	9	69.2

\*Um sujeito ausente no grupo Participantes

\*\*Dois sujeitos ausentes no grupo Participantes

Tabela 2. Estatística Descritiva e Inferencial da Autoavaliação à Saúde, QDV e Apoio Recebido

	Participantes		Não Participantes		F	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
<b>Avaliação da Saúde</b>	71.36	19.529	80.77	16.182	2.139	.153
<b>Avaliação da Qualidade de Vida</b>	73.41	19.962	77.69	20.054	.375	.545
<b>Avaliação do Apoio Recebido</b>	81.36	16.343	92.50	12.881	4.145	.050

*Personalidade e Coping como Determinantes psicossociais de adesão à intervenção EE*

Para aceder às diferenças nas sete variáveis dependentes entre os grupos *Participantes* e *Não Participantes* recorreu-se ao teste ANOVA, possibilitando responder à questão de investigação “quais os determinantes psicossociais subjacentes à adesão das sobreviventes ao adoecer da mama à terapêutica EE”.

Asseguradas as condições de normalidade e homogeneidade, procedeu-se à realização do teste expresso na Tabela 3. Não foram encontradas diferenças significativamente estatísticas entre os dois grupos em nenhuma das variáveis dependentes.

Tabela 3. ANOVAs para Medidas de Base (Grupo Participantes vs. Grupo Não Participantes)

Variáveis	Grupo	Média	Desvio Padrão	F	p
<b>BEP</b>	Participantes	98.46	20.259	.009	.923
	Não Participantes	97.86	16.075		
<b>Coping_Desespero</b>	Participantes	1.51	.527	1.208	.280
	Não Participantes	1.77	.742		
<b>Coping_Preocupação Ansiosa</b>	Participantes	2.13	.674	.943	.339
	Não Participantes	2.38	.772		

<b>Coping_Espirito de Luta</b>	Participantes	3.54	.419		
	Não Participantes	3.36	.441	1.330	.257
<b>Coping_Evitamento Cognitivo</b>	Participantes	2.92	.862		
	Não Participantes	2.62	.557	1.592	.216
<b>Neuroticismo</b>	Participantes	30.83	10.125		
	Não Participantes	32.77	6.271	.478	.494
<b>Alexitimia</b>	Participantes	47.92	13.351		
	Não Participantes	54.27	11.068	2.308	.138
<b>Otimismo</b>	Participantes	18.00	4.143		
	Não Participantes	15.82	5.105	1.704	.201
<b>Depressão</b>	Participantes	10.54	4.235		
	Não Participantes	11.50	4.554	.383	.540
<b>Exp. Emocional</b>	Participantes	3.19	.498		
	Não Participantes	2.96	.500	1.708	.200

#### *Impacto Imediato da Intervenção EE no BEP*

De forma a responder à questão “de que forma a terapêutica proposta impacta no BEP destas mulheres? E como é percecionado esse impacto pelas mesmas?”, recorreu-se ao teste ANOVA de medidas repetidas no grupo *Participantes* nos momentos pré e pós-intervenção.

Os pressupostos da normalidade e homogeneidade foram assegurados. A tabela 4 revela os resultados obtidos: não existem diferenças significativamente estatísticas nos momentos pré e pós-intervenção.

Tabela 4. ANOVA Medidas Repetidas para Momentos Pré e Pós-Intervenção

Variável Dependente	Pré-intervenção		Pós-intervenção		F	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
<b>BEP</b>	97.860	3.427	97.682	3.452	0.004	0.949

*Impacto a Longo prazo da Intervenção EE no BEP*

Com o propósito de responder à questão “de que forma a terapêutica proposta impacta no BEP a longo prazo nestas mulheres? E como é percebido esse impacto pelas mesmas?”, utilizou-se o teste ANOVA de medidas repetidas no grupo Participantes nos momentos pré, pós-intervenção, 1 mês e 3 meses de follow-up.

Garantidos os pressupostos da normalidade e homogeneidade, efetuou-se o teste, cujos resultados se encontram expressos na Tabela 5. Constata-se a ausência de diferenças significativamente estatísticas nos momentos pré e pós-intervenção e nos dois períodos de follow-up.

Tabela 5. ANOVA Medidas Repetidas para Momentos Pré e Pós-Intervenção e 1 e 3 Meses Follow-up

Variável Dependente	Pré-intervenção		Pós-intervenção		1 Mês Follow-up		3 Meses Follow-up		F	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
<b>BEP</b>	100.80	7.981	94.80	10.616	99.80	19.728	90.80	21.35	0.633	0.608

Não obstante, as participantes também responderam a questões de foro qualitativo: “Qual o impacto da EE nas suas vidas?”. Como a tabela 6 demonstra, a maioria das participantes relatou um impacto positivo da EE nas suas vidas.

Tabela 6. Categorias Criadas Através dos Relatos das Participantes sobre o Impacto da EE nas suas Vidas

<b>Categorias</b>	<b>N</b>
Ausência de Impacto Significativo	5
Presença de Impacto Significativo (Sistematização e Exteriorização de Ideias e Desabafos)	12

*Porque é que a EE não revelou (estatisticamente) qualquer impacto no BEP?*

Alguns dos dados recolhidos podem ser usados com o intuito de explorar o porquê da EE não ter tido impacto a curto prazo (pós intervenção) e a longo prazo (follow-up). Vejamos:

*1. Exploração da correlação das variáveis dependentes e BEP:*

Com o propósito de perceber como se encontram relacionadas as variáveis dependentes e o BEP, foi usado o teste correlacional *Pearson*. Os pressupostos da normalidade e da homogeneidade de variâncias foram assegurados e os resultados obtidos encontram-se expressos na Tabela 7.

Optando por correlacionar o grupo de mulheres com cancro e o grupo de mulheres sem cancro atual nos momentos pré e pós intervenção, verificou-se que o BEP não revelou correlacionar-se com a maioria das variáveis no grupo de mulheres com cancro. Contudo no grupo de mulheres sem cancro atual verificou-se: uma correlação negativa (nos momentos pré e pós-intervenção) entre o BEP e a depressão, e o BEP e o Neuroticismo; uma correlação negativa, no momento pós-intervenção entre BEP e Alexitimia; ausência de correlação (nos momentos pré e pós-intervenção) entre BEP e *coping* e BEP e Expressividade Emocional; e, por último, uma correlação positiva, nos momentos pré e pós-intervenção, entre o BEP e o Otimismo.

Tabela 7. Correlações nos Momentos Pré e Pós-Intervenção no grupo Com Cancro Atual

<b>Variáveis</b>	<i>Coping</i>	Neuroticismo	Alexitimia	Otimismo	Depressão	Exp. Emocional	
<b>EMMBEP</b>	-.070	-.783**	-.681*	-.277	-.338	.293	Pré- Intervenção
	-.849*	-.182	.043	-.019	.120	-.216	Pós- intervenção

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

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

Tabela 8. Correlações nos Momentos Pré e Pós-Intervenção no grupo Sem Cancro Atual

<b>Variáveis</b>	<i>Coping</i>	Neuroticismo	Alexitimia	Otimismo	Depressão	Exp. Emocional	
<b>EMMBEP</b>	.036	-.618*	-.374	.816**	-.737**	-.402	Pré- Intervenção
	-.118	-.588*	-.392*	.784**	-.692**	-.348	Pós- intervenção

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

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

## 2. Exploração do Poder Mediador das Variáveis Neuroticismo, Alexitimia e Depressão no Impacto da EE no BEP

No gráfico 1 apresentam-se os resultados medianos comparativos dos sujeitos com maior e menor Neuroticismo nos níveis de BEP ao longo dos momentos de intervenção. Os resultados evidenciam que as participantes com menores níveis de Neuroticismo apresentam um pequeno aumento do BEP findo período de 1 mês após a intervenção. Pelo contrário, sujeitos com maiores níveis de Neuroticismo apresentam um crescimento nos níveis de BEP após a intervenção, no período pós intervenção até 1 mês depois o BEP diminui consideravelmente, aumentando acentuadamente passados três meses após a implementação da EE.

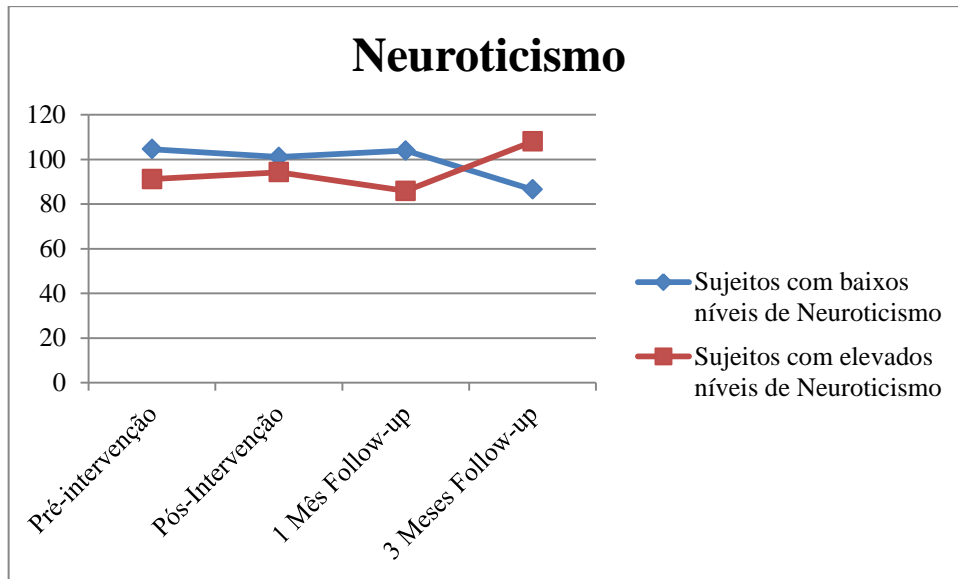


Gráfico1. Poder Mediador da Variável Neuroticismo no Impacto da EE no BEP

O gráfico 2 apresenta os resultados médios comparativos dos sujeitos com maior e menor Alexitimia nos níveis de BEP ao longo dos quatro momentos de intervenção. Os resultados demonstram que as participantes cujos níveis de Alexitimia são baixos revelam um decréscimo constante nos níveis de BEP ao longo do tempo. Já as participantes Alexitimicas (scores  $\geq 61$ ), revelam melhores níveis de BEP após a implementação da EE, decrescendo estes, porém ao fim de 1 mês. Não existem ainda dados sobre os níveis de BEP findo período de 3 meses após a intervenção.

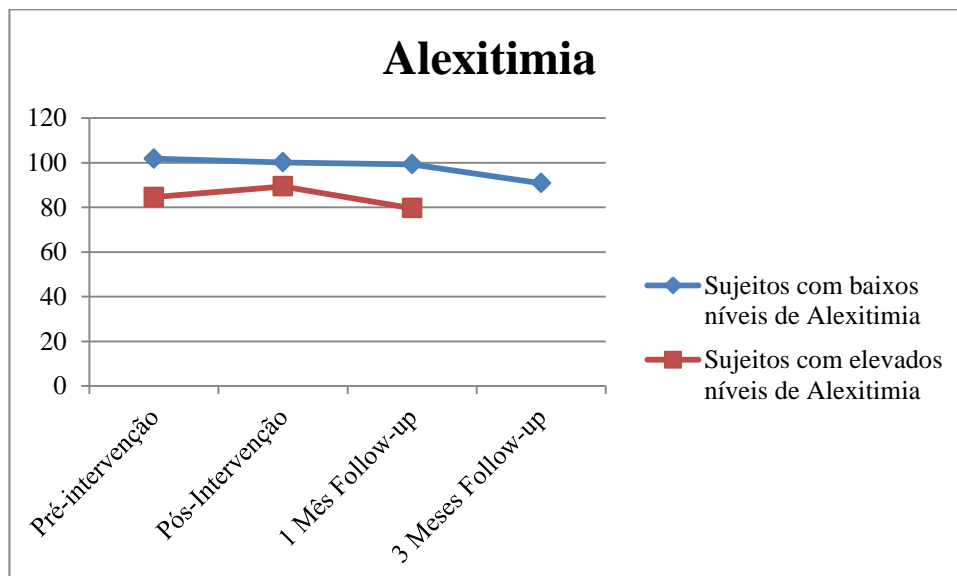


Gráfico 2. Poder Mediador da Variável Alexitimia no Impacto da EE no BEP

O gráfico 3 contempla os resultados medianos comparativos dos sujeitos com maior e menores níveis de Depressão nos níveis de BEP ao longo dos momentos de intervenção. De acordo com os resultados do gráfico, as participantes com menores níveis de depressão apresentam um decréscimo do seu BEP ao longo do tempo, não se verificando o mesmo nas participantes cujos níveis de depressão são mais elevados. Nestas é possível observar uma pequena melhoria nos níveis de BEP após a implementação da EE, decrescendo o BEP ao fim de 1 mês, mas recuperando para maiores níveis ao fim de 3 meses após a intervenção.

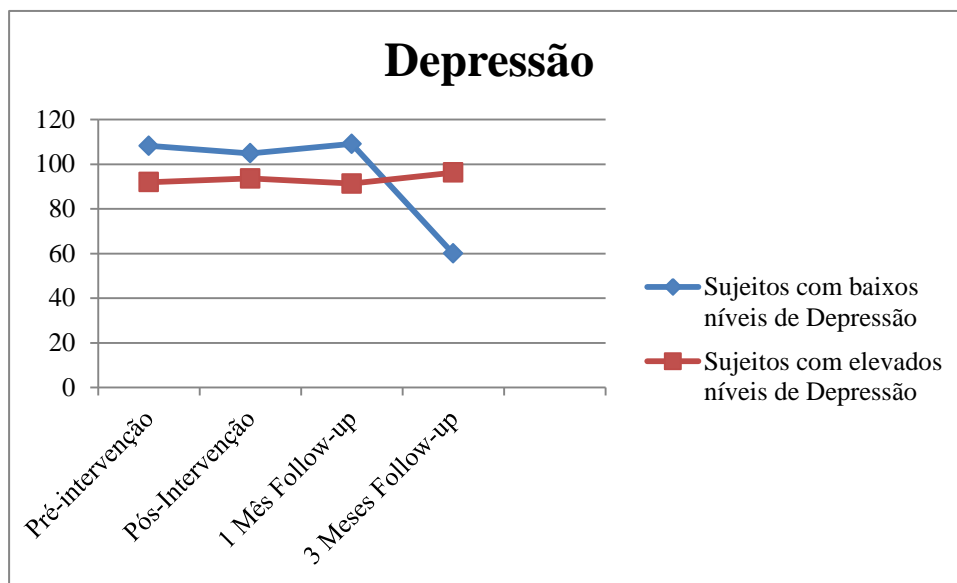


Gráfico 3. Poder Mediador da Variável Depressão no Impacto da EE no BEP

### 3. Ausência de impacto da EE no BEP: insight e análise de conteúdo

Poderá a falta de impacto estar associada à ausência de insight? Os resultados obtidos pelo programa LIWC, aliados a uma análise descritiva, revelam que a taxa de palavras de insight perfaz um total de 7 a 8% do discurso das participantes. O processamento cognitivo – que inclui as palavras de insight – perfaz um total de aproximadamente 49% do discurso das participantes.

Da análise de conteúdo de tais narrativas (Tabela 9) emergiram 11 categorias, expressas na literatura: suporte emocional, entes queridos, tratamento, diagnóstico, ressentimento e indignação, desconforto psicológico, problemas físicos, disfunção social, recidiva, recuperação e *coping*, impacto do cancro no trabalho e no auto-conceito. O desconforto psicológico apresenta a maior frequência com 68.2%, seguindo-se a recuperação e o *coping* com 54.5%, o suporte emocional e a recidiva com 50% e o diagnóstico com uma frequência de 45.5%.

Tabela 9. Categorias emergentes das narrativas das participantes

Literatura	Frases das narrativas	Frequência
Diagnóstico	“Senti um choque pelo corpo todo” (MB64)	
• Sintomas	“Não consegui conter as lágrimas e chorei compulsivamente”	45.5%
• Diagnóstico	(MM11)	
	“Sinto-me aterrorizada pela minha doença” (MM15)	
Apoio emocional recebido	“Amigos que têm mostrado o quanto são meus amigos” (MA27)	
	“Ele tem sido uma peça fundamental para eu conseguir ultrapassar cada etapa” (MA62)	50%
	“Tenho sorte de ter um marido compreensivo que me ajuda muito” (MB64)	
	“Tive a ajuda de colegas de trabalho” (MM11)	
Desconforto psicológico	“Quando olho a minha imagem no espelho vejo as marcas que ficaram” (AF42)	
• Imagem do corpo		
• Emoções negativas	“Porque me sinto mutilada” (MA27)	
	“É duro aceitar todas estas alterações” (MA27)	68.2%
• Sintomas depressivos	“Perder o cabelo para mim era muito doloroso” (MA62)	
	“Pessoas que me chateiam, situações que me deixam triste” (MV01)	
• Cabelo	“Não queria que nenhum homem me visse assimétrica” (MA47)	
Recidiva	“Quase parece que é a roleta russa” (MA27)	
	“Se receio ter uma recaída? Sim receio” (RJ04)	
	“O futuro incógnito assusta e não me deixa avançar” (AG90)	50%
	“Há uma ameaça pendente sobre mim” (MA22)	
	“Penso constantemente que posso vir a ter outro cancro” (MC22)	
Recuperação e <i>coping</i>	“Desvalorizo pequenos problemas da vida, por isso vivo mais intensamente” (AF42)	54.5%
• Apreciação do estar viva	“Os meus novos dias são mais felizes dos que os vividos antes”	

- 
- Fazer mais da vida (MC22)  
“Comecei a ir ao ginásio, tenho tentado pensar mais em mim” (MM11)  
“Seja para ser vivida um dia de cada vez e aproveitar todos os momentos” (RA16)  
“Aprendi a gostar mais de mim” (RJ04)  
“Acho que me tornei uma pessoa melhor” (MA47)
-

## Discussão

A EE é uma técnica de expressão emocional que promove um *coping* proactivo. Como? A EE permite ao sujeito reverter o evitamento e a inibição que o evento traumático causa (Lumley, et al., 2014), oferecendo um lugar seguro no qual o sujeito pode expressar, processar e re-experienciar o evento traumático, como o cancro da mama, organizando e encerrando-o. Tais alterações cognitivas propiciam uma diferente e melhor compreensão do cancro da mama, resultando em melhorias na saúde, nomeadamente, no funcionamento psicológico (Pennebaker & Chung, 2011).

O presente estudo objetiva investigar (i) quais os determinantes psicossociais subjacentes à adesão das sobreviventes ao adoecer da mama à terapêutica EE, e (ii) de que forma a terapêutica proposta impacta no BEP destas mulheres a curto e a longo prazo (1 e 3 meses, e (iii) como é percecionado esse impacto pelas mesmas.

*Quais os determinantes psicossociais que subjazem à adesão das participantes à terapêutica EE?*

A homogeneidade (ausência de diferenças nas características individuais) e a falta de diferenças significativamente estatísticas nos grupos *Participantes* e *Não Participantes*, permitem-nos inferir que fatores de *coping* e de personalidade (neuroticismo, otimismo alexitimia, depressão e grau de expressividade emocional) não são os determinantes psicossociais que levaram as mulheres participantes a aderirem à terapêutica proposta. Contudo, algumas pistas são reveladas sobre possíveis determinantes psicossociais subjacentes à adesão à EE:

1. As mulheres que aceitaram participar na escrita – caracterizadas pela existência de cancro atual – revelam que não se encontram ativas, estando de baixa ou numa situação de pré-reforma/reforma. Levanta-se assim a questão: será que estas mulheres aceitaram participar no estudo por se encontrarem com maior disponibilidade de tempo? Será a inatividade profissional um determinante psicossocial para a adesão à escrita nas mulheres portuguesas? Tais suposições são corroboradas por estudos anteriores que demonstraram que a maioria das participantes que aceitam a intervenção proposta estão desempregadas (Jensen-Johansen, Christensen, Jensen, Bovbjerg, & Zachariae, 2013).

2. As mulheres que não aceitaram participar na escrita são caracterizadas por não serem, atualmente, acometidas por nenhum cancro e por não considerarem o cancro da mama um

assunto encerrado. Considerando os resultados obtidos no estudo, estas mulheres não são alexitimicas (são capazes de expressar os seus sentimentos), não apresentam dificuldades em expressar-se emocionalmente, nem apresentam elevados níveis de neuroticismo (não apresentam dificuldade em lidar com agentes indutores de stress, como é o caso do cancro). Assim, qual será o determinante psicossocial para não existir adesão à EE? Será o facto de não terem disponibilidade de tempo, por estarem empregadas? Não parece ser o caso, a análise qualitativa revela o porquê: estas mulheres encontram-se motivadas para participar, mas quando o momento da escrita chega, é demasiado doloroso para elas:

“Todos os dias tento escrever e não consigo. Adoraria participar no seu estudo, mas não tinha a mínima consciência que não iria conseguir por no papel os medos que me assolam diariamente. Registrar é admitir e eu penso que tenho medo de pensar. Parece ser confuso, mas estou muito triste, queria muito poder participar, mas cada vez que me sento para escrever, apoderasse de mim uma tristeza e dá-me vontade de chorar. Eu não quero reviver, pensar, registrar. Pensava que não tinha medos, que era forte. No entanto tudo isto serviu para eu perceber o quão ainda estou frágil, relativamente à palavra cancro.” (MJ33)

“Infelizmente não consigo, não tenho paciência, para escrever sem parar durante 20 minutos. Tentei, mas simplesmente não consigo e comecei a me irritar com tal situação.” (RS02)

3. Apesar de não existirem diferenças significativamente estatísticas, as médias resultantes da autoavaliação das mulheres que aderiram à tarefa da escrita e das que não aderiram são um quanto diferentes, revelando uma melhor saúde percebida, uma melhor qualidade de vida percebida e um maior apoio recebido no grupo das mulheres que não aderiram à EE. Tais resultados corroboram a hipótese de que existe melhores resultados percebidos ao nível da saúde, qualidade de vida e apoio percebido nas mulheres sobreviventes ao cancro da mama (sem cancro atual) (Sales, Paiva, Scandiuzzi & Anjos, 2001; Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011).

Ademais, uma vez que o bem-estar já é percebido como algo existente, fazendo-as sentir-se bem, estes resultados parecem apontar na direção da existência de falta de interesse das mulheres (sem cancro atual) em intervenções, como a EE, que possam potenciar o BEP. Investigações futuras deverão explorar tal hipótese.

4. Todas as mulheres que se dispuseram a participar na intervenção EE foram informadas dos potenciais benefícios da mesma, especialmente, do seu possível impacto no BEP. Algumas destas mulheres com diagnóstico de cancro mencionaram, nas suas narrativas, a procura de “terapias alternativas” como forma de combate à dor física e ao mal-estar (“Procurei conforto nas terapias alternativas, nomeadamente o reiki e a reflexologia” - MM11).

Tendo em conta esta procura de “soluções” para o mal-estar, será que conhecimento dos possíveis benefícios da EE (vista como possível “solução”) poderá ter sido um fator motivador para a sua adesão? Investigações futuras deverão ser levadas a cabo nesta área.

Sumarizando, os resultados inovadores do presente estudo contribuem para a literatura já existente, acrescentando resultados como os que revelam que o *coping* e algumas características de personalidade não são características inerentes à motivação dos sujeitos para aderirem à terapêutica. Não obstante, os fatores sociodemográficos e situação atual de saúde (e.g. ter cancro/recidiva, pobre auto-avaliação da saúde e da qualidade de vida, bem como do apoio recebido) parecem ser alguns determinantes psicossociais que propiciam a adesão à terapêutica.

*De que forma a terapêutica proposta impacta no BEP destas mulheres a curto e a longo prazo (1 e 3 meses)? E como é percecionado esse impacto pelas mesmas?*

Os resultados estatísticos revelam uma clara ausência de impacto da EE no BEP nos momentos pós-intervenção, e nos períodos de follow-up de 1 e 3 meses. Estudos como os de Mosher, DuHamela, Dicklerb, Massiea, and Nortonb (2012), demonstram resultados semelhantes: ausência de impacto da EE no bem-estar existencial e psicológico, bem como na qualidade do sono e fadiga. De forma a esclarecer os resultados obtidos algumas questões serão colocadas:

1. A motivação das participantes para a escrita varia entre “moderada” a “extrema”, porém nem todas as mulheres que diziam estar motivadas aderiram à intervenção. Por isso, coloca-se a questão: será esta motivação intrínseca ou fruto de desejabilidade social? Investigações futuras deverão investigar esta questão com o propósito de perceber de que forma os investigadores poderão obter um “*engagement*” total.

2. De uma análise qualitativa à questão “Qual o impacto da escrita na sua vida”, é possível verificar o impacto positivo que as participantes atribuem à EE:

“Positivo, dado que expressei no papel ideias e liberto-me delas” (MV01)

“Sinto-o como mais uma experiência e uma satisfação nesta minha nova vida. Foi mais uma aprendizagem e uma reflexão sobre os valores da vida e o modo de a ver” (MA27)

“Foi positivo porque ajudou a desabafar” (MB64)

“Impacto foi positivo. Senti mais uma vez que ao transcrever as minhas emoções para o papel me auto-ajudei, libertando-as para o exterior. Sensação positiva pois reler o que escrevi promove a confirmação de que estou bem” (MC22).

Diante dos resultados apresentados, surge a questão: será que a escala de BEP utilizada não é sensível a populações clínicas? A escala utilizada (EMMBEP) nunca foi validada para populações clínicas, pelo que não é possível saber se é ou não sensível a populações como mulheres acometidas pelo adoecer da mama. Estudos futuros deverão investigar tal possibilidade.

3. O pressuposto da EE é facilitar o insight sobre o evento traumático de forma a que este seja compreendido e encerrado (Pennebaker & Chung, 2011). Por esta razão revê-se na saúde física e psicológica um impacto positivo, como o aumento do BEP (Lu & Stanton, 2010). Os resultados do presente estudo revelam uma taxa de palavras de insight situada entre os 7% e os 8%, o que poderá ser indicador não só da existência de insight, como também de uma elevada taxa de insight. Porém, devido à falta de estudos em Portugal referentes ao Paradigma da EE, não existe uma norma padronizada (como existe na América – 2.5%) com a qual se possa fazer uma comparação e qualquer inferência sobre os resultados obtidos. Estudos futuros incidentes nas palavras de insight são necessários para preencher esta lacuna.

4. Estará a ausência de impacto da EE no BEP ligada ao conteúdo das narrativas produzidas pelas participantes? Olhemos atentamente para cada uma das categorias, emergentes da literatura (Thackeray, Burton, Giraud-Carrier, Rollins & Draper, 2013; Kim, Han, Moon, Dhavan, Shah, McTavish, & Gustafson, 2012; Kwok & White, 2011; Nizamli, Anooosheh, & Mohammadi, 2011; Helgeson, 2011), que mais destaque tiveram pela sua frequência: O *desconforto psicológico* é uma categoria que contempla as emoções negativas, a imagem do

corpo e os sintomas depressivos; a *recuperação e coping* salienta-se pela visão positiva da vida, a qual leva o sujeito a valorizar mais a vida, as pessoas e a si próprio; o *apoio emocional recebido*, tal como o nome indica, prende-se à percepção do sujeito do apoio emocional que recebeu, da família, amigos, conhecidos, entre outros; a *recidiva*, é uma categoria na qual o sujeito expressa os seus medos e incertezas perante o futuro; por fim o *diagnóstico*, é uma categoria que encerra os sintomas que levam o sujeito a recorrer ao médico e a obter a confirmação da existência de uma neoplasia. As categorias desconforto psicológico e a *recuperação e coping* são aquelas que maior frequência apresentam, uma vez que são aquelas que mais surgem nas narrativas das participantes.

Tais resultados parecem indicar, numa leitura de cariz psicológico, que o cancro é ainda vivenciado por estas mulheres de uma forma negativa, fazendo emergir sentimentos e emoções negativas. Contudo a valorização de determinados aspetos da vida e de si próprio revelam uma tentativa destas mulheres se imporem à sintomatologia depressiva advinda do cancro da mama, tentando enfrenta-lo.

Os resultados que os gráficos 1 e 3 demonstram, parecem corroborar esta inferência, ao demonstrarem que quando existe uma menor estabilidade emocional (elevado neuroticismo), e a sintomatologia depressiva está presente, os níveis de BEP são inferiores, porém melhoram com a implementação da EE, técnica que promove um *coping* proactivo (Lepore, Greenberg, Bruno & Smyth, 2002). A justifica para o crescimento nos níveis de BEP apenas se voltar verificar após 3 meses da intervenção ter sido implementada funda-se no processo cognitivo necessário realizar-se aquando de um evento traumático. Segundo Pennebaker e Chung (2011), em algumas situações são necessárias mais de oito semanas após a EE para que os sujeitos consigam adquirir insight sobre a experiência traumática.

No seguimento da análise dos gráficos obtidos, Frattaroi (2006) propõe a existência de efeitos mediadores entre as variáveis neuroticismo, alexitimia e depressão, salientando que quantos mais elevados os scores de alexitimia e depressão menor ou nenhum será o impacto da EE na saúde do sujeito, enquanto que quanto mais elevados forem os níveis de neuroticismo no sujeito maior o impacto da EE na saúde do mesmo. Os gráficos (1, 2 e 3) apresentados revelam que estes efeitos mediadores parecem existir, porém contraditórios no que concerne à variável depressão, uma vez que o impacto da EE no BEP (aumentando-o) apenas parece existir quando existe, de facto, a presença de sintomatologia depressiva. Tais resultados carecem de investigações futuras a fim de determinar o poder mediador de tais variáveis com um maior número de sujeitos, uma vez que no presente estudo no período de follow-up de 3 meses apenas 5 mulheres responderam ao questionário de BEP.

5. As participantes revelaram uma grande disparidade relativa ao número de anos desde o diagnóstico, variando este de apenas 1 mês, até 100 meses após o diagnóstico. Poderá esta ser a razão para a falta de impacto da EE no BEP das participantes? À semelhança dos resultados obtidos por Low, Stanton, Bower and Gyllenhamme (2010), a análise qualitativa dos dados revela que poderá ser uma razão, pois as mulheres que relataram um impacto positivo da EE nas suas vidas não foram diagnosticadas há muito tempo (menos de 5 anos). Para estas mulheres a escrita foi não só útil como teve um impacto significativo no seu BEP: “Melhorias” (NJ39), “aceitação” (RF78), “Confirmação que estou no bom caminho, estou positiva e confiante no meu processo de cura e crescimento a todos os níveis” (MC22).

5. Quer o BEP global como as suas dimensões não revelaram impacto estatístico sob as outras variáveis em estudo. Contrariamente ao que tem sido aplicado em investigações anteriores (e.g. Jensen-Johansen, Christensen, Valdimarsdottir, Zakowski, Jensen, Bovbjerg & Zachariae, 2013), neste estudo o BEP foi utilizado como medida de avaliação de satisfação do sujeito consigo próprio e com a vida. Contudo não houve qualquer impacto da EE no BEP, resultados que corroboram os estudos de Mosher (2012) que concluíram que usar a medida de BEP como medida de avaliação de satisfação do sujeito consigo próprio e com a vida é infrutífero, uma vez que não serão verificados resultados, isto é, não serão verificadas alterações nos níveis de BEP.

6. Ao efetuar os testes correlacionais de *Pearson*, o aspeto metodológico relevante do presente estudo parece ser revelado: falta de sensibilidade da escala EMMBEP à população clínica cancro da mama.

Atente-se no grupo de mulheres com cancro atual, neste grupo é possível observar uma ausência de correlação nos momentos pré e pós-intervenção na grande maioria das variáveis. Observando agora o grupo de mulheres sem cancro atual - aquele que é caracterizado por não ter cancro e apresentar os maiores valores médios nas auto-avaliações da saúde, QDV e apoio percebido -, é possível observar a presença de correlações positivas e negativas, nomeadamente, quando os níveis de Neuroticismo e Depressão são elevados o BEP diminui (correlação negativa), e vice-versa, enquanto que, quando os níveis de Otimismo são elevados o BEP aumenta (correlação positiva). Ademais, neste grupo verificou-se ainda que a Alexitimia passou a correlacionar-se de forma negativa com o BEP após a implementação da escrita, fazendo com que após a escrita, após as participantes conseguirem elaborar e expressar os seus sentimentos face ao adoecer da mama, os níveis de BEP aumentassem quando os níveis de Alexitimia diminuíssem (e vice-versa) – comprovando o impacto da EE.

Ora se existem correlações, todas esperadas segundo a literatura (Menezes, Carolina y Dell'aglio & Débora, 2009; Gonzalez, 2012; Giebels, 2013; Franco, 2014), apenas no grupo sem cancro, aquele que devido às suas características se assemelha à população normativa (saudável), podemos inferir cuidadosamente que a escala de BEP utilizada não é sensível a populações clínicas. Estudos futuros deverão investigar tal possibilidade.

Sumarizando, apesar de os resultados obtidos com a presente investigação não confirmarem a existência de impacto estatístico da EE no BEP de mulheres acometidas pelo adoecer da mama, alguns resultados deverão ser tidos em conta: (i) a existência de insight promove a compreensão do cancro da mama, e ajuda as mulheres a desbloquear emoções bloqueadas, tal como as participantes referiram e como a literatura demonstra (Harrington & Loffredo, 2011); a análise de conteúdo revela que a elevada frequência de emoções negativas e depressão, expressa nas narrativas das participantes, impede alterações no BEP (Frattaroli, 2006); como demonstra a literatura (e.g. Craft, Davis & Paulson, 2012), o tempo de diagnóstico é determinante para o impacto que a EE terá nos sujeitos, devendo a intervenção ser aplicada o mais cedo possível após o diagnóstico (como parece evidenciar os resultados obtidos); por fim, a medida de BEP enquanto medida de satisfação com a vida e com o próprio parece ser ineficaz (Mosher et al., 2012).

### *Será Ético?*

Para o leitor seria compreensível, após ler o estudo em questão, tecer algumas considerações éticas sobre a intervenção. Nesse sentido, coloca-se, para finalizar a presente investigação uma questão ética diretamente relacionada com os resultados obtidos: poderá implementar-se uma intervenção desta natureza sem que haja um acompanhamento psicológico subjacente? Que pensarão as pessoas de expor a sua vivência dolorosa a terceiros (e desconhecidos) sem qualquer razão aparente?

Antes de responder à questão, algumas considerações devem ser tidas em conta, como o facto de as participantes terem sido informadas sobre as questões do anonimato e confidencialidade, sobre o teor do estudo, as suas implicações, os seus objetivos, a possibilidade de retirar o seu consentimento caso sentisse necessidade (uma vez que a participação é voluntária), entre outros.

Ora, posto isto, respondemos de forma simples à questão colocada: a EE é uma técnica de escrita expressiva cujo padrão é de laboratório, pelo que, inicialmente, começou por ser implementada em condições controladas, tendo, mais tarde, começado a ser aplicada em

condições controladas de forma menos rigorosa, como as intervenções efetuadas na própria casa das participantes, como é o caso do estudo em questão. Por isso, é de sua natureza a EE ser implementada da forma que aqui foi explicitada, implicado tal a ausência de necessidade de existir um acompanhamento psicológico subjacente (e.g. Stanton et al., 2002; Craft, Gail, Davis & Paulson, 2012; Jensen-Johansen, et al., 2013), e sim apenas a “vontade” das participantes em falar de algo que para elas foi doloroso e que, acima de tudo, como relatam, ajudar mulheres que passam ou passaram pelo adoecer da mama (“Ter participado foi uma maneira de me sentir útil a quem passa pela doença” – MA47).

Estudos futuros poderão incidir sobre esta questão investigando a hipótese da implementação da EE inerente a um acompanhamento psicológico ser mais eficaz, uma vez que através deste poderia ser possível trabalhar a adesão a uma psicoterapia, sendo posteriormente pertinente introduzir a técnica da EE para potenciar os resultados pretendidos.

#### *Limitações e Estudos Futuros*

Algumas limitações existentes no presente estudo serão indicadas: (i) ter usado uma amostra auto-selecionada, bem como o pequeno número de participantes limita o poder para encontrar diferenças entre os momentos de medida, bem como para generalizar os resultados obtidos; (ii) a ausência de grupo de controlo impossibilita a comparação de grupos (intervenção vs. controlo) face ao impacto da EE ao longo do tempo e à sua verdadeira eficácia; (iii) a imprecisão das narrativas produzidas (algumas carentes de emoção e sentimento) refletem a falta de “*engagement*” na tarefa da escrita e, conseqüentemente, ausência de impacto da EE; (iv) usar uma escala (EMMBEP) que nunca foi usada em populações clínicas, impossibilitou a obtenção de resultados; (v) usar o dicionário de Português-Brasil no programa LIWC para população Portuguesa (Portugal), embora o único existente, não é o mais adequado; (vi) Não considerar o facto de que a EE pode ser penosa para certas pessoas (o aumento de humor negativo e positivo após a escrita não foi medido); (vii) não medir o tipo de representação que cada participante tem do cancro da mama (a EE impacta aquando da existência de eventos traumáticos, porém muitas mulheres podem não considerar o cancro de mama como um evento traumático).

Estudos futuros devem (i) considerar e ultrapassar as limitações do presente estudo; (ii) controlar de forma mais adequada as condições da intervenção, especialmente no caso de intervenções fora de um laboratório, como no caso do presente estudo; (iii) usar um maior

número de variáveis psicológicas (e.g. crescimento pós-traumático, afetos positivos, afetos negativos).

### *Implicações Clínicas*

Em conclusão, a EE não deve ser um substituto, e sim um complemento, de um acompanhamento psicológico ou de qualquer outra estratégia psicológica utilizada para ajudar estas mulheres a lidarem com a neoplasia mamária. Apesar dos resultados obtidos serem inconclusivos, dado não serem estatisticamente significativos mas, qualitativamente, ser possível observar que para a maioria das mulheres a escrita teve um impacto positivo, salienta-se e deixa-se claro a facilidade de aplicação da EE, que pode ser facilmente incorporada na rotina de quem a ela recorrer e no próprio processo terapêutico em que se possa ver envolvida, provendo assim uma forma de *coping* face ao cancro da mama.

## Referências

- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H. & Brenner, H. (2005). Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, 23(22), 4945-4953.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: PERSONA.
- Bagby, R.M., Parker, J. D. A & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Boals, A. (2012). The use of meaning making in expressive writing: when meaning is beneficial. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 393-409.
- Canavarro, M. C. S. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol., pp. 94-109). Braga: APPORT/SO.
- Chang, J-H., Huang, C-L. & Lin, Y-C. (2013). The psychological displacement paradigm in diary-writing (pdpd) and its psychological benefits. *J Happiness Stud*, 14, 155–167.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1989). The structure of interpersonal traits: wiggins's circumplex and the Five-Factor Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 586-595.
- Craft, M.A., Davis, G.C. & Paulson, R.M. (2012). Expressive writing in early breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 305–315.
- Cummings, J. A., Hayes, A. M., Saint, D. S., & Park, J. (2014). Expressive Writing in Psychotherapy: A Tool to Promote and Track Therapeutic Change. *Professional Psychology: Research and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037682>
- DGS. (2013). *Portugal Doenças Oncológicas em números – 2013: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Festatisticas-de-saude%2Festatisticas-de-saude%2Fpublicacoes%2Fportugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013-pdf.aspx&ei=tSdjVcmHLoW3swHProDwAg&usg=AFQjCNGXtwHdKymgkYjXR5Fal5cdnOO1dQ&sig2=RNLNiJH0YWspW0YLdo7E2Q>

- Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J. & Xavier, A. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Expressividade Emocional. *Psychologica*, 54, 111–137.
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J. & Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 79–96.
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Tese de Doutoramento publicada submetida no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Franco, A. S. S. (2014). *Vinculação, religiosidade e aproveitamento escolar como determinantes da depressão e do bem-estar psicológico na adolescência*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 823–865.
- Giebels, P. C. A. (2013). *Otimismo, bem-estar psicológico e estratégias de coping em desempregados*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Algarve, Portugal.
- Gonzalez, A. J. (2012). Das relações entre espontaneidade, saúde e doença. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 29(2), 39-51.
- Harrington, R. & Loffredo, D. A. (2011). Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology*, 145(1), 39–57.
- Helgeson, V. S. (2011). Survivor centrality among breast cancer survivors: implications for well-being. *Psycho-Oncology*, 20, 517–524.
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jensen-Johansen, M.B., Christensen, S., Zakowski, S., Jensen, A.B., Bovbjerg, D.H. & Zachariae, R. (2013). Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors — results from a nationwide randomized clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 22, 1492-1500.

- Kállay, E. & Baban, A. (2008). Emotional benefits of expressive writing in a sample of romanian female cancer patients. *Cognition, Brain, Behavior* 12, 115-129.
- Kim, E., Han, J. Y., Moon, T. J., Dhavan, B. S., Shah, V., McTavish, F. M. & Gustafson, D. H. (2012). The process and effect of supportive message expression and reception in online breast cancer support groups. *Psycho-Oncology*, 21, 531–540.
- Kring, A. M., Smith, D. A. & Neale, J.M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934-949.
- Kwok, C. & White, K. (2011). Cultural and linguistic isolation: The breast cancer experience of Chinese-Australian women – A qualitative study. *Contemporary Nurse*, 39(1): 85–94.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas psychologica*, 7(2), 469-476.
- Lepore, S.J. & Smyth, J.M. (2002). The writing cure: an overview. In S.J. Lepore & J.M. Smyth (Eds), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp.3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L.S. Almeida e C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. (Vol. I, pp. 17-32). Coimbra: Quarteto Editora.
- Low, C. A., Stanton, A. L., Bower, J. E & Gyllenhammer, L. (2010). A randomized controlled trial of emotionally expressive writing for women with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(4), 460–466.
- Lu, Q. & Stanton, A. L. (2010). How benefits of expressive writing vary as a function of writing instructions, ethnicity and ambivalence over emotional expression. *Psychology and Health*, 25(6), 669–684.
- Lumley, M. A., Keefe, F. J., Mosley-Williams, A., Rice, J. R., McKee, D., Waters, S. J., Partridge, R. T., Carty, J. N., Coltri, A. M., Kalaj, A., Cohen, J. L., Neely, L. C., Pahssen, J. K., Connelly, M. A., Bouaziz, Y. B. & Riordan, P. A. (2014). The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 644–658.

- Lyubomirsky, S., Sousa, L. & Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(4), 692–708.
- Menezes, Carolina y Dell'aglio, Débora (2009). *Meditação, bem-estar psicológico e traços de personalidade*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). *Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestação de bem-estar*. In I. Leal, J. L. Ribeiro e S. N. Jesus (Eds.). *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 66-77.
- Mosher, C. E., DuHamela, K. N., Lama, J., Dicklerb, M., Lia, Y., Massiea, M. J. & Nortonb, L. (2012). Randomised trial of expressive writing for distressed metastatic breast cancer patients. *Psychology and Health*, (27)1, 88–100.
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: validation of a students' psychosocial well being inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 85-104.
- Nizamli, F., Anoosheh, M. & Mohammadi, E. (2011). Experiences of Syrian women with breast cancer regarding chemotherapy: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences* (13), 481–487.
- Pais-Ribeiro, J.L., Ramos, D. & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 231-247.
- Park, C. L. & Gaffey, A. E. (2007). Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: an integrative review. *Ann Behav Med*, 34(2), 115–134.

- Patrão, I. (2007). O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos. Tese de Doutoramento publicada submetida na Universidade Nova de Lisboa e no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Patrão, I., Leal, I. & Marôco, J. (2006). Validação da mini-mac numa amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama. In I. Leal, J. L. Ribeiro e S. N. Jesus (Eds.). *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 373-377). Lisboa: ISPA Edições.
- Pauley, P. M., Morman, M. T. & Floyd, K. (2011). Expressive writing improves subjective health among testicular cancer survivors: a pilot study. *International Journal of Men's Health*, 10 (3), 199-219.
- Pennebaker, J. W. (1995). Emotion, disclosure, and health: an overview. In J. W. Pennebaker, *Emotion, disclosure, and health* (3-10). Washington: A.P.A.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.
- Pennebaker, J.W & Beal, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281.
- Pennebaker, J. W. & Chung, C. K. (2011). Expressive writing and its links to mental and physical health. In H. S. Friedman (Ed.), *Oxford handbook of health psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pennebaker, J. W. & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: the healthy benefits of narrative. *Journal Of Clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254.
- Pinto, C. & Pais Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *SciELO*, 16(1), 142-148.
- Prazeres, N. (1996). Ensaio de um Estudo sobre Alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Tese de Mestrado não publicada submetida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Prazeres, N., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (2000). Adaptação portuguesa da escala de alexitimia de toronto de 20 itens (TAS-20). *RIDEP*, 9(1), 9-21.

- Ruini, C., Vescovelli, F. & Albieri, E. (2013). Post-traumatic growth in breast cancer survivors new insights into its relationships with well-being and distress. *J Clin Psychol Med Settings*, 20, 383–391.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sales, C. A. C. C., Paiva, L., Scanduzzi, D. & Anjos, A. C. Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-272.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Serpentini, S., Bianco, P. D., Alducci, E., Toppan, P., Ferretti, F., Folin, M., Luca De Salvo, G., Nitti, D. & Pucciarelli, S. (2011). Psychological well-being outcomes in disease-free survivors of mid-low rectal cancer following curative surgery. *Psycho-Oncology* 20, 706–714.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de *coping* enquanto factores de risco/protecção. *Rev Port Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174-184.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L.A., Collins, C.A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S.B. & Austenfeld, J.L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 4160-4168.
- Thackeray, R., Burton, S. H., Giraud-Carrier, C., Rollins, S. & Draper, C. R. (2013). Using Twitter for breast cancer prevention: an analysis of breast cancer awareness month. *BMC Cancer*, 13:508. Accessed in 1 May 2015 by, <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/13/508>.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.

## **Anexo A**

### **- Revisão da Literatura -**

<b>1. A Expressão Emocional através da Escrita Expressiva.....</b>	<b>45</b>
1.1.A Expressão Emocional.....	45
1.2.A Escrita Expressiva: o uso das palavras.....	46
1.3.Acontecimentos de vida negativos vs. positivos, passados ou atuais.....	48
1.4.Benefícios da Escrita Expressiva.....	49
1.5.Quem Beneficia da Escrita Expressiva.....	50
1.6.Teorias explicativas dos benefícios da Escrita Expressiva.....	51
1.7.Escrita Expressiva vs. Psicoterapia.....	53
1.8. População alvo da investigação sobre o paradigma da Escrita Expressiva.....	53
<b>2. O Cancro da Mama e a Escrita Expressiva .....</b>	<b>54</b>
2.1.O adoecer da mama.....	54
2.1.1. Etiologia.....	54
2.1.2. Sintomatologia.....	55
2.1.3. Ciclo psico-oncológico do cancro da mama.....	55
2.1.4. Impacto Psicológico do cancro da mama na mulher portadora.....	56
2.1.5. Impacto Familiar do cancro da mama: O Casal.....	57
2.1.6. Impacto Social do cancro da mama.....	57
2.2. Sobrevivência ao adoecer da mama.....	58
2.3.O cancro da mama e a Escrita Expressiva.....	60
<b>3. O Bem-Estar Psicológico e o Cancro da Mama.....</b>	<b>62</b>
3.1.O Bem-Estar: Bem-Estar Psicológico vs Mal-Estar Psicológico.....	62
3.2.Bem-Estar Psicológico na presente investigação.....	63
<b>4. Definição do Problema: A Escrita Expressiva, o Cancro da Mama e o Bem-Estar Psicológico .....</b>	<b>64</b>
<b>5. Referências .....</b>	<b>66</b>

## 1. A Expressão Emocional através da Escrita Expressiva

### 1.1.A Expressão Emocional

Ao longo do seu ciclo de vida, o ser humano está sujeito a numerosas experiências de vida significativas - positivas (e.g. fim de curso universitário, casamento, nascimento de filhos) ou negativas (e.g. doença, morte de um ente querido) – que impactam no bem-estar físico e psicológico do sujeito. Por essa razão, assistimos a uma intensa investigação na área das Ciências Psicológicas determinada a estudar as consequências de tais experiências de vida significativas, principalmente as experiências ditas negativas, e a procurar eventuais formas de ultrapassar consequências nocivas que podem destas advir.

É sabido da literatura que a psicoterapia é eficaz e benéfica para aqueles que a procuram e que se envolvem nela. O que nos leva a inferir que a personalidade, quer do terapeuta, quer do paciente é decisiva na adesão deste último à psicoterapia (Jardim & Gomes, 2009), sendo talvez por isso que muitos são os casos em que a psicoterapia não se demonstra eficaz para o paciente. Se a personalidade configura a adesão ou não à psicoterapia, que alternativa existirá para os sujeitos cuja vivência de uma experiência traumática é facto, mas que não se disponibilizam para o envolvimento numa psicoterapia continuada no tempo?

Surge no séc. XX, por intermédio dos estudos de Pennebaker (1995, 1997) e Pennebaker e colaboradores (1986, 1990, 1997, 1999), uma alternativa com potencial: a expressão emocional por meio da escrita. Este tipo de expressão emocional, à semelhança da psicoterapia, permite ao sujeito libertar emoções com afetos negativos associados a traumas vividos, potenciando o regresso do sujeito aos seus níveis [anteriores ao trauma] de bem-estar psicológico e físico.

A expressão emocional ganhou ênfase através das investigações de Charles Darwin, datadas de 1870, sobre a biologia das emoções, as quais, segundo o mesmo, contribuem para a sobrevivência do sujeito (Kállay & Baban, 2008). Estudos referentes às três principais formas de expressão têm sido levados a cabo a fim de diferenciar qual ou quais os meios de expressão emocional que mais impactam a saúde física e psicológica do sujeito. Exemplo claro é a publicação de Lyubomirsky, Sousa e Dickerhoof (2006) intitulada de “Os custos e benefícios de escrever, falar e pensar sobre os triunfos e as derrotas da vida”. Segundo estes autores, a vivência de acontecimentos traumáticos ou desagradáveis pode afetar o senso de ordem e significado da vida do sujeito, sendo por isso desejável reconquistá-los através de estratégias de coping ajustadas e adaptativas. Porém, nem todas as formas de processamento (*escrever, falar*

ou *pensar*) destas circunstâncias adversas impactam favoravelmente na saúde física e psicológica do sujeito (Greenberg, Wortman & Stone, 1996; Pennebaer & Seagal, 1999).

O ato de *escrever* e *falar* sobre um acontecimento de vida vivenciado pelo sujeito como perturbador é, segundo Fratarolli (2006), benéfico para o bem-estar e para a saúde do sujeito. O sujeito é impelido a organizar, integrar e analisar os seus próprios problemas de forma a encontrar uma solução para os mesmos, ou, pelo menos, a aceitá-los (Lyubomirsky et al., 2006). Uma vez compreendida a experiência vivida, o sujeito adquire a capacidade para “rotular”, manejar e compreender as emoções que emergem de tal experiência, obtendo assim uma sensação de resolução, controlo e encerramento do problema (Esterling, L’Abate, Murray & Pennebaker, 1999). O mesmo não se verifica com o *pensar*, um ato desorganizado e caótico que contempla palavras, imagens, emoções intensas e memórias. Por essa razão, pensar sobre uma experiência perturbadora, já de si desorganizada e desintegrada, pode culminar na deterioração desta experiência num ciclo de pensamentos negativos, repetitivos e intrusivos – ruminções (Lyubomirsky et al., 2006). Depreende-se assim que o ato de *escrever* e *falar* sobre acontecimentos de vida traumáticos abre caminho para a libertação de vivências dolorosas, enquanto que *pensar* conduz ao reviver e à manutenção de tais vivenciais na memória do sujeito (Martin & Tesser, 1989, cit. por Lyubomirsky et al., 2006).

Em 1986, através de Pennebaker e Beall, surge uma forma de expressão emocional por meio da escrita, denominada de *Escrita Expressiva* (EE). Esta foi desenvolvida com base na premissa de que a libertação de pensamentos e sentimentos nunca antes expressados reduz o trabalho psicológico da inibição (esforço inconsciente para reprimir emoções e pensamentos) (Laccetti, 2007). A EE permite ao sujeito atribuir um significado à experiência vivenciada como perturbadora, ensina-o a regular melhor as suas emoções, habituando-o a emoções negativas, e melhorando as suas conexões com o mundo social (Frattaroli, 2006).

### *1.2.A Escrita Expressiva: o uso das palavras*

Quase três décadas depois, a investigação com o uso do paradigma da Escrita Expressiva conta já com mais de mil artigos publicados em revistas científicas e académicas, relevando assim a sua importância no campo da Psicologia. Mas de que se trata ao certo este paradigma que tanto interesse suscitou nos investigadores? A Escrita Expressiva é uma técnica de expressão emocional que impele os sujeitos a escreverem sobre os seus sentimentos e pensamentos mais profundos referentes a experiências vivenciadas pelos mesmos como perturbadoras, originalmente, por um período de 15 a 20 minutos durante três a cinco dias consecutivos, seguindo a instrução:

“Durante os próximos 3 dias, gostaria que escrevesse sobre os seus pensamentos e sentimentos mais íntimos, relativamente a um assunto emocional extremamente importante que o tem afetado a si e à sua vida. Enquanto escreve, gostaria que se deixasse ir e explorasse os seus pensamentos e emoções mais profundos. Pode associar o seu tópico de escrita às suas relações com os outros, incluindo pais, parceiros amorosos, amigos ou familiares; pode escrever sobre o seu passado, presente ou futuro; ou sobre quem tem sido, quem gostaria de ser, ou quem é atualmente. Pode escrever sobre o mesmo tópico nos 3 dias de escrita, ou sobre diferentes tópicos nesses mesmos dias. Tudo o que escrever será totalmente confidencial. Não se preocupe em escrever corretamente, com a estrutura das frases, ou com a gramática. A única regra consiste em: a partir do momento que comece a escrever, continue a fazê-lo até que o tempo termine.”

Pennebaker (1997, p. 162)

O ato de escrever sobre tais experiências traumáticas obriga os sujeitos a transformar em palavras os seus sentimentos e emoções, ajudando-os a organizar tais experiências numa narrativa coerente e significativa. A atribuição de significado e organização reduzem o stress existente advindo dos pensamentos disruptivos, da preocupação e ruminação de assuntos com elevada carga emocional que ainda não resolvidos em termos cognitivos (Pennebaker, 1995; Pennebaker & Seagal, 1999; Pauley, Morman & Floyd, 2011).

O ser humano usa as palavras para traduzir as emoções e pensamentos, para contar histórias e para entender o mundo. As palavras refletem por isso os processos básicos sociais, biológicos, cognitivos e de personalidade de cada indivíduo, de acordo com o estado de funcionamento psicológico dos mesmos (Chung & Pennebaker, 2007). Através das palavras que o outro profere podemos assim “decifrar” em que está a prestar atenção ou em que está a pensar, o que está a tentar evitar e o que está a sentir. A palavra é fundamental na conexão e reconexão de pensamentos e memórias desconectadas, pois é graças a ela que o acontecimento traumático é reintegrado e passa a fazer sentido, por isso quando o passado é reavaliado, a linguagem e o próprio sujeito mudam (Dunnack & Park, 2009; Tausczik & Pennebaker, 2010).

Ao escrever sobre traumas o sujeito comunica uma ideia, comunica a sua representação do trauma. Ora, comunicar uma ideia requer uma reflexão prévia sobre si e sobre a mesma, com uma certa coerência (e.g. estrutura, uso de explicações causais, múltiplas perspetivas, ordem na sequência dos acontecimentos) (Clark, 1993, cit. por Esterling et al., 1999). Segundo Pennebaker, Colder e Sharp (1990) ao se recentrar nele próprio e ao atribuir uma estrutura à experiência que se encontra caótica, o sujeito altera a forma com a experiência traumática é representada e organizada na memória.

O ato de escrever oferece assim um lugar seguro no qual o sujeito pode colocar as suas emoções e reavaliar a sua vida, promovendo por isso um coping proactivo e uma reestruturação cognitiva, revistos nas melhorias observadas no estado de saúde física e psicológica do sujeito (King, 2001, 2002; Lepore, Greenberg, Bruno & Smyth, 2002).

Adquirir conhecimento (insight) sobre si próprio, sobre os seus desejos e necessidades e sobre os seus comportamentos e emoções requer procura de significado ou motivo. Estes últimos, são expressos nas narrativas escritas pelos sujeitos através do uso de palavras causais, associativas e de insight. Segundo o programa Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) - criado por Pennebaker e colaboradores (1999) para tornar a análise das narrativas produzidas mais objetiva -, o leque de palavras causais é constituído por palavras como “porque”, “portanto”, “por isso”, as quais demonstram a procura, por parte do sujeito, das razões e causas para tais medos, experiências traumáticas, angústias, entre outros. Já as palavras de insight espelham o nível de reflexão do sujeito, e contemplam palavras como “penso”, “considero”, “percebo”, “sei”, entre outros. Também o processamento emocional entra em jogo na demanda por significado, espelhando as emoções negativas (e.g. “sofri”, “triste”, “choro”, “ódio”) e as emoções positivas (e.g. “rir”, “agradável”, “feliz”), sentidas na experiência de determinado acontecimento.

### *1.3. Acontecimentos de vida negativos vs. positivos, passados ou atuais*

De acordo com Pennebaker, Mayne e Francis (1997), escrever sobre acontecimentos de vida negativos força o sujeito a traduzir memórias recheadas de conteúdos sensoriais e afetivos num formato linguístico organizado e com significado. Como resultado, o sujeito beneficiará de melhorias na sua saúde física e psicológica (e.g. aumento de auto-estima), bem como poderá desenvolver estratégias de coping mais adaptativas (Esterling et al., 1999). Tais benefícios apenas aparecem depois de um momentâneo aumento de emoções negativas e declínio de emoções positivas (Marlo & Wagner, 1999), pois escrever e confrontar acontecimentos tão traumáticos é psicologicamente doloroso para qualquer ser humano.

Contrariamente ao que seria de esperar (Marlo & Wagner, 1999; Lyubomirsky et al., 2006), escrever sobre acontecimentos de vida positivos, não aumenta o humor positivo do sujeito, verificando-se um pequeno aumento do humor negativo. Tal pode ser nocivo para o sujeito, uma vez que a escrita continuada sobre o acontecimento positivo pode levar o sujeito a analisá-lo e a desconstruí-lo, reduzindo assim o prazer contido na rememoração do mesmo, fazendo emergir emoções negativas como a ruminação e culpa. Não obstante, escrever sobre

acontecimentos de vida positivos instiga a autorreflexão e formação de uma narrativa coerente, tal como se verifica na escrita de tópicos negativos (Fratarolli, 2006).

Infere-se assim que escrever sobre acontecimentos de vida negativos ou positivos impacta favoravelmente na saúde psicológica e física do sujeito. No entanto, o que na realidade parece ser importante é a expressão do conteúdo emocional que encerram em si tais acontecimentos. Mas será igualmente importante que estes acontecimentos escritos façam parte do passado ou do presente? A resposta a essa questão não se prende com a atualidade ou não dos acontecimentos significativos, e sim com a *resolução* dos mesmos. Segundo Fratarolli (2006), escrever sobre pensamentos e emoções de acontecimentos que já se encontram resolvidos na mente das pessoas não tem qualquer benefício, uma vez que a resolução/encerramento implicam um processamento e uma assimilação dos mesmos na história de vida do sujeito. Assim, os acontecimentos não resolvidos cognitivamente (geralmente, os mais atuais) pelo sujeito são os que maior severidade emocional apresentam, sendo por isso aqueles que, aquando das sessões de EE, serão traduzidos para linguagem, processados e integrados na identidade e na história de vida do sujeito, e por isso aqueles que mais benefícios potenciam.

#### *1.4. Benefícios da Escrita Expressiva*

Como tem vindo a ser demonstrado (Smyth's, 1998; Esterling et al., 1999; Frattaroli, 2006; Cummings, Hayes, Saint & Park, 2014), muitas são as investigações que dão conta dos benefícios da Escrita Expressiva em diferentes áreas da saúde do sujeito:

*Na saúde física do sujeito:* melhorias na função imunitária (aumento de células-T e de anticorpos para o vírus Epstein-Barr e Hepatite B); redução da pressão arterial e problemas respiratórios; redução nos sintomas físicos, na dor sentida e na tensão muscular; aumento da capacidade pulmonar em doentes asmáticos; redução total do colesterol; declínio da dor em doentes com artrite; aumento na rapidez na cura de doentes submetidos a cirurgias.

*Na saúde psicológica do sujeito:* aumento do humor e do afeto, da consciencialização das emoções, do bem-estar psicológico; redução de sintomas depressivos, intrusivos e de evitamento; redução dos níveis de ansiedade, raiva, stress e angústia.

*No comportamento observável do sujeito:* aumento de valores nas notas académicas; maior rapidez na conquista de trabalho; maior duração e estabilidade nas relações interpessoais; redução no absentismo laboral.

### *1.5. Quem Beneficia da Escrita Expressiva*

Nem todas as populações submetidas ao paradigma da Escrita Expressiva evidenciam os benefícios supracitados. Numa revisão de literatura de 146 estudos, datada de 2006, Frattaroli demonstrou que a expressão emocional sob a forma de escrita não funciona em todas as situações, nem em todas as pessoas, evidenciando que: estudantes acadêmicos apresentam, a nível da saúde psicológica, um tamanho de efeito mais significativo, comparativamente a não estudantes; estudos com muitos homens apresentam um tamanho de efeito mais significativo comparativamente a estudos com poucos homens; estudos nos quais os participantes escreverem sobre um trauma atual apresentam um tamanho de efeito mais significativo, a nível da saúde psicológica, comparativamente aos participantes que escolhem escrever sobre um trauma passado; estudos com uma semana de intervalo entre as sessões de escrita apresentam um tamanho de efeito mais significativo, comparativamente a sessões de escrita diárias e consecutivas.

Uma das ideias já abordadas defende que inerente à adesão ou não à psicoterapia se encontra também a personalidade do sujeito. De forma semelhante, também a personalidade, bem como outros fatores, podem condicionar os resultados da EE, reduzindo ou anulando o seu impacto. Segundo Frattaroli (2006), algumas condições são essenciais para que a EE impacte de forma muito positiva na saúde dos sujeitos, sendo algumas delas: elevado neuroticismo, baixo otimismo, baixos níveis de alexitimia, baixos níveis de depressão, baixos níveis de expressividade emocional e existência de estratégias de coping desadaptativas.

Também o envolvimento e motivação do sujeito são fatores que poderão ser determinantes para a adesão à EE, e segundo Pais-Ribeiro (2007), o envolvimento e motivação são fatores que se encontram relacionados com as crenças do sujeito sobre a sua saúde, com as suas expectativas e idealizações sobre o estado de saúde, bem como a sua capacidade para se envolver e resolver ativamente os seus problemas (Teoria dos Sistemas).

Uma vez que todas estas variáveis podem condicionar o impacto da EE na saúde dos sujeitos, todas elas serão medidas e controladas no presente estudo.

### *1.6. Teorias explicativas dos benefícios da Escrita Expressiva*

Citando King (2002), “duas grandes conclusões podem ser retiradas dos benefícios da escrita. Primeiro, a Escrita Expressiva apresenta benefícios na saúde dos sujeitos. Segundo, ninguém sabe realmente porquê” (p.119). Algumas teorias são apontadas como as

“responsáveis” pelos benefícios da Escrita Expressiva na saúde dos sujeitos, sendo três das teorias principais: a Teoria da Inibição, a Teoria do Processamento Cognitivo e a Teoria da Autorregulação.

### *Teoria da Inibição*

Para criar o paradigma da Escrita Expressiva, Pennebaker baseou-se na Teoria da Inibição, uma vez que esta sugere que a ocorrência de uma experiência traumática ou com elevada carga emocional negativa na vida de um sujeito pode induzir à inibição de comportamentos, sentimentos e pensamentos. O próprio ato de inibir requer um grande esforço fisiológico que coloca o corpo sobre um stress prolongado, o que resulta numa maior incidência da doença (Pennebaker & Beall, 1986; Kállay & Baban, 2008).

Tal inibição pode ser resultante da culpa, do medo, da depressão ou da humilhação que a experiência traumática proporcionou ao sujeito (Marlo & Wagner, 1999; Frattaroli, 2006). A tarefa de assimilar cognitivamente ou falar com uma terceira pessoa sobre tal experiência fica assim dificultada e muitas vezes bloqueada, dando origem a uma ruminação continuada no tempo. Segundo Pennebaker, Colder e Sharp (1990) e Sheffield, Duncan, Thomson e Johal (2007), é precisamente a expressão de sentimentos e pensamentos que necessitam ser compreendidos e assimilados, que permitirá fazer face à inibição, reduzindo os níveis de stress por esta provocados, e potenciando - uma vez que o humor e o sistema imunitário são impulsionados - a saúde do sujeito.

### *Teoria do Processamento Cognitivo*

A vivência de um acontecimento traumático impacta no sujeito quer na compreensão e atribuição de significado ao acontecimento vivido, quer na “leitura” da resposta emocional que este propicia. As memórias de tal acontecimento traumático permanecerão, de forma desorganizada e fragmentada, na memória do sujeito, até o acontecimento ser processado, isto é, resolvido.

O processamento cognitivo releva de especial importância na EE: é devido às palavras cognitivas (palavras causais e palavras de insight) que é possível tanto a atribuição de significado e compreensão do acontecimento, como organizar e integrar a experiência num esquema coerente, ocupando menos recursos na memória. Tal só é possível através da tradução de pensamentos e emoções em linguagem, a qual resulta em melhorias para a saúde e menos pensamentos referentes ao evento traumático vivenciado (Esterling et al., 1999; Fratarolli, 2006; Boals, 2012).

### *Teoria da Autorregulação*

King (2001, 2002), define a autorregulação em torno da realização de objetivos. A experiência de emoções resultará, segundo a autora, dos objetivos do sujeito, do feedback (originado da correta regulação das experiências emocionais pessoais) que indica o caminho certo/mais adequado à realização de tais objetivos. Quando uma experiência traumática ocorre “baralha” o feedback, impedindo a reavaliação dos agentes indutores de stress e do próprio self e, conseqüentemente, a atribuição de significado à experiência e a exploração de emoções (Lu & Stanton, 2010).

A expressão emocional através da escrita faculta aos sujeitos a oportunidade de pensarem sobre eles próprios, de expressarem e controlarem as suas próprias emoções, induzindo-os a construir ou a fortalecer a sua autoeficácia para a regulação emocional. Neste sentido, os sintomas físicos entram em declínio e o bem-estar psicológico aumenta (Lepore, Greenberg, Bruno & Smyth, 2002).

De acordo com Pennebaker, Colder e Sharp (1990), os benefícios da Escrita Expressiva podem advir de um de dois processos:

- À *catarse*, que impulsiona a libertação de energia emocional, contida em memórias referentes à experiência traumática que foram suprimidas e são agora tornadas conscientes e ligadas à ansiedade que o sujeito manifestava;

- Ao *insight*, dado as emoções e os pensamentos referentes à experiência traumática necessitarem serem compreendidos e assimilados.

De forma a fundamentar a investigação destes autores que atribui ao insight os benefícios obtidos através da EE, e tendo em conta as suas características metodológicas (associação de um maior ou menor uso de palavras causais e de insight aos diferentes níveis de bem-estar psicológico obtidos), o presente estudo fundamentar-se-á com base na Teoria do Processamento Cognitivo.

### *1.7. Escrita Expressiva vs. Psicoterapia*

Como supramencionado, a escrita é uma ferramenta que promove a auto-revelação, a qual tem, por si só, um efeito terapêutico. É por esta razão que muitos caracterizam e utilizam a escrita como uma forma de intervenção terapêutica.

Segundo Smyth e Greenberg (2000), a escrita expressiva emerge das áreas da própria psicoterapia e apresenta um tamanho de efeito de 0.075, um tanto menor que o tamanho de efeito de 0.322, que a psicoterapia revela. Contudo, recordemos, que as características da psicoterapia em tudo diferem da escrita expressiva, uma vez que [a psicoterapia] pode ocorrer mais que uma vez por semana, por um período de uma hora, durante vários meses, ou até mesmo anos, ao passo que a terapêutica de escrita expressiva ocorre durante um período máximo de 20 minutos, apenas durante três a cinco dias numa única semana (Frattaroli, 2006).

Não obstante, a escrita expressiva não é melhor que a psicoterapia, e vice-versa, pois ambas impelem um processamento emocional de experiências traumáticas significativas. Apesar de as diferenças que apresentam no declínio e no acréscimo de humor indicarem a ativação de diferentes mecanismos em tal processamento (Esterling et al., 1999), ambas proporcionam melhorias a nível da saúde e bem-estar e reduzem o stress associado ao trauma. Estas, devem assim ser utilizadas numa forma conjunta, de modo a potenciar, como demonstrado na prática, o aumento de mudanças cognitivas e comportamentais, o aumento de comunicação entre casais, o aumento de descobertas referentes a traumas esquecidos, e a redução no tempo necessário de terapia (Jordan e L'Abate, 1995).

#### *1.8. População alvo da investigação sobre o paradigma da Escrita Expressiva*

De acordo com a investigação que tem vindo a ser apresentada, o paradigma da EE, como intervenção terapêutica e as suas variantes, têm sido implementados no mais vasto espetro cronológico, desde crianças a idosas, na panóplia mais diversificada de populações: adultos desempregados, cuidadores e doentes com demência ou stress pós-traumático, reclusos, doentes diabéticos, asmáticos, com artrite, e oncológicos, estudantes universitários e sujeitos submetidos a experiências de vida como abuso sexual, luto, doença com elevadas taxas de mortalidade, perda e relações íntimas (King, 2001; Stanton & Danoff-Burg, 2002; Frattaroli, 2006; Figueiras & Marcelino, 2008).

Uma das populações clínicas que muita atenção e interesse tem recebido por parte dos investigadores são as doentes (mulheres) acometidas pelo adoecer da mama. Estudos recentes demonstram que a Escrita Expressiva impacta positivamente na saúde física e psicológica destas mulheres: aumento significativo da qualidade de vida a longo prazo (Craft, Davis & Paulson, 2012), maior satisfação com o suporte social recebido (Gellaitry, et al., 2010), decréscimo dos níveis de depressão, hostilidade e evitamento face ao cancro (Gellaitry, et al.,

2010), maiores níveis de humor positivo, bem-estar social e familiar (Jensen-Johansen, et al., 2013).

## **2. O Cancro da Mama e a Escrita Expressiva**

### *2.1. O adoecer da mama*

Entre as mulheres portuguesas, o cancro da mama surge como o tipo de doença oncológica que mais mortes causa, rondando o número de novos casos por ano os 4500. A taxa de óbitos desta patologia representa assim cerca de 30%, em 2011 (DGS, 2013). A região do Algarve é a região onde a taxa de mortalidade é mais elevada (24.7%), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo (21.6%), e por último a região Norte (15.8%) (DGS, 2013).

O cancro da mama é originado por uma proliferação anormal das células localizadas na mama, isto é, as células, que no seu ciclo normal crescem e multiplicam-se para dar origem a novas células prontas a substituir as já envelhecidas e as mortas, proliferam de uma forma anormal. Assim, as células, sem que o organismo necessite, e sem que as células velhas morram, crescem e multiplicam-se de forma desmesurada formando um conjunto de células extra, às quais se denominam de tumor.

A deteção de um cancro da mama primário, indica que a origem deste foi na mama, porém existe a possibilidade do cancro se tornar invasivo e “deslocar-se”, através da corrente sanguínea ou do fluido linfático, para outras áreas do organismo, onde fica retido noutros tecidos ou gânglios, formando um novo tumor (cancro secundário ou metástases) (Patrão, 2007; Ogden, 2004).

#### *2.1.1. Etiologia*

Na etiologia do cancro é possível encontrar fatores externos (associados ao meio sociocultural, aos hábitos e costumes próprios) e internos (associados à genética e à defesa do organismo contra agressões externas), os quais se encontram interrelacionados (INC, 2005, cit. por Bandeira & Barbieri, 2007). Segundo Ogden (2004) e Patrão (2007), alguns desses fatores são: exposição prolongada aos estrogénios; idade (entre os 50 e os 64 anos); história familiar (5 a 10% dos casos tem origem na herança genética); a idade tardia do nascimento do primeiro filho; história prévia de cancro da mama; lesões pré-malignas (lesões ou tumores benignos propensos à alteração maligna); fatores imunológicos (desvios funcionais que alteram a capacidade dos mecanismos imunológicos eliminarem células malignas); doença benigna da mama previamente diagnosticada; estilo de vida (e.g. higiene sexual, consumo de

tabaco, de álcool, de gorduras em excesso...); fatores psicossociais (e.g personalidade tipo C, estilos de coping).

### 2.1.2. *Sintomatologia*

O cancro da mama pode ser detetado tardiamente e com reduzidas hipóteses de tratamento uma vez que pode estar latente na mulher durante anos, de forma assintomática.

Qualquer alteração que ocorra na mama deve ser sinal de alarme, sendo sinais de alerta para a mulher: alteração na mama ou no mamilo (quer no aspeto, quer na palpação), existência de caroços ou espessamentos na mama (ou perto dela), desconforto ou dor na mama, aparecimento de caroços ou inchaços debaixo do braço, alteração do tamanho ou forma da mama, hipersensibilidade no mamilo, sangramento ou corrimento do mamilo, mamilo retraído ou invertido (Ogden, 2004; [www.ligacontracancro.pt/](http://www.ligacontracancro.pt/)).

### 2.1.3. *Ciclo psico-oncológico do cancro da mama*

O ciclo psico-oncológico do cancro da mama é um processo que se desenrola num determinado período de tempo, variando de mulher para mulher. Este ciclo contempla um conjunto de estádios, denominados de acordo com os diferentes momentos da intervenção médica (Seligman, 1996, cit. por Patrão, 2007):

- Estádio I, “diagnóstico”: momento em que a mulher toma conhecimento da existência de cancro da mama. este estágio pode ser sub-dividido em três fases: fase de “incerteza ansiosa” (corresponde ao pré-diagnóstico, sendo a mulher invadida pela incerteza e dúvida relativa à confirmação do tumor); fase do “diagnóstico” (aquando do diagnóstico a mulher é assolada por sentimentos de ameaça, apatia, negação, choque e alívio, por finalmente conhecer o diagnóstico); fase após o primeiro impacto do diagnóstico (nesta fase a mulher experiencia ansiedade, revolta, raiva, ceticismo e depressão).

- Estádio II, “aceitação do diagnóstico e tratamento”: a mulher, esclarecida sobre o estágio de desenvolvimento do seu cancro, decide realizar, ou não, os tratamentos necessários (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, entre outros).

- Estádio III, “pós-tratamentos”: a mulher passa de uma “fase intermédia”, de um período crítico de transição (caracterizado pela transição de um sentimento de segurança e de controlo da doença, devido à atenção constante da equipa médica, para um sentimento de abandono e de vulnerabilidade física e emocional), para uma “fase permanente” (correspondente à ausência de evidência clínica da doença, que potencia sentimentos de sobrevivência e de cura) (Patrão, 2007).

#### *2.1.4. Impacto Psicológico do cancro da mama na mulher portadora*

O cancro da mama é a doença oncológica mais temida pelas mulheres, dado o órgão acometido ser a mama, órgão corpóreo carregado de simbologia: sensualidade, significações associadas à sexualidade, ao desempenho da maternidade e imagem corporal, e às imagens de oferenda e dádiva (Filgueiras, Lisboa, Macedo, Paiva, Benfica & Vasques, 2007; Soares, 2009). Ao diagnóstico de cancro da mama subjaz o pensamento de amputação parcial ou total da mama, colocando no campo da probabilidade os desejos intrínsecos ao ser mulher, pois nenhuma mulher quer ser acometida por uma doença que limite a sua capacidade de amar, de ser amado, de ser mãe, de sentir bem no seu próprio corpo e não presa a um corpo “deformado” que não reconhece como seu.

O impacto psicológico da ablação da mama é fortíssimo na mulher. A conjugação dos efeitos da cirurgia mamária (tendo a mastectomia um impacto emocional mais negativo, comparativamente à cirurgia parcial), com a diminuição da libido, a menopausa precoce, a queda de cabelo, entre outros, mina de forma negativa a imagem que a mulher tem de si própria e dos seus relacionamentos conjugal e sexual. A menção à imagem corporal não se cinge apenas à ameaça da aparência física, mas também à ameaça à integridade corporal, isto é, a ameaça à imagem de um corpo intacto, completo, que pode culminar na perda de auto-estima, no fomentar de sentimentos de perda, de desfiguração, inferioridade e rejeição (Ramos & Patrão, 2005, cit. por Sousa, 2012). Assim quanto maior for o investimento da mulher neste órgão, maior será a intensidade de tais sentimentos e, conseqüentemente, menor o bem-estar psicológico.

Apesar de também os homens poderem ser cometidos ao adoecer da mama, a presente investigação centra-se exclusivamente nas mulheres, uma vez que a taxa de prevalência nestas é maior, bem como é a população, comparativamente ao género masculino, que mais se predispõe a falar sobre pensamentos e sentimentos profundos relacionados com o seu passado de doente oncológica e medos e angústias atuais enquanto sobrevivente ao cancro da mama, sendo por isso mais acessível.

#### *2.1.5. Impacto Familiar do cancro da mama: O Casal*

A ablação total ou parcial da mama põe em causa a feminidade da mulher, podendo por isso levar a mudanças no relacionamento com o cônjuge, nomeadamente, aumento da

angústia no casal, incerteza do parceiro face à saúde da mulher, problemas na atividade sexual e na fertilidade, bem como instabilidade no setor financeiro do casal (Kirchhoff, et al., 2012).

Na esfera sexual verifica-se inibição da atividade sexual do casal, podendo esta ser decorrente de uma percepção negativa do corpo, por parte da mulher, e/ou de um afastamento do cônjuge, que, embora muitas vezes provocado pela preocupação com o bem-estar da companheira, pode ser visto pela mulher como uma rejeição. A quimioterapia pode ainda levar a uma menopausa precoce, que tem como consequência alterações significativas e negativas na libido da mulher.

Com o aparecimento do cancro na mulher são postos à prova os sentimentos que unem o casal, pelo que, quando o companheiro se predispõe a acompanhar a mulher durante todo o processo, dando-lhe o apoio que esta tanto necessita, a vivência do cancro torna-se menos traumática para a mulher e o processo de ajustamento emocional é “facilitado” (Ferreira et al., 2011). O apoio do parceiro (nomeadamente, a tentativa deste em elevar a autoestima da parceira), por sua vez, possibilita o restabelecimento da identidade corporal e sexual da mulher.

O diagnóstico de cancro da mama desencadeia alterações na família e no sentimento de *família*. Segundo Remondes-Costa, Jimenéz e Pais-Ribeiro (2012), as manifestações de apoio e preocupação, a aproximação e união da família e a melhoria no relacionamento do casal, são percebidos pela mulher como fonte satisfatória de suporte social e estima, constituindo-se estes como fatores importantes no ajustamento psicossocial ao adoecer da mama (Patrão, Leal e Marôco, 2012).

#### *2.1.6. Impacto Social do cancro da mama*

Ao diagnóstico de cancro da mama estão, ainda hoje, associadas crenças negativas, que revelam um forte impacto na mulher acometida. Evidencia-se assim, por um lado que o diagnóstico da doença enceta um processo de afastamento social, dada a dificuldade da mulher acometida em lidar com tal situação, e por outro lado, a culpabilização da mulher (dado associar-se o diagnóstico de cancro da mama à ausência de uma atitude preventiva, como o auto-exame da mama, por exemplo) (Patrão, 2007; Patrão, Leal e Marôco, 2012).

#### *2.2. Sobrevivência ao adoecer da mama*

Dados os avanços na medicina, o número de mulheres sobreviventes ao adoecer da mama é cada vez maior, sendo que em 2007 a taxa de mortalidade rondava os 20% e já em

2011 apenas os cerca de 18% (DGS, 2013). Atualmente regista-se em Portugal, uma taxa de sobrevivência que ronda os 66%.

O aumento da longevidade das mulheres acometidas pelo adoecer da mama, como resultado de tratamentos mais eficazes e de novas técnicas que permitiram a deteção precoce deste cancro, têm chamado a atenção da comunidade científica pelo impacto negativo que esta doença oncológica continua a ter ao longo da vida das mulheres acometidas (Patrão, Leal & Marôco, 2011). Como visível no Tabela 1, o cancro da mama impacta várias dimensões da vida destas mulheres (Pinto & Ribeiro, 2007, p. 147):

Tabela 1. Impacto do Cancro Da Mama nas Dimensões da Vida das Mulheres Acometidas

<b>Dimensões</b>	<b>Características</b>
<b>Dimensão física</b>	Mudanças corporais: cicatrizes, desfiguramento, amputação; Sintomas cardiorespiratórios; Condições de comorbilidade; Fadiga ou decréscimo de energia; Disfunção imunitária; Infertilidade; Linfaedema; Osteoporose/fraturas; Dor, neuropatia, insensibilidade; Menopausa prematura e sintomas de menopausa; Segundos cancros; Disfunção sexual; Mudanças na vida sexual; Maior sensibilidade cutânea; Incontinência (urinária/fecal).
<b>Dimensão psicológica</b>	Preocupações com o futuro e morte; Tristeza, sintomas de depressão e stress pós-traumático; Sentir-se grato e afortunado; Preocupações com saúde e hiper-vigilância incluindo: ansiedade aquando das consultas; Incapacidade para fazer planos; Incerteza e vulnerabilidade; Problemas cognitivos. Afinidade e altruísmo;
<b>Dimensão social</b>	Alienação e isolamento; Comparação com os pares;

	Preocupação com o bem-estar de crianças pequenas e risco de cancro; Alterações das relações sociais; Preocupações socioeconômicas: seguro de saúde, procura de trabalho, problemas no emprego e discriminação, retorno à escola, impacto financeiro. Valorização da vida;
<b>Dimensão espiritual/existencial</b>	Mudança ou nova orientação em relação ao futuro; Mudança de valores e objetivos; Preocupação acerca da morte e do morrer, particularmente a dor; Convicções religiosas fortalecidas ou alteradas; Sentido de utilidade.

---

Aliado ao impacto do diagnóstico e do tratamento da doença oncológica, surge o impacto do novo papel social de *sobrevivente do cancro*, o qual perdura ao longo da vida (Zebrack, 2000). Segundo Mullan (1985, cit. por Pinto & Ribeiro, 2007) o conceito de sobrevivência é um conceito dinâmico, ao qual não é possível colocar limites, pois: (i) um sujeito não pode ser considerado um dia doente e noutro dia sobrevivente; (ii) o cancro não é meramente um diagnóstico, é uma experiência de vida que leva o sujeito acometido e o seu meio envolvente (familiar e social) a adquirir novas formas de olhar a vida. De uma forma geral, todas as múltiplas definições atribuem a denominação de ser *sobrevivente ao cancro* aos sujeitos que não apresentam evidências da doença (Pinto & Ribeiro, 2007). Todavia, não são meramente os parâmetros biomédicos que dão conta de como o sobrevivente gere o impacto do cancro e o experiêcia. Devem ser consideradas outras vertentes como a social, a psicológica, a espiritual, a económica e a legal (Pinto & Ribeiro, 2007).

Sobreviver a uma experiência tão dolorosa, física e psicologicamente, como o cancro da mama impacta em todas as dimensões que constituem o ser humano, mas principalmente na psicológica. Este acontecimento impele o sujeito a alterar-se a si próprio, ao seu self, de forma a adquirir novas perspetivas e significados, e diferentes formas de interagir (Carpenter, Brockopp & Andrykowski, 1999). A transformação do self pode, por isso, ser vista como:

- Um processo: a procura de um significado para a vivência do cancro (e.g. a forma como este o afetará ou como lidar/se relacionar com a doença) leva à redefinição do self dentro do contexto da experiência de doença;

- Um resultado: a consciência da finitude e o aumento do sofrimento físico e psicológico obrigam a que ocorra uma transformação no self;

As alterações no self podem ainda apresentar uma valência negativa ou positiva (e.g. maior apreciação da vida e repriorização da vida, atribuição de menor importância na resolução e na preocupação advinda de problemas triviais). Quando as alterações são positivas, o impacto no próprio bem-estar psicológico – que se encontra diminuído (Costanzo, Ryff & Singer, 2009) – é igualmente positivo (Carpenter, Brockopp & Andrykowski, 1999; Tomich & Helgeson, 2002), e por isso mesmo, alvo de maior atenção nas intervenções psicossociais.

### *2.3.O cancro da mama e a Escrita Expressiva*

A sobrevivência acarreta problemas do foro emocional, mal-estar psicológico e social, pobre saúde mental e física. Uma pobre saúde física aumenta a vulnerabilidade a recidivas, ao desenvolvimento de segundos cancros e de outras doenças como osteoporose, obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler & Brenner, 2005; Park & Gaffey, 2007). A necessidade de uma intervenção de cariz psicossocial na vida das mulheres sobreviventes, demonstra-se assim evidente. A tabela 2 revela, de acordo com os estudos de Tamagawa, Garland e Vaska (2012, p.659), algumas das intervenções psicossociais às quais se tem recorrido aquando do diagnóstico e tratamento de uma doença oncológica.

Tabela 2. Intervenções Psicossociais ministradas a doentes oncológicos

<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Definições</b>
<b>Terapia Cognitivo-Comportamental</b>	Psicoterapia que visa reconhecer e alterar pensamentos e comportamentos disruptivos, de modo a reduzir o afeto negativo e promover um comportamento ajustado
<b>Counseling</b>	Relação de princípios que visa facilitar e fomentar o auto-conhecimento, a aceitação emocional e os recursos pessoais
<b>Escrita Expressiva</b>	Escrever sobre pensamentos e sentimentos profundos relacionados com a vivência do cancro ou de outros eventos significativos
<b>Treino de Relaxação</b>	Conjunto de técnicas praticadas para reduzir a tensão muscular e mental
<b>Treino de Manejo de Stress</b>	Conjunto de técnicas praticadas para reduzir o stress.
<b>Grupo de Apoio</b>	Encontros nos quais os doentes oncológicos (com ou sem um mediador profissional) discutem sobre assuntos comuns

---

**Treino de Competências Comunicativas**

Ensino de um conjunto de técnicas que promovem as interações verbais e não-verbais com o propósito de reduzir os conflitos interpessoais e aumentar trocas de informação eficazes

---

Como demonstra a tabela 2, a Escrita Expressiva constitui o vasto leque de intervenções de cariz psicossocial que tão utilizadas são para promover a qualidade de vida e a taxa de sobrevivência dos doentes oncológicos (Stanton & Danoff-burg, 2002). Nos inúmeros estudos que têm correlacionado o paradigma da Escrita Expressiva com a doença oncológica, nomeadamente com o cancro da mama, encontram-se, como visível na tabela 3, resultados muito positivos na saúde psicológica e física destes doentes.

Tabela 3. Paradigma da EE e a doença oncológica: Resultados de estudos empíricos

<b>Estudos</b>	<b>Resultados</b>
Stanton e Danoff-burg (2002); Lu, Zheng, Young, Kagawa-Singer e Loh (2012);	Maior ajustamento psicológico (e.g. aumento de humor positivo e declínio de humor negativo)
Stanton e Danoff-burg (2002); Lu, Zheng, Young, Kagawa-Singer e Loh (2012); Craft et al. (2012)	Melhorias na saúde física (revistas na redução no número de visitas ao médico)
Stanton e Danoff-burg (2002); Lu, Zheng, Young, Kagawa-Singer e Loh (2012); Craft et al. (2012); Moshier, DuHamel, Lam, Dickler, Li, Massie e Norton (2012); Jensen-Johansen et al. (2013)	Aumento do Bem-Estar Psicológico (avaliado como declínio nos níveis de ansiedade, fadiga e depressão)
Lu, Zheng, Young, Kagawa-Singer e Loh (2012); Craft et al. (2012)	Melhorias na Qualidade de Vida (avalida pelo bem-estar físico. Social e familiar)
Gellaitry (2010)	Melhorias nas relações interpessoais
Gellaitry (2010)	Maior abertura ao mundo e novas perspetivas

---

Uma das principais dimensões do sobrevivente ao cancro merecedora de pesquisas mais aprofundadas por parte dos investigadores, é a dimensão psicológica, dado que findo o tratamento muitas são as “mazelas” psicológicas que ficam e comprometem o bem-estar e a qualidade de vida das sobreviventes. Segundo Loerzel, McNeese, Powel, Su e Meneses (2008) e Serpentine, Bianco, Alducci, Toppan, Ferretti, Folin, Luca De Salvo, Nitti e Pucciarelli (2011), o bem-estar psicológico das sobreviventes vai diminuindo ao longo do seu tempo de sobrevivência, e por isso mesmo deve ser alvo de intervenções capazes de inverter este curso, intervenções como a EE.

### **3. O Bem-Estar Psicológico e o Cancro da Mama**

#### *3.1. O Bem-Estar: Bem-Estar Psicológico vs Mal-Estar Psicológico*

Segundo a OMS, o termo saúde pressupõe um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, aliado à ausência de doença ou enfermidade (OMS, [www.who.int](http://www.who.int)). Ora, o que é isto de existir um estado de bem-estar? Será a ausência deste bem-estar um indicador de mal-estar?

O *bem-estar* é um termo “chapéu-de-chuva” que abrange inúmeros conceitos referentes ao bem-estar humano (David, Boniwell & Ayers, 2012). É por isso um construto multidimensional que engloba três dimensões igualmente multidimensionais: subjetiva, social e psicológica (Negovan, 2010). A origem do conceito de bem-estar funda-se na discussão científica e filosófica entre as visões hedónicas e eudemónicas do termo, as quais originaram os modelos atuais de bem-estar:

- O modelo do *bem-estar subjetivo*, de Deci e Ryan (2001), funda-se na visão hedónica da felicidade, vista como sensação de que a vida possui um significado, e deve ser cumprida e disfrutada (Myers, 1992, cit. por Toepfer & Walker, 2009). Assim, nesta visão hedónica de bem-estar, a felicidade (balanceamento de afetos positivos e negativos, sobrepondo-se os positivos) e a satisfação (julgamento/medida de qualidade de vida em geral) são os principais “ingredientes”.

- O modelo de *bem-estar psicológico*, de Ryff (1995), olha de forma eudemónica para a felicidade, revendo-a num funcionamento positivo através da procura do aperfeiçoamento e realização pessoal e do potencial (e.g. demanda por uma vida com significado, cumprir objetivos de vida, enfrentar os obstáculos que surgem no decorrer da vida).

A investigação, tem no entanto, descurado o verdadeiro conceito de BEP, olhando para este como um “medidor” de um potencial “mal-estar psicológico”. Por isso, o BEP tem sido medido através da depressão, da ansiedade e da fadiga (Mosher, DuHamel, Dickler, Yuelin Li, Massie & Norton, 2012), da zanga, da angústia e do stress (Frattaroli, 2006), dos afetos positivos e negativos e da tristeza (Smyth, 1998; Klein & Boals, 2001), do otimismo, do humor negativo e da satisfação com a vida (Long & Davi, 2011).

### 3.2. Bem-Estar Psicológico na presente investigação

Ao desenhar a investigação em questão e ao pensar na população clínica de mulheres com cancro de mama, utilizou-se o BEP como construto que avalia os recursos psicológicos existentes de cada sujeito e o quão feliz e satisfeito este se sente nos seus domínios psicológicos (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012). O BEP, contrariamente às investigações realizadas, não será avaliado como um conjunto de reações negativas indicadores de um mal-estar psicológico, mas sim mais como uma medida da satisfação com a vida e com o próprio ser (Tabela 4).

Tabela 4. Dimensões da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico

<b>Dimensões*</b>	<b>Definição</b>
<i>Auto-estima</i>	Sentir-se apreciado, amado, útil, confiante em si mesmo e satisfeito com o que alcançou
<i>Equilíbrio</i>	Manifestação de estabilidade nos níveis, familiar, pessoal e profissional
<i>Envolvimento social</i>	Ambicionar, ter interesse no que nos rodeia, gosto por desempenhar atividades no geral, e de lazer em particular
<i>Sociabilidade</i>	Relacionamento com a comunidade, com capacidade de ouvir os outros e com bom humor
<i>Felicidade</i>	
<i>Controlo de si e dos acontecimentos</i>	Capacidade para enfrentar as dificuldades da vida, controlo de si mesmo e de acontecimentos, possuir uma boa moral, sentir-se em forma

\*Monteiro, Tavares e Pereira (2012)

#### **4. Definição do Problema: A Escrita Expressiva, o Cancro da Mama e o Bem-Estar Psicológico**

A escrita expressiva tem vindo, ao longo dos anos, a suscitar o interesse dos investigadores, técnicos de saúde (e.g. psicólogos) e da própria população (Niles, Haltom, Mulvenna, Lieberman & Stanton, 2014). Este crescente interesse advém dos sucessivos estudos e revisões de estudos que revelam um impacto benéfico na saúde física e psicológica dos sujeitos a cuja EE é aplicada (e.g. Nagurney, 2013) e do seu benéfico uso completar à psicoterapia (Cummings, Hayes & Park, 2014). Existem porém algumas investigações cujos resultados são inconclusivos quanto aos benefícios da EE (e.g. Mosher et al., 2012), deixando em aberto a questão relativa aos resultados/impacto da EE na saúde física e psicológica do sujeito. Ademais, alguns resultados apontam para que a personalidade influencia determinantemente o impacto que a EE tem nos sujeitos a quem esta é aplicada (Frattaroli, 2006), mas poderá esta também ser determinante na adesão dos sujeitos a esta intervenção? A investigação não sabe.

O cancro da mama é uma das populações clínicas a quem a EE tem sido aplicada. Este cancro é a doença oncológica que mais mulheres acomete, mas devido à evolução das ciências biomédicas, a taxa de sobrevivência tem vindo a aumentar, rondando, na atualidade os 66% (DGS, 2013). Apesar da medicina possibilitar mais anos de vida, as investigações demonstram que ainda não foi capaz de “oferecer” a estas mulheres uma melhor qualidade de vida. Esta má qualidade de vida espelha-se nos fracos níveis de níveis de bem-estar físico e psicológico que vão decrescendo à medida que os anos de sobrevivência aumentam (Serpentini et al., 2011). A EE, enquanto intervenção psicossocial, tem sido uma possibilidade que se tem testado face a esta urgência de encontrar uma intervenção que possibilite a estas mulheres reconquistar/ganhar alguma qualidade de vida. Não é certo, contudo, quais os seus efeitos a longo prazo, nomeadamente no que toca a variáveis de cariz psicológico, como o BEP.

O BEP tem sido uma das variáveis psicológicas mais estudadas aquando da aplicação da EE (Frattaroli, 2006). Tem no entanto sido usado para avaliar a saúde do sujeito consoante as suas reações negativas (e.g. depressão, ansiedade) a acontecimentos de vida traumáticos. Nenhum estudo, até ao momento, utilizou o conceito de BEP enquanto variável de medida de existência dos recursos psicológicos disponíveis após uma situação traumática. Não obstante, em Portugal a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico nunca foi

utilizada para populações clínicas, deixando em aberto a questão da sua sensibilidade às mesmas.

A presente investigação tem assim como objetivo preencher as lacunas existentes na literatura, pretendo contribuir para o seu esclarecimento ao responder às seguintes questões de investigação: (i) quais os determinantes psicossociais subjacentes à adesão das sobreviventes ao adoecer da mama à terapêutica EE, e (ii) de que forma a terapêutica proposta impacta no BEP destas mulheres a curto e a longo prazo (1 e 3 meses), e (iii) como é percecionado esse impacto pelas mesmas.

## Referências

- Angus, L. E. & Greenberg, L. S. (2011). An introduction to working with narrative and emotion processes in emotion-focused therapy. In L. E. Angus, L.S. Greenberg & S. Leslie, *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives* (pp. 3-17). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H. & Brenner, H. (2005). Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, 23(22), 4945-4953.
- Bandeira, M. F. & Barbieri, V. (2007). Personalidade e Câncer da Mama e do Aparelho Digestório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 295-304.
- Boals, A. (2012). The use of meaning making in expressive writing: when meaning is beneficial. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 393-409.
- Broderick, J.E., Stone, A. A., Smyth, J. M. & Kaell, A. T. (2004). The Feasibility and Effectiveness of an Expressive Writing Intervention for Rheumatoid Arthritis via Home-Based Videotaped Instructions. *Ann Behav Med*, 27(1), 50-59.
- Bruner, J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71(3), 691- 710.
- Canavarro, M. C. S. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol., pp. 94-109). Braga: APPORT/SO.
- Carpenter, J. S., Brockopp, D.Y. & Andrykowski, M. A. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1402-1411.
- Chung, C. & Pennebaker, J. (2007). The psychological functions of function words. In K. Friedler, *Social Communication*. 343-359. New York: Psychology Press.
- Cordeiro de Almeida, A. C. (2009). Estudo do Impacto da Desinstitucionalização de doentes e /ou deficientes mentais no seu Bem-Estar Psicológico. Tese de Mestrado publicada submetida na Escola Superior dos Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga.

- Costanzo, E. S., Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147–156.
- Craft, M.A., Davis, G.C. & Paulson, R.M. (2012). Expressive writing in early breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 305–315.
- Cummings, J. A., Hayes, A. M., Saint, D. S., & Park, J. (2014). Expressive Writing in Psychotherapy: A Tool to Promote and Track Therapeutic Change. *Professional Psychology: Research and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037682>
- David, S. A., Boniwell, I. & Ayers, A. C. (2012). The Rationale for The Oxford Handbook of Happiness. In S. A. David, I. Boniwell & A. C. Ayers (Eds.), *The Oxford Handbook of Happiness* (Cap. 1, pp. 1-8). Oxford University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- DGS. (2013). *Portugal Doenças Oncológicas em números – 2013: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Festatisticas-de-saude%2Festatisticas-de-saude%2Fpublicacoes%2Fportugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013-pdf.aspx&ei=tSdjVcmHLoW3swHProDwAg&usg=AFQjCNGXtwHdKymgkYjXR5Fal5cdnOO1dQ&sig2=RNLNiJH0YWspW0YLdo7E2Q>
- Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J. & Xavier, A. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Expressividade Emocional. *Psychologica*, 54, 111–137.
- Dunnack, E. S. & Park, C. L. (2009) The effect of an expressive writing intervention on pronouns: the surprising case of i. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 436–446.
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J. & Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 79–96.

- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. (Vol. 2, pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.
- Ferreira, D. A., Farago, P. M., Diniz dos Reis, P. E & Funghetto, S. S. (2011). Nossa Vida após o Câncer da Mama: Percepções e Repercussões sob o Olhar do Casal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 536-544.
- Fernandes, S. M. R. (2009). Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos. Tese de Doutoramento publicada submetida no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Figueiras, M.J. & Marcelino, D. (2008). Escrita terapêutica em contexto de saúde: uma breve revisão. *Análise Psicológica*, 26(XXVI), 327-334.
- Filgueiras, M. S. T., Lisboa, A. V., Macedo, R. M., Paiva, F. G., Benfica, T. M. S. & Vasques, V. A. (2007). Avaliação Psicossomática no Câncer de Mama: Proposta de Articulação entre os Níveis Individual e Familiar. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 551-560.
- Fratraroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 823–865.
- Frisina, P.G., Borod, J. C. & Lepore, S. J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(9), 629-634.
- Gellaitry, G., Peters, K., Bloomfield, D. & Horne, R. (2010). Narrowing the gap: the effects of an expressive writing intervention on perceptions of actual and ideal emotional support in women who have completed treatment for early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 77–84.
- Greenberg, M. A., Wortman, C. B. & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: revising traumatic memories or fostering self-regulation?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 588-602.
- Henry, E.A., Schlegel, R. J., Talley, A. E., Molix, L. A. & Bettencourt, B. A. (2010). The feasibility and effectiveness of expressive writing for rural and urban breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 37( 6), 749-757.

- Jardim, A. P. ; Gomes, W. B. (2009). Psicoterapia e personalidade: Impacto da interação entre terapeuta e paciente na avaliação de resultados. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2, 2-11.
- Jensen-Johansen, M.B., Christensen, S., Zakowski, S., Jensen, A.B., Bovbjerg, D.H. & Zachariae, R. (2013). Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors — results from a nationwide randomized clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 22, 1492-1500.
- Jordan, K. B. & L'Abate, L. (1995). Programmed writing and therapy with symbiotically enmeshed patients. *American Journal of Psychotherapy*, 49(2), 225-236.
- Kacewicz, E., Slatcher, R. B. & Pennebaker, J.W (in press). Expressive writing: an alternative to traditional methods. *Handbook of Low-Cost Interventions to Promote Physical and Mental Health: Theory, Research and Practice*, in press.
- Kállay, E. & Baban, A. (2008). Emotional benefits of expressive writing in a sample of romanian female cancer patients. *Cognition, Brain, Behavior* 12, 115-129.
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 27(7), 798-807.
- King, L. A. (2002); Gain without pain? Expressive writing and self-regulation. In S. J. Lepore e J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (Cap. 7, pp. 119-134). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Kirchhoff, A.C., Yi, J., Wright, J., Warner, E. L. & Smith, K. R. (2012). Marriage and Divorce among Young Adult Cancer Survives. *Journal of Cancer Survivorship*, 6, 441-450.
- Klein, K. & Boals, A. (2010). Coherence and narrative structure in personal accounts of stressful experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(3), 256-280.
- Kring, A. M., Smith, D. A. & Neale, J.M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934-949.
- Laccetti, M. (2007). Expressive writing in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), 1019-1024.

- Laranjeira, C.A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *UNIV. PSYCHOL.*, 7(2), 469-476.
- Lee, H. S. & Cohn, L. D. (2009). Assessing coping strategies by analysing expressive writing samples. *Stress and Health*, 26, 250–260.
- Lepore, S. J., Greenberg, M. A., Bruno, M. & Smyth, J. M. (2002). Expressive writing and health: self-regulation of emotion related experience, physiology, and behavior. In S.J. Lepore & J.M. Smyth (Eds), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 99-117). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S.J. & Smyth, J.M. (2002). The writing cure: an overview. In S.J. Lepore & J.M. Smyth (Eds), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp.3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L.S. Almeida e C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. (Vol. I, pp. 17-32). Coimbra: Quarteto Editora.
- Loerzel, V. W., McNees, P., Powel, L. L., Su, X. & Meneses, K. (2008). Quality of life in older women with early-stage breast cancer in the first year of survivorship. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 924-932.
- Long, J. J. & Davis, J. O. (2011). Pen and paper: a prescription for adolescents' emotional and psychological well-being?. *The Journal of Correctional Education* 62(1), 7-25.
- Lu, Q. & Stanton, A. L. (2010). How benefits of expressive writing vary as a function of writing instructions, ethnicity and ambivalence over emotional expression. *Psychology and Health*, 25(6), 669–684.
- Lu, Q., Zheng, D., Young, L., Kagawa-Singer, M. & Loh, A. (2012). A pilot study of expressive writing intervention among chinese-speaking breast cancer survivors. *Health Psychology*, 31(5), 548–551.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L. & Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(4), 692–708.

- Machado, W. L. & Bandeira, D. S. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *SciELO* 29(4), 587-595.
- Marlo, H. & Wagner, M. K. (1999). Expression of negative and positive events through writing: implications for psychology and health. *Psychology and Health*, 14, 193-215.
- Marôco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa.
- Medina, M & Heitor, F. (2014). *Relaxamento físico e mental: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo*. In C. Figueira, C. P. Fernandes, I. Magalhães, I. Gonçalves, M. O. Abreu e T. Espanssandim (Eds.). *Actas do 3.º Congresso da RESAPES* (pp. 144-154). Retirado a 2 de Dezembro de 2014, de: [http://media.wix.com/ugd/0f5c8f\\_5a7a9119df3f42ccbaad14e77d7afb18.pdf](http://media.wix.com/ugd/0f5c8f_5a7a9119df3f42ccbaad14e77d7afb18.pdf)
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). *Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestação de bem-estar*. In I. Leal, J. L. Ribeiro e S. N. Jesus (Eds.). *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 66-77.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184.
- Mosher, C. E., DuHamela, K. N., Lama, J., Dicklerb, M., Lia, Y., Massiea, M. J. & Nortonb, L. (2012). Randomised trial of expressive writing for distressed metastatic breast cancer patients. *Psychology and Health*, (27)1, 88–100.
- Nagurney, A. (2013). The Effects of Emotional Writing on Psychological Well-Being. *North American Journal of Psychology*, 15(1), 195-206.
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: validation of a students' psychosocial well being inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 85-104.
- Niles, A. N., Haltom, K. E. B., Mulvenna, C. M., Lieberman, M. D. & Stanton, Al. L. (2014) Randomized controlled trial of expressive writing for psychological and physical health: the

moderating role of emotional expressivity. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 27(1), 1-17.

Novo, R. F., Duarte-Silva, E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L.S. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. V, pp. 313-324). Braga: APPORT/SO.

Ogden, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama* (1ª ed.). Lisboa, CLIMEPSI.

Pais-Ribeiro, J.L., Ramos, D. & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 231-247.

Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto

Park, C. L. & Gaffey, A. E. (2007). Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: an integrative review. *Ann Behav Med*, 34(2), 115–134.

Patrão, I., Leal, I. & Marôco, J. (2006). Validação da mini-mac numa amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama. In I. Leal, J. L. Ribeiro e S. N. Jesus (Eds.). *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 373-377). Lisboa: ISPA Edições.

Patrão, I., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1(1), 33-55.

Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Tese de Doutoramento publicada submetida na Universidade Nova de Lisboa e no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pauley, P. M., Morman, M. T. & Floyd, K. (2011). Expressive writing improves subjective health among testicular cancer survivors: a pilot study. *International Journal of Men's Health*, 10 (3), 199-219.

Pennebaker, J. (1995). Emotion, disclosure, and health: an overview. In J. W. Pennebaker, *Emotion, disclosure, and health* (3-10). Washington: A.P.A.

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.

- Pennebaker, J.W & Beal, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(3), 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(3), 528-537.
- Pennebaker, J. W. & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional and language process in disclosure. *Cognition and Emotion, 10*(6), 601-626.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J. & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(4), 863-871.
- Pennebaker, J. W. & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: the healthy benefits of narrative. *Journal Of Clinical Psychology, 55*(10), 1243-1254.
- Pinto, C. & Pais Ribeiro, J. L. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa De Saúde Pública, 24*(1), 27-56.
- Pinto, C. & Pais Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *SciELO, 16*(1), 142-148.
- Prazeres, N. (1996). Ensaio de um Estudo sobre Alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Tese de Mestrado não publicada submetida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Remondes-Costa, S. Jimenéz, F. & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do Cancro da Mama: Acontecimentos Significativos no Ciclo de Vida. *Psicologia, Saúde e Doenças, 13*(2), 238-251.
- Rude, S.S., Gortner, E.A. & Pennebaker, J. W. (2004). Language used of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion, 18*(8), 1121-1133.
- Ruini. C., Vescovelli. F. & Albieri, E. (2013). Post-traumatic growth in breast cancer survivors new insights into its relationships with well-being and distress. *J Clin Psychol Med Settings, 20*, 383–391.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.

- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Serpentini, S., Bianco, P. D., Alducci, E., Toppan, P., Ferretti, F., Folin, M., Luca De Salvo, G., Nitti, D. & Pucciarelli, S. (2011). Psychological well-being outcomes in disease-free survivors of mid-low rectal cancer following curative surgery. *Psycho-Oncology* 20, 706–714.
- Sheffield, D., Duncan, E., Thomson, K. & Johal, S. S. (2007). Written emotion expression and well-being: result from a home based study. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2002(1), 1-14.
- Siqueira, M.M.M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174-184.
- Smyth, J. M. & Greenberg, M. A. (2000). Scriptotherapy: the effects of writing about traumatic events. In: *Psychodynamic perspectives on sickness and health* (Cap. 4, pp. 121-160). Duberstein, P. R. & Masling, J. M. (Eds), American Psychological Association.
- Soares, R. G. (2009). *Aspectos Emocionais do Câncer da Mama*. Recuperado a 18 Novembro, 2013, de [www.sbpo.org.br/\\_newsletter/boletins/boletim.../cancer\\_de\\_mama.pdf](http://www.sbpo.org.br/_newsletter/boletins/boletim.../cancer_de_mama.pdf).
- Sousa, F. C. P. (2012). *Psicoimunologia e Cancro da Mama: Fatores Psicossociais e Função Imunitária em Mulheres com Neoplasia Mamaria*. Dissertação de Mestrado. ISCTE-IUL. Lisboa. Portugal.
- Stanton, A. L. & Danoff-Burg, S. (2002a). Emotional expression, expressive writing, and cancer. In S.J. Lepore & J.M. Smyth (Eds), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp.31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L.A., Collins, C.A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S.B. & Austenfeld, J.L. (2002b). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 4160-4168.

- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, W., Zech, E. & Van den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 169–178.
- Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M. & Carlson, L. E. (2012). Who benefits from psychosocial interventions in oncology? a systematic review of psychological moderators of treatment outcome. *J Behav Med, 35*, 658–673.
- Tausczik, Y. R. & Pennebaker, J. W. (2010). The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *Journal of Language and Social Psychology, 29*(1) 24–54.
- Toepfer, S. M. & Walker, K. (2009). Letters of gratitude: improving well-being through expressive writing. *Journal of Writing Research, 1*(3), 181-198
- Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology 11*, 154–169.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia, 50*(1), 55-63.
- Zebrack, B. J. (2000). Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Practice, 8*(5), 238-242.

## **Anexo B**

**- Consentimento Informado -  
(Vivência do Cancro da Mama)**

Lisboa, Janeiro 2015

Exma. Senhora,

Eu, Ana Isabel do Carmo Monteiro Lopes dos Santos, aluna do 5.º Ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no *Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida*, venho solicitar a sua participação num projeto de investigação desenvolvido no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, sob orientação de Dra. Maria João Gouveia e Dra. Ivone Patrão.

O presente projeto tem como objetivo explorar os efeitos que a implementação do paradigma da escrita expressiva exerce no bem-estar psicológico de mulheres sobreviventes ao adoecer da mama. Para tal, será necessário que preencha um formulário para recolha de dados sociodemográficos e um questionário referente ao bem-estar psicológico – tempo de preenchimento de 10 minutos. Posteriormente, durante 3 dias consecutivos, será essencial que tenha disponibilidade para dedicar 20 minutos do seu tempo à escrita de pensamentos e sentimentos relativos à sua vivência do cancro da mama, seguindo com cuidado as instruções dadas. Por último, será necessário também que esteja disponível para ser novamente contactada pelos investigadores 1 e 3 meses após a intervenção, a fim de preencher novamente questionários referentes a variáveis de bem-estar e sobre o impacto da escrita na sua vida.

Informo desde já que a escrita expressiva não acarreta quaisquer riscos físicos, embora, a nível psicológico, possa ser uma tarefa difícil que faça emergir momentaneamente sentimentos negativos, sentimentos esses que serão substituídos por potenciais benefícios a nível físico e psicológico. Acrescento ainda que a presente investigação não tem qualquer retorno monetário e não apresenta custos económicos. Solicito-lhe assim a sua colaboração voluntária na presente investigação, sublinhando a possibilidade de uma eventual desistência, sem penalização de qualquer espécie, e a garantia do anonimato (preservado através da utilização de um código elaborado pela participante) e da confidencialidade dos dados obtidos que, em caso de publicação, permanecerão confidenciais.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Ana Santos, aluna nº 19760)

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar como sujeito no estudo apresentado. Fui devidamente informada e esclarecida pela investigadora Ana Santos sobre a pesquisa, os procedimentos que envolve, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

---

(A Participante)

## **Anexo C**

**- Consentimento Informado -**

**(Medos e Angústias enquanto Sobrevivente)**

Lisboa, Janeiro 2015

Exma. Senhora,

Eu, Ana Isabel do Carmo Monteiro Lopes dos Santos, aluna do 5.º Ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no *Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida*, venho solicitar a sua participação num projeto de investigação desenvolvido no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, sob orientação de Dra. Maria João Gouveia e Dra. Ivone Patrão.

O presente projeto tem como objetivo explorar os efeitos que a implementação do paradigma da escrita expressiva exerce no bem-estar psicológico de mulheres sobreviventes ao adoecer da mama. Para tal, será necessário que preencha um formulário para recolha de dados sociodemográficos e um questionário referente ao bem-estar psicológico – tempo de preenchimento de 10 minutos. Posteriormente, durante 3 dias consecutivos, será essencial que tenha disponibilidade para dedicar 20 minutos do seu tempo à escrita de pensamentos e sentimentos relativos aos seus medos/angústias atuais enquanto sobrevivente do cancro da mama, seguindo com cuidado as instruções dadas. Por último, será necessário também que esteja disponível para ser novamente contactada pelos investigadores 1 e 3 meses após a intervenção, a fim de preencher novamente questionários referentes a variáveis de bem-estar e sobre o impacto da escrita na sua vida.

Informo desde já que a escrita expressiva não acarreta quaisquer riscos físicos, embora, a nível psicológico, possa ser uma tarefa difícil que faça emergir momentaneamente sentimentos negativos, sentimentos esses que serão substituídos por potenciais benefícios a nível físico e psicológico. Acrescento ainda que a presente investigação não tem qualquer retorno monetário e não apresenta custos económicos. Solicito-lhe assim a sua colaboração voluntária na presente investigação, sublinhando a possibilidade de uma eventual desistência, sem penalização de qualquer espécie, e a garantia do anonimato (preservado através da utilização de um código elaborado pela participante) e da confidencialidade dos dados obtidos que, em caso de publicação, permanecerão confidenciais.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Ana Santos, aluna nº 19760)

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar como sujeito no estudo apresentado. Fui devidamente informada e esclarecida pela investigadora Ana Santos sobre a pesquisa, os procedimentos que envolve, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

---

(A Participante)

## **Anexo D**

**- Questionário Sociodemográfico -**



**ISPA**  
 INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
 CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A presente investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, a decorrer na Instituição de Ensino ISPA-IU, em Lisboa.

Objetiva-se estudar os efeitos do Paradigma da Escrita Expressiva, de Pennebaker, no Bem-Estar Psicológico de mulheres sobreviventes ao adoecer da mama.

Pedimos a sua colaboração para preencher o conjunto de questionários que se segue. Não existem respostas certas ou erradas (todas as respostas são válidas), o que nos importa é a sua opinião. Por favor, preencha todos os questionários até ao fim, não deixando questões em branco.

Os dados obtidos serão confidenciais, apenas serão usados para fins de investigação científica, e anónimos (dado que utilizará o código que lhe apresentamos em seguida).

Código: \_\_\_\_\_

1ª	1ª	Penúltimo	Último nº
Letra	Letra	nº do seu	do seu
Nome	Nome	telemóvel	telemóvel
Mãe	Pai		

**AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!**

#### **Equipa de Investigação:**

Ana Isabel do Carmo Monteiro Lopes dos Santos – Investigadora Responsável e Aluna do ISPA-IU, Lisboa

Prof. Doutora Maria João Gouveia – Orientadora da Investigação no ISPA-IU, Lisboa

Prof. Doutora Ivone Patrão – Co-Orientadora da Investigação no ISPA-IU, Lisboa

Se necessitar de qualquer esclarecimento adicional, por favor contacte:  
[bemestarpsicologicoglobal@gmail.com](mailto:bemestarpsicologicoglobal@gmail.com)



**Indique como avalia a sua motivação para a tarefa de escrever sobre o seu passado enquanto doente oncológica:**

1 Nada Motivada	2 Pouco Motivada	3 Moderadamente Motivada	4 Muito Motivada	5 Extremamente Motivada

**Alguma vez falou a alguém da experiência de ter tido cancro?** \_\_\_\_\_

**Se sim, com que frequência o faz/fazia?**

Diariamente       Semanalmente   
 Apenas falei uma vez       Outro \_\_\_\_\_

**Para si, a experiência de ter tido cancro é, na sua mente, um “assunto encerrado”?**

S  N

**Nota:** Relembramos-lhe que a informação dada é anónima e confidencial, porém, se pretender que os questionários e as instruções da escrita sejam entregues por correio, e não por e-mail ou presencialmente, por favor indique a sua morada e código postal:

---



---



---

## **Anexo E**

### **- Testes Psicométricos –**

## **Anexo F**

**- Instruções de Escrita –  
(Vivência do Cancro da Mama)**

Pedimos-lhe que escreva durante **três dias consecutivos**. **Coloque sempre o código nas suas narrativas e a data.**

As suas narrativas deverão ser enviadas para o e-mail disponibilizado ([bemestarpsicologicoglobal@gmail.com](mailto:bemestarpsicologicoglobal@gmail.com)) e entregues após o término da intervenção, isto é, após os 3 dias consecutivos de escrita.

Antes de iniciar a escrita por favor **guarde este documento no seu computador**, de forma a não perdê-lo.

Lembramos-lhe que a escrita expressiva é uma técnica terapêutica que pode ser utilizada sempre que sentir necessidade de o fazer.

Apresentamos-lhe em seguida as instruções necessárias para dar início à sua intervenção. **Leia atentamente as instruções que lhe são dadas, seguindo-as com cuidado.**

*“Durante os próximos 3 dias, gostaria que escrevesse, usando apenas a primeira pessoa do singular, sobre os pensamentos e sentimentos mais íntimos referentes a **um momento da sua vivência do cancro**. Enquanto escreve, gostaria que se deixasse ir e explorasse os seus pensamentos e emoções mais profundos. Pode associar o seu tópico de escrita às suas relações com os outros, incluindo pais, parceiros amorosos, amigos, familiares e/ou colegas de trabalho, bem como ao seu dia-a-dia. Tudo o que escrever será totalmente confidencial e anónimo. Não se preocupe em escrever corretamente, com a estrutura das frases, ou com a gramática. A única regra consiste em: a partir do momento em que comece a escrever, continue a fazê-lo, sem interrupções, durante 20 minutos;*

## **Anexo G**

**- Instruções de Escrita –  
(Medos e Angústias enquanto Sobrevivente)**

Pedimos-lhe que escreva durante **três dias consecutivos**. **Coloque sempre o código nas suas narrativas e a data.**

As suas narrativas deverão ser enviadas para o e-mail disponibilizado ([bemestarpsicologicoglobal@gmail.com](mailto:bemestarpsicologicoglobal@gmail.com)) e entregues após o término da intervenção, isto é, após os 3 dias consecutivos de escrita.

Antes de iniciar a escrita por favor **guarde este documento no seu computador**, de forma a não perdê-lo.

Lembramos-lhe que a escrita expressiva é uma técnica terapêutica que pode ser utilizada sempre que sentir necessidade de o fazer.

Apresentamos-lhe em seguida as instruções necessárias para dar início à sua intervenção. **Leia atentamente as instruções que lhe são dadas, seguindo-as com cuidado.**

*“Durante os próximos 3 dias, gostaria que escrevesse sobre os pensamentos e sentimentos mais íntimos referentes aos seus **medos/receios/angústias atuais enquanto sobrevivente ao cancro da mama**. Enquanto escreve, gostaria que se deixasse ir e explorasse os seus pensamentos e emoções mais profundos. Pode associar o seu tópico de escrita às suas relações com os outros, incluindo pais, parceiros amorosos, amigos, familiares e/ou colegas de trabalho, bem como ao seu dia-a-dia. Tudo o que escrever será totalmente confidencial e anónimo. Não se preocupe em escrever corretamente, com a estrutura das frases, ou com a gramática. A única regra consiste em a partir do momento em que comece a escrever, continue a fazê-lo, sem interrupções, durante 20 minutos”.*

## **Anexo H**

**- Questionário, 1 Mês Follow-up -**

Cód. Quest. \_\_\_\_\_

1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	Penúltimo	Último n <sup>o</sup>
Letra	Letra	n <sup>o</sup> do seu	do seu
Nome	Nome	telemóvel	telemóvel
Mãe	Pai		

Ser-lhe-ão apresentadas em seguida algumas questões referentes ao impacto que a escrita expressiva teve na sua vida. Relembro-lhe que as respostas obtidas são confidenciais. Pedimos-lhe que seja sincera nas suas respostas e que responda a todas as questões colocadas.

**Durante as sessões de escrita qual foi o seu grau de envolvência emocional?**

1. Nenhuma envolvência \_\_\_\_\_
2. Pouca envolvência \_\_\_\_\_
3. Alguma envolvência \_\_\_\_\_
4. Muita envolvência \_\_\_\_\_
5. Extrema envolvência \_\_\_\_\_

**Sentiu dificuldade em escrever?** \_\_\_\_\_

**Se sim, porquê?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Após este mês que passou, qual o impacto (positivo ou negativo) que a escrita expressiva teve na sua vida? Descreva-o de forma reduzida.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sentiu alguma alteração no seu Bem-Estar, a nível psicológico, neste mês que passou após a terapêutica?** \_\_\_\_\_

**Se sim, o que sentiu?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Anexo I**

**- Questionário, 3 Meses Follow-up -**

Cód. Quest. \_\_\_\_\_

1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	Penúltimo	Último n <sup>o</sup>
Letra	Letra	n <sup>o</sup> do seu	do seu
Nome	Nome	telemóvel	telemóvel
Mãe	Pai		

Ser-lhe-ão apresentadas em seguida algumas questões referentes ao impacto que a escrita expressiva teve na sua vida. Relembro-lhe que as respostas obtidas são confidenciais. Pedimos-lhe que seja sincera nas suas respostas e que responda a todas as questões colocadas.

**Após estes três meses que passaram, qual o impacto (positivo ou negativo) que a escrita expressiva teve na sua vida? Descreva-o de forma reduzida.**

---



---



---

**Sentiu alguma alteração no seu Bem-Estar, a nível psicológico, nestes três meses que passaram após a terapêutica?** \_\_\_\_\_

**Se sim, o que sentiu?**

---



---



---



---

## **Anexo J**

### **- Tabelas Estatísticas -**