

Do Blogue à Rede de Ajuda Mútua

*Processo de construção ao longo das transições da
pessoa com doença oncológica*

Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio

Orientador(es): Prof. Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Prof. Doutor José Manuel Sobral

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



Do Blogue à Rede de Ajuda Mútua

*Processo de construção ao longo das transições da
pessoa com doença oncológica*

Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio

Orientador(es): Prof. Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Prof. Doutor José Manuel Sobral

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias

Vogais:

- Doutora Maria del Pilar Marqués Sánchez
- Doutora Amélia Maria da Fonseca Simões Figueiredo
- Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes
- Doutora Marta Pedro Varanda
- Doutora Maria Margarida Teixeira de Faria Meireles
- Doutora Luísa Maria Correia do Azevedo d'Espiney

Ao Luís, à Marta e ao Miguel

AGRADECIMENTOS

Um trabalho sobre redes só foi possível chegar ao fim com uma grande e valiosa rede de suporte.

O meu primeiro agradecimento vai para o meu marido Luís Damásio e para os meus filhos Marta e Miguel, o meu grande suporte em todo este percurso. Conseguimos, meus amores!!

À minha orientadora Professora Doutora Lucília Nunes por se ter cruzado noutros caminhos e ter aceite continuar este longo percurso, com uma orientação próxima, cheia de conhecimentos e proporcionadora de reflexões e exemplar. Continuaremos o caminho!!

Ao coorientador Professor Doutor José Manuel Sobral pela sua disponibilidade em acompanhar o trabalho e articulação com a Professora Doutora Marta Varanda, a quem agradeço a partilha de conhecimentos sobre análise de redes sociais e a ida a Ponferrada.

Às pessoas com doença oncológica que se mostraram disponíveis em participar no estudo, partilhando a riqueza das suas experiências narradas nos seus *blogues*.

Aos colegas e amigos que integram o *Grupo dos Aflitos*, emergente neste caminho e que foram também um suporte de ajuda mútua, o nosso obrigada por estarem sempre presentes, em especial a Ana Pires, Andreia Cerqueira, António Freitas, António Nabais, Armandina Antunes, Lino Ramos e Sandra Xavier. À Sandra Xavier, colega, companheira e grande amiga por toda a ajuda e incentivo, momentos de reflexão e pelas palavras amigas nos momentos mais difíceis.

Às colegas e amigas Catarina Lobão, Maria Cristina Pereira e Susana Custódio pelo vosso apoio e incentivo. Também ao Jaime Ribeiro pelo apoio e ponte com peritos no WebQda, como o Gaspar Lopes e o Professor Doutor Francislê Neri de Souza, a quem agradeço a tutoria. Ao colega Baltazar Ricardo Monteiro por me ter mostrado o caminho da análise de redes sociais.

À Susana Domingos e à Ana Paula Ferreira pela partilha de saberes com o domínio das línguas inglesa e portuguesa.

Aos estudantes que acompanharam este processo e que acreditaram em mim, agradeço o incentivo. À minha prima Ana Lúcia Vieira, cujo reencontro foi proporcionado em boa hora pelas redes sociais, o meu obrigada pelo carinho, apoio e amizade.

Aos Doutores Luís Cochado e Salvador Saldanha Coelho e à Osteopata Sofia Santos por terem cuidado de mim para que tivesse condições de saúde para concluir o trabalho.

Não esqueço todo o auxílio e incentivos dados pelos verdadeiros Amigos que foram pacientes e compreenderam mais uma ausência. A todos que, em algum momento, se preocuparam comigo, e me perguntaram pelo trabalho... Não mencionarei os seus nomes porque eles sabem com certeza quem são. Ainda estão comigo.

Cancro

São trapos, são farrapos
Quem a si não dá valor
Não é por se ter cancro
Que a vida já não tem cor

São trapos, são farrapos
Quem ao desespero se entrega
Ergue a cabeça com coragem
E olha nos olhos essa fera

Rasga as amarras
Que te prendem a lembrança
Recorda as coisas boas
Recupera a esperança

Nesta luta desígnal
Em que somos grandes guerreiras
Vivemos encarceradas
Como se fossemos freiras

Escutem-se principalmente
Porque ouvem os sinais
Estejam sempre atentas
Não façam como as demais

A mensagem a passar
É que não descrem o rastreio
Oçam o vosso corpo
Oçam o vosso anseio

Farrapos, não somos não
Mas da doença somos prisioneiras
Os tratamentos assim nos obrigam
A uma vida de canseiras

Que triste é perder o cabelo
Custa tanto a aceitar
Dói no fundo da alma
Quando o temos de cortar

Quando o cancro nos mutila
Temos tanto receio
Como viver a vida agora
Se nos cortaram ao meio?

Perder um bocadinho de nós
Isso de nada interessa
Queremos é viver a vida
E para isso não temos pressa

Ela que passe lenta, lentamente
Que cá estaremos para a
aproveitar
O cancro mutila o corpo
Mas não p posso pensar

Por cada sobrevivente
Temos é de celebrar
Um dia depois do outro
E felizes por cá andar

Cada dia de sobrevivência
Só temos de agradecer
Somos Mulheres fortes e corajosas
E afinal só queremos viver,
Viver, viver...

Carla Oliveira, 2012

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ANA – American Nurses Association

ARNE - Angiografia de Radionuclídeos de Equilíbrio

Art.º - Artigo

BRCA – Breast Cancer Gene

CDADC - Código do Direito de Autor e Direitos Conexos

GAM's – Grupos de Ajuda Mútua

TAC – Tomografia Axial Computorizada

RESUMO

Os recentes desenvolvimentos na saúde, na sociedade em geral e na tecnologia, têm conduzido a novas formas de estar e de comunicar. Encarar hoje a doença oncológica é enfrentar um desafio e travar uma luta, que cada vez tem mais vencedores. Contudo, continua a ser uma das doenças mais temidas, pela associação à morte e ao sofrimento.

A comunicação, também evoluiu e a Internet assume um espaço crescente na vida da sociedade, na sua organização, na vida familiar, cultural, económica ou política. A informação é facilmente disseminada, sem constrangimentos horários e/ou geográficos. O *blogue*, um conceito recente na *Web*, veio revolucionar a comunicação e as relações entre as pessoas, ao proporcionar a interação e a partilha de experiências, como é o caso da vivência da doença oncológica. A criação do *blogue* poderá ter sido geradora de um processo de construção de ajuda mútua desconhecida pela comunidade científica, pelo que emergiu a pergunta de investigação *Qual o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue?*.

Pretendemos conhecer o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem *blogue*.

A moldura teórica envolve a construção e apropriação do conhecimento nas tecnologias da informação, contextualizando os *blogues*, a doença oncológica, a ajuda mútua e o cuidado, com ancoragem na teoria de médio alcance de Meleis.

As escolhas metodológicas recaem num estudo de natureza qualitativa, com recurso à Grounded Theory, com base no pressuposto construtivista. Procurou-se aproximar da experiência vivida das pessoas em estudo, para a compreensão da ação humana. Tal pretendeu o desenvolvimento de uma teoria substantiva, em que o conhecimento é construído a partir de interações sociais, da informação e compreensão das ações humanas.

O estudo compreendeu diversas fases: a identificação das pessoas com doença oncológica com *blogue*, a análise estrutural da rede social, o estudo da narrativa dos *posts* do *blogue* da pessoa considerada como mais ativa ou dominante, a realização e análise de entrevista aos elementos identificados como elementos dominantes na rede social virtual.

A seleção da amostra foi não probabilística, intencional, em bola de neve, ficando constituída por trinta e dois blogues de pessoa com doença oncológica.

Os resultados evidenciam que a criação do blogue está relacionada com a partilha da vivência da ajuda também tendo em vista a ajuda de quem está em situação semelhante. O blogue permite também a perceção da situação de saúde, tendo sido identificadas transições de saúde-doença e situacionais nas diferentes fases do tratamento (diagnóstico, tratamentos e após tratamentos), com influência dos profissionais de saúde. Os recursos para ultrapassar a situação/dificuldades passam pela gestão da imagem de si, controlo de sintomas, cuidados ao corpo, características pessoais, planos, proteção do espaço, contacto com o outro e com a natureza, comer e beber, e arte. A ajuda é vivenciada no acompanhamento e suporte pela família, amigas bloguistas e amigos da rede física. As formas de ajuda e construção da rede social emerge da partilha, dos apelos, agradecimentos, comunicação, na presença e ajuda e nos encontros. Os efeitos sociais da rede social na pessoa passam pela emoção e saudade, o atribuir sentido positivo à doença e à rede, à criação de laços de amizade para a vida e no encarar da doença e ultrapassar as dificuldades. Os efeitos na sociedade passam por diversas manifestações artísticas, destacando-se o teatro, que levou a que fossem notícia em contexto nacional e internacional, a que promovessem e participassem em eventos sociais e a procura e estabelecimento de parcerias. A rede física e a sua coesão, com o objetivo de ajuda mútua, é uma realidade atual após mais de dez anos da criação do primeiro blogue da rede em estudo.

Palavras-Chave: Doença Oncológica, Transições, Blogue, Ajuda Mútua, Rede

ABSTRACT

Recent developments in health, society, and technology have led to new ways of being and communicating. Facing the oncological disease today is confronted with a challenge and undertaking a fight, which has more and more winners. However, it remains one of the most feared diseases, by association with death and suffering.

Communication has also evolved, and the internet has taken on a growing role in the life of society, in its organization, in family, cultural, economic or political life. Information disseminates easily, without the time and/or geographical constraints. The blog, a recent concept on the web, has revolutionized communication and relationships between people by providing interaction and sharing of experiences, such as the experience of the oncological disease. The creation of the blog can have boosted the process of mutual help construction unknown to the scientific community, so the research question emerged *What is the process of building the mutual support network throughout the transitions experienced by the person with cancer who has a blog ?*

We intend to know the process of building the mutual help network throughout the transitions experienced by the person with cancer who has a blog.

The theoretical framework involves the construction and appropriation of knowledge in information technologies with contextualization with blogs, cancer disease, mutual help, and care, anchoring in the Meleis medium-range theory.

The methodological choices fall into a qualitative study using the Grounded Theory, based on the constructivist assumption. It was tried to approach the lived experience of the people in the study, for the understanding of the human action. It is intended the development of a substantive theory, in which knowledge is constructed from social interactions, information, and understanding of human actions.

The study had several phases: the identification of people suffering from cancer disease who had a blog, the structural analysis of the social network, the study of the narrative of the blog posts of the person considered as more active or dominant, achievement and interview analysis of the elements identified as dominant elements in the virtual social network.

The sample selection was performed according to the non-probabilistic, intentional snowball sampling method, being built by thirty-two blogs of people with cancer disease.

The results evidence that the creation of the blog is related to the sharing of aid experience also with the help of those who are in a similar situation. The blog also allows

the perception of the health conditions, and health-disease and situational transitions were identified in the different phases of treatment, emerging in the concepts identified: diagnosis, treatments and after treatments, with the influence of health professionals. The resources to overcome the situation/difficulties go through the management of self-image, control of symptoms, body care, personal characteristics, plans, protection of space, contact with each other and with nature, eating and drinking, and art. The help is experienced in the monitoring and support by the family, friends' bloggers and friends of the physical network. The forms of aid and construction of the social network emerge from sharing, appeals, thanks, communication, presence and help, and meetings. The social achievements of the social network in the person go through the emotion and longing, to give positive meaning to the disease and the network, to create bonds of friendship for life and to face illness and overcome difficulties. The effects in society go through various artistic manifestations, highlighting the theater, which led to the news in a national and international context, to promote and participate in social events and the search and establishment of partnerships. The physical network and cohesion of it, with the purpose of mutual help, is a reality today after more than ten years of the creation of the first blog of the network under study.

Keywords: Cancer Disease, Transitions, Blog, Mutual Help, Network

ÍNDICE

p.

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| PARTE I MOLDURA TEÓRICA | 7 |
| 1. ON LINE: DA CONSTRUÇÃO À APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO | 9 |
| 1.1. O BLOGUE | 16 |
| 1.2. CANCRO, AJUDA, BLOGUES E CUIDADO..... | 33 |
| 1.2.1. <i>O Cancro</i> | <i>34</i> |
| 1.2.2. <i>O Cuidado e a Ajuda</i> | <i>42</i> |
| 1.2.3. <i>Os Blogues na Doença Oncológica.....</i> | <i>46</i> |
| 2. AS TRANSIÇÕES DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA..... | 54 |
| PARTE II ESCOLHAS METODOLÓGICAS | 73 |
| 1. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO..... | 75 |
| 2. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO | 77 |
| 2.1. GROUNDED THEORY..... | 80 |
| 3. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO | 86 |
| 3.1. FASES DO ESTUDO..... | 86 |
| 3.2. FONTES DE DADOS | 87 |
| 3.2.1. <i>A investigação online: os blogues como fontes de dados</i> | <i>88</i> |
| 3.2.2. <i>Entrevista.....</i> | <i>95</i> |
| 4. QUESTÕES ÉTICAS E JURÍDICAS | 99 |
| 5. DE BLOGUE EM BLOGUE: O PERCURSO ATÉ À AMOSTRA | 106 |
| 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA | 109 |
| PARTE III ACHADOS EMPÍRICOS..... | 115 |
| 1. ANÁLISE ESTRUTURAL DA REDE | 117 |
| 1.1. CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA REDE | 119 |
| 1.2. A SELEÇÃO QUE INTEGRA A FASE POSTERIOR..... | 141 |
| 2. A TRAJETÓRIA NO BLOGUE..... | 147 |
| 2.1. O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO | 148 |
| 2.2. MOTIVAÇÃO PARA A CRIAÇÃO DO BLOGUE..... | 150 |
| 2.3. PERCEÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE | 154 |
| 2.3.1. <i>Exames e Tratamentos Realizados</i> | <i>155</i> |
| 2.3.2. <i>Mudanças Após o Diagnóstico</i> | <i>158</i> |
| 2.3.3. <i>Perceção da Situação de Saúde no Diagnóstico</i> | <i>160</i> |
| 2.3.4. <i>Perceção da Situação de Saúde nos Tratamentos</i> | <i>165</i> |
| 2.3.5. <i>Perceção da Situação de Saúde Após Tratamentos.....</i> | <i>171</i> |
| 2.3.6. <i>Perceção da Situação de Saúde Através do Contacto com Profissionais de Saúde..</i> | <i>178</i> |
| 2.4. RECURSOS PARA ULTRAPASSAR A SITUAÇÃO/DIFICULDADES..... | 182 |
| 2.4.1. <i>Gestão da Imagem de si, Controlo de Sintomas e Cuidados ao Corpo.....</i> | <i>183</i> |
| 2.4.2. <i>Características Pessoais, Crenças, Planos e Proteção do Espaço</i> | <i>189</i> |
| 2.4.3. <i>Contacto com o Outro e Natureza, Comer e Beber e Arte</i> | <i>193</i> |
| 2.5. VIVÊNCIA DA AJUDA AO LONGO DA DOENÇA | 199 |

| | |
|--|------------|
| 2.6. AS FORMAS DE AJUDA MÚTUA E A CONSTRUÇÃO DA REDE SOCIAL | 203 |
| 2.6.1. <i>A Partilha como Forma de Ajuda Mútua e Construção da Rede Social.....</i> | 204 |
| 2.6.2. <i>Os Apelos na Ajuda Mútua e na Construção da Rede Social</i> | 216 |
| 2.6.3. <i>Os Agradecimentos na Ajuda Mútua e na Construção da Rede Social</i> | 220 |
| 2.6.4. <i>A Comunicação na Ajuda Mútua e na Construção da Rede Social.....</i> | 223 |
| 2.6.5. <i>A Presença, a Ajuda e o Procurar Agradar como Forma de Ajuda</i> | 235 |
| 2.6.6. <i>Os Encontros na Construção da Rede Social</i> | 236 |
| 2.7. EFEITOS DA REDE SOCIAL NA PESSOA E SOCIEDADE..... | 238 |
| 2.7.1. <i>Efeitos da Rede Social na Pessoa.....</i> | 239 |
| 2.7.2. <i>Efeitos da Rede Social na Sociedade</i> | 241 |
| 3. DO BLOGUE AOS PARTICIPANTES..... | 252 |
| 3.1. MOTIVAÇÃO PARA A CRIAÇÃO DO <i>BLOGUE</i>, PROFISSIONAIS E APOIO PSICOLÓGICO | 253 |
| 3.2. LINGUAGEM PRÓPRIA DA REDE E REDE SOCIAL..... | 256 |
| 3.3. EFEITOS DA REDE SOCIAL NA PESSOA..... | 261 |
| CONCLUSÕES, REFLEXÕES E DESAFIOS | 263 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 285 |
| APÊNDICES | 320 |

Apêndice I – Guião da Entrevista

Apêndice II – Consentimento Informado

Apêndice III – Artigo publicado na REDES: *A Análise de Redes Sociais no estudo do processo da construção da ajuda mútua da pessoa com doença oncológica com *blogue**

Apêndice IV – Output Densidade da Rede

Apêndice V – Output Reciprocidade da Rede

Apêndice VI – Output Acessibilidade

Apêndice VII – Output Conectividade

Apêndice VIII – Output Distância Geodésica

Apêndice IX – Output Número de Caminhos Geodésicos entre pares de pontos

Apêndice X – Output Medidas de Grau de Centralidade de Freeman

Apêndice XI – Output Medidas de densidade da egrede

Apêndice XII – Output e Quadro dos Cliques

Apêndice XIII – Output dos *N-Cliques*

Apêndice XIV – Output dos *N-Clans*

Apêndice XV – Árvore de Conceitos resultante da codificação dos dados do *blogue*

ÍNDICE DE FIGURAS

| | P. |
|--|-----|
| Figura 1 - <i>Esquematização da teoria de médio alcance das Transições de Meleis</i> | 62 |
| Figura 2 - <i>Processo Interativo da Grounded Theory</i> | 84 |
| Figura 3 - <i>Fases planeadas para o desenvolvimento do estudo</i> | 86 |
| Figura 4 - <i>Replaneamento das Fases para o desenvolvimento do estudo</i> | 87 |
| Figura 5 - <i>Modelo do comportamento pergunta-resposta segundo a perspetiva do interacionismo simbólico</i> | 96 |
| Figura 6 - <i>Grafo resultante da relação entre os atores</i> | 123 |
| Figura 7 - <i>Grafos das egoredes</i> | 136 |
| Figura 8 - <i>Grafo representativo do Actor by Actor Clique Co-Membership Matrix</i> | 140 |
| Figura 9 - <i>Motivação para a criação do blogue</i> | 151 |
| Figura 10 - <i>Perceção da Situação de Saúde</i> | 154 |
| Figura 11 - <i>Perceção da Situação de Saúde – Exames e Tratamentos Realizados</i> | 155 |
| Figura 12 - <i>Perceção da Situação de Saúde – Mudanças Após o Diagnóstico</i> | 158 |
| Figura 13 - <i>Perceção da Situação de Saúde no Diagnóstico</i> | 161 |
| Figura 14 - <i>Perceção da Situação de Saúde nos Tratamentos</i> | 166 |
| Figura 15 - <i>Perceção da Situação de Saúde após Tratamentos</i> | 172 |
| Figura 16 - <i>Perceção da Situação de Saúde através do Contacto com Profissionais de Saúde</i> | 178 |
| Figura 17 - <i>Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades</i> | 182 |
| Figura 18 - <i>Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades: gestão da imagem de si, estratégias adaptativas ao controlo de sintomas e cuidados ao corpo</i> | 184 |
| Figura 19 - <i>Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades: características pessoais, crenças, planos e proteção do seu espaço</i> | 190 |
| Figura 20 - <i>Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades: Contacto com o Outro e Natureza, Comer e Beber e Arte</i> | 194 |
| Figura 21 - <i>Vivência da Ajuda ao longo da doença</i> | 200 |
| Figura 22 - <i>Formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas</i> | 204 |
| Figura 23 - <i>Construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue</i> | 204 |
| Figura 24 - <i>Formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas: partilha</i> | 205 |
| Figura 25 - <i>Construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue: Partilha</i> | 206 |
| Figura 26 - <i>Formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas: partilha de si</i> | 210 |
| Figura 27 - <i>Apelos nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas</i> | 216 |
| Figura 28 - <i>Os apelos na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue</i> | 217 |
| Figura 29 - <i>Apelos nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas e na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue</i> | 221 |
| Figura 30 - <i>A comunicação nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas</i> | 224 |
| Figura 31 - <i>A comunicação na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue (I)</i> | 225 |
| Figura 32 - <i>A comunicação na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue (II)</i> | 226 |

| | |
|---|-----|
| Figura 33 – <i>Primeiro cartaz de divulgação do Teatro Rosa Esperança</i> | 231 |
| Figura 34 – <i>A presença, a ajuda e o procurar agradar como formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas</i> | 235 |
| Figura 35 – <i>Os encontros na construção da rede social</i> | 237 |
| Figura 36 - <i>Cartaz de anúncio e foto do 1º Encontro Rosa Esperança</i> | 238 |
| Figura 37 – <i>Efeitos na pessoa da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue</i> | 239 |
| Figura 38 – <i>Efeitos na sociedade da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue</i> | 242 |
| Figura 39 - <i>Cartaz de divulgação do Teatro Rosa Esperança após produção fotográfica</i> | 244 |
| Figura 40 – <i>Nascente – uma obra dos DDiarte</i> | 245 |
| Figura 41 – <i>Perfume e Vinho Rosa Esperança</i> | 246 |
| Figura 42 – <i>Páginas do Jornal Metro México e Rússia (Moscovo e São Petersburgo)</i> .. | 249 |
| Figura 43 – <i>Modelo @</i> | 284 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | p. |
|--|-----|
| Gráfico 1 - <i>Distribuição da Amostra por Profissão</i> | 111 |
| Gráfico 2 - <i>Distribuição da Amostra por Diagnóstico</i> | 113 |
| Gráfico 3 – <i>Frequências da distância Geodésica da Rede</i> | 127 |
| Gráfico 4 – <i>Quantidade de Blogues por Intervalo de Out-degree e In-degree</i> | 131 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | p. |
|--|-----|
| Quadro 1 - <i>Efeitos Secundários provocados pela Radioterapia de acordo com a área irradiada</i> | 39 |
| Quadro 2 - <i>Distribuição dos bloguistas com profissão identificada de acordo com Classificação das Profissões de Portugal</i> | 110 |
| Quadro 3 - <i>Síntese da Caracterização da Amostra</i> | 114 |
| Quadro 4 - <i>Resumo do número de ligações entre os blogues identificados na Rede</i> | 120 |
| Quadro 5 - <i>Matriz Adjacente Ator-Ator</i> | 122 |
| Quadro 6 - <i>Ligações out-degree e in-degree dos blogues 11, 18, 24 e 32</i> | 126 |
| Quadro 7 - <i>Potencial de Influência na Rede de acordo com o total de ligações out-degree</i> | 130 |
| Quadro 8 - <i>Total de ligações in-degree</i> | 132 |
| Quadro 9 - <i>Ligações out-degree e in-degree dos blogues 28 e 32</i> | 133 |
| Quadro 10 - <i>Tamanho de Rede, N° de Laços, N° de Pares e Densidade das Egoredes</i> .. | 134 |
| Quadro 11 - <i>Distribuição dos Blogues pelos Cliques com 8 ou mais blogues</i> | 138 |
| Quadro 12 - <i>Blogues que partilham membros dos cliques de acordo com o Nível determinado através do Hierarchical Clustering of Overlap Matrix</i> | 138 |
| Quadro 13 - <i>Grupos emergentes do Hierarchical Clustering of Overlap Matrix</i> | 139 |
| Quadro 14 - <i>Distribuição dos Blogues pelos Cliques que incluem os blogues das pessoas que integram o Grupo de Teatro Quem não tem Cão (Blogue 32)</i> | 140 |
| Quadro 15 - <i>Síntese dos resultados mais relevantes da Análise Estrutural da Rede</i> | 146 |
| Quadro 16 - <i>Conceitos com maior número de Referências em relação ao recurso a artes de outros</i> | 199 |

INTRODUÇÃO

Temos vindo a assistir à emergência de uma sociedade assente na revolução desencadeada pelas tecnologias da informação, cuja informação circula através de redes (Castells, 2011). A Internet é a rede das redes (Gaspar, 2005), um espaço dos espaços, em que há coabitação do público e do privado, do local e do global, bem como do material e do virtual (Silva, 1999). Esta grande rede potenciou as possibilidades de comunicação entre as pessoas, permitindo-lhes que comuniquem em rede com outras pessoas de diversas e distintas formas (Mittilä & Mäntymäki, 2004).

A Internet assume um espaço crescente na vida da sociedade, na sua organização, na vida familiar, cultural, económica ou política. A informação dissemina-se sem constrangimentos horários e/ou geográficos. A Web 2.0 é considerada um processo imparável e expansivo da Internet, que tem como característica essencial um forte acento no social (Cobo Romaní & Pardo Kublinski, 2007). A conversação em rede é uma conversação emergente, cujo ponto fundamental é aquele onde se reconstroem práticas quotidianas, que é ampliada, no impacto da mediação e traz novos desafios para a compreensão da sua influência nos atores sociais (Recuero, 2012). O ser humano é mais que o total dos seus padrões e pertence a um grupo mais amplo de redes (Van Sell & Kalofissudis, 2010).

A Internet representa um poderoso instrumento de gestão de conhecimento para a área da saúde, envolvendo profissionais de saúde, pessoas doentes, familiares, instituições prestadoras de cuidados, indústria farmacêutica, sociedade científica, ou seja, a sociedade civil em geral (Pestana, 2010). O conhecimento capacita as pessoas que o desenvolvem, os que o usam e os que dele beneficiam (Meleis et al., 2000, 2010). O recurso à tecnologia tem permitido novas formas de suporte (Suzuki & Kato, 2003). Acresce que os Grupos de Ajuda Mútua (GAM's) servem os interesses dos seus membros na promoção de um sentimento psicológico de comunidade, ideologia de grupo, oportunidade de catarse e crítica mútua, papéis-modelo, estratégias de solução para os problemas do quotidiano e um aumento das redes sociais (Levine & Perkins, 1987).

Os grupos de suporte em oncologia são reconhecidos como tendo efeitos positivos nos distúrbios do humor como a ansiedade e depressão, bem como na qualidade de vida dos doentes, na condição marital e adaptação à doença (Mikkelsen et al., 2008). Mikkelsen et al. (2008), Sullivan (2003) e Changrani et al. (2008) aconselham mais investigação no conteúdo e no processo das intervenções de suporte *online*. Grange et al. (2008) sugerem

que se inclua o teste de aplicabilidade de resultados, bem como uma avaliação longitudinal de como as respostas de suporte ou não suporte afetam a adaptação durante o tratamento e após o tratamento, podendo clarificar o papel do suporte na experiência global do cancro.

O *blogue* é um recurso disponibilizado pela Internet, um espaço de interação, onde os utilizadores são produtores e recetores de informação, com fronteiras fluídas que se expandem diariamente – a *blogosfera* (Gaspar, 2005; Viana, Prado & Santos, 2009). Trata-se de uma forma de expressão *online* que ganha cada vez mais popularidade, que representa uma forma recente de interação social *online* (Guadagno, Okdie & Eno, 2008; Zago, 2009; Watson, 2012) e que pode dar origem à formação de comunidades virtuais estruturadas sobre círculos de pessoas que leem e interagem através dos mesmos diariamente (Recuero, 2004b). Na atualidade são considerados uma corrente principal no fluxo contínuo e direto da informação (Watson, 2012).

As comunidades de saúde *online* são cada vez mais populares entre as pessoas doentes, permitindo-lhes conectarem-se a um grande número de pessoas com problemas de saúde semelhantes e acederem a uma grande quantidade de informação relacionada com a saúde (Yan & Tan, 2017). Connel, Patterson e Newman (2006) sugerem a existência de suporte adicional com recurso à tecnologia, nomeadamente tele e videoconferência e salas de *chat* na internet para promover ligações sem restrições geográficas. Estima-se que existam mais de 400 000 grupos de ajuda mútua *online* de pessoas com doença oncológica, com mais de 2065 membros (Im et al., 2005).

O *blogue*, um conceito recente na *Web*, revolucionou a comunicação e as relações entre as pessoas, ao proporcionar a interação e a partilha de experiências, como é o caso da vivência da doença oncológica. Os *blogues* estão a ser usados por pessoas doentes e famílias, para acederem a informações personalizadas, oportunas e relevantes (Watson, 2012). As redes sociais são facilitadas quando nos referimos à blogosfera, pois a criação de pequenas redes entre os *blogues* funciona como uma marca distintiva de um determinado grupo temático (Canavilhas, 2006), neste caso a doença oncológica.

Hardey (2002) defende que a Internet é um importante veículo para as pessoas partilharem as suas histórias de vida com doença crónica. As pessoas com doença oncológica, os seus companheiros ou cuidadores usam os *blogues* para discutir questões relacionadas com a saúde, partilhar histórias pessoais, conectarem-se com amigos e redes de suporte (Kim, 2009; Watson, 2012), bem como para pesquisa de informação relacionada com a saúde (Watson, 2012).

Quando a investigação em enfermagem, que utiliza os GAM's *online*, é conduzida como um contexto de investigação ou método de recolha de dados, o conhecimento resultante irá influenciar a prática de enfermagem (Im et al., 2005). Doumit et. al (2010) concluíram que os enfermeiros e profissionais de saúde precisam de compreender melhor as estratégias de *coping* individuais de cada mulher e o seu impacto no seu bem-estar. Gould et al. (2006) recomendam que a informação e o suporte deveriam adequar-se à idade da mulher, bem como à fase da sua vida. A criação de grupos de suporte individuais é indispensável no apoio a mulheres com cancro da mama para que possam lidar com as suas condições de doença (Doumit et al., 2010; Gould et. al., 2006). Conhecer o processo de construção de ajuda mútua das pessoas com doença oncológica pode ser relevante na relação com o enfermeiro, que logrará em iniciar conversas sobre a forma como o suporte é experienciado, como pode ser adaptado e o seu efeito no bem-estar dos doentes (Grange et. al., 2006).

Compreender como os *blogues* são usados pode permitir, por um lado, compreender as perceções das pessoas doentes em relação à sua doença e as suas respostas à mesma (Suzuki & Beale, 2006; Watson, 2012; Zancheta et al., 2016); por outro, permite aos prestadores de cuidados obter informação para compreender melhor o impacto que os *blogues* podem ter nas pessoas com doença oncológica, nos seus amigos e famílias (Kim & Chung, 2007).

Acresce ainda a ajuda dos profissionais de saúde que podem incorporar experiências das pessoas doentes nos sistemas de cuidados de saúde (Watson, 2012; Yan & Tan, 2017). A leitura e incorporação de *blogues* de doença nos cuidados melhorará a comunicação (Zancheta et al., 2016; Yan & Tan, 2017), a relação da pessoa doente com o profissional de saúde (Heilferty, 2009; Zancheta et al., 2016) e, conseqüentemente, levará a uma participação efetiva na gestão dos cuidados (Yan & Tan, 2017). Os enfermeiros deveriam compreender como aceder e usar os *blogues* para uso profissional (Watson, 2012), pois a análise de narrativas criadas *online* sobre a experiência de doença contribuirá significativamente para o corpo de conhecimento da enfermagem (Heilferty, 2009).

Os dados *online* de *blogues* de doença representam uma maneira nova e inovadora de capturar a experiência naturalista da jornada pela doença fora do contexto clínico, que clarifica os profissionais de enfermagem em relação às necessidades psicossociais, transições emocionais, metas de sobrevivência únicas a esta população, de grande utilidade para a definição de intervenções (Keim-Malpass & Steeves, 2012). Basto (2008) defende que é através do conhecimento sobre as vivências de saúde que se pode

desenvolver o conhecimento sobre a intervenção de enfermagem. Meleis (2010) considera que devem ser dirigidos estudos para a definição de diversidades e complexidades nas experiências de transição com diversas populações em diversos tipos e padrões de transições. É neste sentido que esta investigação se torna pertinente no contexto atual da sociedade e de cuidados.

Os blogs oferecem benefícios substantivos para a investigação científica social dando oportunidades mais amplas do que a investigação qualitativa diária *offline* paralela (Hookway, 2008). Mais recentemente, Krotoski (2010: 2) referia mesmo que *os estudiosos experienciam atualmente uma idade de ouro da investigação online*¹.

Seja na literatura, no jornalismo, ou em qualquer área, uma abordagem investigativa sem precedentes enfrenta algumas dificuldades, incluindo a compreensibilidade e a resistência pelos pares. Habitualmente reage-se ao que é diferente, há dificuldade de compreensão face ao que não é conhecido. A mudança implica uma constante rutura, ora lenta, ora brusca, da inércia, a estabilidade encarna a tendência desta cristalização da criação. *A cristalização de hoje é a mudança de ontem numa outra cristalização. Nada de novo nasce de si mesmo, mas sim do velho que antes foi novo* (Freire, 2003: 47).

E, tal como refere Chinn (1990), mesmo em discursos que pretendem a inovação em investigação em enfermagem, encontram-se opressões na consideração do novo, do diferente, como tendo algum valor na concretização de objetivos coletivos em investigação em enfermagem. Os textos de investigação habitualmente refletem uma adesão rígida a regras de conduta que asseguram um resultado sonante, julgado por critérios pré-determinados para a excelência, mas que tornam ilegítimas as possibilidades de inovação. Considerar novas possibilidades não significa que se tenha de sacrificar cada padrão de excelência (Chinn, 1990) que se tem como referência. Os padrões de excelência de cada um podem ser um teste de viabilidade e prevalecerem na extensão do que pode acomodar novas possibilidades valorizáveis (Chinn, 1990).

Emerge na disciplina de Enfermagem o conceito de *enfermagem focada na rede* (*Network-focused Nursing*), aumentando a consciência sobre prática de enfermagem não tradicional num contexto hospitalar, com potencial para implementação noutras áreas de enfermagem (Olsen & Harder, 2010). Como refere Watson (2012), a presença profissional *online* é tão importante de manter, como as interações face a face.

¹ (...) *scholars are currently experiencing a golden age of research online* (Krotoski, 2010: 2)

São múltiplas as oportunidades criadas pela investigação na Internet: são tornadas visíveis situações que não existem nos contextos tradicionais de investigação ou que são difíceis de serem lá estudadas. Economia e acesso são as duas grandes vantagens deste novo contexto investigativo, no que diz respeito ao recrutamento, à observação do comportamento social, ao acesso a dados arquivados, automação e controlo experimental (Kraut et al, 2004; Zancheta et al., 2016). Desta forma, é estudado um novo fenómeno social (Kraut et al, 2004) que, na presente investigação poderá ter influência na vivência da transição da pessoa com doença oncológica (Meleis, 2010).

O profissional de enfermagem tornou-se o facilitador da saúde da sociedade, utilizando a interconectividade do ser humano, assumindo esse papel através da observação filosófica, interpretando a investigação científica e refletindo os imperativos culturais, resultando no progresso da saúde para o ser humano (Van Sell & Kalofissudis, 2010). A Internet, como um meio de autoexpressão entre as pessoas com problemas de saúde é uma área de investigação, na qual a questão de autorrepresentação é desenvolvida (Gillet, 2003). O papel social emergente do enfermeiro será baseado na aceitação de que o ser humano é uma rede dentro de toda a rede social. A reconstrução do conhecimento de Enfermagem tem inerente a responsabilidade de estudar padrões e estruturas que envolvem redes (Van Sell & Kalofissudis, 2010).

Em situação de doença, as estadias nas instituições hospitalares são cada vez menores e as pessoas continuam a sua recuperação em casa, junto das famílias e/ou pessoas significativas, que também precisam de ser cuidados e orientados para o cuidar. As mudanças impostas e vividas pelos seres humanos, onde se inclui o recurso a novas tecnologias e suporte social *online*, traduzem-se em períodos de transição que podem ou não levar a uma capacidade de lidar com as mesmas. Importa que os enfermeiros usem estratégias para cuidar/apoiar as pessoas a alcançar processos de transição saudáveis. São necessários cuidados de perícia e competência até à completa recuperação (Meleis, 2010). Apesar do exposto, o uso e a troca de informação entre as pessoas doentes nos *blogs* continuam pouco estudados (Heilferty, 2009; Zancheta et al., 2016). O interesse do estudo centra-se em explorar o uso da Internet na ajuda das pessoas com doença oncológica a darem sentido à sua doença (Ziebland et al., 2004). Esta ajuda é partilhada, ideia subjacente na noção de “*self-help ethos*” (Riessman & Gartner, 1987). A partilha é feita com pessoas em situação semelhante, proporcionando-se um contacto virtual com muita proximidade do Ser da pessoa. A criação do *blogue* poderá ter gerado um processo de construção de ajuda mútua desconhecida pela comunidade científica, emergindo a

pergunta de investigação *Qual o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue?*.

O trabalho é constituído por diversas partes, sendo que a Parte I se refere à Moldura Teórica, constituída por dois pontos. O primeiro ponto *On-line: da construção à apropriação do conhecimento nas tecnologias de informação* remonta ao aparecimento das novas tecnologias e à sua influência na comunicação entre as pessoas, bem como na sua utilização para a resolução de questões do quotidiano. Este ponto subdivide-se nos pontos: *O Blogue*, onde se definem e caracterizam os blogues e no ponto *Cancro, Ajuda, Blogues e Cuidado* aborda-se a doença oncológica, bem como o cuidado de enfermagem inerente à mesma aliado à noção de ajuda mútua. O segundo ponto refere-se *às transições da pessoa com doença oncológica*, onde se desenvolve a teoria de médio alcance de Meleis, a teoria de Enfermagem que suporta o estudo.

A Parte II, que procurou descrever os princípios teóricos da metodologia empregue, centra-se nas *Escolhas Metodológicas*. Abordam-se as questões e objetivos gerais e específicos do estudo, o *paradigma de investigação* com o subponto *Grounded Theory*. O *Percurso de Investigação*, com as *Fases do Estudo* e as *Fontes de Dados*, onde se inclui *os blogues e a Entrevista*. As *Questões Éticas e Jurídicas* abordadas centram-se nas questões da investigação em geral, e nas particularidades da investigação *online*. O ponto *De blogue em blogue: o percurso até à amostra*, apresenta a trajetória realizada para se chegar à amostra, bem como a sua caracterização.

A Parte III inclui os *Achados Empíricos*, onde está incluída a pertinência e definição de *Análise Estrutural da Rede*, com a *Caracterização e Análise da Rede* estudada e a *Seleção que integra a fase posterior*, onde a partir da análise estrutural da rede se fundamenta os blogues selecionados para a fase seguinte no estudo. A *Trajectoria no Blogue* refere-se à fase do estudo da narrativa dos *posts* de um dos *blogues* identificados na fase anterior. Neste ponto apresentamos o *Processo de Codificação* que caracteriza os procedimentos realizados ao longo da análise dos dados. A apresentação dos dados e a discussão dos resultados surgem nos pontos *a Motivação para a Criação do Blogue*, *a Perceção da Situação de Saúde*, *os Recursos para ultrapassar a Situação/Dificuldades*, *a Vivência da Ajuda ao longo da Doença*; *as Formas de Ajuda Mútua e a Construção da Rede Social* e *os Efeitos da Rede Social na Pessoa e Sociedade*. Por fim, apresentamos o ponto *Do Blogue aos Participantes*, e as *Conclusões, Reflexões e Desafios*, onde se privilegia a reflexão crítica e o contributo dos resultados para o desenvolvimento de uma *Enfermagem focada na rede*.

PARTE I

MOLDURA TEÓRICA

1. ON LINE: DA CONSTRUÇÃO À APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO

O aparecimento da World Wide Web alterou a forma como se acede à informação e como se comunica. As novas tecnologias são, cada vez mais, recursos que a população utiliza para a resolução dos seus problemas do seu dia-a-dia. A falta de tempo, o acesso cada vez mais facilitado, a quantidade de informação disponível, entre outros aspetos, leva a que se recorra cada vez mais aos novos meios de comunicação.

De acordo com o National Research Council of the National Academies (2012), a tecnologia da informação é amplamente entendida como a tecnologia habilitadora do século XXI. Tem transformado e continua a transformar todos os aspetos da nossa vida, onde se incluem os cuidados de saúde. Se, por um lado, o acesso à informação é facilitado, por outro, há uma maior desconfiança do que se encontra quando se faz uma pesquisa na net (Schiltz, Truyen & Coppens, 2007). Tal justifica-se pelo acesso em massa, que ocorre na atualidade, ao contrário do que acontecia no início da web, em que este meio estava exclusivamente reservado à troca de produções intelectuais ou a comunicações militares (Ferreira, 2001).

A Internet desempenha um papel diferente em relação à forma de organização social (Ferreira, 2008), com impacto em esferas como a família, a cultura, a economia ou a política (Sampaio, 2007; Silva et al., 2008; Costa & Almeida, 2009), provocando uma alteração cultural e estrutural (Silva, 2004). A ideia de rede tem subjacente a ideia de território organizado (Silva, 1999). Todos os sistemas vivos são redes de componentes menores, em que a teia da vida como um todo é uma multicamada de sistemas vivos aninhados dentro de outros sistemas vivos, isto é, redes dentro de redes (Capra, 1997).

A configuração da vida quotidiana não se vê influenciada diretamente pela interação social na rede virtual, acrescentando apenas interação online às relações existentes (Silva, 2002). Trata-se de um mecanismo de disseminação da informação e um meio para uma colaboração e interação entre as pessoas e os seus computadores sem que se tenha em conta a localização geográfica, considerada como revolucionária da comunicação (Leiner et al., 2003).

A comunicação mediada pela tecnologia veio possibilitar a manutenção de relações já consolidadas fisicamente, o estabelecimento de novos relacionamentos, podendo potenciar as relações fortes ou as fracas (Antunes, Castro & Mealha, 2005). A grande vantagem dos novos espaços de interação é a possibilidade de estabelecer contactos com indivíduos exteriores à esfera de relacionamentos da pessoa. Quanto maior a relação das

peças aos espaços físicos, maior a sua capacidade para usufruir das vantagens que os espaços virtuais de comunicação e informação podem oferecer e maior o seu contributo para o enriquecimento desses mesmos espaços (Antunes, Castro & Mealha, 2001). O mundo virtual, um mundo de não-lugares, de tempo encriptado e intermitente, recorre ao universo material e simbólico do mundo real (Silva, 2004).

A Internet permitiu a capacidade de comunicar em larga escala, com mais rapidez, eficiência e flexibilidade (Canavilhas, 2004). A emergência da nova tecnologia da informação modificou a unidirecionalidade do fluxo da informação dos meios de comunicação para a audiência, tornando possível a interação imediata (Dan Li, 2005; Schiltz, Truyen, Coppens, 2007). A Internet combina a comunicação de massas e a comunicação interpessoal num único canal. Desde o início que a interatividade foi assumida como um atributo da Internet, o que contribuiu para a promoção da atividade da audiência num nível elevado. As audiências não têm de mudar os seus horários para seguir o que é apresentado nos meios de comunicação social; em vez disso, têm acesso à informação que precisam, quando e onde têm acesso à Internet (Dan Li, 2005). A este respeito Blumler (1979) fez referência a quatro aspetos da noção de uma audiência ativa:

- *Utilidade* (as pessoas podem fazer uso dos meios de comunicação);
- *Intencionalidade* (o uso dos meios de comunicação é dirigido pelas motivações do público percebidas à priori);
- *Seletividade* (as pessoas são livres de escolher os canais dos meios de comunicação e conteúdo que preferem e que vão ao encontro das suas necessidades);
- *Insensibilidade à influência* (as pessoas são resistentes aos efeitos dos meios de comunicação).

No início da década de 90, Berners-Lee *et al.* (1994: 76) referem que a Web foi desenvolvida para ser um repositório do conhecimento humano, que permitiria que colaboradores em locais distintos partilhassem as suas ideias e todos os aspetos de um projeto comum. À sua criação esteve subjacente a ideia de partilha e de fácil acesso, tendo o seu desenvolvimento superado qualquer expectativa (Carvalho, 2008). A sua riqueza é reconhecida por todos os que têm acesso à mesma e por todos os que para ela contribuem, podendo mesmo contribuir para o desenvolvimento da inteligência coletiva (Lévy, 1997, 2000).

A Web começou por ser, sobretudo, texto com hiperligações, a que se associaram, posteriormente, imagens, som e mais tarde vídeo. Depois da euforia multicolor e sonora, passou-se a uma fase de maturidade em que se procurou a sobriedade e a simplicidade.

Com a Web democratizou-se a publicação *online*, bem como o acesso à informação (Carvalho, 2008). Os últimos anos do século XX ficaram marcados por se atribuir às características da Internet a tríade informação, educação e entretenimento (Abreu, 2009). Com o aparecimento do conceito e das funcionalidades da Web 2.0, a Web passou a ser encarada como uma plataforma, onde tudo está com acesso facilitado, e a publicação *online* deixou de exigir a criação de páginas Web e o conhecimento relativo ao seu alojamento num servidor. Tal facto tem contribuído para o desenvolvimento de redes sociais *online* (Carvalho, 2008). *Postar e comentar passaram a ser duas realidades complementares, que muito têm contribuído para desenvolver o espírito crítico e para aumentar o nível de interação social online* (Carvalho, 2008: 8). A autora acrescenta ainda que os processos de interação social e de aprendizagem são facilitados, por exemplo, pelo *Hi5*®, *MySpace*®, o *Linkedin*®, o *Facebook*®, o *Ning*® (Cruz, 2008) o *Twitter*®, o *Windows Live Messenger*® e o *Google+*®. Com as novas tecnologias da informação e da comunicação têm surgido novos espaços de construção do conhecimento (Cruz, 2008). A *social networking* descreve as ferramentas projetadas para a criação de espaços que promovam ou facilitem a formação de comunidades e instâncias de intercâmbio social (Cobo Roman & Pardo Kublinski, 2007).

A utilização da Internet tem vindo a aumentar exponencialmente. De acordo com os dados do *Internet World Stats* do Miniwatts Marketing Group (2017) de 25 de Março de 2017, 49,6% da população mundial utiliza a Internet. Na Europa, há cerca de 630 milhões de utilizadores, o que corresponde a 76,7% da população europeia e 17,1% dos utilizadores da Internet do mundo. Entre 2000 e 2017 verificou-se um crescimento de 506,1% (Miniwatts Marketing Group, 2017). Em março de 2017, em Portugal, 67,6% da população tinha acesso à Internet, o que corresponde a 7 milhões e 15 mil pessoas e 1,2% de utilizadores na Europa. A 30 de junho de 2016 contavam-se 5 milhões e 800 mil registos portugueses no facebook (Miniwatts Marketing Group, 2017).

Mais de metade da população adulta utilizadora da Internet tem idade compreendida entre 18 e 44 anos de idade. No entanto, podem-se encontrar *online* gerações mais velhas do que no passado e fazem mais atividades *online* do que faziam anteriormente. Contrariamente à imagem de que a geração com idade compreendida entre os 18 e os 32 anos é a *Geração Net*, os utilizadores da Internet dos vinte anos não dominam muitos dos aspetos da vida *online*. A geração seguinte, com idades compreendidas entre os 33 e os 44 anos, é a que realiza movimentos bancários, faz compras e procura informação relacionada com a saúde. O crescimento nos mais novos teve origem na reserva de

viagens *online*. Até os utilizadores com idade compreendida entre 64 e 72 anos de idade são competitivos no que diz respeito ao email (Jones & Fox, 2009).

A *World Wide Web* é uma ferramenta amplamente utilizada para adquirir informação de saúde (Chung & Kim, 2008; Rains, 2014). Oito em cada dez utilizadores da Internet procuraram informações relativas à saúde, em, pelo menos, dezasseis tópicos de saúde, sendo que muitos dos adultos iniciaram a sua pesquisa recorrendo a motores de busca, como o Google. Apenas 15% destes utilizadores referem que verificam sempre a fonte e a data da informação de saúde pesquisada *on-line*, enquanto que outros 10% dizem que o fazem na maior parte das vezes (Pew Internet & American Life October, de 2006, cit. por Fox, 2006b). Trata-se, na sua maioria, de mulheres, com idades inferiores a 65 anos, com nível de escolarização elevado, com experiência do uso de Internet e acesso de banda larga (Fox, 2005). Já o relatório de 2002 da Pew Internet Project, desenvolvido nos Estados Unidos, havia verificado que estas mulheres iniciam a busca, não num *site* médico, mas num de busca e visitam duas a cinco páginas, demorando pelo menos trinta minutos em cada pesquisa. Navegam em vários *sites*, pois parece que escondem algo ou não identificam claramente a fonte de informação (Fox, 2002).

Quase 58% dos que consideram a Internet como sendo crucial ou importante durante uma crise recente de amor ou de saúde referem que atribuem grande importância ao encontrado na Internet (Fox, 2006a, 2011). Dos utilizadores da Internet que vivem com uma incapacidade ou uma doença crónica, 86% procuraram informação *on-line*, em pelo menos dezassete tópicos de saúde, comparando com 79% dos utilizadores da Internet sem condições crónicas (Fox, 2007).

Os documentos produzidos por Fox (2002, 2005, 2006a, 2006b, 2007, 2011) mostram também que, à medida que mais americanos recorrem à Internet, maior importância assume a informação relativa à saúde que se encontra *on-line*. O conhecimento mais recente aponta para que 80% dos utilizadores da internet, nos Estados Unidos da América, pesquisaram na internet por informação de quinze tópicos de saúde tais como uma doença específica ou um tratamento, o que se traduz em 56% de todos os adultos. Estas pesquisas culminaram em leituras em grupos *online*, *websites* ou *blogues* (34% dos utilizadores da internet), em visualização de vídeos (25% dos utilizadores da internet), na consulta de informação sobre medicamentos ou tratamentos específicos (24%), na procura de outros que tivessem uma situação semelhante à sua (18%), na consulta de informações relativas aos médicos ou outros prestadores de cuidados (16%) ou de informações relativas às instituições prestadoras de cuidados (15%). Dos que utilizaram

os sites de redes sociais, 23% dos utilizadores das redes sociais seguiram as experiências pessoais de saúde dos seus amigos pessoais, 17% recorreram a este recurso para lembrar ou memorizar outras pessoas que sofreram de uma certa condição de saúde e 15% obtiveram informação de saúde desses sites. De referir que a atividade dos utilizadores da internet nem sempre fica pela simples leitura, mas também partilha online de indicadores de saúde (como o peso, dieta, exercício, rotina) ou de sintomas (27%), pela postagem de comentários, questões ou informação sobre a sua saúde ou questões médicas em sites generalistas ou em sites de saúde ou de notícias, que permita comentários e discussão (6%), pela partilha online através de posts sobre a sua experiência com um determinado medicamento ou tratamento (4%), ou a sua opinião sobre um médico (4%) ou sobre um hospital (3%). Destaca-se ainda o facto de 9% dos utilizadores de redes sociais terem iniciado ou aderido a um grupo relacionado com a saúde num site de uma rede social (Fox, 2011).

Diariamente, são conduzidas mais de 12,5 milhões de pesquisas em computador relacionadas com a saúde na *World Wide Web*. Baseando-se numa meta-análise de publicações, Eysenbach (2003) estima que, num mundo desenvolvido, cerca de 29% de pessoas com cancro usam a Internet e, aproximadamente, 2,3 milhões de pessoas que vivem com cancro estão *online*. Além disso, 15 a 20% das pessoas com cancro usam a Internet “indiretamente” através de familiares e amigos. O autor distingue quatro áreas de uso da Internet: comunicação (correio eletrónico), comunidade (Grupos de Ajuda Mútua virtuais), conteúdo (informação de saúde na *World Wide Web*) e comércio *on-line*. Os grupos de apoio *online* de saúde são classificados em dois tipos:

- *Tipo Compreensivo*, que se caracteriza por um vasto conjunto de serviços (grupos interativos, possibilidade de contactar com um especialista e obter avaliação, análise de decisão e planeamento de exercícios, orientações individuais com vista a alterações comportamentais e enciclopédias);
- *Tipo Interativo* – nem sempre é necessária a intervenção de um moderador qualificado para orientar os fóruns. A adesão é voluntária, havendo liberdade para saída e regresso ao grupo, sem regras formais, havendo, no entanto, regras de comportamento (Finfgeld, 2000).

Mais recentemente, Demiris (2016) concluiu que os consumidores estão aptos a participar ativamente no processo de tomada de decisão e a ser envolvidos nos mesmos. No entanto, colocam-se desafios como a literacia em saúde e a divisão digital, que têm impedido de

maximizar o potencial das ferramentas informáticas de consumo em saúde, com uma porção significativa de populações carentes de acesso e utilização.

Como refere Fox (2011), a vida social da informação de saúde é *robusta*. A conversação *online* é impulsionada por duas forças: 1) a disponibilidade das ferramentas sociais e 2) a motivação, em especial entre as pessoas que vivem com condições crónicas, para se conectarem uns com os outros. Já Eysenbach (2008) considera que a Web 2.0 teve os seguintes impactos na área da medicina e saúde: a) na criação de ligações entre as pessoas, por sustentar uma rede de relações e incrementar a colaboração; na participação, por estimular a partilha de conhecimentos entre cientistas, profissionais de saúde e pessoas doentes. Esta participação é considerada como uma oportunidade para que as pessoas doentes se empenhem na pesquisa de informação sobre saúde, como também para fomentarem relações formais e informais entre as pessoas doentes e os prestadores de cuidados de saúde.

Em relação ao conteúdo de websites de grupos de suporte, Harrison, Barlow e Williams (2007) verificaram que a maioria (97,5%) presta informação médica e alguma forma de aconselhamento, especialmente sobre tratamento (88,1%); 93,75% presta informação não médica com novos itens (77,5%) e são um diário de eventos (61,3%). Em relação à sua interatividade, à exceção de um website, todos tinham alguma forma de interatividade, sendo que se destaca o facto de 52,5% dos *sites* oferecerem um fórum de discussão e 63,8% uma linha de apoio. A acessibilidade para utilizadores com deficiência é limitada a apenas 16,3%. As conclusões do estudo apontam para que os grupos de suporte em saúde fornecem informações e suporte úteis; contudo, a maioria não explora todo o potencial do website, nem os atualiza regularmente.

A *web* pode então ser usada para a aquisição de informações de saúde de fontes interpessoais, como membros de grupos de apoio *online*, fontes científicas e organizacionais, fontes dos meios de comunicação social, materiais impressos como jornais ou folhetos, e até mesmo profissionais de saúde (Rains, 2014). As pessoas com doença oncológica têm razões significativas para procurar informação e suporte *online*, pois contactam com informação complexa sobre a sua doença e têm de lidar com o sofrimento físico e psicológico inerente à sua situação de doença (Chung & Kim, 2008).

A mediação da comunicação através do computador pode ser muito eficiente no estabelecimento dos laços sociais por facilitar a sua manutenção (Recuero, 2004a; Gaspar, 2005). Se há quem considere o ciberespaço um espaço marcado pela diferença e pelo conflito, há também quem o considere marcado pela cooperação e solidariedade,

onde, para Silva (2004) coexistem todo o tipo de sentimentos que podem ser expressos pelas pessoas. A interação tem subjacente um processo dinâmico, com um *continuum*, que poderá sofrer mudanças em grau e intensidade ao longo do tempo (Silva, 2004).

A inclusão digital é, para Warschauer (2006), uma faceta da inclusão social que consiste em propiciar o direito de acesso ao mundo digital para o desenvolvimento intelectual, promover espaços para práticas culturais significativas que capacitem os participantes e na aptidão técnica de agir no ciberespaço, de criar e produzir significados e sentidos no mesmo. Este autor sustenta ainda que o acesso às Tecnologias da Informação e da Comunicação é uma necessidade e uma condição-chave para superar a exclusão social na sociedade da informação. Por outro lado, os cibercontactos podem evoluir para o desenvolvimento de amizades exclusivamente online, ou resultarem mesmo em encontros face-a-face (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007).

O estudo de Antunes, Castro & Mealha (2005) que procurou estudar os contributos de novos serviços de comunicação, assentes na Internet, para a manutenção de relações fortes, bem como para avaliar o seu potencial para o estabelecimento de novas relações com indivíduos e instituições, verificou que os participantes usaram a Internet para estabelecer contactos com indivíduos que nunca tinham tido qualquer relacionamento social no espaço físico e que transpuseram o relacionamento para o espaço físico. Os motivos que os levaram a esse relacionamento físico baseiam-se em: motivos pessoais, onde se inclui o estabelecimento de novas amizades, curiosidade, desabafar e o debate de assuntos pouco ou muito interessantes; e motivos profissionais, onde se inclui o esclarecimento de dúvidas, informações sobre a atividade, troca de impressões com indivíduos da mesma área, aquisição de produtos e prestação de serviços. Dos que transpuseram a relação para o espaço físico apontaram como mais-valias o estabelecimento de uma nova amizade; a disponibilidade do interlocutor para ouvir, apoiar e aconselhar; o conhecimento de outros indivíduos por intermédio dessa pessoa; o conhecimento de novos locais; o enriquecimento da sua coleção; a obtenção de novas informações ou conhecimentos e aquisição de bens. Apenas uma pequena parte referiu não ter retirado qualquer mais-valia.

As pessoas que procuram informações sobre cancro na web são mais propensas que as que não o fazem a sentir um sentimento de autoeficácia em relação ao enfrentar da doença, têm maior perceção do suporte social e mais conhecimento sobre as taxas de sobrevivência do cancro (Rains, 2014). A internet pode servir como meio de comunicação para que os indivíduos partilhem informação e suporte emocional sobre o cancro,

capacitando os consumidores de informação sobre o cancro para agir como atores sociais competentes, e permitir-lhes que se tornem cada vez mais envolvidos nos seus próprios cuidados de saúde (Ziebland, 2004; Ziebland et al., 2004).

Zancheta et al. (2016) sintetizam os seguintes benefícios das pessoas doentes que participam numa rede social digital: o apoio que contribui para uma tomada de decisão sólida, uma melhor gestão da emoção, ligação e apoio; maior capacidade de resolução de problemas e oportunidades de partilha de informação; aproveitamento da sabedoria coletiva de outros bloguistas e dos profissionais de saúde; sentir-se habilitado a assumir mais responsabilidade pela participação em decisões clínicas, financeiras e relacionadas com a saúde; ter uma plataforma de advocacia para pessoas doentes e suas famílias; privacidade e liberdade dos *blogues* anónimos que podem facilitar um sentido de identidade e pertença social, evitando o estigma social e ajudando na busca de informação.

Em Portugal, o estudo da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) (2011) sobre o *Grau de conhecimento, perceções e comportamentos face às doenças oncológicas* aponta que a televisão surge como a fonte primordial para a obtenção de informações sobre as doenças oncológicas, seguindo-se os familiares e amigos, os jornais, a Internet e os folhetos informativos. Quase 60% dos inquiridos referiram não pesquisar proativamente informações sobre cancros. De entre os que pesquisam (41,1%), a Internet é o principal meio de referência, sendo utilizado por mais de três quartos dos inquiridos.

A internet pode também ajudar os familiares de pessoas com doença oncológica a obter conhecimento e compreensão sobre a doença do seu familiar para que possam suportá-lo e serem suportados nas suas próprias necessidades, pois também investem física e psicologicamente na luta contra a doença (Chung & Kim, 2008).

1.1. O Blogue

O conceito formal de *Weblog*, *blog*, ou em português *blogue*, foi implementado, inicialmente, no *website* designado por “*Scripting News*” criado por Dave Winer, em 1996 (Nardi et al., 2004). Contudo, o primeiro *blogue* foi criado por Jorn Barger, em 17 de Dezembro de 1997 (Querido & Ene, 2003; Barbosa & Granado, 2004; Silva, 2005; Anahory, 2006; Canavilhas, 2006; Cruz, 2008; Baltazar, 2009; Amaral, Recuero & Montardo, 2009; Lemos, 2009).

A abreviatura *blogue*, por sua vez, foi criada por Peter Merholz, que, por brincadeira, desmembrou a palavra *weblogue* para formar a frase *we blog* (*nós blogamos*) na barra lateral de seu *blogue* Peterme.com, em Abril ou Maio de 1999. Pouco depois, Evan Williams do Pyra Labs usou *blogue* tanto como substantivo, como verbo (*to blogue* ou *bloguear*, significando *editar ou postar num weblog*), aplicando a palavra *bloguer* em conjunção com o serviço *Bloguer*, da Pyra Labs, o que levou à popularização dos termos (Wortham, 2007; Viana, Prado & Santos, 2009; Amaral, Recuero & Montardo, 2009). O sufixo *log* refere-se aos diários de navegação, onde os capitães informavam as latitudes e longitudes percorridas a cada dia, bem como pontos de referência geográficos ou incidentes ocorridos. Já o fragmento *web* assinala a transposição desses guias de navegação para a rede mundial de computadores (Träsel, 2009).

Embora não seja consensual, o primeiro *blogue* português terá sido *Macacos sem galho*, foi criado a 30 de Março de 1999 (Canavilhas, 2006; Rodrigues, 2006), por Pedro Couto e Santos e ainda está ativo.

Não há grande anuência em termos de definição de *blogue*, pelo facto do mesmo ser uma tecnologia em transição (Ojala, 2005; Torio, 2005). Contudo, surgem diversos conceitos na literatura. Em geral, os *blogues* são definidos como jornais *online*, ou um website atualizado frequentemente, com entradas arquivadas apresentadas com ordem cronológica inversa (Walker, 2003; Nardi *et al.*, 2004; Wijnia, 2004; Dan Li, 2005; Gaspar, 2005; Ojala, 2005; Stephens, 2006; Schmidt, 2007; Baltazar, 2009; McCullagh, 2008; Pestana, 2010; Baker & Moore, 2011; Watson, 2012), com uma hierarquia de conteúdos de texto, imagens e ficheiros *multimédia* organizados, e acessível através de um *browser* (Querido & Enes, 2003), que funcionam como memórias *online* em curso (Gillet, 2007).

Numa única página, acessível de uma única interface, são publicados conteúdos (Querido & Enes, 2003; Watson, 2012), que são lidos e comentados instantaneamente pelos leitores (Querido & Enes, 2003), que se transformam em autores (Querido & Enes, 2003; Viana, Prado & Santos, 2009; Zago, 2009). Trata-se de uma nova forma de cultura, também designada por *cibercultura*, em que há prolongamento da oralidade e da escrita (Silva, 2004). Estamos perante uma nova relação do sujeito com a escrita, que atualiza sentidos que já circulavam sob a forma de citação e que agora circulam sob um novo formato, adequados, incorporados ao texto como se fossem pronunciados pela primeira vez, o que satisfaz o mito da originalidade, tão relevante na autoria (Oliveira, 2011).

Marques (2004, p. 102) define *blogue* como *um depósito de pensamentos e opiniões pessoais e não passa de uma reunião e simplificação de outros conceitos de comunicação*

que já existiam. É uma amálgama entre website, fórum de discussão e newsgroup, com capacidade de edição e atualização rápida de conteúdos.

Habitualmente, os *posts* dos *blogues* surgem em ordem cronológica inversa, o que evidencia a *frescura* dos *blogues*, mostrando o que é novo em primeiro lugar. Além da função de registo, os *blogues* valorizam a atualização da informação e a sua propensão é totalmente apoiada por instrumentos do autor do *blogue* (Dan, Li, 2005).

Cruz (2008) refere-se a *blogue* como um diário na Web, com apontadores para outros sites, cuja informação está organizada da mais recente para a mais antiga (em *post*), frequentemente atualizado com opiniões, emoções, factos, imagens, entre outros. Disponibiliza um índice de entrada e pode conter apontadores para outros sites. Os seus autores podem ser pessoas em nome individual e/ou coletivo (Quiggin, 2006; Cruz, 2008), podendo estar abertos a todos ou afetos a uma comunidade fechada, discutindo temas específicos de interesse para esse grupo.

Um *blogue* pode ser considerado um diário, mas em formato eletrónico (Rodrigues, 2004; Quiggin, 2006; Pires, 2006; Gurak & Antonijevic, 2008; Baltazar, 2009), nalguns casos formas simples e modernas de contar histórias do dia-a-dia (Rodrigues, 2006). Tal como qualquer outro diário não tem obrigatoriedade de atualização, nem de *posts* diariamente (Comm, 2006; Pires, 2006). Póvoa (2005), por sua vez, refere que os *blogues* saíram da fase de simples diários pessoais para ferramentas de comunicação com alta capacidade de ação e respetivo retorno.

A *blogosfera* é definida como uma comunidade e conteúdos que constituem os *blogues* (Pires, 2006; Schmidt, 2007); isto é, o conjunto de quem faz (*bloguista*, em Portugal; *blogueiro*, no Brasil) de quem disponibiliza e de quem lê os *blogues* (Pires, 2006). O *Dia do Blogue* é comemorado no dia 31 de Agosto (devido a uma semelhança com a data 31.08. com a palavra *blog*), propondo-se a promoção da descoberta de novos *blogues* e de novos *bloguistas* (Wikipédia, 2017).

Importa distinguir *blogue* de página pessoal, definida como um *website* produzido por um indivíduo (casal ou família) que se centra em torno da personalidade e identidade dos seus autores (Cheung, 2000). Contudo, esta definição partilha bastante do que é um jornal pessoal, que é sobre a experiência do *bloguista* e estados psicológicos (Blood, 2000). Jung, Youn & McClung (2007) afirmaram que a maior diferença entre os *blogues* e as páginas pessoais resultam do *software* utilizado para a sua produção. Gurak e Antonijevic (2008), ao referirem-se à psicologia do *blogging*, defendem que os *blogues* estão estruturados em torno do “*processo do eu*” e “*ouve-me ao longo do tempo*”, enquanto que

as páginas pessoais centram-se na “*essência do eu*” e os *chats* apontam para o *ouve-me neste momento*. *Blogging* emergiu como um fenómeno social (Torio, 2005), como um evento comunicativo duplo (Gurak & Antonijevic, 2008), em que a pessoa da comunicação é transformada dentro do próprio processo de comunicação (Slater, 2012). A utilização da linguagem é comportamento social e cultural que possuem motivos. A proposta de interação entre duas ou mais pessoas tem inerente a cooperação para que a interlocução decorra de forma adequada. Contudo, cooperação pode não significar comunicação, mas pode conduzir à mesma (Oliveira, 2006).

A frase de que o *blogue é um descendente da página pessoal* (McKinnon, 2001) é contestável pelo facto do mesmo se concentrar no objetivo de autoexpressão do *blogue* enquanto contempla a sua ênfase na função construtora da comunidade. As diferenças entre ambos centram-se na atualização frequente e no envolvimento do leitor, pois permite que os mesmos comentem e tenham uma discussão tanto com o *bloguista*, como com os que o leem, o que o torna social (Duermyer, 2016). Todavia, deve ser reconhecido que há uma forte semelhança entre páginas pessoais e *blogues* quanto ao seu conteúdo e forma (Dan Li, 2005).

Recuero (2004a; 2004b) fez a distinção de duas grandes categorias de *weblogs*: *diários eletrónicos* e *publicações eletrónicas*. Os diários eletrónicos referem-se à vida pessoal de cada indivíduo e funcionam como diários íntimos. As publicações eletrónicas caracterizam-se pela informação transmitida centrada num determinado assunto (habitualmente com um tema central), em que os comentários pessoais são evitados. A autora faz, também, referência às publicações *mistas*, que derivam das duas anteriores, em que há um misto de informação com comentários pessoais.

Apesar das pequenas diferenças entre as diversas definições, há aspetos consensuais. Os *posts* dos *blogues* são identificados até ao momento em que são criados e consequentemente organizados na ordem cronológica. A ênfase na linearidade temporal sugere que a característica de arquivo seja idiossincrática dos *blogues*, como um instrumento documental, bem como os seus precedentes diários ou jornais. A informação útil é reunida e *postada* no *blogue* para futura referência. A acessibilidade *online* dos *blogues* satisfaz a necessidade de aceder à informação em qualquer lugar e a qualquer hora (Dan Li, 2005; Ojala, 2005; Baltazar, 2009).

A apresentação dos *blogues* é considerada rica, podendo satisfazer algumas motivações específicas dos bloguistas. Sendo um novo membro da Comunicação Mediada por Computador, os *blogues* assemelham-se com as páginas pessoais numa forma mais

adiantada deste tipo de comunicação, tendo implantado novos conceitos e características (Dan Li, 2005).

Os *posts* dos *blogues* são os elementos mais fundamentais dos *blogues*. Um *post* dum *blogue* típico inclui um título, uma mensagem de texto e uma indicação do tempo que nos refere quando o *post* foi escrito, cujo controlo sobre os mesmos recai, totalmente, sobre os bloguistas. A página índice de um *blogue*, habitualmente, exhibe um número limitado de *posts* (Dan Li, 2005), ainda que tal possa ser gerido pelo autor. Quando são colocados novos *posts*, os *posts* antigos não serão mostrados na página de índice, mas arquivados (Dan Li, 2005).

A forma mais comum de organizar os arquivos é por ordem cronológica, em que os leitores podem aceder a *posts* passados, clicando nos *links* para certos meses ou semanas. De modo a ajudar os leitores a localizarem *posts* de interesse, os bloguistas definem categorias e assinalam *posts* a categorias, quando os escrevem (Dan Li, 2005).

Os *blogues* são produtos de instrumentos ou plataformas de *blogging*, que automatizam a publicação, o que sem a sua existência se tornava mais complicado (Rodrigues, 2004; Dan Li, 2005; Baltazar, 2009), por requerer conhecimentos periciais na área da informática e o recurso a software nem sempre disponíveis para a maioria da população. Com estes novos instrumentos, a atualização dos *blogues* tornou-se um assunto que se resume a poucos *clicks*: abrir uma página *web*, entrar numa conta, escrever o texto numa caixa de texto, submeter através de um *click* e a atualização está concluída (Dan Li, 2005; Graves, 2007; Baltazar, 2009). Silva (2005) menciona que para proceder à atualização do *blogue* basta fazer uma coisa tão simples como enviar um email com o respetivo texto. A única regra de participação é compartilhar um idioma com os seus interlocutores (Canavilhas, 2006).

Os *blogues* transcendem a linguagem, tempo e espaço. Por serem informais, são aceites lapsos gramaticais e erros resultantes da dactilografia (Ojala, 2005). Refira-se também a importância da atualização constante, pois quando tal não acontece a vida do *blogue* é curta (Rodrigues, 2004).

Através dos *blogues* é oferecida a possibilidade do seu autor apresentar, ou não, a sua identidade, surgindo todo um conjunto de novas identidades (Correia, 2003; Barbosa & Granado, 2004; Rodrigues, 2006; Stephens, 2006; Wang, Jiang & Ma, 2010; Rios, 2010). Se por um lado há autores que assumem a sua identidade real, dão o seu verdadeiro nome, responsabilizando-se assim por todas as suas afirmações e comentários, outros há que utilizam nomes fictícios, assumem novas identidades e agem como se o seu 'eu' fosse

aquele que está ali (Rodrigues, 2004: 21), construindo-se imaginários individuais ou coletivos (Rodrigues, 2006). Desta forma, é permitido que se diga o que se pensa e que, possivelmente não se diria de outra forma (Rodrigues, 2006). Herring et al (2006) verificaram que a maior parte dos autores dos *blogues* fornecem alguma informação pessoal identificável e que esta tendência aumenta ao longo do tempo. É fornecido o seu primeiro nome ou o nome completo, alguma indicação da sua profissão de forma explícita ou implícita. Esta questão relaciona-se com a reputação perante os pares, que é resultado de uma interpretação, nem sempre racional ou objetiva (Goffman, 1959). Quando há incertezas em relação à identidade de outros, pode haver diminuição da confiança e destruição da coação (Tanis & Postmes, 2005) e restrição da capacidade de apoio e expressão da solidariedade social (Spears et al., 2002).

As novas tecnologias da informação têm dado origem a um novo desenvolvimento na problemática da identidade. As pessoas, de forma individual ou coletiva, constroem a sua identidade (Correia, 2003; Gurak & Antonijevic, 2008), integrando-se numa comunidade ou separando-se da mesma, afirmando-se pela autonomia e diferença em relação aos outros (Correia, 2003). A assunção da identidade verdadeira produz um efeito de transparência (Rodrigues, 2006).

Com o objetivo de se protegerem, alguns autores dos *weblogs* recorrem ao uso de uma alcunha, cognome ou um nome falso (Correia, 2003; Rodrigues, 2006), acabando por preferir não revelar outras informações como o local onde residem ou pessoas suas conhecidas (Correia, 2003), permitindo a expressão de várias facetas da personalidade de cada um (Recuero, 2004b). Esta situação não se circunscreve, unicamente, às pessoas com dificuldades de comunicação que aproveitam a Internet para assumir um novo “eu”, ou talvez o seu próprio *eu* (Rodrigues, 2004).

Os *blogues* permitem que qualquer *eu* com qualquer identidade diga o que pensa, o que, presumivelmente, não o faria de outra forma (Rodrigues, 2004). Trata-se do que Sandelowski (2002) designa por *dispensabilidade dos corpos no ciberespaço* (tradução nossa), ou seja, ser qualquer corpo, gerando a esperança de que os seres humanos são capazes de transcender o género, o racial, a deficiência, a desfiguração, a dor e corpos mortais, que tradicionalmente serviram para limitar o potencial humano e a liberdade. O desejo de um *ambiente livre de corpo* (tradução nossa) é o anseio por um contexto livre de constrangimentos e preconceitos.

Verifica-se uma grande quantidade de *blogues* com autor desconhecido, mas que tem muitos leitores; contudo, podem não inspirar tanta confiança (Rodrigues, 2004). A

credibilidade pode ser compreendida como a qualidade percebida que se estabelece numa relação entre sujeitos (Lisboa, 2011). A variedade de gêneros adotada na escrita destina-se a construir uma audiência (Kress et al., 2013), pois tal como refere Clark (2008) *If you write it well, readers will come*. Ao referir-se a Aristóteles, e a propósito da credibilidade, Serra (2006a: 2) defende que se, *por um lado, é a credibilidade do orador que torna o seu discurso credível (...), por outro é a credibilidade do discurso que revela o orador como credível*, tratando-se de uma relação dialética no duplo sentido, entre credibilidade do orador e credibilidade do discurso. Um *blogue* pode conquistar credibilidade se os *bloguistas* já conhecidos, providos de uma certa reputação e prestígio, transferirem para o *blogue* a credibilidade que já têm *off-line*, a que se aplica a *lei da transferência*. Pode também estar patente a *lei da associação*, no caso dos *blogues coletivos*, em que um ou vários elementos são conhecidos, mas não a sua totalidade. Todavia, impõe-se a continuação da demonstração de certa competência, honestidade e benevolência em relação ao auditório (Serra, 2006b).

O protótipo de um *blogue* é um *website*, onde o *bloguista* apresenta *links* para recursos *online* ao longo do mesmo, com breves comentários nos *links* (Blood, 2000, 2002). Os *links* são utilizados para credibilizar as fontes, oferecer informação de base e mostrar associação com a comunidade *online* ou colegas *bloguistas* (Dan Li, 2005). Criam-se círculos que originam uma rotina e uma comunidade, em que o leitor de um determinado *blogue* acaba por ir espreitar outros, ler o que dizem e se for também autor de um desses *sites*, talvez até comente determinadas situações que vê num *espaço vizinho* (Rodrigues, 2004). A este respeito Recuero (2003, 2004b) menciona que *a comunidade virtual é um elemento do ciberespaço, mas é existente apenas enquanto as pessoas realizarem trocas e estabelecerem laços sociais*.

As conexões não são feitas de modo aleatório, mas de modo intencional, em que os laços sociais são estabelecidos sob prismas muito específicos de interesses comuns (Recuero, 2004a). Com refere Abreu (2009: 8) *a estrutura da Internet permite mais do que a troca de informações armazenadas; possibilita a troca de informações sonhadas pelos internautas, desejadas, criadas por cada um que se liga à Rede Mundial*. Através dos *blogues* dá-se a constituição de estruturas sociais (Amaral, Recuero & Montardo, 2009), que podem ter diferentes (mas sobrepostos) conjuntos de regras processuais que também atuam como indicadores de filiação (Schmidt, 2007). É comum, entre *bloguistas* que se leem mutuamente e com frequência, ler uma informação num *blogue* e ao percorrer a sua rede verificar-se que se comenta esse mesmo assunto, embora possa acontecer de forma

diferente por cada um ter o seu estilo de escrita (Aquino, 2009). Tal como defende Capra (1997), o comportamento humano está ligado ao comportamento do grupo e interconectado com o comportamento da sociedade através de redes.

As hiperligações nos *blogues* podem ser classificadas em três tipos: *in-text links*, *blogrolls* e *blogrings*. A sua forma mais comum são as *in-text links* e estão, habitualmente, incluídas no corpo do texto dos *posts* dos *blogues*. *Blogroll* é uma coleção de *links* a outros *weblogs* (Quiggin, 2006). *Blogring* permite que um grupo de *blogues* ou *websites* com interesses semelhantes submeta o material para apontar um para o outro, formando um tipo de anel. O clique em *links* anteriores, prévios ou casuais conduzirá o leitor ao *site* seguinte e assim por diante. Os bloguistas podem ter os seus *blogues* listados no *blogring* e reciprocamente colocar um sinal ou um botão para o exibir aos seus membros. As pessoas podem categorizar os seus *posts*, fotos e *links* com qualquer classificação que lhes faça sentido. A função básica das hiperligações, inerente aos *blogues*, foi expandida a muitos outros usos, que podem formar uma comunidade baseada em interesses mútuos (Dan Li, 2005).

Os assuntos abordados nos *blogues* capacita-os para agregar uma rede à sua volta (Rodrigues, 2004, 2006). Gurak e Antonijevic (2008) referem que os *blogues* ilustram a fusão de elementos-chave do desejo humano como a expressão da identidade de alguém, a criação de uma comunidade e a estruturação de experiências passadas e presentes.

As comunidades virtuais são definidas por Rheingold (1996: 18) como *agregados sociais surgidos na Rede, quando os intervenientes de um debate o levam por diante em número e sentimento suficientes para formarem teias de relações pessoais no ciberespaço*. Esta definição pode apontar para a confusão com os *chats* onde a conversa decorre em tempo real. Rodrigues (2004) faz a distinção referindo que os *blogues* permitem que a discussão ocorra dado o elevado número de pessoas que aderiu a esta nova “*moda da net*”, por permitirem que determinados assuntos se debatam num período de tempo considerável e que as discussões entre bloguistas se tornem uma prática corrente. Esta situação é, também, justificada pelo facto de se irem estabelecendo relações de cumplicidade ou discórdia. São partilhadas e adicionadas ideias e opiniões entre os vários participantes, em que a componente afetiva é um indicador bastante forte e motivador da ação coletiva (Postmes, 2015).

Eysenbach et al. (2004) simplificam ao defender que as comunidades virtuais são redes sociais criadas e relacionadas através de meios eletrónicos. Já para Gradim (2004), a comunidade é definida como os que partilham ou têm algo em comum, como o espaço

físico, problemas, crenças religiosas, interesses ou ideologias. A mesma autora defende que este grupo é formado a partir do processo de comunicação entre os seus elementos que lhe atribuem significado, dão sentido a normas sociais e estabelecem regras, hierarquias e um património comum que constitui o espólio dessa comunidade. Typaldos (2000 cit. por Mieszkowski, 2000), apresenta doze princípios, em níveis distintos e hierárquicos, para que as comunidades virtuais possam ser consideradas como tal: Objetivo; Identidade, Reputação, Governo, Comunicação, Grupos, Ambiente, Fronteiras, Confiança, Troca, Expressão e História. No caso dos *blogues* há como que uma *espécie de espírito de pertença a uma comunidade* (Rodrigues, 2006: 159), em que cada *blogue* tem a sua rede social subjacente, composta pelos bloguistas e pelas suas relações sociais (Wang, Jiang & Ma, 2010).

Ao transferir o conceito de comunidade virtual para a saúde, Demiris (2006) defende que esta se refere a um grupo de pessoas e à estrutura social coletivamente criada, desenvolvida com base na utilização de telecomunicações com o propósito de realizar, de uma forma coletiva, atividades e formação relacionadas com a saúde, a formação pessoal, plataformas de apoio, *fóruns* sobre temas relacionados com doenças e seus tratamentos, partilha de documentos, aconselhamento por especialistas e manutenção de relacionamentos além dos presenciais. O seu objetivo é apoiar pessoas doentes, cuidadores, familiares e prestadores de cuidados de saúde, proporcionar a troca de informação entre pessoas que não têm a possibilidade de estar em presença física num determinado local e/ou hora.

Os *blogues* apresentam alguns elementos comuns, como: uma ideologia dominante, a permanência no tempo, uma atividade constante e uma afinidade ao nível das relações sociais estabelecidas (Rodrigues, 2006). Tal vai ao encontro da definição de Demiris (2006) das *comunidades virtuais de doentes*, que envolvem apenas doentes e seus familiares que se associam a grupos de entreajuda entre pares, com quadro clínico e tratamentos semelhantes. O objetivo destas comunidades é a resolução de problemas comuns, partilha de informações, expressão de sentimentos, apoio mútuo e criação de empatia.

Os comentários são um instrumento de resposta (Gaspar, 2005), através dos quais os leitores podem responder aos *posts* dos *blogues* que lhes interessam (Dan Li, 2005; Quiggin, 2006; Lupton, 2012). Os comentários funcionam, não só, como um canal através do qual bloguistas e leitores comunicam, mas também adiciona perspetivas aos *posts* dos *blogues* para enriquecer o seu conteúdo (Dan Li, 2005), podendo ser considerado um

espaço de interação, de debate (Recuero, 2004b; Braga, 2009; Lupton, 2012), proporcionando dinamismo ao *site* (Recuero, 2004b). Os sistemas de comentários assumem particular relevância na criação de uma comunidade entre o autor e o *blogue* e os leitores, não sendo, contudo, indispensável, pois o relacionamento pode estabelecer-se, também, através de correio eletrónico ou de outros meios (Barbosa & Granado, 2004).

Templates, ou em português *padrões*, são configurações pré-existentes fornecidas pelas ferramentas do *blogging* para que os bloguistas os apliquem. Além dos *padrões* pré-definidos, podem escolher alternativas oferecidas pelos instrumentos de *blogging* ou por uma outra pessoa. Além disso, os bloguistas com conhecimentos técnicos podem personalizar padrões, modificar o *layout*, tipologia e cor dos esquemas. Alternativamente podem também desenhar os seus próprios *padrões* a partir do zero. O uso de *padrões* permite que os bloguistas não-orientados tecnicamente possam ter um olhar profissional na *interface* do seu *blogue*. Na mesma perspetiva, os *padrões* oferecem um local para bloguistas com capacidades informáticas que promovem a apresentação da sua criatividade e personalidade através do *design* (Dan Li, 2005).

O conteúdo dos *blogues* inclui *links* a recursos *online*, trabalhos criativos, fotografias e até *clips* de áudio e vídeo. Os bloguistas são também criativos em personalizar a aparência dos *blogues* (Dan Li, 2005). O humor é uma característica que consegue reunir um grande número de bloguistas e utilizadores (Rodrigues, 2004).

Orihuela e Santos (2004) apontam três vantagens na utilização de *blogues*: facilidade de criação e manuseamento das ferramentas de publicação; o facto da ferramenta disponibilizar interfaces que permitem ao utilizador centrar-se no conteúdo; e a existência de funcionalidades como comentários, arquivo, entre outras. Esta facilidade de manuseamento é ilustrada por Pires (2006) ao afirmar que *um blogue pode ser criado em cinco minutos, gratuitamente, por qualquer pessoa que tenha acesso à Internet, saiba ler, escrever e manipular um rato, um teclado e um browser. Uma vez criado, em segundos pode fazer a sua primeira entrada ou post e publicá-la para que todo o Mundo possa ler.* Um *blogue*, ao ser um canal flexível de comunicação, serve pessoas com diferentes objetivos. Além disso, o seu conteúdo é sujeito à vontade livre do seu criador (Dan Li, 2005), o que o torna subjetivo (Wijnia, 2004). Canavilhas (2006) aponta, de forma resumida, duas características dos *blogues*: baixo custo e facilidade de manuseamento. Já Rodrigues (2006) considera como características fundamentais apresentadas pelos

blogues a liberdade criativa, a instantaneidade, a interatividade e ausência de constrangimentos económicos.

Como consequência, temos uma grande variedade de *blogues* em relação à sua qualidade, conteúdo e ambição (Walker, 2003; Baltazar, 2009), o que levou Dan Li (2005, p. 26) a afirmar que *os blogues estão a construir uma subcultura no ciberespaço*. Na blogosfera a questão *quem lê* assume maior importância do que *quantos leem*. Considerados como a nova tendência na comunicação na Internet (Reese et al, 2007), com uma popularidade crescente no final do século XX, os *blogues* têm sido alvo de evolução e integram vários formatos, como o fotoblog (ou fotolog), o videoblog (ou vlog) ou moblog (para tecnologias móveis como o PDA) (Cruz, 2008). Enquanto que nos *fotologs*, o privilégio é para as imagens, nos *blogues*, é para o texto (Recuero, 2004a). Os *blogues* incentivam não apenas a expressão textual, mas também a expressão visual através dos seus ícones, *memes*, seleção de template, esquema de desenho e cores, títulos, barras laterais, seleção de imagens e folha de rosto (Hookway, 2008).

Apesar da diversidade, e uma vez que permite partilhar conhecimento na Web de forma instantânea, é o *blogue* temático que tem vindo a impor-se (Cruz & Carvalho, 2006). Os assuntos abordados nos *blogues* impulsionam a sua agregação em rede (Rodrigues, 2006). Os temas mais abordados por pessoas desconhecidas do público que, por razões profissionais ou pessoais, dominam determinados assuntos em profundidade, centram-se na política, música, literatura, humor, ciência ou ensino (Canavilhas, 2005).

Há uma rede de interesses a ligar os *blogues*, podendo mesmo considerar-se que se trata de uma das marcas fundamentais da blogosfera, *pois o alto grau de especialização dos blogues, conduz (...) à criação de pequenas redes* (Canavilhas, 2006: 20), que funciona como uma marca distintiva de um determinado grupo temático e não como um sistema que impeça a entrada de novos *blogues* no grupo dos mais visitados (Canavilhas, 2006). Além dos *blogues individuais*, há também grande quantidade de *blogues* desenvolvidos por grupos de pessoas, que abrangem dezenas de milhares de itens de conteúdo (Calishain, 2016), também designados por *blogues coletivos* (Gaspar, 2005; Baltazar, 2009).

Os *weblogues* têm sido comparados aos Ágora da Grécia Antiga, a praça pública onde se realizavam as assembleias (do povo e do exército, por exemplo) e reuniões de carácter comercial, cívico, político e religioso na Grécia Antiga, um espaço onde todos podiam expor as suas ideias, sugestões e propostas (Ferreira, 2001; Rodrigues, 2004); contudo, na maioria das vezes não há premeditação do discurso e verifica-se, também, o recurso à

imagem (Ferreira, 2001). Neste espaço aberto a todos os cidadãos, cada um pode participar ativamente na sociedade. *Blogging* e estar numa rede social tornou-se uma parte da identidade social de uma geração mais recente (Grodzinsky & Tavani, 2010).

O blogue tem ganho popularidade entre os vários utilizadores da internet (Wang, Jiang & Ma, 2010). O número crescente de *blogues* é um dos fenómenos mais marcantes da atualidade (Rodrigues, 2006) pelo que têm estado no centro das atenções dos *media* (Póvoa, 2005). A dinâmica informativa e o poder de comunicação dos *blogues* têm sido evidenciados em diversas publicações como *Veja*, *Business Week* e *New York Times*. Este poder baseia-se no facto de permitir que qualquer pessoa expresse o seu conhecimento e opiniões para qualquer um que se disponha a “ouvir”. A força de influência de um blogue começa a manifestar-se quando o conteúdo exposto é interessante e os utilizadores conseguem achá-lo no oceano da informação da Internet (Póvoa, 2005).

Oatman (2005) fez referência a *blogueomania* devido ao número de *blogues* que foram criados diariamente. Já em 2007, estimava-se que existissem cerca de 112 milhões de *blogues* publicados e algo como 175 mil novos *blogues* são criados todos os dias e produzidos 1,6 milhões de *posts*, ou seja dezoito por segundo (Lemos, 2009), sendo que a maior parte dos *blogues* existentes são de raparigas adolescentes (McNeill, 2003; Dan Li, 2005; Schmidt, 2009). Os últimos dados da *State of the Blogosphere*, de 2011, indicavam a maioria dos bloguistas têm um *blogue* individual, são do género masculino, casados ou a viver maritalmente, com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, mas que um terço tem idade superior a 44 anos (Technorati, 2011).

Os portugueses também aderiram a este novo meio de comunicação e informação. Em Portugal, em janeiro de 2003, existiam 174 *blogues*. Desde então, o seu número tem vindo a aumentar de forma considerável (Anahory, 2006). Em 2006 o número de *blogues* portugueses com um número de leitores superior a quinhentos por dia não ultrapassava os quarenta (Canavilhas, 2006).

Na atualidade, e tal como foi noticiado pelo Diário de Notícias em 2016: *Blogosfera está ‘viva, de boa saúde’ e até já arrecada prémios*”. Ao contrário do expectável com a emergência das redes sociais, que são mais *imediatas, efémeras e menos profundas*” (Ribeiro, 2016 cit. por Morais, 2016), os *blogues* continuam a ter grande presença e atividade por se tratarem de uma *forma ‘inovadora’ de pensar e analisar criticamente aquilo que nos rodeia* (Cullel, 2016, cit. por Morais, 2016). À semelhança de outras formas de produção literária, são reconhecidos os melhores *blogues*, com a organização,

por exemplo, da gala dos Prémios Blogues do Ano, organizada pela TVI e que contou com mais de dois mil candidatas (Morais, 2016).

A plataforma *Blogs Portugal*, que pretende ser a lista de blogues portugueses mais completa, tem registados 705859 blogues, dos quais 54915 são com Facebook, 67332 com Twitter e 14725 com Instagram, com um total 27799 milhões de visualizações nos blogues desta rede. Os blogues estão classificados em 44 categorias distintas, onde se inclui a Medicina / Saúde, com 126 blogues (Blogs Portugal, 2017). A este respeito Dan Li (2005, p. 30) refere que a evolução da blogosfera pode ser comparada ao metabolismo: *são criados novos blogues diariamente enquanto que os antigos são abandonados*.

Há uma taxa elevada de blogues descontinuados (Perseus Development Company, 2003), que se justifica pela exigência de tempo e dedicação dos seus titulares (Rodrigues, 2006), ou por não ter correspondido às suas expectativas antecipadas (Baker & Moore, 2011). Acresce ainda que uma página perde credibilidade quando permanece pouco tempo *online*, muda constantemente de endereço, é de difícil acesso ou tem conexões que já não existem (Ferreira, 2001). O estudo de longitudinal de Herring, Scheidt, Kouper e Wright (2006) verificou que ao longo do tempo há tendência para menos postagem com entradas mais longas e com menos imagens, havendo também propensão para que os *blogues* se tornem menos conectados entre si e com a restante web, à medida que o número médio de *links* por entrada diminui.

A popularidade dos *blogues* aumenta as oportunidades dos indivíduos se tornarem autores e/ou artistas através da publicação da sua vida diária e expressão de opiniões sobre assuntos vulgares do quotidiano (Gillet, 2007). Cada um pode ser, em simultâneo, um autor e o seu próprio editor, em que os tradicionais mecanismos de seleção e filtragem do discurso, deixaram de existir (Serra, 2006b), o que pode comprometer a credibilidade.

No entanto, *blogging* evoluiu nos últimos vinte anos (Calishain, 2016). A forma de apropriação dos novos dispositivos tecnológicos e dos processos através dos quais usam e partilham tecnologia configura novas formas de mediação e posicionamento da pessoa face à tecnologia (Damásio, 2005). Há *blogues* para quase todos os interesses concebíveis, sendo que são também desenvolvidos por instituições e empresas (Calishain, 2016).

Os *blogues* requerem que a pessoa despenda muito mais tempo e esforço para produzir mensagens (Dan Li, 2005; Rodrigues, 2006), do que simplesmente obtê-la dos meios de comunicação convencionais, como a televisão, rádio ou jornais. Escrever requer nível elevado de envolvimento cognitivo, o que já não acontece quando se lê ou observa (Dan

Li, 2005). *Blogging*, com um meio de comunicação intencional, é propositado e planejado (Rubin e Perse, 1987). As pessoas que escrevem nos *blogues* desejam ser lidas por alguém, procuram visibilidade e ser reconhecidos pelo público e pelos seus pares (Rodrigues, 2006). O leitor pode acompanhar a manutenção do *blogue* e controla o respeito pelas normas do grupo em que se encontra afiliado, sendo que o seu desrespeito pode levar a sanções (que podem passar pela ausência de leitura dos outros cibercidadãos), ou de distinção (como por exemplo, o reconhecimento entre os pares pode ser feito através de ligações dinâmicas que remetem para os *blogues* distinguidos) (Gaspar, 2005). Rayburn, Palmgreen e Acker (1984) sugerem que ao conhecermos as motivações das pessoas para o uso de um determinado meio de comunicação pode ser útil para prever o conteúdo do meio de comunicação que irão utilizar. Aplicando ao contexto dos *blogues*, o conhecimento sobre a motivação para *blogging* pode prever o conteúdo que o bloguista escolhe para escrever. A este respeito Dan Li (2005) refere que de acordo com a suposição de que as motivações podem ser um tópico específico, seria lógico postular que diferentes motivações conduzem a diversos tópicos preferenciais. A forma como o *blogue* é experienciado pode influenciar o nível social de integração, desenvolvimento da amizade e bem-estar psicológico.

As motivações para a criação e uso dos *blogues* descritas na literatura incluem recolha e disseminação de informação, acompanhando tendências, passagem do tempo, auto-promoção, desenvolvimento profissional, expressão de emoções (McKenzie, 2008; Baker & Moore, 2011). Além destas McKenzie (2008) refere a conexão com outros que pensam/sentem de forma semelhante, receber retorno sobre o que pensam/sentem, forma de entretenimento pessoal, clarificação de pensamentos e/ou emoções, libertação de sentimentos/emoções intensas, registam em crónica a sua vida, têm impacto nos pensamentos/sentimentos dos outros ao partilharem a sua opinião, mantêm as pessoas com quem se preocupam atualizadas, decidem sobre as pessoas e conteúdo que são parte do meu *blogue*, expressam-se sem serem interrompidos e de uma forma pública (em vez de privada), revelando pensamentos/emoções que poderiam ser difíceis de dizê-lo alto, criam uma comunidade e partilham as suas emoções ao verem as reações das outras pessoas. Lemos (2009) defende que a criação dos *blogues* tem subjacentes os mais diversos fins, refletindo um desejo reprimido pela cultura de massa, que se traduzem em ser ator na emissão, na produção de conteúdo e na partilha de experiências.

A Technorati (2011), no relatório *State of the Blogosphere 2011*, identificou como principais motivações para *blogging*: partilhar perícia e experiências com outros, para

expressar as suas áreas de interesse, promover o envolvimento com as suas áreas de paixão, encontrar e conhecer pessoas com ideias semelhantes, obter reconhecimento profissional, evoluir na carreira, fazer dinheiro ou suplementar os meus rendimentos, ser publicado em *media* tradicional e manter os familiares e amigos informados sobre a sua vida /negócio.

Tem-se verificado utilidade na aprendizagem, organização de ideias, dar sentido a experiências, melhora do sentimento de satisfação da pessoa com as suas amigadas e na proximidade com os pares. No entanto, podem também verificar-se experiências menos positivas em *blogging*, que se traduzem em sentimentos de isolamento e alienação que decorrem de ataques pessoais ou de falta de reconhecimento. De referir que cada *bloguista* tem o seu próprio estilo para interpretar a sua experiência (Baker & Moore, 2011). Por detrás dos *blogues* estão pessoas, com características específicas que influenciam as suas motivações. Guadagno, Okdie e Eno (2008) verificaram que são suscetíveis para serem *bloguistas* as pessoas com abertura para novas experiências e neuroticismo. As mulheres com alto grau de neuroticismo têm maior probabilidade de ser *bloguistas* em comparação com as de baixo nível; já nos homens não se verificou diferença.

Em Portugal foi realizado um trabalho pioneiro sobre *blogues*, em que Baptista (2004) pretendeu aprofundar o fenómeno dos *weblogs*, visando o objetivo de perceber quais as razões que fomentam a criação e a procura destas páginas virtuais no nosso país, assim como estabelecer um perfil dos utilizadores. Entre os cinquenta *blogues* estudados, as principais conclusões apontam para que a maioria dos utilizadores tivesse criado o seu *blogue* pela necessidade de expressar opiniões, dos quais 32% acrescentam que o fizeram com o objetivo de partilhar informação que se encontra ou não na Internet. Mais de 90% assume ler outros *blogues* pela escrita apelativa e devido ao seu gosto pela dinâmica da blogosfera. Os leitores procuram informação credível sobre factos da atualidade, nomeadamente questões relacionadas com o meio político. Contudo, 68% nega que os *blogues* funcionem como uma alternativa aos meios de comunicação social. No entanto, verifica-se uma diminuição do tempo dedicado ao consumo de televisão, rádio, imprensa, escrita e cinema. A maior parte dos inquiridos considera que os *blogues* não são apenas uma moda por se tratarem de um meio de fácil acesso para divulgar e expressar ideias e opiniões. A acentuação da atividade dos *blogues* é considerada por 34% pela necessidade de partilha, não necessariamente pelo facto dos utilizadores estarem perante um assunto de relevância social. Apenas 16% dos inquiridos admite que o anonimato seja uma

vantagem do fenómeno *blogue*. Quanto ao perfil dos utilizadores, a investigadora aponta três indicadores: a profissão, a idade e o género. Os maiores adeptos dos *blogues* são os professores (de diversos níveis de escolaridade), os jornalistas e os estudantes. O facto de haver uma forte presença de gestores, advogados e arquitetos no seio da blogosfera levou a autora a concluir os adeptos dos *blogues* se dedicam a profissões liberais ou são estudantes. A faixa etária com maior predomínio situa-se entre os 25 e os 39 anos, sendo que a sua maioria são homens, o que é justificado pelo facto dos homens terem, aparentemente, mais tempo disponível para dedicarem a estas questões, pois a estrutura social indica a uma maior sobrecarga para as mulheres, em relação a tarefas domésticas e educativas a somar à sua vida profissional.

No estudo de Nardi et al. (2004), em que foram estudados 23 *blogues*, foram identificadas cinco motivações para a criação de *blogues*: documentação da vida do autor do *blogue*, expressão de comentários e opiniões de assuntos do seu interesse, expressão de emoções, organização da mente através da escrita e construção da comunidade.

A análise de conteúdo de uma amostragem aleatória de *blogues*, realizada por Papacharissi (2004, 2007) revelou a sua utilidade pessoal e social bem como os usos e gratificações obtidos através dos *blogues*. Os resultados sugerem que características de contas de informação parecem-se com o formato de diário. Um *blogue* é uma conta autorreflexiva que tem como objetivo a expressão pessoal e permite uma gratificação da expressão percebida do autocumprimento. O estudo revelou que um *blogue* médio é primariamente não criativo e é algo com baixa tecnologia de natureza autorreferencial.

Um outro estudo conduzido por Trammel et al. (2004) foi baseado na afirmação de que *o blogue fala por si*. Para investigar as motivações dos bloguistas polacos, os investigadores recorreram à análise de conteúdo quantitativa de 358 *blogs* escritos em polaco. Neste estudo foram identificadas seis motivações para a criação de *blogues*: autoexpressão, interação social, entretenimento, ocupação de tempo, informação e desenvolvimento profissional. As unidades de análise foram verificadas para determinar se alguma daquelas seis motivações esteve presente no *blogue*. Ao combinar interação social e auto-expressão para criar uma escala de serviço social, os resultados apoiaram a hipótese de que a utilidade social havia sido uma das motivações primárias para os bloguistas polacos. A motivação de diversão formada pela unificação do entretenimento com a ocupação do tempo foi apresentada em dois terços da amostra. A autoexpressão como nível interno de motivação foi encontrada para exceder bastante o nível externo da motivação de interação social.

Silva (2005), no seu estudo intitulado *Blogues: a experiência portuguesa*, concluiu que os *blogues* não são um fenómeno passageiro, mas uma nova forma de expressão dos *blogues*. Trata-se de uma nova forma de comunicar, de expressão, inteiramente livre. Nos *blogues* são apresentados diários de bordo da própria vida, em que é dado a conhecer a sua personalidade, alguns momentos da vida, pensamentos e outras reflexões. Os *bloguistas* podem ser considerados uma comunidade, pois 97% admitiu visitar outros *blogues* e 79,8% afirmou comentar entradas de outros *blogues*. Esta comunidade é, na sua maioria, virtual pois 64,6% dos respondentes do questionário deste estudo afirmou nunca ter participado em encontros de *bloguistas*.

Dan Li (2005), no seu estudo de mestrado, procurou perceber quais as motivações das pessoas ao criarem um *blogue*, bem como a forma como o fazem. A investigadora procurou examinar as relações entre as motivações de criar um *blogue* e o comportamento de criar um *blogue*. Os resultados apontam para a emergência de sete motivações para a criação de *blogues*: autodocumentação, melhoria da escrita, autoexpressão, apelo médio, informação, ocupação do tempo e socialização. À exceção da ocupação do tempo, todas as outras seis motivações foram bastante assinaladas pelos *bloguistas*. Foram encontradas diferenças no género em relação a vários aspetos do *blogging*: os homens reclamam a mais alta aprovação da motivação de informações, enquanto as mulheres endossam a auto-documentação, a autoexpressão, e o tempo que passa mais. A idade também desempenha um papel na motivação das pessoas para criarem *blogues*. Motivações como a autodocumentação, a autoexpressão e a ocupação de tempo têm uma relação negativa com a idade. Não foi encontrada relação entre o nível educacional e motivações específicas de criar *blogues*.

O estudo português de Canavilhas (2006) sobre *Blogues Políticos em Portugal* apontou como motivações mais importantes para a criação dos *blogues* a vontade de informar e ser informado, bem como a necessidade de ter uma intervenção cívica, através de um espaço de opinião inalcançável nos *media* tradicionais.

Num outro estudo de Canavilhas (2005), intitulado de *A saúde na blogosfera portuguesa*, foram analisados trinta e quatro *blogues* portugueses relativos à saúde. O autor analisou *blogues* de profissionais de saúde, sendo que 56% eram médicos, 9% enfermeiros, 13% farmacêuticos e 22% tinham outras profissões como administrador hospitalar, professor, tripulante de ambulância ou ativista, por exemplo. As motivações apontadas para a criação dos *blogues* foram ter uma intervenção cívica, a criação de ligações a pessoas com interesses comuns, o objetivo de chamar a atenção para os problemas da saúde em

Portugal, libertar-se do stress profissional, acabar com alguns preconceitos acerca da profissão (motivo apontado essencialmente pelos médicos), escrever sobre a vida diária no emprego e ajudar os outros com conselhos técnicos.

O estudo de Schmidt (2009) sobre blogues em língua alemã identificou as seguintes motivações para a manutenção dos blogues: diversão, gosto pela escrita, registo e partilha de ideias e experiências, desabafo de sentimentos, partilha de conhecimento sobre certos tópicos, manutenção do contacto com amigos e conhecidos, estabelecimento de novos contactos e por motivos profissionais.

Yan e Tan (2017) investigaram como o consenso de outras pessoas doentes sobre as experiências de tratamento afeta a perceção da eficácia do tratamento das pessoas doentes. Foi verificado que o consenso tem um impacto positivo nessa perceção. Esse efeito positivo é, no entanto, moderado negativamente pelas características de informação partilhada, incluindo volume e pré-compromisso e conectividade social das pessoas doentes. De uma forma geral, a perceção da eficácia do tratamento está intimamente relacionada com as perceções dos participantes da comunidade sobre o tratamento. Mais especificamente, os autores verificaram evidências de influência social sobre a decisão de adesão ao tratamento, estando o consenso do tratamento positivamente associado com essa perceção. Foi ainda apurado que as pessoas experientes, ou socialmente mais ligadas, têm menos probabilidade de serem influenciadas pelo consenso do tratamento.

1.2. Cancro, Ajuda, Blogues e Cuidado

Quando a **doença** emerge na vida de uma pessoa, esta tem comprometido o funcionamento do seu organismo, bem como as suas interações (Trigueiros & Santos, 1994; Giddens, 2007). Trata-se de algo diferente, passível de ser desorientador da homeostase familiar, havendo por vezes necessidade de aquisição de novos conhecimentos para o possível equilíbrio da situação (Trigueiros & Santos, 2004).

A **doença** possui **dimensões pessoais e públicas**, pois além de ter repercussões na pessoa, reflete-se também nos outros. As reações da pessoa face à doença favorecem a configuração das suas interpretações, podendo constituir desafios ao nosso sentido de identidade pessoal (Giddens, 2007). Quando adoecemos, não só temos sintomas, como também os outros se veem abrangidos (Giddens, 2007). Para Dubos (1963), não há definição universal de saúde: cada um de nós quer fazer qualquer coisa da sua vida e necessita de uma saúde que lhe é particular. O **papel de doente** é aprendido através da

socialização e é desempenhado com a ajuda dos outros (Parsons, 1952; Serra, 2005). As reações das pessoas a uma pessoa doente são influenciadas pela gravidade da doença e pela sua perceção desse facto, pelo que a experiência do papel de doente varia em função do tipo de doença (Giddens, 2007).

Outra influência na saúde humana é a interação desta com o clima e o tempo. As relações entre clima e saúde humana são complexas por dependerem da intensidade e duração da mudança de tempo (grau de contraste) e sensibilidade do recetor. Os atributos climáticos que podem ter efeitos na saúde incluem a altitude e pressão atmosférica, a radiação (associada à luminosidade), a higrotermia, vento e eletricidade atmosférica. Os extremos térmicos e higrométricos acentuam a debilidade do organismo no combate à doença; já temperaturas mais amenas, humidade e radiação moderadas são benéficos para a saúde (Sette & Ribeiro, 2011).

1.2.1. O Cancro

Santos (2006: 11) cita Petersdorf, Adams, Braunwald e Wilson (1994) para definir **doença oncológica** como “*alterações biológicas que têm origem em alterações celulares progressivas, caracterizadas fundamentalmente por pleomorfismo, alto índice mitótico, perda de adesividade celular, bem como a capacidade de metastização*”, atribuindo o mesmo significado aos termos *neoplasia maligna* e *cancro*. A doença oncológica continua a representar um grave problema de saúde pública com grandes impactos para a pessoa e para a sociedade em geral (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2007). Os diagnósticos de doença oncológica têm vindo a aumentar com previsão dessa tendência no futuro (Direção Geral da Saúde, 2013).

Ter doença oncológica é, para a maior parte da população, sinónimo de morte e sofrimento, denominada no senso comum como *doença má*, *doença maligna*, *doença incurável* ou *doença prolongada* (Terreno, 2000), revestindo-se de grande carga emocional e social (Pereira & Lopes, 2005). Contudo, apesar da sentença de morte associada, a realidade é de cada vez haver maior cura, em que a doença se torna crónica com uma vida longa (Marcos, 2012).

A experiência de ter esta doença inclui componentes físicas, sociais e emocionais com distinta intensidade, provocando múltiplas respostas ao longo do processo de doença desde o diagnóstico (Casmarrinha, 2008). O significado atribuído à **doença oncológica** é

pessoal, relacionando-se com experiências anteriores, idade, preconceitos culturais, informações transmitidas através dos meios de comunicação social (Pais, 2004) e, mesmo pela Internet. No caso de um adulto, o diagnóstico de cancro significa um obstáculo aos seus desejos e ambições, uma ameaça à sua carreira, sexualidade e família (Murad & Katz, 1996), se estiver em idade reprodutiva a situação é vista como devastadora (Casmarrinha, 2008).

Os sintomas marcam o início do processo de decisão e desempenham um papel fundamental ao longo de todo o percurso da **doença oncológica**, sendo um ponto de destaque para a avaliação de estratégias de *coping* em utilização e da adesão às indicações terapêuticas (Santos, 2006). As pessoas demoram uma média de três meses a decidir a procura do diagnóstico pelos sintomas que sugerem cancro, o que se relaciona com a perceção da pessoa doente da eventualidade de ter a doença, a possibilidade de deteção precoce e tratamento, o inconveniente provocado por alguns exames, a necessidade de alívio dos sintomas e a necessidade de ser tranquilizador (Deters, 2010).

As manifestações clínicas do cancro são diversas, afetando diversos sistemas, de acordo com o local e dimensões do tumor. As manifestações podem ser locais (onde se inclui a obstrução, hemorragia, ulceração e infeção secundária) ou sistémicas. Os efeitos sistémicos são designados de *síndrome paraneoplásica* e podem ser: efeitos hematológicos, anomalias imunológicas e vasculares; efeitos hormonais e endocrinológicos; neuromiopatias; alterações cutâneas e do tecido conjuntivo; distúrbios gastrintestinais; distúrbios generalizados e metabólicos (Deters, 2010).

A dor é experimentada por cerca de 75% das pessoas com doença oncológica ao longo do processo de doença, sendo o mais temido. No entanto, ao contrário do que vulgarmente se julga, é, com frequência, o último sintoma a aparecer. Aproximadamente 5 a 10% das pessoas com tumores sólidos têm dor que interfere na sua atividade ou no sistema emocional. Com a progressão da doença e metastização, mais de 90% destas pessoas experienciam a dor. A reação à dor é multifatorial, dependendo da idade, do limiar da dor, e da experiência com eventos dolorosos. A presença de dor pode ter também alguns efeitos secundários como: a fadiga, anorexia, insónia, diminuição da mobilidade com as suas consequências (fraqueza muscular, úlceras de decúbito, contraturas e disfunção respiratória) (Deters, 2010).

A dor oncológica tem também componente psicológica que se relaciona com a perceção da pessoa da ameaça que o cancro representa e do stress que origina. Os fatores de stress identificados por Deters (2010) são a lesão ou ameaça de lesão em resultado da doença;

perda ou ameaça de perda de uma parte do corpo ou da vida; e frustração das tentativas de fazer algo pela incapacidade provocada pela doença ou resultante do efeito da terapêutica. A resposta é individual, mas pode ocorrer depressão, diminuição da auto-estima, hostilidade e irritabilidade. Há possibilidade de haver manifestação como a falta de esperança e de confiança, um sentimento dramático de desespero, rejeição e sensação de isolamento. Em termos sociológicos pode haver menos interação e participação no quotidiano. A ausência ao trabalho é provável, com consequências económicas, bem como deterioração das relações familiares (Deters, 2010).

Pode também surgir caquexia, um distúrbio complexo do metabolismo da pessoa com doença oncológica, que se manifesta através dos seguintes sinais clínicos: anorexia, saciedade prematura, perda de peso gradual ou rápida, anemia e astenia. Para a caquexia podem também contribuir os efeitos secundários das drogas, depressão reativa, insónia e um sentimento de impotência (Deters, 2010).

A fadiga aparece de forma crónica associada à doença oncológica, podendo anteceder ou acompanhar o tratamento, reduzindo a capacidade de realização de atividades físicas e sociais, bem como a qualidade de vida. A fadiga tem uma natureza multidimensional, podendo estar relacionada com dor, estado nutricional, alterações do sono, nível de atividade/exercício, tipo de doença oncológica e doenças associadas, tipo de tratamento, fatores psicológicos (depressão, ansiedade, falta de motivação, crenças e atitudes), fatores sociais (económicos, culturais e apoio assistencial) e parâmetros fisiológicos (alterações metabólicas, anemia, desequilíbrios eletrolíticos, entre outros) (Góis, 2004).

Os exames auxiliares de diagnóstico são também diversos e de acordo com a sintomatologia e com os sistemas afetados. Contudo, alguns são de uso comum: análises sanguíneas (hemograma, perfil sérico bioquímico, marcadores tumorais), exames citológicos (biópsia incisional, excisional ou aspirativa) e análise da urina. Entre os exames radiológicos, temos os mais frequentes: ecografia, mamografia, radiografia, Tomografia Axial Computorizada (TAC), Ressonância Magnética, endoscopias e angiografias. No caso do cancro da mama, realiza-se ainda exame físico da mama e biópsia de tecido e gânglio linfático. Para deteção do cancro primário metastático, é administrada substância radioativa, designada por radioisótipo (Deters, 2010).

Os principais tipos de tratamento do cancro são a quimioterapia, a radioterapia (externa e interna ou braquiterapia), bioterapia (Deters, 2010) ou imunoterapia (Nunes, 2004), a hormonoterapia (Nunes, 2004) e a cirurgia, sendo esta a mais antiga e a que mais se recorre (Deters, 2010). A cirurgia pode ter como objetivo o diagnóstico e determinação

do estágio da doença, a cura, palição, tratamento adjuvante da radioterapia e quimioterapia, em situação de emergência oncológica ou no controlo da dor (Deters, 2010).

A quimioterapia pode ser curativa ou paliativa. No caso de ser curativa, pode ser adjuvante da cirurgia e da radioterapia, visando a destruição de micrometástases, que ao não serem tratadas têm elevado potencial de recorrência do cancro. Este tratamento pode também ser neoadjuvante, sendo a primeira arma terapêutica, para pessoas com tumores de grandes dimensões, que visam a sua redução para maior efetividade, para posterior radioterapia, permitindo uma cirurgia mais conservadora (Nunes, 2004).

Associada à doença surgem também os efeitos secundários dos tratamentos, nomeadamente da quimioterapia (Deters, 2010). Estes são dos mais difíceis de suportar por serem os mais exacerbados e graves (Nunes, 2004).

Deters (2010) cita o estudo de Foltz, Gaines e Gullotes (1996) que apresenta como efeitos secundários da quimioterapia mais perturbadores, por ordem de incidência e gravidade: a alopecia, a fadiga, náuseas, disgeusia, perda de apetite, problemas do sono e obstipação. Este estudo faz referência a medidas farmacológicas para controlo dos sintomas e de medidas não farmacológicas como o uso de peruca ou chapéu na alopecia; para a fadiga, aumento dos períodos de repouso ou o tempo de dormir e, para a obstipação, o aumento da ingestão de fibras ou líquidos.

De acordo com o momento em que ocorrem e as manifestações apresentadas, os efeitos secundários da terapêutica citostática podem ser classificados de:

- **imediatos** (durante a administração) – dor no local de punção, extravasamento, reações anafiláticas;
- **a curto prazo** (até 7 dias) – náuseas e vômitos, anorexia, diarreia e obstipação, mucosite/estomatite;
- **a longo prazo** (após o 7º dia) – alopecia, toxicidade hematológica, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, toxicidade renal e vesical, disfunção reprodutiva e sexual (Nunes, 2004).

A náusea e o vômito são dois dos efeitos secundários mais referidos pelas pessoas submetidas a quimioterapia com impacto negativo na qualidade de vida destas pessoas por interferirem com o seu dia a dia (Francisco, 2008). Refira-se ainda que a comensalidade permeia as relações sociais, em que as relações de amizade são também premiadas por uma troca de alimentos, apresentando sempre uma dimensão cultural (Daniel & Cravo, 2005).

As náuseas e os vômitos induzem o aparecimento de complicações como a anorexia e deficits nutricionais, aumentando a morbidade, com impacto a nível económico e social, bem como na sobrevivência das pessoas doentes. Estas complicações têm também consequências na programação dos ciclos de quimioterapia, na redução das doses, adiamento ou descontinuidade no tratamento, comprometendo a sua eficácia e o potencial curativo (Francisco, 2008).

A emese resultante dos tratamentos de quimioterapia pode ter diversas manifestações. A *aguda* pode ocorrer minutos após a administração da quimioterapia e as 24 horas seguintes, sendo que o período com maior risco se verifica entre as cinco e as seis horas após a quimioterapia. A *tardia* surge 24 horas depois do fim do tratamento e associa-se à administração de citostáticos potencialmente emetizantes (cisplatina, doxorrubicina e ciclofosfamida), podendo durar 6 a 7 dias (Francisco, 2008). O risco da emergência desta fase pode ser prevenido na fase aguda. A *antecipatória* resulta de uma má experiência vivida anteriormente durante ou após o ciclo da quimioterapia, conduzindo à náusea ou vômito em ciclos posteriores. Apesar da terapêutica profilática, pode ocorrer *breakthrough aguda* ou *tardia*, o que exige uma maior quantidade e diversidade de anti-eméticos utilizados. Apesar dos efeitos pretendidos, pode ocorrer que a pessoa se torne refratária à terapêutica antiemética após um ou mais ciclos de quimioterapia, ocorrendo as náuseas e os vômitos de forma *refratária* (Francisco, 2008).

A medicina convencional recorre a terapêutica, onde se incluem antagonistas de recetores de 5HT3 de 1ª e 2ª geração, corticosteroides, antagonistas dos recetores de dopamina e antagonistas dos recetores NK1. As medidas não farmacológicas, onde se incluem técnicas de massagem terapêutica, musicoterapia, acupuntura, entre outras, podem ser medidas coadjuvantes e complementares à terapêutica (Francisco, 2008).

Também a bioterapia, tem diversos efeitos colaterais: alterações no estado mental, ansiedade, cefaleias, disritmias, hipertensão, disfunção cardíaca, angina, fadiga, hipertermia, arrepios, dificuldade respiratória, aumento de peso/edema, disfunção renal, disfunção hepática, repulsa perante certos alimentos/sabores, anorexia, náuseas, diarreia, *rash* cutâneo/prurido, sintomas alérgicos, anemia, trombocitopenia, eosinofilia, artralguas, mialgias, e dores ósseas. Os sintomas que mais afetam o dia a dia da pessoa são os de tipo da gripe, a fadiga e a toxicidade neurológica, sendo que o seu alívio pode ser realizado com acetaminofeno. A sua intensidade e duração dependem do marcador utilizado, dosagem, via e protocolo, bem como da sua simultaneidade por exemplo com a

quimioterapia. As estratégias para ultrapassar estes efeitos passam também por incluir períodos de repouso em ambiente calmo e sem stress (Deters, 2010).

A radioterapia apresenta também algumas reações e efeitos secundários, cuja frequência e gravidade dependem do tipo de equipamento utilizado, do plano de tratamento e da observância do tratamento pela pessoa doente. Caso as reações surjam logo após o tratamento, estas são ligeiras e duram até uma semana. Em termos de efeitos secundários, podem surgir: sequelas locais (cutâneas) e sistémicas, como: a fadiga, náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, supressão da medula óssea, otalgias, cefaleias, vertigens, alopecia, eritema, odinofagia, disfagia, rouquidão, xerostomia, disgeusia, perda de peso, odinofagia, disfagia, tosse, rouquidão, pneumonite, cardite, citopenia, polaquiúria, disúria, nictúria, eritema, pele seca/húmida. Podem também surgir reações tardias (meses ou anos depois) que resultam da progressão das primeiras reações autocontroláveis, e são mais localizados do que sistémicos (Deters, 2010). Além destes, podem também surgir efeitos secundários relacionados com a área irradiada (Monteiro, 2004), que são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Efeitos Secundários provocados pela Radioterapia de acordo com a área irradiada

| Área Irradiada | Efeitos Secundários |
|------------------|---|
| Sistema Nervoso | Alopécia Hipertensão Intracraniana |
| Cabeça e Pescoço | Mucosite Disfagia Alterações do paladar |
| Tórax | Disfagia Esofagite Pneumonite rádica (tardia) |
| Abdómen | Náuseas e vômitos Diarreia Cistites |

A hormonoterapia tem também associados diversos efeitos secundários. A mais utilizada no cancro da mama são os anti-estrogénios, que têm como efeitos secundários as náuseas, afrontamentos, *rash* transitório, sangramento vaginal, trombocitopenia e leucopenia ligeiras, processos tromboembólicos, hepatotoxicidade, aumento de peso e carcinoma do endométrio (Nunes, 2004).

A doença oncológica tem inerente *sofrimento psicológico* da pessoa e família. Este pode ter várias manifestações, onde se inclui o medo, a preocupação, a tristeza e problemas incapacitantes como a depressão, o pânico, a ansiedade, o isolamento (Cardoso et al., 2009), a impotência, que podem ser traduzidas por reações de choque, negação e cólera

perante o médico que informou o diagnóstico, mas concomitantemente depositando nele a esperança de se poder tratar e curar-se (Queirós, 1999). Tal como refere Stangor (2011), as pessoas tendem a adotar comportamentos em conformidade com as suas atitudes ou sentimentos. As notícias negativas têm impacto sobretudo nos sentimentos das pessoas recetoras da notícia (Rodrigues, R., 2012).

O significado atribuído à doença é influenciado pela perceção individual do impacto da doença no plano de vida de cada pessoa, incluindo também a sua perceção sobre a sua capacidade em atingir objetivos futuros e manter a visibilidade de ações interpessoais. Há incerteza quanto ao futuro em relação ao curso da doença, associada à ideia de morte prematura (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009). A incerteza é percebida como a incapacidade para encontrar sentido nas experiências relacionadas com a doença (Miller, 2000). Esta é mais evidente quando surgem sintomas físicos, interpretados como agravamento da situação, com consequências na ansiedade. Por outro lado, a ansiedade pode também ser desencadeada pelo receio de abandono pelos seus cuidadores. Acresce ainda situações de pessoas cujos familiares morreram de doença oncológica em grande sofrimento (Cardoso et al., 2009).

A ansiedade pode também ser desencadeada por leituras nos meios de informação, situações semelhantes ou sempre que a pessoa tem consulta médica. Numa remissão, algumas pessoas conseguem enfrentar melhor o receio de recorrência da doença, outros, vivem atormentados com esse receio. Numa fase mais avançada da doença, perante um fim de vida que começa a tornar-se real, há a sensação de perda de continuidade com o futuro e das relações que ficam. A tomada de consciência da possível morte pode conduzir a que a pessoa se sinta sozinha e isolada, mesmo que tenha a presença de outros (Cardoso et al., 2009).

A procura de um significado, uma justificação para a doença oncológica, é algo que poderá facilitar a pessoa a lidar com a situação, o que na maioria das vezes não acontece. A condição de doença oncológica tem também inerente a perda de controlo da situação pela necessidade de fazer algo benéfico que esteja ao seu alcance (como um regime alimentar, por exemplo), o que não acontece nesta situação de doença. Contudo, algumas destas pessoas procuram investir de forma construtiva na doença, procurando grupos de autoajuda, ou relaxação. Os que consideram não haver nada a fazer têm maior risco de desenvolver perturbação depressiva. Esta perda de controlo é maior na fase terminal da doença, pela presença de sintomas que teimam em não desaparecer apesar do tratamento. Nesta fase, e por perda da capacidade funcional e do status social, podem também estar

presentes diminuição de autoestima, sentimentos de autodesvalorização e alterações da imagem corporal (Wise & Rundell, 2002).

A doença oncológica provoca na pessoa sentimentos de estigma pela doença e tratamentos. Esse sentimento de estigma, ou receio de provocar sofrimento nos que a rodeiam, leva a pessoa a evitar falar da sua situação, o que pode travar a adaptação psicológica à doença e amplificar o isolamento. Por outro lado, as pessoas que a rodeiam, onde se inclui família e amigos, podem sentir-se desconfortáveis em manter uma conversa, receando a reação da pessoa ou ouvir más notícias. A pessoa que tem dificuldade em ultrapassar tais barreiras psicológicas tem maior possibilidade de, no primeiro ano de diagnóstico, desenvolver ansiedade ou depressão ou uma combinação de ambos (Faulkner & Maguire, 1995). Está também descrita uma *ansiedade antecipatória* relacionada com a preocupação destas pessoas em relação aos resultados dos exames, ou antes da realização de um exame de rotina (Silva & Santos, 2010).

A adaptação à doença oncológica é influenciada por:

- *Fatores Pessoais*, onde se incluem os aspetos da personalidade, a maturidade afetiva, os mecanismos de *coping*, experiências anteriores com doenças ou perdas, do próprio ou de familiares e amigos, a existência de antecedentes psiquiátricos, bem como as crenças espirituais, religiosas ou filosóficas, que possam ser promotores de esperança ou facilitar a aceitação;
- *Fatores Socioculturais*, que incorporam as atitudes sociais face à doença e à morte, os recursos socioeconómicos e o nível de apoio social;
- *Fatores Médicos*, que compreendem o tipo de doença, a natureza dos sintomas e atitudes dos profissionais de saúde. Em relação à doença, está envolvido o tipo de doença oncológica, o seu estágio, a sintomatologia (em especial a presença ou ausência de dor e de incapacidade funcional) e o prognóstico (Cardoso et al., 2009).

A arte como terapia, nomeadamente na forma de pintura, melhora a qualidade de vida e a depressão nas pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia, com um efeito mais evidente nas pessoas sem experiência prévia dessa arte (Bozcuk et al., 2017). Também a música e a poesia têm efeitos benéficos na redução da intensidade da dor, reduzindo scores de depressão, e a poesia aumenta os scores de esperança (Arruda, Garcia & Garcia, 2016). Com vista a melhorar o *eu* de cada um no seu desenvolvimento pessoal, em interação com os outros, pode também recorrer-se ao teatro-terapia. Neste trabalha-se a voz, o corpo/movimento, o improviso, a dramatização e a criação com textos inéditos ou adaptações, com a um orientador teatral (Azevedo, 2015).

1.2.2. O Cuidado e a Ajuda

A resiliência individual, ou a competência para reagir à adversidade, é uma condição que possibilita manter a dignidade e a qualidade de vida, mesmo em situações adversas (Cardoso et al., 2009). Viver com uma doença crónica e manter o bem-estar inicia uma série de **transições** que requer **intervenções terapêuticas de enfermagem** em diferentes fases e em pontos críticos (Taylor & Frazer, 1982).

A Enfermagem, é de acordo com REPE, publicado em 1996, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, *a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.* O exercício profissional da enfermagem foca-se na relação interpessoal do enfermeiro e um grupo de pessoas ou comunidades (OE, 2001).

Os enfermeiros estão interligados na sociedade e focados na deteção da interconectividade do ser humano, determinando a dinâmica da linguística com interações verbais e não-verbais entre os seres humanos e com redes. Apesar destes conceitos, habitualmente, os enfermeiros e outros profissionais de saúde percebem apenas o que está imediatamente presente e não vão além disso. Há dificuldade em observar-se dentro do tempo e do espaço, a fim de identificar o ambiente da sua ação e a interconectividade das redes (Van Sell & Kalofissudis, 2010).

O cuidado integra os termos utilizados com frequência e que tem diversas compreensões, representando a missão principal de qualquer *instituição de cuidados*. O cuidado significa *estar atento* a alguém, centrar-se no seu bem-estar. A atenção integra-se na ajuda da pessoa. Qualquer profissional de saúde é um profissional de ajuda na sua atenção singular, recorrendo a competências profissionais que caracterizam cada profissão. Cuidar tem uma dimensão tão singular como a unicidade de cada pessoa e aplica-se a todos os que estão em contacto direto e permanente com os beneficiários de cuidados e seus familiares, quer sejam médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes operacionais, nutricionistas, técnicos de radiologia, entre outros (Hesbeen, 2000). Importa, pois, que exista a capacidade de conviver dentro da igualdade, com a diferença das atividades que cada um faz (Cortella, 2010).

O reflexo da mudança, verificada nos grupos tradicionais de prestação de ajuda como a família, organizações religiosas que, supostamente, transmitem aos seus “*utilizadores*” um espírito de solidariedade, reflete-se na **ajuda mútua** (Levine & Perkins, 1987).

A **ajuda mútua** ocorre sempre que pessoas que têm determinado problema ou condição em comum se juntam para se ajudarem entre si (Wilson, 1986; Silverman, 1990). Estas trocas de recursos e cuidados são a base da sociedade e nenhuma vida social é possível sem a ajuda mútua (Silverman, 1990).

Com os avanços da Internet e tecnologias informáticas, têm surgido nos últimos anos GAM's para pessoas com doença oncológica, que permite que os doentes e famílias tenham informação e **apoio comunitário**, emocional e psicológico (Im & Chee, 2008). Tratam-se de novas oportunidades para que os doentes comuniquem com os profissionais de saúde e outros doentes (Sullivan, 2003).

As noções inerentes à ajuda mútua, como a vivência do mesmo problema do outro, remetem-nos para o **rapport**, ou a habilidade de se sintonizar com outra pessoa (IGEP Brasil, 2009). Trata-se de um relacionamento caracterizado pela harmonia, similaridade ou afinidade. Estabelecer *rapport* é uma forma de encontrar a pessoa no seu modelo de mundo ou mapa (Mello, 2017).

O *rapport* auxilia na criação de um clima de participação e de confiança (Silva, 2006). Para Ribeiro (1993, p. 54), *rapport* “*é entrar no mundo da outra pessoa e estabelecer com ela uma comunicação plena, uma perfeita conexão... é encontrar a outra pessoa onde ela se encontra. É falar com ela verbal e não verbalmente: ‘Eu sou igual a você. Você pode confiar em mim!’* ”. Tickle-Degnen e Rosenthal (1990) defendem que o *rapport* só é possível na interação entre as pessoas, que têm essa experiência como resultado de uma combinação de qualidades que emergem de cada pessoa durante a interação. Durante a experiência de um elevado nível de *rapport*, os participantes na interação formam uma coesão, tornaram-se unidos, através da expressão de atenção mútua para o envolvimento um com o outro.

O *rapport* pode ser atingido através de “técnicas” como a do **espelhamento**, que consiste em espelhar, em “imitar” a outra pessoa, ficar na mesma posição do outro, sendo esta a parte do espelhamento não-verbal. O verbal está ligado ao uso das palavras que a outra pessoa usa (Silva, 2006). Quando a pessoa acompanha a realidade do outro, espelhando-a, consegue um relacionamento de confiança, o que a coloca em posição de utilizar a realidade do outro de um modo que a modifique (Bandler & Grinder, 1982). Contudo, é

preciso deixar espaço, pois cada pessoa traça os seus voos, as suas trajetórias, escolhe os seus poisos e os seus portos (Nunes, 2016: 24).

A **esperança** é considerada por Querido (2005, 2013) essencial na experiência de viver com doença oncológica e na doença crónica avançada e progressiva. Importa promover a esperança enquanto foco de atenção de Enfermagem para aumento no conforto e qualidade de vida destas pessoas. Para tal, importa manter a esperança em situações de sofrimento físico, psicológico e social, o que requer uma gestão de condições facilitadoras e inibidoras da esperança. Pinto (2011) aponta como fatores promotores da esperança: humor, verdade, práticas religiosas, objetivos realistas, valorizar as conquistas, controlo sintomático, relacionamento interpessoal, suporte familiar, envolver pessoa nos cuidados e pensamentos positivos. Já os fatores inibidores da esperança apontados pela autora são: perda e sofrimentos prévios, informação desajustada às necessidades, cuidados despersonalizados, descontrolo sintomático, angústia espiritual, sentir-se um fardo, medo e solidão. Entre as diversas definições de ajuda mútua apontadas por Charepe (2006: 248) referentes à relação com o suporte social, destacamos a ajuda mútua como *a esperança e o poder pensar de um modo mais positivo, favorecendo a motivação, persistência e continuidade - suporte emocional*.

O humor é considerado por José (2008) uma disposição de ânimo exteriorizada e uma atitude que compreende a apresentação da realidade sob um aspeto geralmente cómico, considerado como uma parte importante do quotidiano e uma necessidade humana básica. Sobre a esperança na vivência da doença oncológica, Cardoso et al (2009: 17) referem que em qualquer uma das fases descritas por Kübler-Ross², esta é *um traço comum em todos os doentes (...). É ela que permite que se sujeitem a exames e tratamentos médicos, na expectativa de encontrarem uma derradeira cura*. Viver na esperança não é viver na ilusão, mas acreditar que, apesar das dificuldades da trajetória, a vida continua a ter sentido (Pinto, 2011).

² **Fases de Adaptação à Doença segundo Kübler-Ross:** *Fase de Negação ou Denegação* (perante a notícia a pessoa recusa-se a aceitar a totalidade ou grande parte do que é comunicado); *Fase de Revolta* (é reconhecida a existência de uma doença grave e mortal mas a mesma não é aceite, reagindo tipicamente com raiva e exprimindo revolta); *Fase de Negociação* (já há admissão da existência de doença e a pessoa tenta *negociar* a sua cura para tentar ter algum controlo sobre as más notícias); *Fase de Depressão* (quando os mecanismos anteriores falharam, a pessoa pode entrar num quadro depressivo grave que se manifesta por desânimo generalizado, inquietação, alterações do sono, perda de apetite, entre outros sintomas. A depressão pode ser reativa e surge pelos sentimentos de impotência, ou preparatória, em que há uma preparação para a morte e separação), e por fim a Fase de Aceitação (há compreensão de que a doença e a sua evolução são inevitáveis, mas pode reagir fechando-se em si mesma e evitando familiares, o que pode ser difícil e compreender por estes) (Cardoso et al., 2009).

Apesar da esperança, a pessoa pode também viver o luto na situação de doença, por esta se constituir uma ameaça severa à concretização de objetivos da sua vida, pela possibilidade de dano importante e irreversível da sua integridade, ou mesmo pela possibilidade da sua morte (Pereira, 2008). O luto define-se como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem em resposta a uma perda – seja real ou fantasiosa (perda de um ideal, de uma expectativa, seja por morte ou por cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade (Parkes, 1998).

O luto é revestido de uma elevada importância atribuída à perda, que pode ter como causas: *a perda de uma pessoa amada* (por morte, separação física, resultante de separação conjugal, conduta não ética ou imoral, entre outras); *a perda de alguém sobre que tinha desenvolvido uma grande fantasia de afeto* (feto abortado ou nascimento de criança portadora de deficiência); *a perda resultante de dano efetuado ao amor-próprio* (amputação de um membro, mastectomia); *a perda de posição social* (por desqualificação moral ou financeira, ou perda de um cargo); *a perda de objetos e animais com elevado valor estimativo* (objetos de coleção ou animais domésticos (Rebelo, 2007).

A Sociedade Francesa de Apoio e Cuidados Paliativos (2000) refere que o luto é um processo humano, doloroso, mas dinâmico, e com o decorrer deste a pessoa consegue adaptar-se à perda e à separação, para fazer o luto da sua própria situação³, recorrendo aos recursos disponíveis e necessários, sendo estes os amigos, ou até mesmo os profissionais de saúde, utilizando estratégias de *coping* eficazes com um recurso suplementar. Um outro recurso são os animais como fonte de companhia, já considerado por Florence Nightingale, em especial das pessoas com condições crónicas (Jorgensen, 1997). A investigação científica aponta para uma relação positiva entre a companhia animal e o bem-estar físico pessoal (Wells, 2009).

³ **O luto pode ser vivido em três fases distintas:** *Torpor* (Inicia-se pelo choque. Mesmo que a morte seja esperada, começa-se por viver uma comoção forte, que pode ir de algumas horas a uma semana, que pode ser interrompida por explosões intensas de aflição e raiva. Pode haver um forte estado de excitação, que se pode manifestar por aumento da tensão arterial e do ritmo cardíaco); *Negação Emocional da Perda* (Apesar da perda a nível racional, o comportamento é como se não tivesse ocorrido. Procura-se e rememora-se a pessoa perdida, mantendo intactos os seus haveres, aguardando a sua chamada telefónica, entre outros); *Desorganização Emocional* (Depois da consciência da impotência para manter os fortes vínculos com a pessoa amada, fica a sensação de mundo vazio e sem sentido, embora com autoestima intacta. Há manifestação de ansiedade e medo, tristeza, agressividade, também contra o próprio, sob a forma de culpa. Depois destas emoções passa a haver um sentimento de libertação em relação à perda, com consciência de que a mesma é inevitável. Considera-se o sucedido não como uma derrota face à vida, aceitando-se com serenidade a perda, resignando aos vínculos gerados); *Reorganização Emocional* (Inicia-se a extinção da dor da perda, com assimilação de que a vida continua com novos ajustes e diferentes objetivos. São estabelecidos novos companheiros e objetos de vinculação. Há retrocesso do luto e a pessoa perdida passa a ser uma memória comprazida, em que há identificação saudável com o falecido, o regresso a uma vida psicológica normal) (Rebelo, 2007).

A Enfermagem Focada na Rede (*Network-Focused Nursing*) pode ser apreciada como um fenómeno na prática centrada na pessoa doente, onde os enfermeiros consideram as relações sociais da pessoa doente e a rede social como aspetos importantes do cuidado. Os enfermeiros que se envolvem na enfermagem focada na rede defendem que se devem esforçar para incentivar a manutenção das relações sociais da pessoa doente através da sua trajetória da doença, dando ativamente prioridade para direcionar a sua atenção para a rede social da pessoa doente e como ela funciona. Risco de isolamento social relacionado com a saúde e uma reconhecida necessidade de suporte social são os antecedentes primários da Enfermagem Focada na Rede, que assenta numa abordagem holística do cuidado. Trata-se de uma abordagem que se baseia no suporte social (emocional, informacional, instrumental e no apoio à avaliação), bem como na relação com a rede social como fatores poderosos que influenciam a saúde, a recuperação e o bem-estar. O enfermeiro é um facilitador de conexões entre a pessoa doente, as pessoas significativas e a rede social alargada para prevenir isolamento social, fazendo a ponte entre o contexto de doença e a vida normal possível (Olsen & Harder, 2010). Esta perspetiva permite uma infinidade de *pequenas coisas* que constituem os cuidados de enfermagem e que são realmente úteis às pessoas, que dão sentido à vida. Não sendo observáveis nem mensuráveis, as pequenas coisas são pautadas por uma discricção, espontaneidade e alguma criatividade que vão além do científico (Hesbeen, 2000).

1.2.3. Os Blogues na Doença Oncológica

A rede social da pessoa com doença oncológica pode, como vimos, passar pelos *blogues* temáticos de partilha da doença oncológica, que têm associado o suporte social. A comunidade *online* de pessoas com doença oncológica tem vindo a aumentar, verificando-se muita troca de informações e partilha de narrativas através dos *blogues de doenças individuais* que muitas vezes agem como diários da experiência da doença (Keim-Malpass & Steeves, 2012). A narrativa permite compreender os aspetos de criação de significado através da implicação na atividade como contruído em determinados contextos de vida, como é o caso da doença oncológica (Laranjeira, 2013).

Os *blogues* podem facilitar a compreensão pelos profissionais de saúde da experiência de doença das pessoas doentes, imprescindível para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Zancheta et al., 2016). Tal enquadra-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2001) nos

enunciados descritivos focados na pessoa doente, como a *satisfação do cliente*, a *promoção da saúde*, a *prevenção de complicações*, *bem-estar e o autocuidado* e, mesmo na *readaptação funcional*.

A American Nurses Association lançou, em 2011, o *Social Networking Principles Toolkit*, onde se inclui *6 Tips for Nurses Using Social Media* (ANA, 2011), que fornece orientações para que os profissionais de enfermagem interajam com *sites* de media social, onde se incluem os *blogues*. Estes princípios incluem a abstenção de publicar individualmente a informação da pessoa doente; observar os limites profissionais do enfermeiro – pessoa doente; compreender que outros (onde se incluem pessoas doentes, colegas de trabalho e empregadores) podem visualizar postagens; separar informações pessoais e profissionais *online*; informar as autoridades sobre conteúdos prejudiciais e participar no desenvolvimento de diretrizes de conduta de media social nos locais de trabalho (ANA, 2011).

Alves (2013) faz referência a uma bloguista, ex-doente oncológica que dez anos depois do primeiro contacto com a doença, resolveu lançar o projeto *Cancro com Humor*, que nasceu com um blogue na internet e que se alastrou à rede social Facebook, com o objetivo de ajudar doentes e familiares a *descobrirem a ferramenta do humor* para ultrapassar os obstáculos da doença.

Heilferty (2009) analisou o conceito de *blogues* de doença e a sua relevância para a pesquisa em enfermagem sobre comunicação durante a doença em blogues de doença, em que recorriam ao *blogue* como *coping* individual de experiências relacionadas com a doença, criados pelos indivíduos afetados pela doença ou por alguém que o ama. Os resultados apontam para que um *blogue* de doença seja a expressão *online* da narrativa da doença, onde pensamentos, criatividade, sentimentos e informação podem ser partilhados. Nestas narrativas de experiência da doença, as pessoas doentes articulam com detalhes ricos o que acrescenta ao seu sucesso em sobreviver a experiência, definindo o sucesso. Eles identificam os elementos da experiência que precisam de ser melhorados. Pela primeira vez, em tempo real, estas pessoas descrevem a sua vida durante os tratamentos para a doença, tal como a vivem. Além disso, recebem respostas e mantêm relacionamentos com familiares, amigos e até estranhos bastante distantes geograficamente. Para quem nunca teve um *blogue*, os mesmos são criados especificamente para escrever sobre a experiência de doença; para outros, os *blogues* criados com outras motivações antes da experiência de doença, tornaram-se *blogues* de

doença quando os autores integraram a experiência no *blogue* à medida que a mesma evoluiu.

O estudo de caso de Pestana (2010) procurou estudar a gênese das comunidades virtuais de doentes em Portugal. Através de entrevistas verificou que a justificação da emergência das comunidades virtuais se prende com a ajuda, com a insuficiência das consultas, a informação, a identificação com pares, o isolamento, o anonimato e a partilha. Como vantagens destas comunidades são apontadas: o anonimato, a disponibilidade, a quebra de isolamento, a solidariedade, a literacia em saúde, a fluidez e rapidez na divulgação de informação, a partilha, a abrangência, a identificação com pares e o incentivo à procura. Como inconvenientes e limitações são apontadas: as informações incorretas, *digital divide*, moderador não qualificado, automedicação, credibilidade, adição, despersonalização e falta de reconhecimento.

De modo a classificar a demografia dos utilizadores de *blogues* de cancro, bem como o seu uso e a sua perceção dos *blogues*, Kim e Chung (2007) recorreram a técnicas de análise de *clusters* verificaram, e entre 113 respondentes (59,29% de pessoas com doença oncológica, 31,86% eram familiares ou amigos de pessoas com doença oncológica e 6,19% eram profissionais de saúde) a existência de três *clusters* com características distintas. Os resultados apontam para um grupo demográfico dominante em todos os *clusters*: mulheres caucasianas com educação superior, com uma média de idades de 57 anos de idade. Uma vez que as pessoas mais velhas e os seus amigos e familiares procuram questões relacionadas com a saúde (especialmente sobre cancro), há uso potencial deste novo meio tecnológico para fornecer informações sobre o cancro. Os resultados do estudo apontam para que os *blogues* sejam mais usados para partilhar suporte emocional e histórias pessoais do que conhecimento médico. O uso dos *blogues* pode levar pessoas com doença oncológica e os seus companheiros a envolverem-se em conversas significativas, pois partilhar experiências pessoais via *blogues* pode ajudá-las a lidarem melhor com as suas condições de saúde relacionadas com o cancro. Os *blogues* podem também ser usados como meio de comunicação em saúde para disseminar informação sobre o mesmo.

Ao examinar o uso e benefícios dos *blogues* pelas pessoas com doença oncológica e dos seus companheiros, bem como a relação de diferentes tipos de atividades e resultados de *blogging*, Chung e Kim (2008) verificaram que as pessoas com doença oncológica é que mantêm os seus próprios *blogues* e não dos seus companheiros. Emergiram quatro áreas como recompensas pelo uso dos *blogues*: prevenção e cuidado, resolução de problemas,

gestão das emoções e partilha de informação. Tanto estas pessoas com doença oncológica, como os seus companheiros consideraram a atividade útil para a gestão das emoções e na partilha de informação. Além disso, as pessoas com doença oncológica sentiram-se mais gratificadas do que os seus companheiros nas áreas da gestão das emoções e resolução de problemas. Os autores acrescentam ainda que com a adoção do uso do blogue, as pessoas com doença oncológica podem estar aptas a agir como agentes livres, procurar informação e suporte no seu próprio espaço, além de serem informadas pelos profissionais de saúde.

Kim (2009) explorou também a eficácia da marcação (*tagging*) de pessoas definidas pelo utilizador e a marcação (*tagging*) gerada pelo software para descrever e organizar o conteúdo de *blogues* de cancro. A autora verificou que a maioria dos bloguistas rescreveram *posts* relativamente pequenos, consistentes com menos de três páginas (letra 12, espaço duplo). Ao procurar perceber o tópico mais comum, verificou que as duas palavras mais frequentes nos *posts* eram *cancro* e *mama*. Uma vez que o cancro da mama é uma doença maioritariamente feminina, o tópico da palavra *mulher* também surge no ranking das 3 palavras mais frequentes, o que levou à conclusão de que o cancro da mama foi o tipo de cancro mais discutido *online*.

Seale, Ziebland e Charteris-Black (2012) procuraram analisar as diferenças de género na linguagem e comunicação, num grande número de *posts* de fóruns *online* de suporte no cancro de pessoas com cancro da próstata e de pessoas com cancro da mama, conduzido no Reino Unido. Os resultados apontam para que os homens com cancro da próstata sejam mais propensos a pesquisar informações na internet; enquanto que as mulheres com cancro da mama tendem a procurar apoio social e emocional. As preocupações dos homens andam em torno de informações sobre o tratamento, pessoal médico e procedimentos. A sua experiência de doença é mais localizada em áreas específicas do corpo, enquanto que a experiência das mulheres é mais holística. As *postagens* no fórum das mulheres orientam-se muito mais para a troca de apoio emocional, incluindo a preocupação com o impacto da doença em muitas outras pessoas. O uso de superlativos pelas mulheres, bem como palavras que se referem a sentimentos, indicam a sua representação de maior expressividade emocional. Os fóruns da Web são, para os homens, plataformas para uma intensificação da recolha de informação. Apesar da sua visibilidade pública, estes fóruns parecem ser subjetivamente vividos por ambos os sexos como lugares relativamente privados para a partilha de informações pessoais íntimas. As mulheres consideram esta *privacidade* facilitadora das interações de amizade.

Suzuki e Beale (2006) procuraram identificar se os elementos de páginas pessoais de jovens, com idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos, estão a ser usados para autorrepresentação, disseminação de informações relacionadas com o cancro e para conexão interpessoal. Em termos demográficos foram encontradas 21 páginas pessoais, dos quais 11 foram criadas por pessoas do género feminino, 9 do masculino e um não continha qualquer informação. Entre os diagnósticos foram encontrados: Linfoma de Hodgkin (8), leucemia (3), Linfoma não-Hodgkin, sarcoma de Ewing (2) e sarcoma osteogénico, germinoma pineal, rabiomiossarcoma, tumor de Wilms e tumor inespecífico da mão (1 de cada). Entre os autores das páginas pessoais, 13 já tinham terminado o tratamento, 3 ainda o estavam a realizar, 2 tinham terminado a quimioterapia e aguardavam cirurgia, 2 não deram informação sobre o estado da doença e estava a fazer novo tratamento após recaída.

No que diz respeito à autoapresentação relacionada com o cancro, os elementos mais utilizados para tal incluíam as boas-vindas, entradas de diário, páginas de história pessoal, ensaios, trabalhos de arte, poesia e artigos de notícia. Em relação à disseminação de informação, em geral, os índices médios de disseminação de informação não foram tão elevados quanto os de autoapresentação. Os elementos usados mais consistentemente para a disseminação de informação relacionada com o cancro incluíam apresentações multimédia, listas, gráficos, links e páginas de interesse pessoal. As informações, apresentadas do mais simples para altamente técnico, abordavam tópicos como medicamentos de quimioterapia e seus efeitos colaterais, terapias alternativas e até mesmo a história do cancro e do seu tratamento. Foi comum a apresentação de dicas e conselhos a outros jovens com cancro (Suzuki & Beale, 2006).

Além das narrativas relacionadas com o cancro, estes jovens também postaram outros interesses, como música coral, linguística, criação de cachorros. As fotos postadas mais vulgarmente eram suas sem evidência de doença, pousando com a família, interagindo com amigos e em viagens (Suzuki & Beale, 2006).

Nas listas e gráficos, destacam-se as relacionadas com o cancro e tratamentos, os factos a abranger, questões como as etapas que ocorrem durante o tratamento de radiação e questões a colocar ao médico. Os *links* destas páginas conduzem o leitor a páginas com informação relacionada com cancro (Suzuki & Beale, 2006).

Quanto à Conexão Interpessoal, 15 das páginas pessoais continham *Livros de Convidados* (*Guestbooks*), onde os visitantes podiam postar mensagens públicas ao autor da página. Os autores verificaram que mais de metade das pessoas que escreviam nos mesmos eram

afetadas pelo cancro e tinham como objetivo obter informação e suporte uns dos outros. Alguns visitantes repetiam as mensagens, o que levou os autores a concluir ter-se estabelecido uma relação interativa (Suzuki & Beale, 2006).

Os autores verificaram que as páginas pessoais são um recurso potencialmente útil, não apenas para as pessoas doentes jovens que podem criá-los ou acedê-los, mas também para os profissionais de oncologia, como psicólogos ou enfermeiros, tanto como fonte de informação sobre as perceções de doença destas pessoas, ou como um recurso alternativo ao qual pessoas doentes e famílias podem ser dirigidas (Suzuki & Beale, 2006).

Num estudo qualitativo de narrativas online, baseado na fenomenologia hermenêutica, Keim-Malpass e Steeves (2012) procuraram obter uma perspetiva única das experiências de 16 mulheres jovens com cancro, com idades no diagnóstico compreendidas entre 20 e 39 anos de idade, com a análise dos seus *blogues online* de doença. Os temas foram identificados à medida que as mulheres processavam o seu diagnóstico: vivendo no meio, um novo normal, urgência e transição para o abismo. As conclusões do estudo apontam para que as narrativas partilhadas em *blogues* de doença oferecem um lugar *online* para a expressão da emoção, troca de informações e suporte social *online*. A catarse emocional na narrativa das jovens mulheres elucidou as experiências de transição através do diagnóstico, tratamento e sobrevivência que permitem uma melhor compreensão das suas necessidades emocionais e psicossociais.

Os resultados de um estudo de *grounded theory* conduzido, entre 2006 e 2008, por Olsen e Harder (2010), com adolescentes e jovens adultos, com idades compreendidas entre 15 e 22 anos de idade, com doença oncológica no departamento de oncologia de um hospital universitário dinamarquês, enfermeiros e pessoas significativas, após entrevista e observação das atividades diárias, em especial encontros de rede, centram-se nos processos e estratégias empregues por estes profissionais. Foram identificados dois antecedentes primários: um risco de isolamento social relacionado com a saúde e uma necessidade reconhecida de apoio social; e um atributo significativo: a tentativa de chegar além da família para envolver e ativar todas as partes relevantes das redes sociais formais e informais das pessoas doentes.

No estudo etnográfico de Zancheta et al. (2016) procurou estudar-se, entre 2008 e 2013, o conteúdo de testemunhos postados por 196 homens num *blogue* público de uma associação nacional francesa de pessoas com cancro da próstata. Os objetivos eram compreender melhor as experiências dos homens, pensamentos e opiniões predominantes, elucidar comportamentos das pessoas doentes e para esclarecer a política médica e

prática. Foi realizada análise de conteúdo dos testemunhos dos *blogues*, enquadrado num instrumento conceptual de qualidade de vida, tendo sido identificadas três categorias: a autoidentificação dos bloguistas, reações a experiências e impactos na qualidade de vida. Os resultados apontam para que, em relação à autoidentificação, os testemunhos se concentrem, principalmente, em cuidados médicos, de reabilitação, recuperação, educação em saúde e autocuidado, bem como numa visão global do cancro da próstata e dos seus impactos sobre as visões pessoais de virilidade e masculinidade. Os bloguistas habitualmente identificavam-se pelo seu diagnóstico, resultados, método de tratamento e reabilitação; apenas alguns mencionavam as suas identidades sociais.

Sobre as reações a experiências, os investigadores exigiram e expressaram o seu desejo de formas específicas de tratamento e incentivaram diversas ações, onde se inclui o direito de escolher o médico. Foram discutidos pontos de vista sobre o acesso a cuidados de saúde adequados e seguros, por vezes com fervor. O *blogue* foi usado para alertar outros homens para instar o presidente da sua associação a tomar medidas políticas mais fortes e a procurar soluções. Foi notável que estes bloguistas geralmente rejeitaram a oportunidade de envolver ou construir uma comunidade *online* para a aprendizagem, advocacia e/ou ajuda mútua (Zancheta et al., 2016).

Os dados ilustram como o cancro da próstata afetou a qualidade de vida dos homens. Alguns participantes ficavam aptos a assumir o seu estilo de vida anterior à doença depois do tratamento realizado e da sua recuperação completa e, por vezes, com menos limitações e, nalguns casos, adotaram melhores práticas de estilos de vida. Poucos foram os bloguistas que se referiram ao impacto do cancro da próstata para a sua disponibilidade para assumir as suas atividades profissionais, sendo a ida para o trabalho uma estratégia de *coping* para lidar com a baixa moral. De referir que para alguns a ausência do trabalho não era bem considerada, por razões financeiras. Os efeitos secundários dos tratamentos eram consideráveis e duravam um período consideravelmente longo e, por consequência afetavam a sua qualidade de vida, estado psicológico, relações conjugais e capacidade para trabalhar (Zancheta et al., 2016).

Foram expressos medos em relação a ter a doença e decisões em relação à escolha do medicamento e possíveis consequências, imagem corporal e a autoestima foram afetadas com a emergência de efeitos secundários. Apesar disto, os bloguistas manifestaram o desejo de manter o controlo, como evidenciado pelas suas atitudes de autoeficácia e determinação e aprender sobre cancro da próstata, procurar conselhos de outras fontes da Internet e pessoalmente escolher o método de tratamento (Zancheta et al., 2016).

São poucos os bloguistas que se referem a suporte físico e emocional recebido pelas suas esposas como uma estratégia de *coping* efetiva, fazendo antes referência à experiência de viver com o cancro da próstata como um casal, reforçando assim a sua ligação e reforçando o seu compromisso uns com os outros. Para outros, as suas relações conjugais foram minadas pelo cancro da próstata devido ao compromisso da vida sexual depois do tratamento, levando alguns a pedir o divórcio e adotar uma atitude positiva em estabelecer uma nova relação (Zancheta et al., 2016).

As relações com os profissionais de saúde eram mencionadas com frequência, sendo que os bloguistas salientaram a importância de escolher cuidadosamente os profissionais de saúde (Zancheta et al., 2016).

A linguagem usada indicava que os discursos políticos, educativos e compassivos se entrelaçavam para criar uma representação complexa da experiência e dos seus efeitos do cancro da próstata. Esta representação multifacetada pode informar o debate político e profissional sobre a capacidade dos homens para dar suporte emocional e resolução de problemas dentro de uma comunidade de interesse. Estes sobreviventes anónimos partilharam as suas variadas reações, estratégias de *coping* e pensamentos sobre mudanças necessárias (Zancheta et al., 2016).

A forma como estes homens interagiam com a comunidade de bloguistas reflete um desejo de dar ajuda mútua e de criar uma rede de suporte social (Zancheta et al., 2016).

2. AS TRANSIÇÕES DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

As teorias de Enfermagem aplicam a teoria para descrever, explicar, prever ou prescrever a prática de enfermagem. A teoria pode, também, ser um modo de evoluir, refletir e criar novas possibilidades no campo do conhecimento teórico e prático (Van Sell & Kalofissudis, 2010).

A profissão de enfermagem reconhece, de acordo com o seu nível de abstração, quatro níveis de teoria: metateoria, grande teoria, teoria de médio alcance e teoria prática. As teorias de médio alcance são moderadamente abstratas, organizadas num âmbito limitado; têm um número limitado de variáveis que são testadas de maneira direta. Estas teorias têm uma forte relação com a investigação e com a prática (Meleis, 2010; Van Sell & Kalofissudis, 2010). Meleis (1997, cit. por Bishop, 2004) afirmou que a disciplina de Enfermagem, cujo alvo são as pessoas, vê alguma dificuldade na descrição, previsão e modificação de todos os fenómenos da disciplina por apenas uma teoria.

A **Enfermagem** é definida por Meleis e Trangenstein (1994) como a preocupação com os processos e experiências de seres humanos submetidos a transições em que a saúde e a percepção do bem-estar é o resultado. O principal objetivo da sua missão é ajudar as pessoas ao longo das transições saudáveis para aumentar resultados saudáveis. Ao focarmo-nos nos *processos e nas experiências dos seres humanos submetidos a transições onde a saúde e o bem-estar são os resultados* desejados (Meleis & Trangenstein, 1994: 257), pode-se desenvolver conhecimento relacionado com os processos e experiências dos seres humanos submetidos a transições, bem como com a natureza de contextos que favorecem ou inibem transições saudáveis (Meleis, 1993, cit. por Meleis, 2010).

Identificar *transições* como uma preocupação central da enfermagem e o desenvolvimento de instrumentos coerentes para descrever a transição pode dar o impulso para descobrir os mecanismos usados pela população para experienciar mudanças nas suas vidas que têm consequências na sua saúde-doença (sendo que algumas são saudáveis outras não) e avançar no conhecimento sobre intervenções de enfermagem que facilitam a experiência da transição e melhoram o *coping* saudável e a cura. Conhecer a vivência da pessoa nas transições na doença oncológica permite que conheçamos as suas necessidades, algumas delas não expressas no contacto com os profissionais de saúde. Face à problemática em estudo, o processo de construção da ajuda mútua ao longo das

transições da pessoa com doença oncológica, que tem blogue, consideramos a teoria de médio alcance de Meleis a que se enquadra melhor se enquadra.

As mudanças no estado de saúde podem proporcionar oportunidades para melhorar o bem-estar e expor as pessoas a riscos aumentados de doença, bem como desencadear um processo de transição. As transições são acionadas por eventos críticos e mudanças nas pessoas em ambientes. A experiência transicional começa assim que o evento ou mudança são antecipados (Meleis, 2010).

As transições são, assim, definidas como aqueles períodos entre estados relativamente estáveis (Chick & Meleis, 2010, cit. por Meleis, 2010), sendo que são resultado e resultam em mudança nas vidas, saúde, relações e ambiente (Meleis et al., 2000). As transições estão no domínio de enfermagem, quando se incluem na saúde ou na doença ou quando as respostas à transição são manifestadas em comportamentos relacionados com a saúde. A transição pode também influenciar a resposta a problemas de saúde e tipos de ação tidas devido a problemas de saúde atuais ou potenciais (Meleis, 2010).

De acordo com Machado (1977: 325) a palavra transição deriva do latim *transitōne*, que significa *ato de passar, passagem; passagem para outra categoria social*. O Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2017) define transição como a *passagem de um lugar, assunto, tom, ou estado para outro, trajeto*. A transição pode ser definida como *a forma como as pessoas respondem à mudança ao longo do tempo. As pessoas estão em transição quando precisam de se adaptar a novas situações ou circunstâncias de modo a incorporar o evento de mudança nas suas vidas* (Kralik, Visenti & van Loon, 2006).

Trata-se de um múltiplo conceito que implica estar entre um período (Brooten & Naylor, 2010) e envolve os elementos do processo, intervalo de tempo e percepção (Meleis, 2010). A transição envolve respostas das pessoas durante uma passagem de mudança (Kralik, Visentin & van Loon, 2006), o que vem reforçar a sua adequação ao estudo do processo de construção da ajuda mútua das pessoas com doença oncológica, a partir dos *blogues*.

O processo sugere fases e sequências; o intervalo de tempo indica um fenómeno contínuo, mas limitado; e a percepção relaciona-se com o significado da transição para a pessoa que a experiencia (Benoliel, 1985, cit. por Meleis, 2010), isto é a reconstrução da auto-identidade valorizada (Kralik, Visentin & van Loon, 2006), o que vai ao encontro da temática em estudo.

A característica mais penetrante da transição é a *desconexão* associada com a disrupção das ligações nas quais os sentimentos de segurança das pessoas dependem. É relatado como elemento relevante e relacionado com a saúde a importância de estar conectado,

sendo que estas conexões não são passivas e exigem que a pessoa se relacione com outros e com o ambiente (Meleis, 2010).

No que diz respeito à *percepção*, os significados atribuídos aos eventos de transição podem variar entre pessoas, comunidades e sociedades e, assim, influenciar os resultados, o que torna as reações e respostas a tais eventos menos previsíveis. Mesmo em circunstâncias semelhantes, as transições não são experienciadas da mesma forma por pessoas diferentes (Meleis, 2010).

Para estar em transição, a pessoa tem de ter alguma *consciência* das mudanças que estão a ocorrer. Caso as mudanças a ocorrer ainda não tenham atingido o nível da consciência, ou estejam a ser negadas totalmente ou em termos das suas implicações, essa pessoa ainda não está em transição, encontrando-se numa fase de pré-transição. Em tais casos, há necessidade de resolver barreiras à consciência da transição antes de tentar facilitar a própria transição (Meleis, 2010).

Se o evento que causa a transição é antecipado ou não, e se o evento é a curto ou a longo prazo, a transição é um processo. O seu início e fim não ocorrem simultaneamente havendo um sentido de movimento, um desenvolvimento, um fluxo associado com a mesma. A distância entre o início e o fim pode ser curta ou longa e o seu fim pode não ter as mesmas características que tinha no início. Algumas fronteiras implicam limites no processo. Apesar de certos aspetos da vida de uma pessoa serem afetados mais que outros pela transição a ser experienciada, a extensão e intensidade desta influência pode variar ao longo do tempo. Acresce ainda que as fronteiras do comportamento relacionado com a transição são fixas, mas podem expandir e regredir de acordo com outros acontecimentos no contexto total da vida da pessoa (Meleis, 2010).

A vulnerabilidade pode ser conceptualizada como uma qualidade de vida quotidiana descoberta através da compreensão das experiências e respostas das pessoas durante os momentos de transição. Nesse sentido, a vulnerabilidade relaciona-se com a experiência de transição, interações e condições ambientais que expõem as pessoas a dano potencial, à recuperação problemática ou prolongada, ou *coping* atrasado ou pouco saudável (Meleis et al., 2000).

O interesse de Meleis nas transições reportam-se aos anos 60 do século XX, altura em que muitos grupos de suporte foram formados para ajudar as pessoas a lidarem com a variedade de experiências de desenvolvimento ou com problemas de saúde através do ensino e/ou suporte. Estes grupos de suporte foram iniciados por enfermeiros ou por membros leigos das comunidades para ajudar as pessoas e famílias a lidarem com as

exigências de tais eventos das suas vidas. Meleis verificou que haviam algumas características universais na criação e realização dessas reuniões de apoio e grupo educacional, bem como na consideração da natureza dos resultados a serem obtidos com o trabalho de grupo. Foi a partir destas experiências que Meleis considerou a família e os grupos de suporte como enfoque primário em qualquer investigação ou desenvolvimento teórico (Meleis, 2010). Foi assumido pela autora que a área do conhecimento a ser desenvolvida não eram as transições, mas antes como os enfermeiros poderiam fazer a diferença a ajudar as pessoas a ter resultados saudáveis depois das suas transições (Meleis & Swendsen, 1978, cit. por Meleis, 2010).

As transições pouco saudáveis ou transições inefetivas, levando à insuficiência de função e de papel foram definidas como qualquer dificuldade na cognição e/ou desempenho de um papel ou dos sentimentos e metas associadas com o papel de comportamento como percebido pelo próprio ou por outros significativos. A insuficiência de papel é caracterizada por comportamentos e sentimentos afiliados com a percepção de disparidade no cumprimento das obrigações ou expectativas (Meleis, 1975, cit. por Meleis, 2010). A insuficiência de função pode manifestar-se na assunção de quaisquer novos papéis, sendo que qualquer grupo tem perdas e ganhos nos seus diferentes papéis e em sistemas de apoio. As transições saudáveis foram definidas como o domínio de comportamentos, sentimentos, pistas e símbolos associados a novos papéis e identidades como transições não problemáticas (Meleis, 2010).

Após investigação e explorações teóricas, Meleis identificou quatro grandes categorias de transições que os enfermeiros tendem a estar envolvidos: de desenvolvimento; situacional, saúde-doença e organizacionais. As transições de desenvolvimento incluem transições na maternidade, na menopausa, bem como de envelhecimento. As transições situacionais incluem mudanças na família, mudanças geográficas, alta hospitalar, deslocalização para lares ou residenciais de idosos, falta de casa, experiências próximas da morte, entre outras (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

O impacto das transições relacionadas com a doença nas pessoas e famílias incluem diversas situações de doença, onde se inclui a recuperação pós-operatória, cancro em estado avançado e doença crónica, desmame de ventilação crónica como uma transição no processo de recuperação da doença crítica. As experiências de saúde-doença são profundamente influenciadas pela diversidade cultural, tipos de doenças, e depende do estágio de vida da pessoa em que a transição ocorre. A transição organizacional diz

respeito às mudanças nos ambientes a que pertencem os enfermeiros, como a instituição de novas políticas, procedimentos e práticas (Meleis, 2010).

Durante as transições, há perdas de redes, suportes sociais, objetos com significado e mudanças em objetos familiares. Há também períodos de incerteza que requerem diferentes capacidades e competências. As transições podem marginalizar as pessoas e torná-las mais vulneráveis, vivendo com os efeitos e consequências das transições que podem ser exacerbadas nas populações marginalizadas. Os problemas transicionais podem resultar da incapacidade de separar das identidades passadas e formas de funcionamento. Os problemas podem também resultar da incapacidade de tomar decisões ou de viver através de períodos de ajustamento (Golan, 1981). O **suporte social**, atributo das relações interpessoais, é, no seu sentido mais amplo, um carinho mútuo, o processo de cuidar entre duas ou mais pessoas (Shumaker & Brownell, 1984; Tilden, Hirsch & Nelson, 1994).

As transições são multidimensionais e os significados associados com as mesmas são importantes em formar a intensidade e a natureza das consequências que as pessoas experienciam. Compreender as experiências envolvidas nas transições requer a descoberta das pessoas no contexto dos seus outros significativos, familiares, amigos ou colegas de trabalho. Também inclui a descoberta de significados relacionados com as experiências de transição na sociedade particular, bem como as forças facilitadoras e constrangedoras que facilitam ou dificultam os indivíduos em alcançar transições saudáveis. Trata-se de um processo dinâmico que inclui diferentes processos, construídas durante a aprendizagem e aquisição de perícia (Schumacher, 1995, cit. por Meleis, 2010).

Meleis & Trangestein (1994) definiram como objetivo primário da missão de enfermagem ajudar as pessoas a alcançar transições saudáveis para alcançar resultados saudáveis. A Enfermagem foi definida como a arte e ciência de facilitar a transição da saúde e bem-estar das populações. É o estar preocupado com o processo e as experiências dos seres humanos, passando pelas transições em que a saúde e bem-estar percebida é o resultado.

Exemplos de áreas de conhecimento a desenvolver, identificadas por Meleis (1993, cit. por Meleis, 2010), são, por exemplo, o conhecimento relacionado com os processos e experiências de seres humanos que passam por transições; a natureza da emergência de padrões de vida que resultam de transições; a natureza de ambientes que suportam ou dificultam transições saudáveis; bem como os modelos que poderiam ser usados para

prevenir transições pouco saudáveis, para aumentar transições saudáveis, ou para promover bem-estar durante as transições.

Identificar as *transições* como uma preocupação central para a enfermagem e desenvolver estruturas coerentes para descrever a transição pode ser o impulso para descobrir os mecanismos usados por populações diversas para experienciar mudanças diferentes nas suas vidas que têm consequências na saúde- doença (algumas são saudáveis e outras não), e para desenvolver o conhecimento sobre intervenções de enfermagem que facilitam a experiência de transição e promovem o *coping* saudável e a cura (Meleis, 2010).

Dado o facto de os enfermeiros cuidarem e considerarem as pessoas seres psicossociais, para realizar diagnósticos e intervenções apropriadas, é imperativa a capacidade de compreender o seu comportamento. A proximidade das pessoas cuidadas dá aos enfermeiros uma posição bastante oportuna de avaliar as necessidades biopsicociais da pessoa durante os períodos de transição de papéis. Permite ainda, prestar as intervenções necessárias baseadas nas necessidades individuais e privações da pessoa, criadas pelas transições de papéis (Meleis, 2010).

O papel, como um conceito é útil para interpretar o comportamento pessoal em relação aos outros significativos e em compreender o contexto no qual o comportamento tem lugar. A teoria do papel realça a noção de que o comportamento humano não é um simples assunto de reação estímulo-resposta, mas o resultado de uma interação complexa entre o ego e a sociedade. Sintetiza a cultura, a estrutura social e o *self* ao considerar a estrutura cultural e social do nível da pessoa (Meleis, 2010).

A escola de pensamento da teoria do papel, adotada por Meleis (2010), concebe o papel como decorrente da interação com atores num sistema social. Para esta perspectiva, o papel emerge numa reciprocidade designada, na qual uma interação ou uma mudança social ocorre e é vista em termos de outros papéis relevantes. O papel elegido pelo ator é derivado destas ações voluntárias que são motivadas pelos retornos esperados e, de facto, recebidos por outros. O papel assumido pelo interativo numa dada situação é validado quando os outros indicam aceitação dessa alocação de papéis (Meleis, 2010). Nos *blogues* , esta aceitação passa pelas leituras e comentários dos outros *bloguistas* , eventualmente, seus seguidores.

As transições de papel requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere o seu comportamento e assim, mude a sua definição de si no seu contexto social. No que diz respeito às transições de desenvolvimento, são encontradas no curso normal de crescimento e desenvolvimento diversas transições de papel, que devem ser consideradas

pela equipa de saúde. As mudanças recíprocas devem ser antecipadas, exploradas e consideradas quando os planos de intervenção estão a ser concebidos (Meleis, 2010).

Sobre as transições situacionais, estas envolvem a adição e subtração de pessoas numa constelação pré-existente de papéis e complementos, cuja situação requer definição e redefinição de papéis envolvidos nas interações (Meleis, 2010).

Quanto às transições saúde-doença, estas incluem mudanças de papel súbitas, que resultam da mudança de um bem-estar para uma doença aguda; mudanças graduais de papel de bem para doente (a qualidade desta transição é bastante distinta das mudanças súbitas e papel, pois a sua gradualidade permite tempo para incorporação gradual do comportamento e sentimentos do novo papel); mudanças de papel de doente para bem-estar; transição de papel repentina ou gradual de bem-estar para doença crónica. Cada uma desta transição de papel deveria ser considerada em termos de pares de papéis ou no contexto de um sistema. Para fins de saúde, todavia, a pessoa doente não pode ser considerada como uma unidade isolada, mas as mudanças na sua condição devem ser exploradas e consideradas em termos da sua relação numa rede com outros significativos (Meleis, 2010).

A pessoa vive a perda de uns papéis e o ganho de outros (Meleis, Swendsen & Jones, 2010). A *aquisição de um papel* pode ser manifestada nas mudanças de uma constelação diádica a triádica numa situação como o nascimento de uma criança. A *perda de papel* é ligada à perda de uma pessoa ou de uma contradição (Davis, 1963, cit. por Meleis, 2010), como é por exemplo o caso de uma amputação, ou uma mastectomia.

Já a *insuficiência de papel* quando há perceção inadequada pelo próprio e/ou por outros significativos, e o comportamento e sentimentos associados com tal perceção nas situações de mobilização para dentro ou para fora dos papéis num sistema social, adições voluntárias ou involuntárias ou terminações de papéis com ou sem mudanças noutros papéis, bem como na terminação concomitante de um papel ou conjunto de papéis e início de um novo papel ou conjunto de papéis. A *insuficiência de papel* pode também resultar de uma definição de papel pobre, das relações da dinâmica interna do papel, ou simplesmente por falta de conhecimento dos comportamentos do papel, sentimentos e objetivos. Por outro lado, uma pessoa pode possivelmente recusar desempenhar totalmente um papel específico. Deste modo, um papel que uma pessoa decide assumir deriva da sua ação voluntária motivada pelas recompensas esperadas e alcançadas, que deriva dos reforços apropriados e da clareza do papel. Contrariamente, a insuficiência voluntária de papel pode ser demonstrada de formas variadas, como: ansiedade,

depressão, apatia, frustrações, tristeza, impotência, infelicidade e/ou agressão e hostilidade, o que impede a pessoa de manter saúde, bem-estar e a sua adaptação confortável à transição do papel (Meleis, 2010).

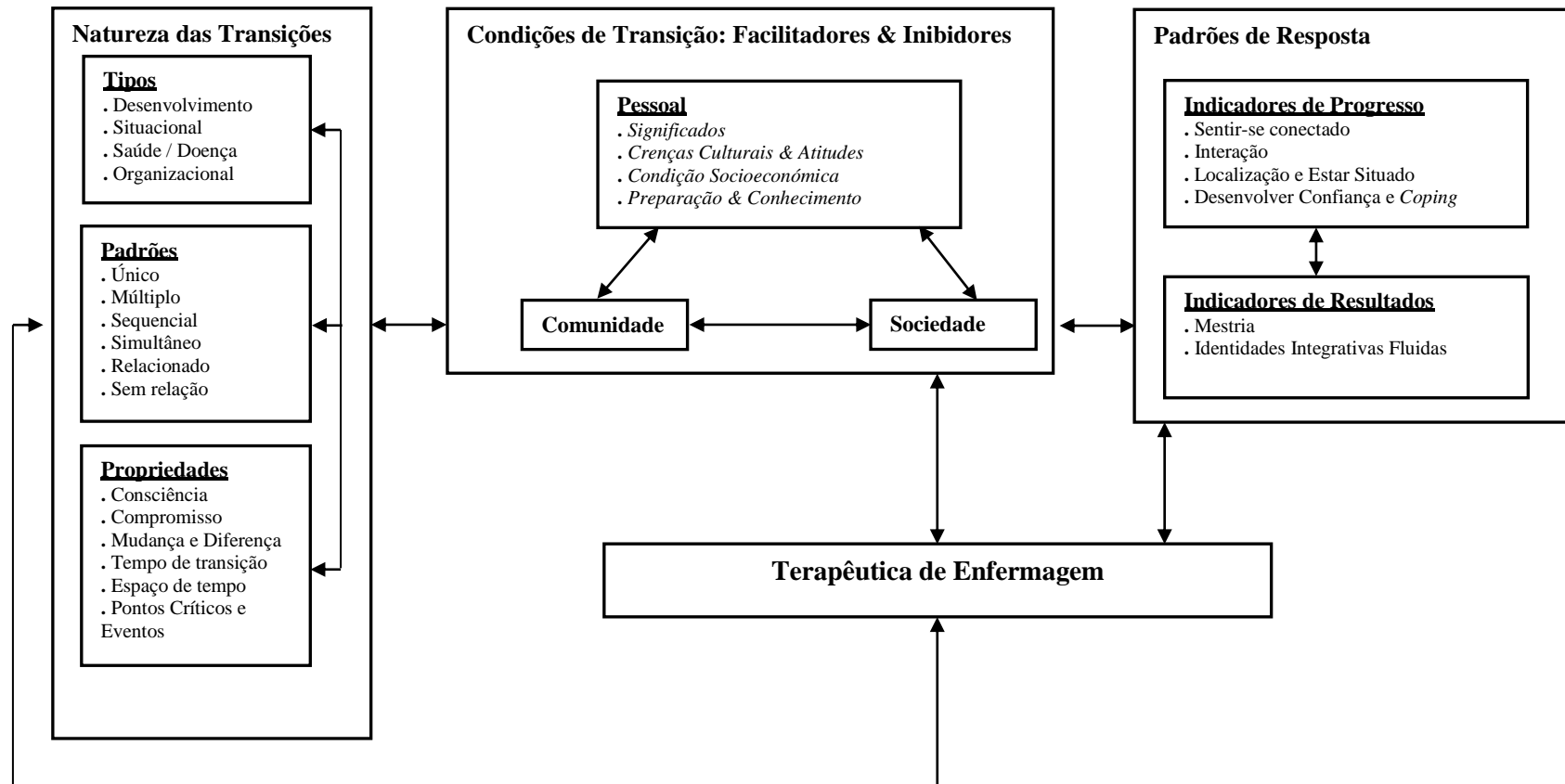
As mudanças ocorridas ao longo das diferentes fases transicionais da pessoa, com perdas, ganhos e insuficiência de papel conduzem à *suplementação de papel*, definida como qualquer processo, através do qual a insuficiência de papel ou a insuficiência potencial de papel é identificada pelo titular do papel e outros significativos e as condições e estratégias da clarificação e assunção do papel são usadas para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica para reduzir, melhorar ou prevenir a insuficiência de papel (Meleis, 2010).

Uma característica importante da transição é que é essencialmente positiva. A realização de uma transição implica que a pessoa atingiu um período de uma estabilidade relativa maior que a que tinha anteriormente (Meleis, 2010).

A teoria de médio alcance de Meleis é representada esquematicamente na Figura 1.

O desafio pessoal na vivência da doença oncológica é por si de grande dimensão (Carvalho, 2011), tornando-se processos ainda mais complexos por envolverem períodos de cuidados longos (Büyüktür & Ackerman, 2015). As pessoas com doença oncológica podem vivenciar diversas transições, nomeadamente: transições situacionais, relacionadas por exemplo com os internamentos e altas hospitalares (Weiss et al, 2010), com o regresso ao trabalho após a doença (Son & Lee, 2015), a ida para uma unidade de cuidados (Wennman-Larsen & Tishelman, 2002); transições saúde-doença, como por exemplo o diagnóstico (Meleis et al., 2000; Friesen, Pepler & Hunter, 2002; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012), procedimentos cirúrgicos (Meleis et al., 2000; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al, 2012) e sua recuperação (Carvalho, 2011); Schulman-Green et al, 2012), o conhecimento real do risco para o cancro provocado por uma mutação genética, como é o caso BRCA (Breast Cancer Gene) (Bakos et al., 2008), o início da quimioterapia (Schulman-Green et al, 2012), o fim do tratamento *versus* a sobrevivência (Hébert & Fillion, 2017), o controlo de sintomas (Schulman-Green et al, 2012), o transplante de medula óssea (Büyüktür & Ackerman, 2015) ou uma recorrência da doença (Ekwall, Ternstedt & Sorbe, 2010; Carvalho, 2011; Kim, 2011; Schulman-Green et al, 2012; Sam, 2016), reabilitação e recuperação (Meleis et al, 2000), e as transições no final da vida em cuidados paliativos (Wennman-Larsen & Tishelman, 2002; Larkin, De Caterlé & Schotsmans, 2010).

Figura 1 - Esquematisação da teoria de médio alcance das Transições de Meleis
Adaptado de Meleis et al. (2010: 56)



O estudo correlacional, prospetivo e longitudinal de Weiss et al. (2010), que pretendia identificar preditores e resultados das percepções de pessoas adultas doentes para a sua prontidão para a alta hospitalar, numa região dos Estados Unidos, recorrendo a diversas escalas, verificou que viver sozinho, ensino para a alta (quantidade de conteúdo recebido e a capacidade dos enfermeiros se entregarem no ensino), e a coordenação do cuidado explicaram 51% da variância do score da prontidão para a alta. A idade as pessoas doentes e a prontidão para a alta explicaram 16% da variância das dificuldades no *coping* pós-alta. Uma melhor prontidão para a alta foi preditiva para menos readmissões. As conclusões apontam para que a qualidade da entrega do ensino para a alta tenha sido o fator mais preditivo de uma prontidão para a alta.

Carvalho (2011), num estudo de natureza qualitativa, de carácter descritivo e exploratório, com recurso a 18 entrevistas, procurou estudar o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. A transição saúde-doença tem início com o percurso até ao diagnóstico, assinalado pela presença do medo e da ansiedade, em simultâneo com a realização de exames de diagnóstico para a confirmação do diagnóstico de cancro da próstata. Depois do impacto desta confirmação inesperada pela ausência de sintomas e evolução silenciosa da doença, há respostas carregadas de grande emoção, com início de uma trajetória flutuante até à cirurgia pela incerteza do futuro e o temer das suas consequências. Toma centralidade no processo a consciencialização da situação, o envolvimento na transição, a preparação e conhecimento sobre a doença, mantendo o interesse pela vida. A cirurgia é tida como um momento de crise, pelas grandes transformações na vida da pessoa, como: a presença de disfunção erétil e de incontinência urinária, as alterações no dia-a-dia e a assunção de nova identidade, pela perda de masculinidade. O homem passa a viver com o cancro, com as consequências do seu tratamento, que assume com frequência a centralidade na sua vida. Tais alterações têm como consequência o isolamento, a evitação da vida social e profissional, com alterações na vida conjugal e familiar. As transições são influenciadas pelas crenças de cariz cultural, religioso e erróneo e são dificultadas pelo pós-operatório imediato, pelos tratamentos adjuvantes e desemprego. Acresce ainda os receios com a possível recorrência ou metastização, a possibilidade da permanência e irreversibilidade da disfunção erétil, da perda de urina em locais não desejados. A fragilidade e a vulnerabilidade da vida vão sendo vividos. Os principais recursos são os amigos, esposa e família, sendo que esta se mobiliza para dar resposta às suas necessidades, em que cada elemento reage de forma distinta e consequentemente desenvolve uma resposta particular.

Com o decorrer das situações, a pessoa toma consciência da imprevisibilidade e longevidade da doença, o que traz perturbações psicológicas. Os sentimentos emergentes são o isolamento, a revolta, a impotência, ansiedade, medo e tristeza, além dos sonhos e esperanças do homem e do casal, que podem ser alterados em termos futuros. A reestruturação pessoal emerge com a integração da doença no quotidiano, com manifestações através do autocuidado, da utilização de novos padrões nas relações sexuais, da adesão e regresso ao bem-estar. O desafio seguinte prende-se com a aquisição de satisfação e prazer na sexualidade apesar da disfunção erétil. O enfermeiro é visto pelos participantes como educador e tem especial relevância no provisionamento de informação.

O estudo qualitativo descritivo de Friesen, Pepler e Hunter (2002) teve o intuito de descrever a experiência de famílias quando um dos membros é diagnosticado com cancro, recorrendo a 30 entrevistas semiestruturadas a adultos doentes e familiares, onde se incluíam crianças com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos de idade. As famílias descreveram um processo de aprendizagem no qual a informação foi colhida, interpretada e partilhada. As famílias aprenderam unidas através da revisão do passado, recolhendo e partilhando informação e a sua experiência de vida com alguém a realizar tratamento para o cancro. Ao revelarem as suas perspetivas pessoais, as pessoas doentes ensinaram as suas famílias sobre as suas experiências de doença e o que constituía suporte efetivo. As conclusões apontam para que a aprendizagem familiar interativa seja um modo de aprendizagem e uma forma de suporte no qual toda a família pode participar precocemente no processo de aprendizagem a viver com cancro.

Bruun, Pedersen, Ooster e Wagner (2010) procuraram investigar as experiências de vida diária de seis filhos após o diagnóstico de cancro da próstata incurável do seu pai, com uma abordagem fenomenológica hermenêutica. Os participantes foram entrevistados três e dez meses após o diagnóstico de cancro. Os resultados mostraram a experiência de preocupação e dilema depois do diagnóstico do pai, em que o filho se adaptou gradualmente à nova situação de vida. A adaptação foi consciente/inconsciente e poderia ser caracterizada como uma transição pessoal, em que há um aumento gradual da consciência da doença, juntamente com as experiências de responsabilidade, proteção e valor relacionado com o ser capaz de gerir. Os dilemas centram-se na tomada ou não de responsabilidade, sendo que uma família sem conflitos é essencial na fase inicial da doença do pai. Os dilemas baseiam-se também no facto dos filhos quererem dar assistência ao seu pai doente, mas terem as obrigações com a sua própria família, os seus

filhos. Foi também verificado as irritações/frustrações dos filhos pelo facto dos pais manterem formas menos eficazes de continuar a sua vida. No início do processo houve uma tentativa de tentar normalizar a vida do dia-a-dia, assim que possível, sendo que o pai estaria conscientemente protegido contra os problemas que lhe poderiam causar preocupação. A condição do cancro deu origem a consequências físicas e sociais para toda a família, sendo que as mesmas foram desafiadas para não pressionarem ninguém em específico ou fazer com que qualquer membro da família se sentisse pior. Foi usada uma adaptação ativa e recorreram à proteção da família no confronto. O estudo mostrou também que o tempo tem um significado bastante influente na aceitação da doença e nas suas consequências. A aceitação da doença envolve novos papéis, novas relações e comportamento diferente em relação ao período anterior à doença. É concluído que os enfermeiros precisam de incluir mais os filhos no cuidado aos pais.

Esbeden e Thomé (2010), no seu estudo qualitativo, procuraram iluminar a experiência de vida como familiares próximos de uma pessoa idosa com cancro, entrevistando 16 idosos. Dos dados emergiram duas categorias principais: as transformações de papel e mudanças de mentalidade. O estudo mostrou que o cancro ativou perceções nos familiares próximos sobre o envelhecimento. O início da doença foi um ponto de viragem, ou seja, a doença destacou que a pessoa doente se tornou idosa e a combinação disto e a doença reforçaram a imagem negativa da idade adulta no geral. Os familiares próximos descobriram que o diagnóstico de cancro foi seguido de mudanças de papel na família. Foram despertados sentimentos de zanga e dúvida e fez com que os familiares próximos parassem e pensassem sobre o que realmente é importante na vida. As conclusões aludem que, com o início de uma doença grave, todos os familiares são bastante afetados e de diversas maneiras, em especial nas mudanças dos seus papéis; sem que, no entanto, estejam preparados para tal. O fenómeno do tempo parece ser bastante significativo para o familiar próximo, embora possa ser percebido de forma diferente pelos profissionais de saúde e pelos familiares próximos.

A experiência de vida em pessoas com recorrência de cancro da mama foi estudada por Kim (2011), que procurou compreender as experiências de vida diárias das pessoas doentes admitidas no hospital com cancro da mama recorrente, com recurso à grounded theory. Foi usada análise comparativa consistente, tendo sido verificado que as pessoas com cancro da mama recorrente experienciam *uma coexistência de sofrimento da morte e medo de morrer*. A condição causal deste resultado foi determinada pela resposta da pessoa à recorrência do cancro (aceitação/desespero), incluindo condições contextuais

como a *experiência prévia com o tratamento do cancro*, a *condição física atual da pessoa doente*, e *os métodos de tratamento para o cancro recorrente*. Condições de intervenção, tais como *um forte desejo de vencer*, *o suporte familiar*, *os provedores de apoio moral*, e estratégias de ação/interação foram encontradas para dar à pessoa doente com uma *força de viver*. Os resultados mostram também que as pessoas doentes com cancro da mama recorrente eram vistas como tendo, em simultâneo, *esperança para a vida e medo de morrer*. O estudo concluiu que, ao prestar-se assistência de enfermagem a pessoas com cancro da mama recorrente, é necessário reconhecer que há uma diferença notável entre as condições contextuais e estratégias interativas. Deve ser prestada uma enfermagem cognitiva adequada que incentive as pessoas doentes a manter um forte desejo de superar as diversas dificuldades de tratamento, bem como enfermagem física, como a gestão de efeitos secundários causados pela quimioterapia.

A revisão da literatura efetuada no estudo de Ferreira et al. (2011) verificou que um *estilo de coping* mais ativo sob a forma de espírito de luta, suporte social, autocontrolo, índices favoráveis de otimismo e dimensão espiritual presente, induzem padrões de respostas mais adaptativas.

O estudo de Ekwall, Ternstedt e Sorbe (2010) procurou elucidar as experiências das mulheres em viver com o conhecimento de ter recorrência de cancro do ovário, na Suécia. Com base na perspetiva de vida do mundo com recurso ao método descritivo fenomenológico, foram entrevistadas doze mulheres que estavam a fazer ou que tinham terminado quimioterapia, 5 a 10 meses após terem tido conhecimento da recorrência. As experiências destas mulheres são descritas através de três constituintes chave: ser negado um futuro e simultaneamente ter esperança de ser capaz de atrasar o avanço do cancro, sentir-se alienado de si próprio e do ambiente, e ser responsável. Os constituintes chave foram integrados na estrutura de *viver no limbo*. As mulheres viviam no limiar do desconhecido. A vida destas mulheres mudou profundamente e a morte tornou-se numa ameaça mais forte do que havia sido no passado. Elas estavam a preparar-se tanto para a continuação da vida como para a morte. O *viver no limbo* pode ser descrita como uma fase da transição de saúde-doença caracterizada pela solidão. A posição vulnerável e a luta existencial destas mulheres devem ser uma preocupação da enfermagem, sendo que o diálogo sensível é essencial nestes casos.

De modo a descrever as experiências de autogestão e de transição entre mulheres com cancro do ovário, Schulman-Green et al. (2012) realizaram um estudo descritivo e interpretativo, com uma amostra intencional de dez mulheres com cancro do ovário, com

recurso à entrevista para a recolha de dados. Os resultados indicam que as participantes se organizaram para aumentar o seu sentido de controlo e para se autodefenderem. Os seus cuidados foram geridos passo a passo para prevenir a opressão. As transições comuns foram o diagnóstico, a cirurgia e recuperação, o início da quimioterapia, gestão de sintomas, e recorrência. As transições foram desafiadoras, mesmo que tenham sido experienciadas previamente. Embora manifestem ter relações de confiança com os médicos assistentes, os constrangimentos de tempo nas consultas, as diferentes opiniões nas opções de tratamento e os problemas de navegação no sistema de saúde inibiram a autogestão nas transições. Como facilitadores nas transições foi mencionado a grande relevância de terem parceiros na autogestão, sendo estes os familiares e os clínicos. A família é relatada como importante na ajuda da obtenção de informação e na tomada de decisão, embora a última palavra fosse da pessoa doente. A capacitação dada pela família e pelos clínicos foi também um fator chave da autogestão, pois alguns participantes estavam renitentes à autogestão por não terem tido ainda encontrado a sua voz. Os investigadores concluíram que a abordagem de autogestão de um passo a passo é algo ilusório, uma vez que as mulheres enfrentam diversas transições em simultâneo. A curta trajetória do cancro do ovário deixa pouco tempo entre as transições e uma consciência da mortalidade. As mulheres são forçadas a enfrentar rapidamente os objetivos de cuidado, o que pode afetar a sua capacidade de autogestão. Estas mulheres precisam de suporte clínico e social para priorizar e gerir as transições. Introduzir cuidados paliativos num período curto após o diagnóstico poderia facilitar a antecipação e ajustamento das mulheres às transições.

De modo a explorar a relação entre o stress psicológico, a perceção sobre a doença, e o receio da recorrência do cancro entre sobreviventes de cancro ginecológico, bem como para testar se esta relação difere pela idade, raça, condição de sobrevivência ou duração da sobrevivência, Sam (2016) realizou um estudo exploratório descritivo, juntamente com uma pesquisa na web, com recurso a técnicas estatísticas para análise dos dados. Os resultados evidenciam que os níveis de stress psicológico, receio de recorrência do cancro e perceção sobre a doença eram mais elevados entre sobreviventes precoces e entre os mais novos. Contudo, estes níveis eram ligeiramente inferiores entre não brancos do que em brancos. A perceção sobre a doença e a duração da sobrevivência eram melhores preditores para o stress psicológico entre os participantes brancos. A perceção da doença isolada foi o melhor preditor para o stress psicológico entre não brancos. Tais dados levaram a autora a concluir que o receio de recorrência da doença e a perceção da doença

desempenham um papel no stress psicológico experienciado pelos sobreviventes de cancro ginecológico. Apesar da perceção da doença estar correlacionada com o stress psicológico entre os sobreviventes de outros cancros, este estudo mostra que a perceção da doença tem também um papel no stress psicológico de sobreviventes de cancro ginecológico. Apesar dos não brancos experienciarem de forma diferente dos brancos, este resultado deve ser interpretado com cautela devido ao pequeno número de participantes não brancos.

O estudo de Bakos et al. (2008) procurou explorar a perceção de risco de cancro e a experiência de ser uma mulher com mutação negativa numa família com mutação BRCA1/2 conhecida. Com um desenho de estudo qualitativo descritivo, com uma amostragem por conveniência de 13 mulheres, com recurso à entrevista telefónica semiestruturada, emergiram dos dados as seguintes ilações: racionalidade para o envolvimento inicial no estudo imagiológico da mama; racionalidade para a participação contínua; experiência de viver numa família de múltiplos casos; perceção do risco: o significado pessoal de condição de mutação negativa, opiniões sobre a etiologia do cancro e padrões de comunicação entre membros da família com mutação negativa e com mutação positiva. Os investigadores concluíram que viver numa família com hereditariedade para o cancro da mama e ovário é uma experiência complexa que afeta o funcionamento cognitivo, emocional e social. As mulheres com mutação negativa podem ter necessidades psicológicas não satisfeitas que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde, principalmente no contexto de cuidados de saúde primários após a divulgação de um resultado genético potencialmente tranquilizador em relação à sua falta de riscos muito elevados de cancro associados com mutações de BRCA1/2.

O estudo prospetivo, de coorte e longitudinal de Brant et al (2016), procurou examinar, em Montana, nos Estados Unidos da América, os sintomas e qualidade de vida, trajetórias nos sobreviventes de cancro da mama e linfoma registados numa intervenção de navegação e sobrevivência e explorar a satisfação da pessoa doente, do cuidador e do prestador de cuidados primários com a receção de um plano de cuidados de sobrevivência. A amostra foi constituída por 67 pessoas com cancro da mama ou linfoma, que recentemente tinham completado o tratamento, 39 cuidadores e 23 profissionais de cuidados primários. Os resultados evidenciaram que os sintomas persistem seis meses depois do tratamento. Os sintomas e os indicadores de qualidade de vida com pior intensidade foram a energia, dormir, *coping* e satisfação com a vida sexual. As pessoas doentes com mais comorbilidades referiram pior qualidade de vida, contactam

telefonicamente o navegador de sobrevivência com mais frequência, e estavam mais satisfeitos com o plano de cuidados de sobrevivência. As pessoas com linfoma reportaram qualidade de vida mais elevada, mas não é significativamente diferente das pessoas com cancro da mama. As pessoas doentes estavam significativamente mais satisfeitas com o plano de cuidados de sobrevivência na fase 1. Os prestadores de cuidados manifestaram grande satisfação com o plano de cuidados. As conclusões indicam que persistem alguns sintomas, mesmo depois do tratamento terminar. As pessoas doentes com comorbilidades têm um risco mais elevado de sintomas mais severos e pior qualidade de vida e podem beneficiar de suporte contínuo. O plano de cuidados de sobrevivência pode facilitar a transição das pessoas doentes para os cuidados primários após o tratamento do cancro.

Com uma abordagem etnográfica, Büyüktür e Ackerman (2015) examinaram num trabalho de campo com 16 meses, nos Estados Unidos da América, as questões informacionais e contextuais para pessoas doentes em transição dos cuidados de especialistas que os conhecerem ao longo de uma parceria longa para clínicos potencialmente menos familiares com as preocupações de cuidados de pessoas com doença crónica. O contexto investigativo é o transplante de medula óssea, especificamente transplantes alogénicos, que envolve risco de complicações crónicas particulares e um processo longo, que requer monitorização próxima de especialistas em transplante de medula óssea durante pelo menos um ano depois do procedimento. A colheita de dados foi feita com recurso a observação não participante, entrevistas semiestruturadas e entrevistas informais, tendo os dados sido analisados com recurso aos métodos da grounded theory num processo iterativo. Centrando-se nos resultados que reportam as transições das pessoas doentes, o estudo revela que há grande complexidade no transplante de medula óssea, cujo processo de transição é significativamente prolongado, envolvendo uma série de eventos. As pessoas doentes enfrentam grandes alterações físicas decorrentes da quimioterapia em altas doses e corticoterapia, chegando mesmo a ser referido uma mudança de personalidade decorrente das experiências vividas. A família é vista como o grande suporte destas pessoas neste longo caminho. O processo de transição para os cuidados primários pode também ser bastante variável, não havendo um ponto específico no processo de transplante onde a transição por si começa, especialmente porque o caso de cada pessoa é único. Aspectos como os sentimentos da pessoa ou a prontidão da pessoa ou as complicações que possam surgir podem atrasar a transição. As pessoas doentes e os seus cuidadores desempenham um papel crucial no processo de transição, pois esta envolve também a sua preparação para que tenham um

papel ativo no cuidado. A informação fornecida de forma contextualizada tem um cariz essencial na facilitação da transição.

Para descrever as transições experienciadas pelos cônjuges cuidadores do género masculino de mulheres com cancro da mama, bem como as estratégias usadas por estes para lidar com estas transições e examinar os fatores relacionados com a sua qualidade de vida, Duggleby et al. (2015) realizaram, em Alberta no Canadá, um estudo transversal, transformacional, com abordagem multimétodo, com 105 díades de cônjuges masculinos e suas parceiras femininas com o diagnóstico de cancro da mama no estágio I – III. Os resultados apontam para que a qualidade de vida dos cônjuges masculinos seja positivamente influenciada pela esperança e negativamente pelos *scores* de culpa do cuidador e pelo método de lidar com as suas transições *fazendo o que precisa de ser feito*. Apesar de alguns cônjuges não perceberem qualquer mudança após o diagnóstico das suas mulheres, muitos descreveram transições significativas, incluindo mudanças nos seus papéis e responsabilidades (como fazer mais atividades domésticas e tornar-se cuidador), bem como na sua saúde mental, com sentimentos de medo, tristeza e incerteza. Os recursos utilizados centraram-se em manter a esperança e uma abordagem positiva e *fazer o que é preciso fazer*, ou focar-se nas tarefas de cuidado essenciais. As grandes influências nas suas transições foi a trajetória de doença das suas mulheres, o processo de tratamento e a sua própria atitude e abordagem. Foi também referido que suporte adicional às suas esposas, como o acesso a informação e recursos, teria ajudado, enquanto que outros referiram que nada os teria ajudado. As conclusões reportam que os cuidadores com elevada qualidade de vida apresentam *scores* de maior esperança e de culpa do cuidador mais baixos. Foram reportados *scores* de qualidade de vida mais baixos se lidarem com as transições adotando o *fazer o que precisa de ser feito*. As estratégias de suporte destes homens deveriam incluir sempre a promoção da esperança, a redução de sentimentos de culpa e o incentivo destes cuidadores se envolverem mais no apoio das suas companheiras.

Com o mesmo enfoque, Montford et al. (2016) procuraram explorar a experiência de transição dos cônjuges masculinos de mulheres com cancro da mama (estádios I-III), através da análise de dados qualitativos do estudo com abordagem multimétodo de Duggleby et al. (2015). Participaram 91 indivíduos, que preencheram um inquérito aberto, cujos dados foram depois sujeitos a análise qualitativa. Os autores verificaram que as experiências dos participantes foram interpretadas no contexto físico e psicológico das experiências das suas parceiras. Verificaram-se mudanças na saúde psicológica, com

manifestação de tristeza, incerteza, preocupação e medo. As suas preocupações centravam-se na condição e saúde das suas mulheres, nos seus filhos, experienciando medo da sua morte, ou mesmo culpa por se sentir egoísta por tal estar a afetar tanto a sua vida. As mudanças de papel e nas relações centram-se o desempenho de mais atividades domésticas, mudanças na sua vida sexual devido a cirurgias ou a efeitos secundários dos tratamentos, e tornar-se cuidador, com alguma dificuldade na gestão do tempo e redução do seu tempo pessoal. Apenas dez participantes referiram haver poucas ou nenhuma mudança nas suas vidas. As experiências de transição dos participantes foram descritas em três processos abrangentes, que não são lineares e que podem ocorrer em simultâneo e estar interrelacionados: a consciência da situação (que envolve a mudança que poderia ocorrer, o estar atento à parceira e aceitar a sua incapacidade para mudar a situação), o fomentar uma abordagem positiva (que inclui fé e espiritualidade e promoção da esperança) e estar envolvido (que significa estar lá, prestar especial cuidado e *fazer o que precisa de ser feito*). As transições foram facilitadas pela comunicação com as suas parceiras e peritos de confiança, pelo acesso a informação de confiança, a redes de suporte, bem como a disponibilidade de recursos socioeconómicos (por exemplo para contratar alguém para ajudar a cuidar).

O regresso ao trabalho após o cancro foi estudado por Mira e Lee (2015) que tiveram como objetivo descrever o regresso à experiência de trabalho de oficiais militares com cancro. Foram realizadas uma a quatro entrevistas a 15 participantes, com recurso à grounded theory para análise dos dados. A principal categoria emergente foi *viver uma nova vida depois de dificuldades duradouras* (sentir-se fisicamente incapaz, ficar distante do centro, sentir-se triste). O processo de regresso foi importante em termos económicos, foi um processo de recuperação, deu segurança psicológica e agiu como diversão. Este processo consistiu em quatro fases sequenciais: caos, formação de pensamentos positivos, práticas comportamentais e reforma. As estratégias de ação (interação usada pelos oficiais militares com cancro para resolver as dificuldades duradouras foram controlar as emoções, aceitar a realidade, priorizar a saúde, esforçar-se para melhorar relações, e procurar futuros trabalhos.

Larkin, De Caterlé e Schotsmans (2010) realizaram um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica para explorar experiências de transição em 100 pessoas com doença oncológica avançada em seis países da Europa (Reino Unido, República da Irlanda, Itália, Espanha, Holanda e Suíça), com recurso a entrevistas semiestruturadas para a recolha de dados. Os resultados apontam para que a transição seja um período

confuso de mensagens misturadas, comunicação pobre e incerteza, mas o ambiente físico do contexto de cuidados oferece um lugar de segurança ontológica que resolve esta questão. Os conceitos de transição não conseguem captar completamente a experiência de cuidados paliativos. Os autores propõem como conceito alternativo *transitório*, apesar de reportarem a necessidade de investigação adicional.

Centrados nas vivências das famílias, Wennman-Larsen e Tishelman (2002) exploraram como os cuidadores familiares raciocinam sobre as suas expectativas de que sejam prestados cuidados em fim de vida numa instituição vocacionada para tal para os seus familiares com cancro, registados em unidades de cuidados paliativos. Foram conduzidas dez entrevistas, em que se recorreu à análise comparativa constante, tendo sido gerados a partir dos dados dois temas principais: a transição de papel para se tornar um cuidador familiar e a transição para uma nova situação de vida do cuidador. Os cuidadores familiares descrevem-se como as pessoas que têm a responsabilidade principal de cuidar dos seus familiares em fim de vida. Verificou-se que estas pessoas têm muitas preocupações sobre a sua própria situação, especialmente em relação a questões temporalmente depois da morte do seu familiar, mas parecem ter poucas fontes de suporte relacionadas com essas preocupações. O suporte profissional é esperado primariamente para tarefas relacionadas com o cuidado; no entanto, podem expressar esperar apoio noutras áreas. A distinção entre recursos, descrita como existindo na teoria, e os usados na prática surgem também na análise das entrevistas. Se a instituição é para ser uma alternativa positiva aos cuidados hospitalares, as expectativas individuais deveriam ser consideradas no plano de cuidados de suporte.

PARTE II

ESCOLHAS METODOLÓGICAS

1. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

Em investigação qualitativa, as questões visam explorar os elementos estruturais, as interações e os processos que permitem descrever o fenómeno e elaborar o conceito (Freixo, 2010). A questão de investigação é, como vimos e de acordo com Rodrigues et al. (2004), a primeira fase analítica na construção de teorias que recorrem à *Grounded Theory*. Esta fase consiste na definição do formato de investigação: o tipo de dados a recolher, onde são recolhidos e como os dados são interpretados de modo a que deem boas respostas às questões de investigação. Este primeiro passo deve ter em consideração que a definição das questões deve ser de modo a que a investigação seja focalizada, mas suficientemente ampla para possibilitar flexibilidade e a descoberta ocasional. Foi então definida a seguinte questão: *Qual o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue?*. De modo a focalizar a investigação, e indo ao encontro do mencionado por Strauss & Corbin (2008), foram definidas questões mais específicas e refinadas, sendo as sub-questões:

- Qual o motivo expresso da criação do blogue?
- Qual a perceção narrada da pessoa com doença oncológica em relação à sua situação de saúde?
- Que recursos refere utilizar para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença?
- Qual a ajuda narrada vivenciada pela pessoa ao longo da doença?
- Quais as formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica?
- Como é construída a rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue?
- Qual a consequência, na pessoa e na sociedade, da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue?

A definição de objetivos permite a delimitação da informação a recolher e permite ponderar a forma como a investigação vai decorrer, bem como a metodologia a adotar (Bell, 1997). O objetivo de um estudo indica a intenção do investigador e constitui um *enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação* (Freixo, 2010: 164). A formulação de objetivos envolve conceitos e propostas derivados do quadro teórico e devem corresponder às questões de investigação

(Flórez & Tobón, 2003; Pozzo, 2017), que constituem o problema de investigação (Flórez & Tobón, 2003). Os objetivos gerais apontam um tipo mais geral de conhecimento que se espera produzir na investigação (Pozzo, 2017), o que se pretende obter com a investigação, precisando a finalidade da investigação quanto às suas expetativas mais amplas, cuja redação é semelhante ao título da investigação (Pérez, 2008; Aguilar & Nunez, 2017). Pérez (2008) sugere que deva ser definido apenas um objetivo geral, pelo que se definiu: *Conhecer o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue.*

Os objetivos específicos são aqueles a serem alcançados para atingir os objetivos gerais, sendo que devem estar ligados entre si (Pozzo, 2017). Representam a operação sistemática do objetivo geral na ação investigativa, propiciando o cumprimento das expetativas originadas nas questões e a sistematização do problema (Pérez, 2008). Além disso, revelam os passos a realizar para alcançar o objetivo geral, mediante a determinação de etapas ou a precisão e cumprimentos dos aspetos necessários para este processo. Derivam do geral e incidem diretamente nos resultados a obter (Aguilar & Nunez, 2017). Assim, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Estudar a motivação para a criação do blogue;
- Estudar a perceção do seu estado de saúde;
- Identificar os recursos e as estratégias para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença;
- Desvelar a vivência da ajuda ao longo da doença;
- Identificar formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica;
- Perceber como é construída a rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue;
- Analisar os efeitos, na pessoa e na sociedade, da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue.

2. PARADIGMA DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa que nos propusemos realizar tem como tema central o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições da pessoa com doença oncológica que tem *blogue*. Pretendemos *conhecer o processo de construção da rede de ajuda da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue*.

A escolha da metodologia a utilizar num determinado estudo depende de vários fatores: dos objetivos do estudo, do tipo de questões a que se pretende responder, da natureza do fenómeno estudado e das condições em que esse fenómeno decorre (Abrantes, 1994). A metodologia proporciona meios para que o investigador empreenda a investigação, não o substituindo (Deshaies, 1997). É neste sentido que Stake (2010) defende que primeiro se deve questionar o que é preciso saber e depois como chegar à sua resposta.

De modo a responder à questão de partida “*Qual o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue?*”, pretendemos conhecer a unidade social e compreender o fenómeno social, em que a realidade é construída pelo sujeito que dá significado ao fenómeno, procurando-se compreender o contexto e/ou o ponto de vista do ator social (Sampieri, Colado & Lucio, 2006).

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cuja característica distintiva assenta na suposição do carácter coerente e organizado dos fenómenos sociais, na qual os indivíduos são concebidos como agentes ativos na construção das realidades sociais (Latimer, 2003; Rodrigues, P., 2012), em que o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo (Freixo, 2010). Por outro lado, a investigação qualitativa assume que “*existem múltiplas realidades – que o mundo não é algo objetivo mas função de uma interação e percepção pessoal. É um fenómeno altamente subjetivo necessitando de ser interpretado em vez de ser medido. (...) Neste paradigma, não há lugar para hipóteses pré-determinadas, nem tão pouco restrições para o resultado final*” (Merriam, 2009: 17). O trabalho qualitativo é, segundo Morse (2007a), fundamental para o desenvolvimento do conhecimento das disciplinas da saúde. Podemos então afirmar que a investigação qualitativa assume um carácter eminentemente descritivo, indutivo e heurístico.

O processo de condução da investigação qualitativa reflete, por vezes, uma espécie de diálogo entre os investigadores e os respetivos sujeitos, dado que estes não são abordados

por aqueles de forma neutra. O principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador, em que este participa no quotidiano dos contextos e das pessoas (Costa, 2001; Turato, 2005; Lessard-Herbert, Goyette & Boutin, 2008; Bogdan & Biklen, 2013), assumindo-se que o comportamento humano é fortemente influenciado pelo contexto. O trabalho qualitativo é, segundo Morse (2007a), fundamental para o desenvolvimento do conhecimento das disciplinas de cuidados de saúde. Os enfermeiros procuram compreender e dar sentido à experiência vivida pelas pessoas que cuidam, entrar no seu mundo e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doença (Thorne, 1997).

Na investigação qualitativa, o ponto de partida para a investigação é uma visão diferenciada, que conduz o analista para uma visão mais diferenciada e abstrata do fenómeno, em que o produto (conhecimento) é *“moldado mas não completamente definido pelo processo através do qual é criado”* (May, 2007: 25). Os métodos qualitativos permitem que os conceitos ou características se desenvolvam à medida que a investigação progride (Turato, 2005; Swanson & Chapman, 2007).

Os dados são recolhidos em função de um contacto com os indivíduos, nos seus contextos ecológicos naturais (Turato, 2005; Bogdan & Biklen, 2013; Miles, Huberman & Saldana, 2014). Por isso, Merriam (2009: 19) faz-nos despertar para o facto de *“o investigador não poder nunca estar ‘fora’ do fenómeno”*. Para além do reconhecimento da perspectiva dos participantes, também é importante atender que a diversidade dos pontos de vista é influenciada pela diferente posição e papel desempenhado na situação (Berger, 1985; Rodrigues, P., 2012). A perspectiva do investigador é refletida, inevitavelmente, na descrição ou justificação de um fenómeno social (Morrow, 1994; Streubert & Carpenter, 2011). Mais do que predizer ou controlar, o investigador procura significados (Burr, 2015), aceitando que existe sempre subjetividade na procura da verdade, não sendo, portanto, única, mas diversas verdades (Streubert & Carpenter, 2011). Procura-se a compreensão das experiências e dos significados que os seres humanos constroem em interação (Fernandes & Maia, 2001), que Morse (2007a: 12) caracteriza como *uma combinação de estratégias para colecionar imagens da realidade*.

Streubert e Carpenter (2011) sintetizam as seis características importantes que têm sido realçadas pelos investigadores qualitativos:

- 1) Uma crença em diversas realidades;
- 2) Um compromisso com a reconhecimento de uma abordagem para perceber o fenómeno estudado;

- 3) A consideração do ponto de vista do ator do estudo;
- 4) Uma conduta de investigação que limita a deturpação do contexto natural do fenómeno em estudo;
- 5) Um reconhecimento da implicação do investigador na investigação e,
- 6) Uma compreensão do fenómeno, relatando-o de forma literária e incluindo os comentários dos intervenientes.

No quadro de referência do paradigma naturalista, a investigação é inevitavelmente concebida como uma atividade social, não podendo ser, por conseguinte, considerada neutra ou destituída de valores. Deve, portanto, ser analisada no sentido de identificar e questionar os valores subjacentes (Merriam, 2009).

A investigação de tendência qualitativa estabelece estratégias e procedimentos que lhes permitem ter em consideração as experiências do ponto de vista do informador. O processo de condução da investigação qualitativa reflete, por vezes, uma espécie de diálogo entre investigadores e os atores do estudo, dado que estes não são abordados por aqueles de forma neutra. O principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador, que participa no quotidiano dos contextos e das pessoas (Costa, 2001; Morse, 2007b; Lessard-Herbert, Goyette & Boutin, 2008; Bogdan & Biklen, 2013), considerando-se que o comportamento humano é fortemente influenciado pelo contexto.

Os dados são recolhidos em função de um contacto com os indivíduos, nos seus contextos ecológicos naturais (Bogdan & Biklen, 2013), no presente estudo a maioria do contacto é virtual e ocorre *nos blogues*. É neste sentido que Merriam (2009) nos desperta para o facto do investigador não poder estar *fora* do fenómeno. É através do contacto *diário* com os participantes que o investigador se consegue aperceber como as pessoas dão sentido e vivenciam as suas vidas, como estrutura o seu mundo social. Importa que o investigador se certifique que está a apreender corretamente a diversidade de perspetivas e sentidos aí existentes (Delgado & Gutiérrez, 1999), que se consciencialize e aceite que faz parte do estudo (Streubert & Carpenter, 2011). Delgado e Gutiérrez (1999: 77) defendem mesmo que o investigador *é o lugar onde a informação se converte em significação (e em sentido), dado que a unidade do processo de investigação, em última instância, não está na teoria nem na técnica – nem na articulação de ambas – mas no próprio investigador*. Acresce ainda que, sendo as pessoas o foco de investigação, são considerados uma espécie de equipa de investigação (Tripp-Reimer et al., 2007).

Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas das situações, acontecimentos, interações entre as pessoas e comportamentos observados; citações diretas das pessoas

sobre experiências, atitudes, crenças e pensamentos, excertos ou passagens inteiras de documentos e história do caso. Interessa compreender a natureza do cenário – qual o seu significado para os participantes, como são as suas vidas, o que se passa com eles, quais os seus significados, como lhes parece ser o seu mundo neste mesmo cenário e na análise ser capaz de comunicar esta crença aos outros que estão interessados neste panorama. O analista deve, pois, esforçar-se por uma compreensão profunda. A investigação qualitativa deve ser entendida como um esforço para compreender as situações na sua unicidade enquanto partes de um contexto particular, assim como as interações que lá se desenrolam (Patton, 2015).

2.1. Grounded Theory

Explorados, compreendidos e aceites os fundamentos da investigação qualitativa, o investigador deve selecionar o método a seguir, que depende do foco de pesquisa e da questão colocada (Streubert & Carpenter, 2011). Entre as diferentes abordagens, consideramos a *Grounded Theory* ser a que melhor poderá dar resposta à questão de partida, por ser usada para estudar ação e interação e o seu significado (Nolas, 2011). O seu objetivo é gerar teoria com base na recolha e análise sistemática e rigorosa dos dados e na orientação do investigador através de um processo indutivo de produção de conhecimento. Trata-se de uma abordagem que tem vindo a ser cada vez mais utilizada nas ciências sociais e humanas (Fernandes & Maia, 2001; Baggio & Erdmann, 2011), aplicadas em muitos campos de investigação com perspetivas diferentes (Holton, 2011), tanto com dados qualitativos como quantitativos, como para diferentes correntes filosóficas (positivismo, interacionismo simbólico, construtivismo, realismo crítico, entre outros) (Walsh, 2015). Tem-se verificado uma evolução da *Grounded Theory*, que levou Glaser (2005) e Walsh (2014) a considerá-la como um *paradigma de investigação*.

As raízes da *Grounded Theory* assentam no interacionismo simbólico, decorrente formação de Strauss (Strauss & Corbin, 2008), que lhe acrescentou o interesse pelos significados dos processos sociais subjetivos, com base no uso da linguagem, emergentes da ação. Glaser, conferiu ao método o processo de codificação, em especial as comparações entre os dados, bem como na pesquisa quantitativa (Charmaz, 2009)

A *Grounded Theory* permite que o investigador desenvolva uma teoria que ofereça uma explicação sobre a principal preocupação da sua área substantiva e como essa preocupação é resolvida ou processada (Scott, 2009; Walsh, 2015). A *Grounded Theory* é

simplesmente a descoberta de padrões emergentes nos dados, é a geração de teorias dos dados (Glaser, 2015), cujo objetivo é identificar uma categoria principal que também emerge dos dados do investigador como explicando esta preocupação principal (Walsh, 2015).

A pesquisa de Walsh (2015), sobre a *Grounded Theory*, levou-a a encontrar diferentes termos associados à mesma, sendo que em vários campos de investigação, é correntemente descrito como uma *técnica*, um *método*, uma *metodologia*, ou um *paradigma*. A autora clarifica os significados de tais palavras defendendo que:

- os *métodos* são os métodos de colheita de dados usados num projeto de investigação, ilustrando a título de exemplo a entrevista é um método qualitativo; enquanto que um questionário é um método quantitativo;
- as *técnicas* são os instrumentos que nos ajudam a dar sentido aos dados, dando como exemplo a análise de *clusters* como uma técnica quantitativa e a análise de texto uma técnica qualitativa;
- a *metodologia* é a combinação particular dos métodos e técnicas de investigação usados num projeto de investigação;
- o quadro/ estrutura (*Framework*) é o conjunto geral de orientações que um investigador pode escolher para seguir num dado projeto, como por exemplo investigação-ação ou estudo de caso;
- o *paradigma* é o sistema de crenças e práticas partilhadas por um grupo de investigadores (Walsh, 2015).

O termo *Grounded Theory* descreve em simultâneo tanto o processo de investigação como o resultado final – nomeadamente uma nova teoria que é empiricamente fundamentada nos dados (Walsh, 2015). A *Grounded Theory clássica* não é considerada uma metodologia de investigação qualitativa, mas antes uma *metodologia geral para o desenvolvimento de uma teoria usando todo o tipo de dados* (Glaser & Strauss, 2012), que é ontologicamente e epistemologicamente flexível (Holton, 2015). Para esta autora, a *Grounded Theory* é mais do que uma metodologia, é o seu próprio paradigma, um paradigma prático da geração da teoria emergente como descoberta nos dados empíricos (Holton, 2015). Já Levina (2015) defende que a *Grounded Theory* é um paradigma em termos do que enfatiza em relação a outros paradigmas de pesquisa social, uma abordagem à pesquisa que privilegia o contexto (fenómeno) sobre a teoria académica *à priori*.

O termo *processo*, inerente a uma metodologia qualitativa e à *Grounded Theory*, pretende

entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta (Turato, 2005) e desenvolver teorias relativas a um fenômeno (Morse & Field, 1995).

A teoria é construída com base num conjunto de procedimentos de conceptualização e no estabelecimento de relações plausíveis entre os conceitos e conjunto de conceitos. Procura-se a criação da teoria sobre os padrões de ação e interação entre vários tipos de unidades sociais, sobre os processos decorrentes das mudanças ao fenômeno em estudo, sendo por isso informada por um modelo paradigmático (Strauss & Corbin, 2015). São especificadas as consequências e condições particulares do fenômeno, tornando-se preditiva, pois caso ocorram condições semelhantes, podem ocorrer consequências idênticas (Fernandes & Maia, 2001). Há ligação entre teoria e método e união entre conceitos e dados, cuja natureza e conceptualização mantêm o trabalho em aberto, em vez de o forçar num sistema fechado (Charmaz, 1995). Tal resume-se a procurar padrões de comportamento que explicam a preocupação principal e depois é dada designação aos padrões, sendo que estes são o que as pessoas fazem para resolver as suas maiores preocupações (Glaser, 2015).

Strauss e Corbin (2015) defendem que teorizar é um ato de construção. Esta perspetiva, na qual nos revemos, baseia-se no pressuposto construtivista de que *o conhecimento científico do mundo não reflete diretamente o mundo tal como ele existe externamente ao sujeito conhecedor, mas é produzido ou construído pelas pessoas e dentro das relações históricas, sociais e culturais* (Henwood & Nicolson, 1995, p. 109). Esta perspetiva considera a ciência como uma construção de modelos explicativos para a realidade e não uma representação da própria realidade. O construtivista exige que a investigação guie, permita a definição e modificação de axiomas, postulados, definições e demonstrações (Chauí, 2000).

Os dados têm como centro a construção humana, manutenção e mudança de significado como processos inerentemente sociais. Estuda-se interpretação, interação, ação, estrutura e processo em contextos naturais com seres humanos reais. Considera-se a multiplicidade de realidades criadas socialmente pelas pessoas, em que há recriação da realidade através dos dados (Charmaz, 1995). O desfecho deste processo culmina numa teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos encontrados, principalmente em relação a fenómenos específicos (Strauss & Corbin, 2015).

A *Grounded Theory* está presente na vida diária de todos, pois conceptualizamos padrões e agimos em função dos mesmos (Glaser, 2015). A abordagem construtivista assume que as pessoas criaram e mantiveram um mundo com significado através de processos

dialéticos e conferem significado às suas realidades e agem com eles. É reconhecida a natureza interativa tanto da recolha como da análise dos dados (Charmaz, 1995).

A *Grounded Theory* é assim considerada como a reconstrução do investigador da definição construída pelos participantes e resolução da situação, pelo que deveria ser reconhecível imediatamente pelos participantes do estudo (Milliken & Schreiber, 2001).

A *Grounded Theory prova-se a si mesma por ser a teoria fundamentada do método*⁴ (Glaser, 2015: 594).

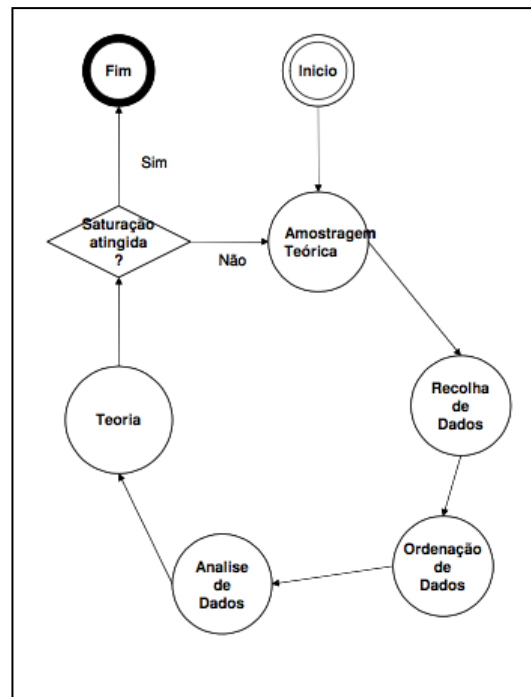
O desenvolvimento das histórias de doença e a reconstrução das vidas das pessoas pode ser um produto da interação com o investigador, em que há aproximação da experiência vivida. Este assiste aos detalhes da rotina do dia-a-dia, que levam a acontecimentos ou mudanças, e depois estuda as consequências desses acontecimentos. Há entrada no mundo intersubjetivo dos participantes do estudo, desenvolve-se relação com os mesmos, há aproximação de uma voz interpretativa à sua experiência, em que é feita uma projeção da nossa interpretação como uma entre outras interpretações potenciais ou atuais. São simbolizadas interações, vê-se e discute-se como as variedades de estado têm impacto na vida das pessoas (Charmaz, 1995). A relação com o participante não implica necessariamente uma relação face a face, pode também estabelecer-se com a escrita dos participantes (Charmaz, 1995), como se verifica no conteúdo dos *blogues*.

Consideramos que o nosso estudo se enquadra no desenvolvimento de uma *teoria substantiva*, em que o conhecimento é construído a partir de interações sociais, da informação e compreensão das ações humanas. A construção desta teoria advém da formação de um esquema explicativo, através dos conceitos emergentes dos dados, com categorias bem desenvolvidas, sistematicamente integradas através de declarações de relações, formando uma estrutura teórica que explique os fenómenos, neste caso de Enfermagem (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2015).

⁴ *Grounded Theory proves itself by being a Grounded Theory of the method* (Glaser, 2015: 594).

Fundamental para o paradigma **Figura 2 - Processo Interativo da Grounded Theory** conceptualista da *Grounded Theory* são os princípios de *emergência*, *amostragem teórica* e *comparação constante*. O princípio da *emergência* requer que o investigador se mantenha aberto ao que é descoberto empiricamente na área em estudo, livre de ideias pré-concebidas baseadas nos interesses de investigação pessoais e profissionais ou de marcos teóricos extraídos da teoria existente. A *amostragem teórica* é o processo de colheita de dados, no qual o investigador conjuntamente recolhe, codifica e analisa os dados, tomando decisões sobre que dados colher e onde encontrar esses dados com base numa população não pré-

Fonte: Rodrigues et al. (2004) : 4



definida, mas sim em ideias teóricas emergentes. Desta forma, é assegurado que a teoria emergente é fundamentada nos dados, não uma teoria existente, e a teoria é conceptualmente elaborada em vez de logicamente deduzida (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2009; Dantas, Leite, Lima & Stipp, 2009). O terceiro princípio, *comparação constante*, implica que os dados sejam continuamente comparados com dados previamente colhidos e analisados à medida que o investigador procura por semelhanças e diferenças. Cada incidente empírico é analisado para ver se os dados suportam, e continuar a apoiar conceitos emergentes. A análise e conceptualização dos dados são, assim, incorporados através da permutabilidade de indicadores empíricos encontrados dentro dos dados para a integração teórica e a emergência de uma teoria (Glaser, 1965).

Rodrigues et al. (2004) identificaram na literatura cinco fases analíticas, não necessariamente sequenciais, na construção de teorias recorrendo à *Grounded Theory*:

1. Questão de Investigação;
2. Recolha de dados;
3. Ordenação de dados;
4. Análise de dados;
5. Comparação com a literatura.

Estas fases são ilustradas na Figura 2, onde se pode também ver a interligação entre as diferentes fases.

Embora a revisão da literatura não seja imperativa aquando da realização do projeto, optou-se por realizá-la com uma perspetiva de que a mesma fosse coadjuvante durante a colheita e análise dos dados, bem como na condução da procura de informações na literatura. No entanto, tivemos a noção da sua limitação para que não nos influenciasse na descoberta dos fenómenos emergentes dos dados (Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2009).

A natureza dos dados leva o investigador a métodos comparativos, que por sua vez o conduzem à redefinição dos conceitos e a cobrir uma vasta gama de observações através desses conceitos. A natureza autocorretiva dos dados também serve para redefinir os conceitos e assim, torná-los mais precisos e consistentes com interpretações da experiência vivida (Charmaz, 1995). A justificação para o tipo de dados necessários decorre dos requisitos da amostragem teórica (Fernandez, 2015).

A análise começa com os significados, intenções e ações dos participantes, que são muito menos propensos a forçar os dados em categorias pré-concebidas. A interpretação social do investigador deve ser construída no seu significado, refletindo as suas preocupações disciplinares, teóricas e biográficas, além das estratégias metodológicas e decisões práticas como quando observar e quanto tempo ficar no terreno (Charmaz, 1995).

A geração de conceitos decorre do processo de codificação, ou seja, a categorização dos fenómenos indicados pelos dados, cujo produto são os conceitos, os blocos base usados na construção de uma teoria com recurso à *Grounded Theory*. Este processo tem inerente a aplicação do método comparativo, em que os dados são questionados e comparados. Inicialmente é feita uma organização dos dados com recurso a perguntas simples (o que, onde, como, quando, quanto, entre outras), depois é realizada a sua comparação com agrupamento de atividades idênticas com a mesma designação. A categorização é o processo de agrupamento de conceitos num nível mais elevado e abstrato (Rodrigues et al., 2004). Esta fase exige o exercício do pensamento criativo, em que o investigador deve ter a capacidade de retroceder e analisar as situações de forma crítica e reflexiva, ter sensibilidade às palavras, às ações dos participantes e perceber as tendências apontadas pelos dados, ter a capacidade de pensar o abstrato, ser flexível e aberto a críticas, e interpretar os dados indutiva e dedutivamente (Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2009).

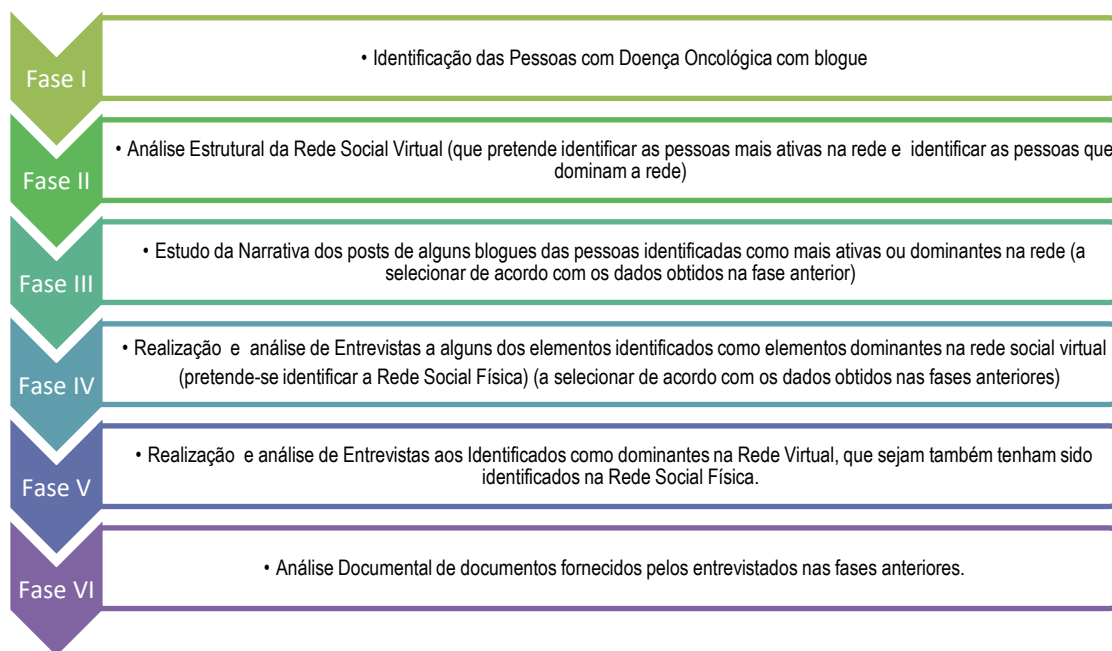
3. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

O Percorso de Investigação inclui as *Fases do Estudo*, bem como as *Fontes de Dados*, onde se faz referência à *investigação online: os blogues como fontes de dados* e à *entrevista*.

3.1. Fases do Estudo

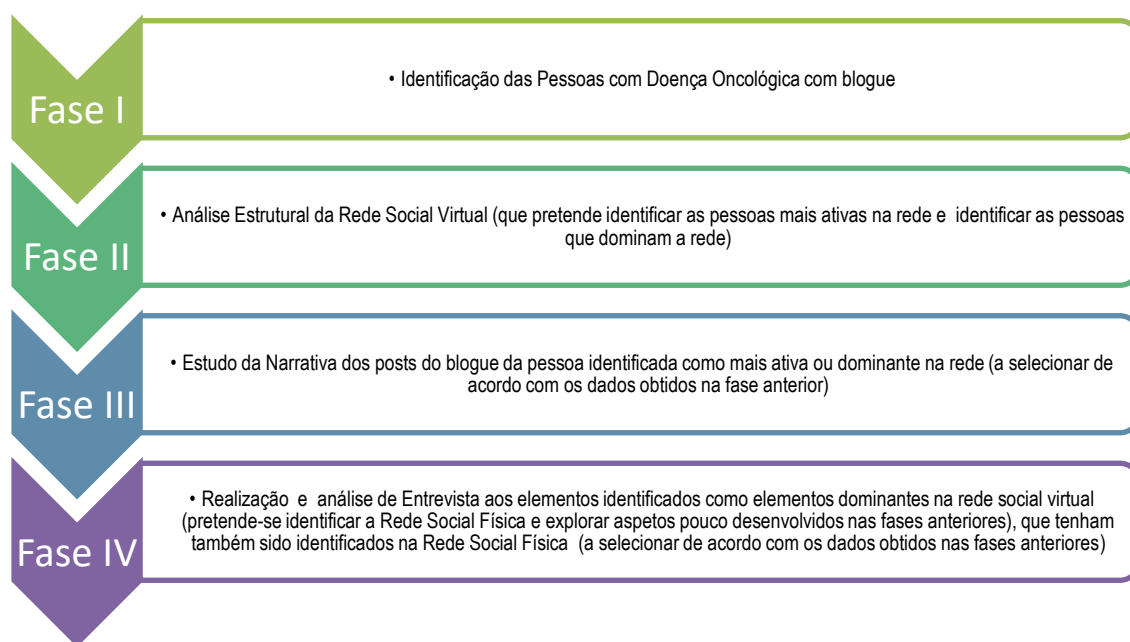
Definidos os objetivos da investigação, importa desmultiplicá-los até à concretização em tarefas precisas, bem definidas, articuladas e calendarizadas (Carmo & Ferreira, 2008). O desenho de investigação é um plano lógico organizado e usado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação (Freixo, 2010). Em investigação qualitativa pode ser estabelecido um plano, que é flexível e evolui à medida que se familiarizam com o ambiente e com os dados, pois é o próprio estudo que estrutura a investigação. O planeamento é efetuado ao longo de toda a investigação, no decurso da análise dos dados. Tradicionalmente, o plano é considerado o produto final da fase de planeamento da investigação (Bogdan & Biklen, 2013). Aquando da realização do projeto de investigação, estabelecemos seis fases para o desenvolvimento do estudo, que permitiram dar resposta às questões do estudo (Figura 3).

Figura 3 - Fases planeadas para o desenvolvimento do estudo



Com o decorrer do trabalho, e fruto da combinação da recolha de dados com a sua análise, através do método comparativo constante (Glaser & Strauss, 1967), verificou-se que as fases não ocorreram de forma tão estanque, havendo mesmo algumas alterações, sendo que o que efetivamente acabou por suceder foi que os dados nos levaram a concluir que a pessoa dominante da rede social e física era a mesma. Depois da realização da entrevista, verificou-se que a análise documental não seria pertinente nem acrescentaria nada aos dados. Neste sentido, o estudo ficou com quatro fases (Figura 4).

Figura 4 – Replaneamento das Fases para o desenvolvimento do estudo



3.2. Fontes de Dados

Decidido e apontado o tema, definidos os objetivos geral e específicos, realizada alguma revisão da literatura, determinadas as questões geral e sub-questões, bem como a orientação metodológica, considerou-se a estratégia de recolha da informação (Streubert & Carpenter, 2011), ou seja, as fontes dos dados. De modo a dar resposta às questões definidas e a cumprir os objetivos do estudo, e decorrente dos dados recolhidos ao longo do estudo, considerámos o conteúdo dos *blogues* e a entrevista como as estratégias pertinentes.

3.2.1. A investigação online: os blogues como fontes de dados

A investigação na Internet não tem relação direta aparente com a prática. Esta desconexão entre prática e investigação cria uma dificuldade significativa em responder à questão *o que é que o sujeito de investigação beneficia com a investigação*. A dificuldade pode ser ultrapassada através de uma abordagem social construtivista para o desenvolvimento da Internet que reconhece o contributo dos utilizadores para a formação da tecnologia como um novo meio de comunicação (Bakardjeva, Feenberg & Goldie, 2004), que para o recurso dos blogues na investigação em enfermagem poderá ser traduzido numa nova abordagem de prestação de cuidados de enfermagem.

Importa que os enfermeiros que planeiam usar a comunicação mediada por computador para a educação, suporte ou investigação, compreendam como as pessoas usam a Internet no seu dia-a-dia e o que consideram apelativo ou frustrante. Esta informação pode efetivamente ajudar os enfermeiros a desenhar intervenções baseadas na Web que têm uso prático, enquanto consideram as limitações potenciais associadas com a Internet (Dickerson & Feitshans, 2003). A este respeito, Cudney e Weinert (2000) argumentam que o ciberespaço é um meio contemporâneo para a prestação de cuidados de enfermagem. Já Ball, Douglas e Lunin (1988) haviam sugerido a CARE, cuja sigla significa *Care, Administration; Research and Education*, como referencial teórico para a informática de enfermagem. Estes autores defendem que a informática é o mecanismo pelo qual os cuidados de saúde desenvolvem as capacidades da tecnologia, com as suas ligações e funcionalidades integradas. Todavia, os enfermeiros investigadores tendem a demonstrar alguma lentidão na adoção virtual de espaços sociais como contextos de investigação ou esta nova tecnologia como método de colheita de dados (Im & Chee, 2004).

Os investigadores em enfermagem defendem que a Internet pode facilitar a colheita de dados quantitativos; gerar dados qualitativos ricos e detalhados, aprimorar as relações entre investigador e participante, bem como o suporte de grupos de doentes pouco estudados (Duffy, 2002). Podem ser formados grupos virtuais para explorar as experiências vividas das pessoas com questões de saúde semelhantes, bem como para fornecer comunicação e suporte *online* (Adler & Zarchin, 2002; Pittenger, 2003). Estes grupos de suporte *online* oferecem oportunidades de partilha de informação, experiências e para a obtenção de suporte (Kennedy, 2008). Também Sandelowski (2002) defende que a enfermagem é uma entidade virtual pelo facto de os enfermeiros oferecerem, cada vez

mais, os seus serviços em ambientes virtuais de cuidados. A enfermagem deveria considerar o alargamento da abordagem multiparadigmática no ciberespaço, que tem sucesso quando utilizado em contexto *offline*, onde se inclui o estudo das experiências vividas no dia-a-dia, contextos locais e fornecimento de espaços para que as pessoas sejam ouvidas (Cotton, 2003).

A tomada de decisão em investigação ocorre em muitas conjunturas ao longo do ciclo de investigação, incluindo o desenho, a conduta, produção e disseminação da investigação (Markham & Buchanan, 2012). A simplicidade com que podem ser colhidas grandes quantidades de dados através da Internet requer que os investigadores considerem o valor de tais dados (tanto a curto como a longo prazo), bem como as implicações para documentar comportamento identificável e a segurança dos métodos de armazenamento (Griffiths & Whitty, 2010). Além da colheita de dados, a investigação em Internet é também útil para entrevistar, realizar *Focus Group* virtuais (Ahern, 2005; Haigh & Jones, 2005), validar instrumentos, aceder a populações vulneráveis (Ahern, 2005) ou cujos membros são flutuantes ou privadamente desconhecidos uns dos outros, análise de conteúdo de páginas da Web e análise de conversação (Haigh & Jones, 2005).

A investigação digital procura explorar as formas nas quais as pessoas interagem e usam os meios digitais, recorrendo tanto às abordagens das metodologias qualitativas, como das quantitativas (Kennedy, 2008; Pittenger, 2003). As metodologias qualitativas são mais adequadas para projetos de investigação desenhados para obter a perspetiva do cliente (Kennedy, 2008).

Eysenbach e Till (2001) identificam três tipos diferentes de métodos de investigação baseada na Internet:

- 1) Análise passiva, através de estudos de padrões de informação em *websites* ou interações em grupos de discussão sem que os investigadores se envolvam;
- 2) Análise ativa, em que os investigadores participam na comunicação;
- 3) Os investigadores identificam-se e colhem dados.

O desenho investigativo do nosso trabalho leva-nos a afirmar tratar-se de um trabalho com análise passiva, pois não houve interação com os participantes do estudo nos seus *blogues*. Recorreu-se ao *corpus latente de conteúdos* (Pina, Neri de Sousa & Leão, 2013), pois usaram-se dados pré-existentes na Internet, com um potencial latente para a investigação (Neri de Sousa & Almeida, 2009; Neri de Sousa, 2010; Pina, Neri de Sousa & Leão, 2013), sob a forma de textos, elaborados de forma natural, sem que os mesmos tivessem sido produzidos com propósito investigativo (Pina, Neri de Sousa & Leão,

2013). A este respeito, e de acordo com Pina, Neri de Sousa & Leão (2013), o estudo é de conteúdo e de interações da rede, pois se por um lado se usaram dados disponíveis em páginas públicas na Internet, neste caso os *blogues*; por outro, foi realizada a análise de redes sociais, onde também se analisou as interações dos seus utilizadores.

A análise qualitativa de material publicado e comunicado na Internet, como é o caso dos *blogues*, pode sistematizar e codificar necessidades, valores, preocupações e preferências dos consumidores e profissionais, relevantes para a saúde e cuidados de saúde (Eysenbach & Till, 2001).

Pertinência e Vantagens

Em termos de investigação, Hookway (2008) considera o *weblogue* como uma fonte rica de dados, sendo uma área ainda a desenvolver por cientistas sociais. Numa primeira abordagem, pensar em recorrer a *blogues* para realizar um estudo, pode parecer algo simples e que não é muito distinto da investigação *offline*, mas que numa primeira abordagem aos *blogues* pode parecer um *labirinto escuro e emaranhado*, e que exige que o investigador descubra como *navegar e interagir nesse mundo* (Hookway, 2008: 98).

Ahern (2005) identifica como vantagens para os investigadores recorrerem à Internet para conduzir investigação: redução do custo da investigação; aumento do conjunto de participantes; acesso aumentado para questões sensíveis; acesso a grupos e populações ocultas; diminuição do tempo; maior rigor metodológico e/ou controlo pelo investigador; aumento da precisão e eficiência da entrada e análise de dados; capacidade para a condução de estudos de *follow-up*, obtenção de informações adicionais ou para dar retorno. Os sujeitos do estudo beneficiam na manutenção do anonimato; permite que os respondentes retorquiam no seu tempo e quando lhes for apropriado, maior perceção de controlo pelos participantes, maior interesse em participar e na facilidade de utilização.

Os cientistas sociais têm recorrido aos diários como uma técnica para colher dados na vida diária como um meio para compreender atores sociais, tanto como observadores como informantes da vida diária (Toms & Duff, 2002), sendo os mesmos utilizados qualitativamente para o estudo de comportamentos de saúde (Verbrugge, 1980; Elliot, 1997; Eysenbach & Till, 2001; Johnson & Bytheway, 2001; Hookway, 2008).

Posts e arquivos podem ser utilizados como documentos ou textos de uma forma semelhante às quais cartas, diários, ou outros materiais textuais podem ser usados em investigação, o que significa que podem ser analisadas conversas diárias ocorridas naturalmente, mas em contexto *online* (Sixsmith & Murray, 2001). Tal remete-nos para a

noção de discurso de Foucault (2008), que considera os discursos historicamente contingentes, suportados por práticas que formam os objetos dos quais se referem, constituindo conhecimento, formas de subjetividade e relações de poder. Os discursos são governados por regras sistemáticas, sujeitas a influências contextuais e interesses sociais, localizados no tempo e no espaço.

A questão do custo funde-se com a competência (Parsons, 1969). Os blogues permitem uma técnica publicamente disponível, a baixo custo e instantânea para colher quantidades substanciais de dados. Os dados colhidos através de blogues são também naturalistas em forma textual, permitindo a criação de texto imediato sem o recurso intensivo de gravadores (Mann & Stewart, 2000; Liamputtong & Ezzy, 2005), eliminando o trabalho, custos envolvidos com a sua transcrição, bem como vieses associados à mesma (Mann & Stewart, 2000). Os custos resumem-se, na maior parte das vezes, a despesas associadas com ligações telefónicas e subscrições dos serviços da Internet (Bowker & Tuffin, 2004). Os bloguistas podem ser relativamente inconscientes sobre o que escrevem desde que se mantenham ocultos da visão, permitindo o anonimato do contexto *online*. É também possibilitado o acesso a populações, que de outra forma estariam geograficamente ou socialmente indisponíveis ao investigador (Mann & Stewart, 2000; Hessler et al., 2003). As pessoas, ao recorrerem à Internet para comunicar com outros, têm acesso a informação partilhável, instrumentos de comunicação e alcance internacional (Mitra & Cohen, 1999). A natureza de arquivo dos blogues torna-os responsáveis para processos de exame social ao longo do tempo, particularmente tendente e investigação tipo painel longitudinal (Hookway, 2008).

Uma das vantagens chave do recurso aos blogues na investigação diária, em relação aos estudos tradicionais com recurso exclusivo aos métodos de entrevista, baseia-se na prevenção de problemas associados com colheita de informação sensível (Corti, 1993; Elliot, 1997; Alaszewski, 2006; Crosbie, 2006; Hookway, 2008) como a inerente a todo o processo vivido na doença oncológica. O grau de anonimato proporcionado aos participantes *online* permite-lhes discutir questões sensíveis e desafiar a ideologia dominante sem medo de julgamento, aumentando o potencial para aceder a subjetividades (Bowker & Tuffin, 2004).

A redução de pistas visuais diminui a possibilidade de avaliação por outros (Matheson & Zanna, 1990), conduzindo a sentimentos de desinibição, dando grande liberdade aos utilizadores para que se expressem (Bowker & Tuffin, 2004). Quando a comunicação mediada por computador é feita de forma síncrona, é oferecida uma forma de diálogo

imediate e dinâmica que pode elevar a percepção dos outros (Ruedenberg, Danet & Rosenbaum-Tamari, 1995). Por sua vez, esta pode reduzir a distância psicológica entre os intervenientes no diálogo e ampliar o sentimento de participação conjunta (Murphy & Collins, 1997), conduzindo a grandes revelações, nomeadamente de detalhes pessoais (Boshier, 1990), da dinâmica interacional entre as pessoas, tão importantes para a interpretação de experiências sociais (Bowker & Tuffin, 2004), como é o caso da vivência da doença da pessoa com doença oncológica.

Se transpusermos as vantagens do uso de diários na investigação, podemos também referir o benefício em capturar todas as mudanças presentes (Elliot, 1997), não se levantando questões relacionadas com a memória dos participantes no estudo (Verbrugge, 1980; Hookway, 2008), bem como de contaminação pelo interesse do investigador, permitindo diálogo e mesmo coprodução entre autores e leitores (Hookway, 2008). Silverman (2001) defende ser vantajoso o recurso aos blogues, por haver tendência para os dados não serem provocados por um investigador, nem haver um grau de suspeição.

O contexto *online* proporciona também uma utilização amigável do contexto de investigação. É proporcionada maior flexibilidade ao investigador, por poderem participar na investigação no seu próprio espaço, tempo e localização, o que contrasta com a intrusão dos métodos face a face. Além disso, esta flexibilidade em torno da colheita de dados *online* pode adicionar participação para aqueles que possam ter incapacidades. Colher os dados em contexto familiar, onde o conforto é maior pode, também, aumentar a riqueza dos dados (Bowker & Tuffin, 2004).

Recorrer a blogues como fontes de dados de investigação em Enfermagem pode, quanto a nós, proporcionar o acesso a dados naturalistas, concebidos pelos próprios atores do estudo, sem a influência externa de condições relacionadas com a investigação. Estes dados emergem da pessoa, de forma espontânea, fruto da sua vivência ao longo do processo de doença, de acordo com a sua própria necessidade de partilha com o outro, aquele que se tem a expectativa de que vai ler, que pode ou não ter a doença. Estudar uma rede, identificada na web, permite também aceder a fenómenos que vão além do contacto físico entre as pessoas, que excedem a dimensão local, indo mesmo além-fronteiras! Está aqui subjacente a ajuda ao outro, que até nem se conhece, também como uma estratégia de autoajuda.

Riscos

A comunicação online parece permitir mais espaço para más interpretações, confusões e abusos, em relação a formas mais tradicionais de comunicação (Giddens, 2007: 101). Quando se recorre a blogues, tal como noutra conceito inerente ao perfil virtual, qualquer utilizador pode disfarçar as suas identidades para apanhar como presas as pessoas vulneráveis (Hookway, 2008). Os utilizadores podem mesmo mudar as suas identidades da vida real desenvolvendo identidades digitais (Hutchinson, 2001). Löcke (2000) argumenta que, na Internet, as pessoas podem escolher as palavras que vão deixar a impressão desejada, mesmo que seja uma errada. O comportamento dos participantes é alterado, pois é normativo em ambientes *online* um certo grau de invenção da identidade e proteção sobre a existência *offline* (Walther, 2002). A principal barreira metodológica contra as técnicas de colheitas de dados *online* refere-se à incapacidade de verificar a autenticidade dos dados dos respondentes (Mann & Stewart, 2000), podendo assumir fabricações elaboradas (Walther, 2002).

Os sujeitos podem operar sob paradigmas completamente distintos e as fronteiras entre o *online* e o *offline* podem não ser claras, consistentes ou mutualmente compreendidas pelos participantes ou observadores. Neste sentido, há a necessidade de circunspeção nas conexões realizadas entre os dois mundos (Allen, 1996).

Hookway (2008) levanta ainda a questão dos bloguistas estarem a dizer a verdade, referindo que a procura da verdade dependerá se um investigador procura como os blogues funcionam para produzir efeitos particulares ou se procura como os blogues correspondem a uma realidade *offline*. Pascoe (2000) defende que a comunicação eletrónica disfarça todos os elementos identificativos, garantindo que a atenção se foque estritamente no conteúdo da mensagem. Além disso, Silverman (2001) sustenta que questões de *verdade* não estão realmente em jogo, pois a ênfase é em como os elementos constituintes do trabalho dos blogues produzirão *efeitos particulares*. Hookway (2008) questiona ainda o facto da verdade poder ser assegurada noutros cenários de investigação, em que são realizadas entrevistas ou aplicados questionários, em que a investigação real começa apenas quando o investigador começa a colocar questões.

Notemos os tópicos da sensibilidade percebida e da falta percebida da informação de saúde na Web, uma vez que muitos respondentes podem dar informação falsa sobre a sua saúde na ciber-investigação (Duffy, 2002). O critério de ser informado pode introduzir constrangimentos não desejáveis no desempenho profissional, se for demasiado construído (Parsons, 1969).

Outro risco identificado é de que as páginas *online*, na maior parte das vezes, não dispõem de um ancoradouro tangível (Mitra & Cohen, 1999), podendo mover-se ou desaparecer sem aviso (Emerton, 2003). As hiperligações e outros elementos do desenho do software conduzem à dificuldade na definição de fronteiras. Ao tentar limitar a colheita de dados para os espaços *online* disponíveis, há o risco de negligenciar informação significativa encontrada nos contextos *offline* (Wyn & Katz, 1997). Para minimizar este risco, Haigh & Jones (2005) sugerem que uma vez que a Internet está ancorada no contexto social global, deve ter uma componente *offline* para complementar a colheita de dados *online*.

Ahern (2005) sistematiza como limitações para o investigador que recorre à Internet: a falta de controlo sobre o contexto, o que diminui a validade interna; os vieses de recrutamento, pois os participantes são auto-selecionados de um grupo não-aleatório de utilizadores de Internet, o que diminui a validade externa; possíveis problemas de equipamento e/ou incompatibilidade de rede; taxas de resposta a questionários baixas, o que dá inconsistência ao estudo; possível erro devido a desenho complexo; autenticidade questionável dos dados dos respondentes, onde se incluem as múltiplas submissões; âmbito internacional limitado; competição para atenção; barreiras profissionais e possíveis erros de entrada de dados. Para os sujeitos do estudo, as limitações apontadas centram-se na indefinição de fronteiras públicas e provadas na internet, onde se incluem as questões de privacidade e confidencialidade; diminuição da acessibilidade à internet durante períodos de elevados picos de volume, bem como a literacia e questões de incapacidade.

A recolha de dados, exclusivamente *online*, de questões potencialmente sensíveis ou de natureza pessoal, em que há ausência de interpretações emocionais pode criar incerteza em torno da aceitação social e apropriação dessas questões a cada participante. Ao compararmos com a comunicação síncrona, entrevistar por correio eletrónico conduz a um atraso no envio das respostas, criando menos oportunidade de se relacionar com os participantes através da revelação de experiências (Bowker & Tuffin, 2004). Refira-se ainda a incapacidade do discurso *online* de informar os investigadores sobre o contexto físico no qual a comunicação ocorre, ocultando assim a riqueza analítica quando se recorre, por exemplo, à análise do discurso. Da mesma forma, outras informações como a duração para a redação das mensagens e atrasos nas respostas entre os participantes em comunicação síncrona ou assíncrona é eliminada das transcrições *online* (Paccagnella, 1997).

A falta de contexto social, inerente à investigação puramente realizada na Internet, pode conduzir, de acordo com Kiesler e Sproull (1992), à distância psicológica entre intervenientes no diálogo, como a despersonalização, conduzindo a ações desinibidas. Esta posição é oposta à defendida por Matheson e Zanna (1990), já mencionada nas vantagens.

A investigação *online* apresenta alguns riscos distintos da investigação *offline*. Contudo, são partilhados alguns riscos com a investigação face a face. A resposta socialmente desejável pode ocorrer em qualquer um dos contextos. Colhendo dados pessoalmente, podemos atenuar os riscos de uma abordagem exclusivamente *online*. É também possível a obtenção de um consentimento de forma mais explícita. O facto das pessoas não disponibilizarem o seu contacto ou de, simplesmente, desaparecerem do mundo virtual é algo que pode ser mais frequente em contexto *offline*. Se uma pessoa continuar a postar no seu blogue, pode dar-nos indicação de que está “ali”, que a qualquer momento pode haver uma interação através de um simples comentário, ou de uma mensagem, no seu espaço, no seu horário, com ou sem companhia!

3.2.2. Entrevista

A entrevista é uma técnica de recolha de dados característica dos trabalhos de natureza qualitativa. Trata-se de uma forma de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado numa relação face a face em que o primeiro procura obter a informação ou opinião do entrevistado sobre o tema ou temas em estudo. A grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade (Bell, 1997). É preciso ser criativo na realização de entrevistas. Foddy (1996: 1) defende que “*fazer perguntas é normalmente aceite como uma forma rentável (frequentemente a única) de obter informação sobre comportamentos e experiências passadas, motivações, crenças, valores e atitudes, enfim sobre um conjunto de variáveis de foro subjetivo não diretamente mensuráveis*”.

A entrevista é duplamente indireta. Há necessidade de recorrer à palavra para chegar ao pensamento do outro e, por outro lado, é necessário “provocar” e por pistas chegar ao que se quer saber. É preciso saber ouvir, de modo a conseguir aceder à perspetiva do outro (Patton, 2015).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008: 193) “*os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos e de interação humana*”. Na investigação qualitativa, recorre-se à entrevista para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo

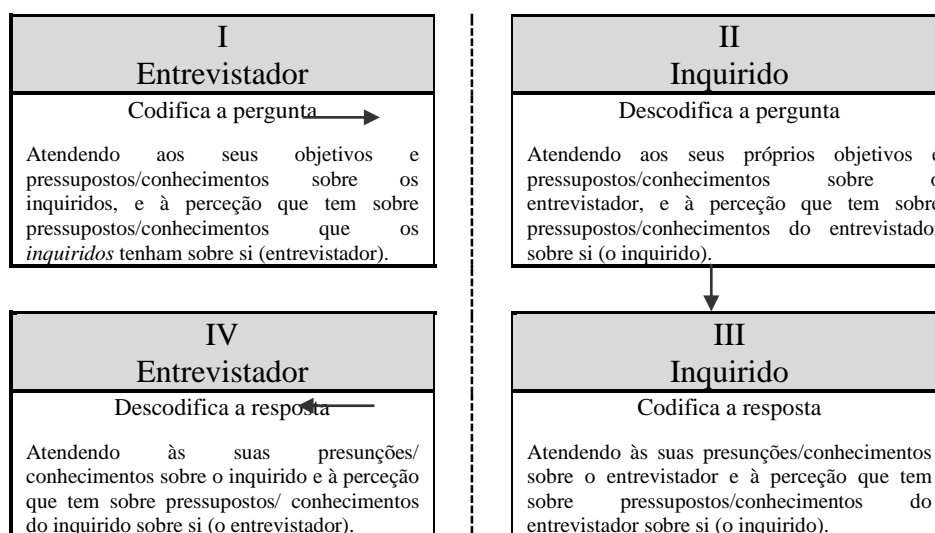
ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a forma como os sujeitos interpretam certas questões que lhes são colocadas, sendo dada liberdade para a formulação das próprias respostas. No entanto, sujeitos submetidos a perguntas abertas “*parecem olhar para o entrevistador apelando para um auxílio, uma pista.*” (Foddy, 1996: 19).

Numa entrevista em que há, obrigatoriamente, uma situação de pergunta-resposta, há uma grande improbabilidade de um dos lados poder exercer um controlo total, quer seja pela definição da situação, quer sobre a interpretação das perguntas. A *teoria do interacionismo simbólico* abre um campo de visibilidade sobre os aspetos comportamentais envolvidos na relação pergunta-resposta (Foddy, 1996).

Tal como referimos anteriormente, a nossa investigação revê-se numa perspetiva construtivista, na recolha de dados através da entrevista reconhecemo-nos influenciados pelo interacionismo simbólico, que também influencia em termos epistemológicos, a *Grounded Theory*, pelo investigador se concentrar na interação dos problemas e processos sociais.

Os interacionistas simbólicos, como Herbert Blumer, defendem que “*a sua perspetiva tem a virtualidade de captar as características fundamentais do comportamento humano*” (Foddy, 1996: 21), apresentando o seguinte modelo ilustrado na Figura 5.

Figura 5 - Modelo do comportamento pergunta-resposta segundo a perspetiva do interacionismo simbólico
Fonte: Foddy (1996: 24)



A entrevista é altamente subjetiva. A análise das respostas obtidas pode levantar problemas, daí que seja de grande importância a formulação das questões. No plano de investigação há situações em que os entrevistadores entram em campo com uma grelha de

entrevista e um guião de observador. Estas grelhas permitem, geralmente, respostas e são suficientemente flexíveis para permitir ao observador anotar e recolher dados sobre dimensões inesperadas do tópico do estudo, mantendo fidelidade à tradição qualitativa de tentar captar o discurso próprio do sujeito. Os guiões são, normalmente, utilizados em estudos com múltiplos sujeitos e em equipas de investigação em diversos locais, permitindo recolher dados suscetíveis de serem comparados para que se possam fazer afirmações respeitantes à distribuição dos factos reunidos.

A escolha do tipo de entrevista relaciona-se com a sua finalidade. De acordo com Ghiglione e Matalon (2001) cumprimos as finalidades de *controlo* e de *verificação*, pois pretendemos validar os dados obtidos nas fases anteriores e aprofundar o conhecimento em relação aos factos já conhecidos.

Entre os diversos tipos de entrevista (não diretiva, livre ou não estruturada; semidiretiva ou semiestruturada e diretiva, estandardizada ou estruturada) (Ghiglione & Matalon, 2001), consideramos a *entrevista semiestruturada*, a que cumpriu o pretendido. Este tipo de entrevista não é nem inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Há um esquema da entrevista – guião da entrevista (Apêndice I), que foi previamente elaborado, ao qual corresponde os objetivos do mesmo (Ghiglione & Matalon, 2001)

O guião utilizado na entrevista incluiu os seguintes blocos temáticos:

Bloco A - Apresentação e legitimação da entrevista

Bloco B - Motivação para a criação do blogue

Bloco C - Profissionais de Saúde e Apoio Psicológico

Bloco D - Linguagem Própria da Rede

Bloco E - Efeitos da Rede Social na Pessoa

Bloco F - Rede Social Física

O tema, objetivo geral e objetivos que se pretendiam atingir, bem como o exemplo de questões formuladas para cada bloco podem ser consultados no guião, incluído em apêndice (Apêndice I).

Processamento da Entrevista

Os fatores que influenciam a aplicação da entrevista relacionam-se com a *situação*, com o *entrevistador*, com o *entrevistado* e com a *mensagem*. Estes fatores pressupõem o

preenchimento de alguns requisitos, que podem condicionar o sucesso da aplicação da entrevista (Ghiglione & Matalon, 2001).

Quanto à *situação*, os requisitos exigidos baseiam-se:

- no local [que deve ser o mais calmo possível, longe de fontes que possam distrair o entrevistado (como telefones, telemóveis, entre outros) e que conduzam à interrupção do seu raciocínio];
- no tempo (a hora do dia em que a entrevista é realizada, o tempo efetivo da entrevista e o tempo previsto, que deve ser dado a conhecer ao entrevistado no início da entrevista) (Ghiglione & Matalon, 2001).

A entrevista foi agendada previamente com a entrevistada, de acordo com a sua disponibilidade e preferência, tendo sido dado a conhecer a previsão do tempo a despender na mesma. Foi dada a possibilidade da mesma ocorrer presencialmente ou via Skype, procurando colher os dados em contexto familiar, onde há maior conforto, de modo a ampliar a riqueza dos dados (Bowker & Tuffin, 2004). A entrevista ocorreu, via Skype, no dia 22 de julho de 2017, e teve a duração foi de 20 minutos.

Procurámos utilizar uma linguagem acessível, que motivasse o entrevistado a responder e de acordo com as expectativas do entrevistado sobre o papel do entrevistador (Ghiglione & Matalon, 2001). Foi dispensada uma atenção especial tanto à comunicação verbal, como à não-verbal, tendo o cuidado de registar tudo e respeitar os silêncios. Com o acordo da entrevistada, registámos os diálogos em suporte digital com o objetivo de “(...) *recuperar grande parte do ambiente, das circunstâncias que a rodeiam, das hesitações perante este ou aquele facto, da função expressiva*” (Amiguiño, 1992: 96) empregue pelos atores relativamente a determinadas questões.

Realizada a entrevista, procedemos à sua transcrição e validação com a entrevistada, procedendo depois à codificação, realizando a *codificação axial, aberta e seletiva*, com suporte do software WebQda®, tal como mencionado no ponto 2.1. *O Processo de Codificação*.

4. QUESTÕES ÉTICAS E JURÍDICAS

A comunicação por computador apresenta *desafios conceptuais teóricos e metodológicos – cuja resolução representa as sementes de avanços académicos*” (Waskul & Douglas, 1996: 129). São grandes os desafios em termos de qualidade e tratamento dos dados de investigação (Kraut et al., 2004). A este respeito, Hookway (2008) veio defender tratar-se de uma área ainda a desenvolver pelos cientistas sociais de dados qualitativos, considerando o meio preferido da autorrepresentação *online*. Já Mann e Stewart (2000) e Hewson et al. (2003) haviam sublinhado o facto dos métodos tradicionais de investigação poderem ser transferidos para o contexto *online*, como a Internet dá novas possibilidades de investigação, questões e dificuldades, incluindo éticas e legais.

É neste sentido que afirmamos que surgem novos e desafiantes dilemas éticos e controvérsias (Carusi, 2008; Hookway, 2008; Bowker & Tuffin, 2004; Walther, 2002), bem como a necessidade de reavaliar códigos de ética existentes, que devem evoluir e acomodar mudanças na sociedade e tecnologia (Grimes, Fleischman & Jaeger, 2009).

Whiteman (2012) constata que há duas décadas que a disponibilidade dos contextos de investigação da Internet produziu uma *destabilização ética* dos investigadores e expectativas dos participantes na investigação. No âmago desta discussão emergente está a questão de adequação das *guidelines* convencionais éticas de *offline* para conduzir investigação em contextos *online* (Hookway, 2008). Com base nestas assunções, aprofundámos e desenvolvemos conhecimento sobre as questões ético-jurídicas em relação ao recurso a blogues como fonte de dados, que culminou com a publicação do livro *Recurso a blogues na investigação. Questões éticas e jurídicas* (Damásio & Nunes, 2016).

Entre os diversos códigos de ética⁵ encontramos regras respeitantes aos direitos fundamentais da dignidade humana, autonomia, proteção, segurança, maximização dos

⁵ Nuremberg Code de 1947 (Shuster, 1997); *United Nations Universal Declaration of Human Rights* (UN, 1948); *Declaration of Helsinki*, de 1964 com sete revisões, a última em Outubro de 2013 (WHO, 2001; Nunes, 2013b; WMA, 2013); *Belmont Report*, de 1979 (NCPHSBBR, 1978); *Proposta de Normas/Diretivas Éticas Internacionais Biomédicas em seres humanos* do Council for International Organization Medical Sciences (CIOMS) de 1982 revista em 1993 e 2002 (Nunes, 2013b); *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina ou Convenção de Oviedo*, de 1997, ratificada em Portugal em Janeiro de 2001 (Campos, 2001); *Operational Procedures for Research Ethics Committees: Guidance 2004*, do *Irish Council for Bioethics* (2004); *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, da Unesco, em 2005 (Nunes, 2013b); *Código Deontológico do Enfermeiro*, de 1998, alterado em 2009 (OE, 2010) e em 2015; *American Sociological Association Code of Ethics and Policies and Procedures of the ASA Committee on Professional Ethics* (ASA, 1999); *Code of Ethics for Nurses With Interpretative Statements* da American Nurses Association (ANA, 2001); *ICN Code of Ethics for Nurses* (ICN, 2012); *Code of Ethics and Conduct for European Nursing* (Sasso et al., 2008); *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* da American Psychological Association (APA), de 2010 (APA, 2010); *Norma do Consentimento Informado, esclarecido e livre dado por escrito*, de 2013, atualizada em 2015 (Norma nº 015/2013) (DGS, 2015).

benefícios e minimização dos danos (Simpson, 2007; Markham & Buchanan, 2012), ou antes no respeito pelas pessoas, justiça ou beneficência e equidade.

As preocupações éticas da investigação na Internet têm-se centrado nos direitos dos indivíduos e sua proteção (Pittenger, 2003; Bakardjeva, Feenberg & Goldie, 2004), no anonimato, confidencialidade e privacidade num contexto público *online* (Pittenger, 2003; Carusi, 2008; Esposito, 2012), a aplicação do consentimento informado (Pittenger, 2003; Esposito, 2012), o uso da decepção e falso *feedback* (Pittenger, 2003) e a escolha entre investigação aberta e fechada, são sublinhadas como alavancas para a construção de um protocolo de investigação realizável (Esposito, 2012). Estas preocupações devem ser complementadas com uma conceção de interesses dos participantes no processo investigativo e nos seus resultados (Bakardjeva, Feenberg & Goldie, 2004), aliada à consciência da natureza mutável dos contextos mediados tecnologicamente e a necessidade de desenvolver estratégias flexíveis de arquivo de dados em investigação qualitativa (Whiteman, 2012).

A questão de decepção pode ser uma consideração importante para um investigador que queira ler realidades externas dos dados textuais (Hookway, 2008). A decepção ou fraude é a prática deliberada de ocultar o verdadeiro objetivo de um estudo aos participantes. Mentir, manipular, enganar ou exagerar informação são formas de decepção que podem ser utilizadas em projetos de investigação secretos, onde revelar as verdadeiras razões do estudo comprometeriam o decurso do estudo (Weeden & Williams, 2012). Contudo, o recurso à decepção tem sido justificável em certas circunstâncias na comunidade virtual, o que se relaciona com o *postar* em fóruns públicos com salas de chat e outros locais que não se enquadram no domínio privado (Madge, 2007; Pittenger, 2003), como é o caso dos blogues sem restrição de acesso. São identificadas como barreiras ao recurso à decepção a impossibilidade dos investigadores estabelecerem qualquer tipo de consentimento informado com os participantes (Pittenger, 2003), bem como a incapacidade de um adequado *follow-up* (Pittenger, 2003; Madge, 2007), pois julgar reações a manipulações é quase impossível quando há interação *online* (Madge, 2007).

O International Council of Nurses tem emanado alguns enunciados de posição tanto em relação aos Direitos Humanos (1998, cit. por Nunes, 2013a), como relativa à investigação e às Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem, publicado em 1996 e revisto em 2003. Este documenta seis princípios éticos que conduziram a presente investigação:

“1) *Beneficência* - «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana;

- 2) *Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis;*
- 3) *Fidelidade – o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação;*
- 4) *Justiça – o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro;*
- 5) *Veracidade – seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido;*
- 6) *Confidencialidade – o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato (Nunes, 2013a: 6-7).*

Estes princípios, seguidos por nós, relacionam-se com o respeito pelos direitos das pessoas que participam no estudo, como:

- 1) *Não receber dano* (sem prejuízo para a pessoa, fazendo-se uma previsão do dano potencial);
- 2) *Conhecimento pleno* (sobre objetivos, métodos, natureza e duração do estudo) (contemplado no Artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros);
- 3) *Autodeterminação* (a pessoa pode negar-se a participar no estudo sem qualquer constrangimento, pois qualquer pessoa tem capacidade de decisão por si própria e de zelo pelo seu próprio destino) (contemplado no Artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros);
- 4) *Intimidade* (direito a não responder a algumas questões, bem como decidir em relação à extensão da partilha de informação do seu foro íntimo) (contemplado no Artigo 86º do Código Deontológico dos Enfermeiros);
- 5) *Anonimato e Confidencialidade* (os dados não podem ser divulgados ou partilhados sem que a pessoa o autorize, de forma expressa, assegurando-se que a identidade da pessoa não possa ser associada às respostas individuais) (contemplado no Artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Nunes, 2013a).

Os direitos humanos estão também contemplados nos Princípios Gerais do Código Deontológico dos Enfermeiros, na sua *alínea b)* do ponto 3 do Artigo 78º, bem como no Artigo 81º do Código Deontológico dos Enfermeiros, que se refere ao dever na observância dos valores humanos. Corroboramos Nunes (2013a) quando afirma que a vulnerabilidade da pessoa é tanto maior, quanto menor for o grau de capacidade de participação na decisão, sendo que a pessoa doente já se considera vulnerável pela sua própria condição.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu artigo 9º, *Intervenções dos Enfermeiros*, no ponto 5 dispõe que “*Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral*”. O ponto seguinte refere que “*Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: (...) g) Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, atualização e valorização da profissão de enfermagem.*”

O Dever do Sigilo, disposto no Artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, menciona que o enfermeiro tem o dever de “*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*” (alínea d).

Para Nunes (2013a), a Ética em Investigação refere-se à qualidade dos procedimentos ao longo do percurso investigativo, desde a escolha da técnica adequada até à pertinência e validade dos resultados. É de considerar, também, a pertinência do tema, a informação a dar aos atores do estudo, bem como a aquisição do seu consentimento voluntário e fundamentado, a necessidade de que os aspetos éticos do estudo sejam analisados por outros peritos, não esquecendo das regras de publicação e divulgação de resultados. É também obrigação do investigador a devolução de *feedback* do trabalho aos atores do estudo.

Ao longo do estudo aplicámos os princípios éticos enunciados, considerando a pessoa por detrás do *blogue*, protegemos e prevenimos o dano, em que se enquadra a obtenção do consentimento informado, considerámos a privacidade no domínio público. Como tal, o estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O consentimento informado é central à prática ética (RCN, 2011). Ao conceito está inerente a procura de acordo e de harmonização que, de acordo com Nunes (2012: 217) coloca sete princípios: *a dignidade da pessoa humana, a liberdade, o respeito pela autonomia, a equidade, a solidariedade, o diálogo e a não maleficência.*

Apesar do consentimento informado poder ser obtido facilmente em investigações online, há muito debate em torno do requisito do mesmo quando as pessoas postam em fóruns públicos *online* (Sveningsson, 2004). Ahern (2005) considera que quando a informação foi dada pelo participante num espaço considerado público, não há necessidade de

consentimento informado, justificando que dado que a informação é fornecida publicamente, é porque procura visibilidade pública.

Os ambientes *online* colocam algumas incertezas ao investigador, que podem ser resolvidas com a obtenção do consentimento informado dos potenciais participantes na investigação (Emerton, 2003). Pittenger (2003) também aconselha que o investigador obtenha regras específicas de uma comunidade virtual e estabelecer *guidelines* relacionadas com a questão do respeito e da privacidade através do consentimento informado. Também Reid (1996) alerta para a importância do consentimento incluir a possibilidade de citação. Depois de ultrapassadas as questões sobre a quem, surge a logística do contacto (Emerton, 2003), sendo que a forma como se deve obter o consentimento informado também não é consensual.

Seguimos o defendido por Bakardjieva e Feenberg (2001) e Bruckman (2002), que consideram ser imprescindível a obtenção do consentimento informado de cada participante de forma assinada, mesmo que o processo seja complicado ou potencialmente disruptivo do ambiente *online*. O pedido de consentimento foi facilitado pelo facto dos autores dos blogs terem no seu perfil o contacto de email, seguindo-se depois o recomendado por Mann e Stewart (2000), em que sendo o consentimento informado requerido, o participante pode fazer o download de um formulário, assiná-lo em ambiente offline e devolvê-lo através de correio ou email. Devido à possibilidade da criação de identidades digitais (Hutchinson, 2001), de modo a confirmar a identidade da pessoa, foi solicitado que juntassem cópia de um documento de identificação.

Madge (2007) incentiva uso do *email* para oferecer a oportunidade para que participantes prováveis coloquem questões pertinentes, diminui a oportunidade de coerção e permite a opção de desistência do estudo, tal como aconteceu com uma das participantes, que não autorizou que o conteúdo do seu blogue fosse utilizado no trabalho, o que foi respeitado.

Importa considerar que os bloguistas estão, potencialmente, em qualquer parte do globo, pelo que são suscetíveis de ter diferentes sensibilidades culturais e pessoais sobre questões de privacidade (Esposito, 2012). Importa assegurar não o tipo de informação que flui, mas que a mesma flui apropriadamente (Nissenbaum, 2010), de acordo com a situação estudada. De acordo com Markham e Buchanan (2012), quando se conduz investigação em Internet, em constante mudança, deve recorrer-se ao conceito de *integridade contextual* de Nissenbaum (2010), em que o direito à privacidade não é nem um direito a sigilo nem um direito a controlar, mas um direito de apropriar o fluxo de informação pessoal.

A par das questões de privacidade, os investigadores de blogues precisam de estar conscientes da lei de direitos autorais (Walther, 2002), que pode ser violada na simples citação do trabalho de outros sem a sua permissão (Ahern, 2005). Usar o discurso de outro sem o citar pode realmente explorar a propriedade intelectual do autor (Eysenbach & Till, 2001). A noção de propriedade e autoria é de interesse particular quando se considera a análise documental de posts e arquivos (Sixsmith & Murray, 2001).

Em Portugal não há nenhuma autoridade que reja os blogues, nem legislação específica relativa aos direitos autorais dos blogues. Os blogues estão abrangidos pelo Código do Direito de Autor e Direitos Conexos (CDADC), salvo indicação particular, que possa por exemplo indicar um licenciamento *Creative Commons*. Solomon (2003) verificou que, ao procurar discussões na Internet relacionadas com a doença com o intuito de as estudar, a maior parte de fóruns *online* sobre este assunto, não existiam *políticas de investigação* publicadas nos seus websites.

O CDADC foi originalmente publicado em 1985, e foi alvo de oito alterações, em 1985, 1991, 1997, 2004, 2006, 2008, 2012 (Santos, 2012) e 2015 (Lei n.º 32/2015, de 24/04). Estas alterações resultam também da transposição para a ordem jurídica interna de Diretivas Comunitárias. Este código considera *obras as criações intelectuais do domínio literário, científico e artístico, por qualquer modo exteriorizadas* (Art.º 1º), pelo que os *posts* dos blogues estão aqui contemplados. Este Código protege a obra e os direitos dos respetivos autores, pertencentes ao seu criador intelectual (Art.º 11º). É considerada divulgada a obra *que foi licitamente trazida ao conhecimento do público por quaisquer meios (...)* (Art.º 6º). Ao publicar um *post* num blogue, que não tenha acesso restrito, o seu autor está a divulgar licitamente a sua obra. Num blogue podemos também encontrar algumas notícias ou relatos de acontecimentos diversos com carácter de simples informações, que de acordo com o Art.º 7º são excluídos de proteção. São abrangidos os direitos de natureza patrimonial e pessoal ou morais.

No que diz respeito aos direitos de natureza patrimonial, o autor tem o direito exclusivo de autorizar a sua fruição ou utilização total ou parcial. O autor goza assim de direitos morais sobre a sua obra, nomeadamente o direito de reivindicar a respetiva paternidade (Art.º 9º). O anonimato está também contemplado no CDADC (Santos, 2012) no seu Art.º 30º, que considera que quando se divulga ou publica uma obra com o consentimento do autor, de forma anónima, é-se representante do autor, cabendo a quem divulga o dever de defender perante terceiros os respetivos direitos, a não ser que o autor tenha manifestado o contrário. Em qualquer momento o autor pode revelar a sua identidade a autoria da

obra, cessando assim os poderes de representação mencionados. A autorização para utilização e divulgação não transmite o direito de autor sobre a obra. Esta autorização só pode ser concedida por escrito, onde deve constar a forma autorizada de divulgação, publicação e utilização, bem como as condições de tempo, lugar e preço (Art.º 41º). Tal disposição legal veio reforçar a importância da obtenção do Consentimento Informado por escrito, sendo estes aspetos sido considerados na elaboração do formulário (Apêndice II).

5. DE BLOGUE EM BLOGUE: O PERCURSO ATÉ À AMOSTRA

O recrutamento em *Grounded Theory* é determinado pela ação ou atividade que está a ser investigada (Nolas, 2011). Este tipo de estudos emerge do confronto com os dados, fazer comparações, desenvolver categorias, baseadas na amostragem teórica, e integrando uma análise (Denzin & Lincoln, 2005). A amostragem teórica baseia-se no processo de recolha de dados para a construção de uma teoria, em que o investigador coleciona, codifica, analisa os dados e decide que dados deve recolher e onde os vai encontrar (Glaser, 1978; Schreiber, 2001; Rodrigues et al., 2004; Frost, 2011; Glaser & Strauss, 2012). O seu objetivo é identificar grupos específicos de pessoas que possuem características ou vivem circunstâncias relevantes ao fenómeno em estudo (Schreiber, 2001; Mays & Pope, 2007). Trata-se de uma estratégia, essencial na metodologia da *Grounded Theory*, emergente, específica, sistemática (Charmaz, 2009), flexível e adaptada à teoria emergente (Dey, 1999). É dirigida pela evolução da teoria em vez de haver uma predeterminação das dimensões da população (Strauss, 1987; Morse, 2001; Sandelowski & Barroso, 2007), como resposta a resultados emergentes (Draucker et al., 2007). Os indicadores empíricos dos dados são comparados, procurando-se, nesta situação, semelhanças (Schwantt, 2007). A definição de Strauss & Corbin (2015) aponta para a amostragem na base de conceitos emergentes, com o objetivo de explorar o alcance dimensional de condições variadas ao longo da qual as propriedades dos conceitos variam. Thompson (1999: 817) considera a amostragem teórica como *uma forma preciosa para incentivar estudos a desenvolver e construir teoria numa fase inicial de um projeto de investigação*.

Por este motivo, apenas nos foi permitido planear previamente a amostragem inicial para a colheita de dados (Schreiber, 2001; Charmaz, 2009), tendo sido estabelecidos critérios de amostragem para os participantes (pessoas com doença oncológica que possuem um blogue). Procurou-se determinar as fontes de informação que pudessem gerar os dados mais ricos e relevantes e quais os casos que pareciam gerar mais indicadores empíricos necessários para o desenvolvimento das categorias (Strauss, 1987), num processo recursivo de descoberta e questionamento (Wuest, 2001).

Os dados foram colhidos em vinte e uma semanas, no período compreendido entre 26 de fevereiro e 13 de julho de 2012.

A seleção da amostra foi realizada de acordo com o método de amostragem não probabilística, intencional, em bola de neve (*snowballing*) (Trochim, 2006). A bola de neve vai-se tornando cada vez maior e assim acumular novos casos ricos em informação

(Patton, 2015). Tratando-se de uma amostra intencional, procurou-se selecionar casos ricos em informação, cujo estudo iluminará as questões em estudo (Patton, 2015). Este tipo de amostra é utilizado quando o investigador pretende estudar uma população específica os chamados casos “excepcionais” e que satisfaçam os critérios de inclusão estabelecidos (Nolas, 2011). Procurámos ir diretamente aos blogues, de modo a que nos aproximássemos do mundo real, para que os resultados e pesquisas fossem fundamentados no mundo empírico (Patton, 2015). A este respeito Blumer (1978: 38) diz-nos que *o mundo social empírico consiste no curso da vida em grupo e tem de se chegar perto desta vida para conhecer o que lá se passa*.

O processo de identificação das pessoas com doença oncológica com blogue a integrar a rede do nosso estudo está descrito e fundamentado no artigo de Damásio, Nunes e Sobral (2014) (Apêndice III), que permitiu *um método rápido e focado na colheita de dados precisos*, subjacente à lógica da amostragem teórica (Charmaz, 2009: 153).

Importa clarificar algumas especificidades da determinação dos níveis seguintes da rede. Como mencionado em Damásio, Nunes e Sobral (2014) (Apêndice III) estabelecemos como critério para a definição do nível seguinte a frequência média dos blogues incluídos na rede, distinguindo-se o cálculo com o blogue de partida e sem o mesmo. Neste caso, o valor médio foi de 6,33 (para os doze do Nível II) e de 6,53 (para os treze do Nível I e II). Dado haverem apenas dois níveis, considerou-se o valor mais baixo de seis, para que não se corresse o risco de ficarem fora da rede blogues com relevância na rede, verificando-se também como se comportavam os valores em cada nível.

Todos os blogues identificados nas ligações dos doze blogues do nível II, com frequência igual ou superior a seis passaram a ser integrados na rede, integrando o nível III. Foram então adicionados mais oito blogues (dos quais sete tinham frequência de 6), organizados por ordem alfabética, tendo sido numerados (do catorze ao vinte e um) e atribuída a cor salmão. O blogue codificado com o número dezoito, estava na semana oito da recolha de dados, e aquando da análise das ligações do nível III, inacessível pelo que não foi possível identificar as suas ligações.

Analisadas as ligações dos oito blogues do nível III, surgiram mais blogues de pessoas com doença oncológica, que foram integrados no contador de frequências. A média foi agora calculada para os doze, para os treze, para os vinte e para os vinte e um blogues, tendo-se obtido valores que variaram entre 9,33 e 9,48; considerando-se como critério de inclusão no nível seguinte a frequência igual ou superior a nove. Com frequências de nove e dez, foram incluídos mais sete blogues, sendo que um deles é de grupo. Este

blogue, designado por *SG*, tem a particularidade de ser um blogue de grupo, sendo algumas das suas autoras, também criadoras de blogues individuais, um deles, integrado na rede com o número 22. Aos blogues deste nível foi atribuída a cor azul claro e numerados entre o 22 e 28. Refira-se que o blogue de grupo está também identificado como sendo de natureza grupal, com a cor rosa.

Identificadas as ligações dos sete blogues, que integram o nível IV, calculada a média de frequência para os 12, 13, 20, 21, 27 e 28 blogues, os valores obtidos variam entre 12,67 e 13,1. Uma vez que consideramos não ter ainda atingido a saturação dos dados, consideramos o valor de frequência de doze para a inclusão no nível seguinte. Com frequência de 12, foram incluídos mais dois blogues, sendo incluídos por ordem alfabética, numerados (29 e 30) e atribuída a cor roxo.

As ligações dos blogues 29 e 30 levaram-nos a mais dois blogues, sendo que os valores médios das frequências variaram entre 12,67 e 13,1.

Considerámos como inclusão neste último nível a frequência igual ou superior a doze, pois já no nível anterior, o blogue 31, tinha frequência de 11 e com a adição de um nível aumentou para 12. Dado que alguns dos blogues já incluídos na rede tinham um valor mínimo de 7 e um valor máximo de 23, pareceu-nos que este blogue deveria ser incluído na rede. Além deste foi ainda incluído um outro de grupo, designado por *Quem não tem cão – Oficina de Artistas*, uma companhia de teatro de Rio Maior, onde algumas destas mulheres fazem teatro.

Foram atribuídos os números 31 e 32, a cor bordeaux, sendo que o 32 tem também a cor rosa de blogue de grupo. No final da identificação das ligações destes dois blogues, a frequência variou entre 12,67 e 13,17. Dos blogues não incluídos na rede a frequência mais baixa é de 11, pelo que pensamos ser este o ponto de paragem, por considerarmos que a repetição do fenómeno não é relevante para a fase seguinte. A codificação da amostra por nível, cor e número está representada do Quadro 1 em Damásio, Nunes e Sobral (2014: 163), no Apêndice III.

Como referem Lincoln e Guba (1985), em amostragem intencional, o tamanho da amostra é determinado por considerações informacionais. Se o objetivo é maximizar a informação, a amostragem termina quando não emerge nova informação das novas unidades amostradas, pelo que a *redundância* é o critério primário. Contudo, com a consciência que os dados colhidos posteriormente nos possam rumar recursivamente para outros blogues. A este respeito, Patton (2015) e Frost (2011) acrescentam que a amostra

pode ser adicionada à medida que o trabalho se desenrola, mudá-la caso a informação emergente indique o valor de uma mudança.

Este processo foi emergindo à medida que fomos atribuindo significado aos dados. Não se tratou de um processo no vazio, sem sentido. Decorreu da leitura flutuante pelos blogues, pelas pesquisas, pela reflexão que fomos fazendo ao longo da recolha de dados. Revimo-nos no que Denzin & Lincoln (2005: 510) defendem ao afirmar que *neither data nor ideas are mere objects that we passively observe and compile*.

5.1. Caracterização da Amostra

A amostra ficou constituída por trinta e dois blogues de pessoas com doença oncológica, sendo que a sua composição em relação ao tipo de blogue (individual ou de grupo), em relação ao género, em relação ao país de localização, bem como à sua distribuição dos em Portugal encontra-se descrito em Damásio, Nunes e Sobral (2014) (Apêndice III). Em relação ao género, encontramos disparidade com o estudo de Baptista (2004), pois na sua maioria são mulheres.

O Instituto Nacional de Estatística (2010: 20) define profissão como *o conjunto de postos de trabalho cujas principais tarefas e funções detêm um elevado grau de afinidade e pressupõe conhecimentos semelhantes*. Recorremos à Classificação das Profissões de Portugal (INE, 2010), tendo seguido as regras definidas pelo documento.

A caracterização em relação à profissão foi realizada apenas para os 30 blogues individuais, pois os de grupo são constituídos por várias pessoas, cada uma com a sua profissão. Contudo, realçamos o blogue 32, cuja ocupação é o teatro, classificada pelo INE (2010) como pertencente ao Grande Grupo 2 (*Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas*), que inclui pessoas com doença oncológica autoras de diversos blogues individuais que integram a rede (**5, 13, 16, 21, 22, 30**). Dez dos bloguistas (**3, 9, 14, 17, 20, 22, 26, 27, 29, 30**) (33,33 %) não refere ou não especifica a sua profissão, o que entendemos como forma de não revelar a sua identidade, como mencionado por Rodrigues (2004). Entre estes, um dos autores dos *blogues* (**17**) refere ser reformado, não referindo a sua profissão, pelo que foi também incluído nestes. Esta opção traduziu-se no facto de estarmos a caracterizar a amostra em relação à profissão e não em relação à situação profissional atual. Foi também com base neste critério que, incluímos no Quadro 2, o blogue **23**, como administrativo, apesar do mesmo referir que se encontrava desempregado (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição dos bloguistas com profissão identificada de acordo com Classificação das Profissões de Portugal

| GRANDE GRUPO | SUB-GRANDE GRUPO | SUBGRUPO | GRUPO BASE | PROFISSÃO | DESIGNAÇÃO | Fa | Blogue | Total por GG | % n=20 | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|---|--|---|---------------|--------------|------------|-------------|
| 1 | 11 | 112 | 1120 | 1120.0 | REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRETORES E GESTORES EXECUTIVOS | | | 1 | 5 | |
| | | | | | Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, diretores e gestores de empresas | | | | | |
| | | | | <i>Diretor Geral e gestor executivo de empresas</i> | 1 | 18 | | | | |
| 2 | 21 | 216 | 2161 | 2161.0 | ESPECIALISTAS DAS ATIVIDADES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS | | | 10 | 50 | |
| | | | | | Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins | | | | | |
| | | Arquitetos, urbanistas, agrimensores e designers | | | | | | | | |
| | | | <i>Arquiteto de edifícios</i> | 1 | 8 | | | | | |
| | 22 | | | | Profissionais de Saúde | 1 | 15 | | | |
| | 23 | 231 | 2310 | 2310.0 | Professor dos ensinos universitário e superior | Professores | 3 | | | 2 4 7 |
| | | | | | | | 1 | | | 25 |
| | 26 | 261 | 2611 | 2611.1 | 2611.3 | Especialistas em Assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais | | | | |
| | | | | | | Especialistas em assuntos jurídicos | | | | |
| | | | | | | Advogados e Solicitadores | | | | |
| | | | | | | <i>Advogados</i> | 1 | | | 11 |
| | | 2619 | 2619.3 | 2619.3 | 2619.3 | Outros especialistas em assuntos jurídicos | | | | |
| | | | | | | <i>Outros especialistas em assuntos jurídicos, n.e. (Inclui Juristas)</i> | 1 | | | 24 |
| | 264 | 2641 | 2641.0 | 2641.0 | 2641.0 | Autores, Jornalistas e Linguistas | | | | |
| <i>Autor e Escritor</i> | | | | | | 1 | 6 | | | |
| | | 2642 | 2642.0 | 2642.0 | <i>Jornalista</i> | 1 | 19 | | | |
| 3 | 31 | 311 | 3116 | 3116.0 | TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO | | | 3 | 15 | |
| | | | | | Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio | | | | | |
| | | Técnicos das ciências físicas e de engenharia | | | | | | | | |
| | <i>Técnico de química industrial</i> | 1 | 31 | | | | | | | |
| | 33 | 332 | 3322 | 3322.0 | 3322.0 | Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios | | | | |
| | | | | | | Agentes de compras, de vendas e corretores comerciais | | | | |
| <i>Representante Comercial</i> | | | | | | 1 | 21 | | | |
| | | 3323 | 3323.0 | 3323.0 | <i>Técnico de Compras</i> | 1 | 1 | | | |
| 4 | 42 | 421 | 4211 | 4211.0 | PESSOAL ADMINISTRATIVO | 3 | 5 12 23 | 5 | 25 | |
| | | | | | Pessoal de Apoio Direto a Clientes | | | | | |
| | | Caixas, Penhoristas e Similares | | | | | | | | |
| | | | | | <i>Caixa bancário e similar</i> | 2 | 10 16 | | | |
| 5 | 51 | 514 | 5142 | 5142.1 | TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES | | | 1 | 5 | |
| | | | | | Trabalhadores dos Serviços Pessoais | | | | | |
| | | | | | Cabeleireiros, Esteticistas e Similares | | | | | |
| | | | | | Esteticistas e Trabalhadores Similares | | | | | |
| | | | | <i>Esteticista</i> | 1 | 13 | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | 20 | 100 | |

Um dos autores do blogue faz referência a diversas profissões: escritor, advogado, magistrado do ministério público, professor, autarca, técnico superior e dirigente da segurança social. Considerámos a primeira, por aplicarmos o primeiro critério definido pelo INE (2010) para estas situações: (...) *Caso o tempo ocupado numa profissão represente mais de 50%, esta define a profissão principal ou predominante do indivíduo.* A escrita foi a profissão que foi paralela às diferentes profissões, tendo sido autor de textos de ficção e poesia, bem como coautor de alguns álbuns ilustrados.

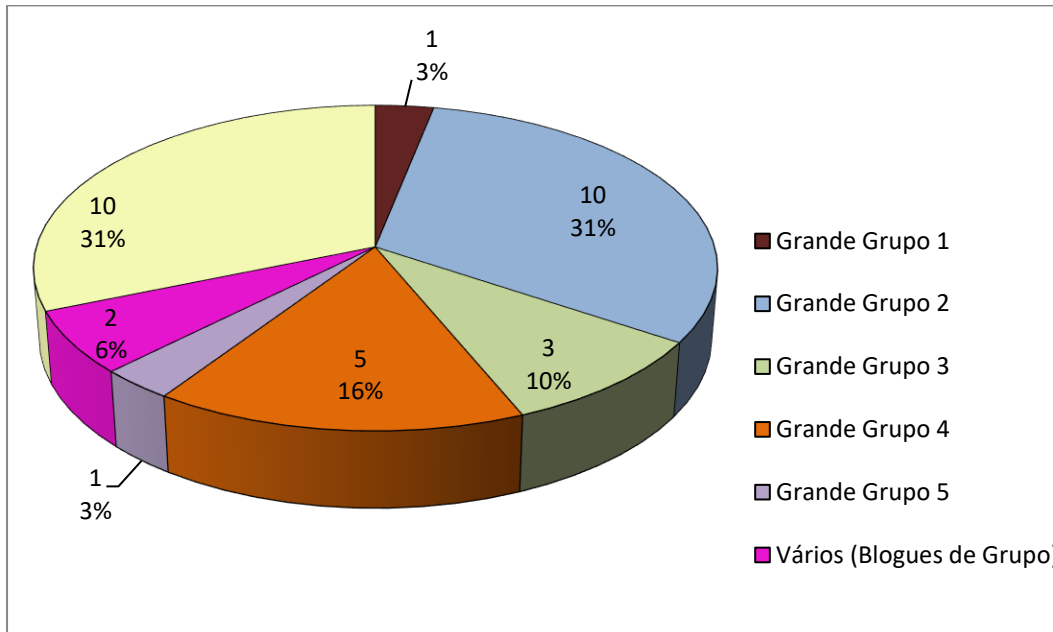
Procurámos caracterizar a profissão nos cinco níveis definidos pelo INE (2010). Contudo, nem toda a informação é específica que permita esta classificação, pelo que três dos vinte blogues (5, 12, 23) (15%) tem classificação da profissão apenas no *Grande Grupo* e quatro (2, 4, 7, 15) (20%) tem classificação no *Subgrande Grupo*.

De uma forma geral, os autores dos blogues que incluem a rede, são distribuídos da seguinte forma:

- **Grande Grupo 1** (*Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos*) – 1 blogue (18) (3%);
- **Grande Grupo 2** (*Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas*) – 10 blogues (2, 4, 6, 7, 8, 11, 15, 19, 24 e 25) (31%);
- **Grande Grupo 3** (*Técnicos e Profissões de nível intermédio*) – 3 blogues (1, 21, 31) (10%);
- **Grande Grupo 4** (*Pessoal Administrativo*) – 5 blogues (5, 10, 12, 16, 23) (16%);
- **Grande Grupo 5** (*Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e segurança e vendedores*) – 1 blogue (13) (3%);
- **Vários** (Blogues de Grupo) – 2 blogues (28, 32) (6%);
- **Não refere** – 10 blogues (3, 9, 14, 18, 20, 22, 26, 27, 29, 30) (31%) (Gráfico 1).

Estas características coincidem com o estudo de Baptista (2004), que verificou que os maiores adeptos dos blogues são os professores de diversos níveis de escolaridade, advogados, entre outros, concluindo que a sua maioria seriam pessoas em exercício de profissões liberais.

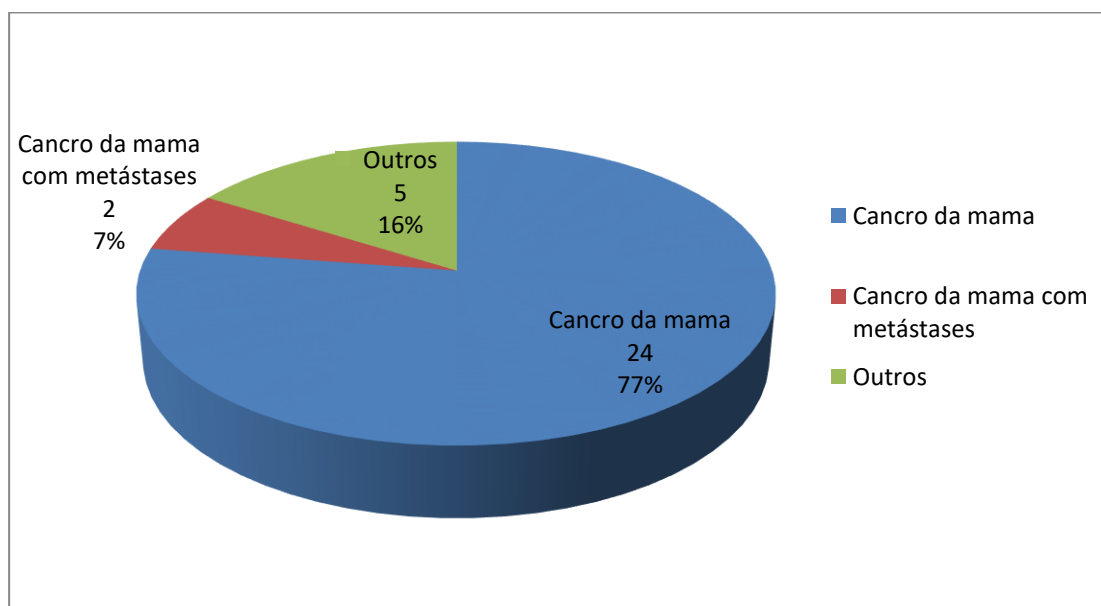
Gráfico 1 - Distribuição da Amostra por Profissão



Entre as profissões identificadas, verifica-se uma predominância do Grande Grupo 2, ou dos *Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas*, com 10 bloguistas (31%). Com a menor Frequência Absoluta (1) (3%), temos o Grande Grupo 1 ou dos *Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos* e também o Grande Grupo 5, dos *Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores*. As profissões com maior predominância são profissões que exigem formação académica superior.

Ao caracterizarmos a amostra em relação ao **diagnóstico**, considerámos os blogues individuais e o de grupo 23. Este blogue, embora de grupo, tem sete participantes todas com o mesmo diagnóstico, pelo que foi incluído nesta caracterização. O blogue 32 fica aqui excluído pelo facto de não ser exclusivamente de pessoas doentes. Contudo, refira-se que a Companhia de Teatro representada neste blogue alerta para a problemática do cancro da mama, sendo este o diagnóstico das suas participantes doentes. O **diagnóstico de doença oncológica** mais predominante é o de *cancro da mama*, com 24 blogues (77%) (3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31). Dois dos bloguistas (1 e 17) (7%) tem como diagnóstico cancro da mama com metástases, sendo um na tiroide e outro na pele e pulmão, pelo que se verifica que o cancro da mama está presente em 26 bloguistas (84%). Os restantes cinco autores dos *blogues* que incluem a rede (2, 6, 9, 10 e 11) (16%) referem outros tipos de cancro como *sarcoma, cancro do cólon retal e próstata, cancro do pâncreas e fígado, Linfoma de Hodgkin e cancro do pulmão com metástases cerebrais* (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição da Amostra por Diagnóstico



O ano de registo no *blogger* está compreendido entre 2004 e 2009, sendo o ano mais frequente o de 2008 com nove bloguistas (**1, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 15**) (28,125%), seguido do ano 2007 com sete bloguistas (**13, 21, 22, 25, 26, 29, 31**) (21,875%), de 2009 com cinco autores de blogues (**8, 17, 18, 24, 27**) (15,625%), 2006 com três bloguistas (**4, 16, 32**) (9,375%), 2004 (19) e 2005 (6) com um bloguista cada (3,125% cada). Não foi possível realizar esta caracterização em seis dos blogues (**2, 11, 20, 23, 28, 30**) (18,75%) pelo facto dos mesmos não terem o seu perfil disponível ou do blogue ser de grupo e ter sete contribuidoras (28) com datas de registo no *blogger* distintas.

Embora o primeiro registo de *blogger* date de 2004, apenas em 2006 surgem os primeiros *posts* nos blogues da rede, sendo também o ano de 2008 o eleito por onze dos autores dos blogues (**1, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 15, 19, 22, 23**) (34,375%) para dar início à sua intervenção na blogosfera. Segue-se o ano de 2007 com nove blogues (**10, 11, 13, 20, 21, 25, 26, 29, 31**) (28,125%), 2009 com seis blogues (**6, 8, 17, 18, 24, 27**) (18,75%), 2006 com cinco blogues (**2, 16, 28, 30, 32**) (15,625%) e 2010 apenas com um blogue (**14**) (3,125%). 2006, 2007, 2008 e 2009 foram anos relevantes na construção desta rede virtual.

O último *post* dá-nos a ideia da atividade dos blogues aquando da recolha de dados, tendo-se verificado que 20 dos blogues tinham *posts* em 2012 (**2, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32**) (62,5%), sete (**1, 3, 4, 5, 9, 15, 28**) em 2011, dois em 2010 (**12, 22**) (6,25%) e em 2009 (**11, 30**) (6,25%) e um em 2008 (**29**) (3,125%). Este último encerrado aquando do falecimento da sua autora. Refira-se ainda que o blogue **3**, embora com último *post* em 2008, foi continuado por um outro por problemas

técnicos, com *posts* em 2012, não incluído na rede por não ter as ligações nos blogues da rede.

Entre os 32 blogues, dez (6, 11, 16, 18, 25, 28, 29, 30, 31, 32) não têm expresso o número de seguidores. Os restantes 22 têm um valor mínimo de seguidores de 22 e um máximo de 176, com uma média de 73,82; desvio-padrão de 78,70; moda de 24 e mediana de 61,5.

Apresentamos no Quadro 3 a síntese da caracterização da amostra através dos dados recolhidos nos blogues, em relação ao tipo de blogue, género, País de Localização, Região de blogues com localização em Portugal, Distribuição por Profissão, Diagnóstico, Ano de Registo no *Blogger*, 1º *Post*, Último *Post* e Seguidores.

Quadro 3 - Síntese da Caracterização da Amostra

| Tipo de Blogue (n = 32) | INDIVIDUAL | | | | GRUPO | | | | | | | | | |
|--|----------------|--------|----------------|--------|-------------------------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|---------------------|-------|
| | Fa | | % | | Fa | | % | | | | | | | |
| | 30 | | 93,75 | | 2 | | 6,25 | | | | | | | |
| Género (n = 30) | FEMININO | | | | MASCULINO | | | | | | | | | |
| | Fa | | % | | Fa | | % | | | | | | | |
| | 27 | | 90 | | 3 | | 10 | | | | | | | |
| País de Localização (n = 32) | ANGOLA | | BRASIL | | PORTUGAL | | NÃO REFERE | | | | | | | |
| | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | | | | | | |
| | 1 | 3,125 | 1 | 3,125 | 29 | 90,625 | 1 | 3,125 | | | | | | |
| Região de Blogues com Localização em Portugal (n = 29) | NORTE | | CENTRO | | ALENTEJO | | LISBOA | | ALGARVE | | NÃO ESPECIFICA | | | |
| | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | | |
| | 3 | 9,375 | 7 | 21,875 | 2 | 6,25 | 14 | 43,75 | 1 | 3,125 | 2 | 6,25 | | |
| Distribuição por Profissão (n = 32) | GRANDE GRUPO 1 | | GRANDE GRUPO 2 | | GRANDE GRUPO 3 | | GRANDE GRUPO 4 | | GRANDE GRUPO 5 | | VÁRIAS (GRUPO) | | NÃO REFERE | |
| | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % |
| | 1 | 3 | 10 | 31 | 3 | 10 | 5 | 16 | 1 | 3 | 2 | 6 | 10 | 31 |
| Diagnóstico (n=31) | CANCRO DA MAMA | | | | CANCRO DA MAMA COM METÁSTASES | | | | OUTROS | | | | | |
| | Fa | | % | | Fa | | % | | Fa | | % | | | |
| | 24 | | 77 | | 2 | | 7 | | 5 | | 16 | | | |
| Ano de Registo no Blogger (n=32) | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Não refere / Vários | |
| | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % |
| | 1 | 3,125 | 1 | 3,125 | 3 | 9,375 | 7 | 21,875 | 9 | 28,125 | 5 | 15,625 | 6 | 18,75 |
| 1º Post (n=32) | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | | | | |
| | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | | | | |
| | 5 | 15,625 | 9 | 28,125 | 11 | 34,375 | 6 | 18,75 | 1 | 3,125 | | | | |
| Último Post (n=32) | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | | | | |
| | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | Fa | % | | | | |
| | 1 | 3,125 | 2 | 6,25 | 2 | 6,25 | 7 | 21,875 | 20 | 62,5 | | | | |
| Seguidores (n=22) | Máximo | | Mínimo | | ≈ | | δ | | Mo | | Me | | | |
| | 176 | | 22 | | 73,82 | | 48,70 | | 24 | | 61,5 | | | |

PARTE III

ACHADOS EMPÍRICOS

1. ANÁLISE ESTRUTURAL DA REDE⁶

No nosso percurso investigativo realizamos a análise estrutural da rede social que, embora não tenha feito o seu caminho dentro do paradigma da *Grounded Theory*, é considerada por Levina (2015) uma oportunidade para abraçar a extração dos dados, pois nela há relativamente pouca teoria explicativa *à priori* e cada investigador é incentivado a descobrir novos padrões nos seus dados.

O padrão em rede ou o *network pattern* é um dos padrões de organização mais básicos de todos os seres vivos. Em qualquer nível de vida, desde as redes metabólicas das células até às teias alimentares dos ecossistemas, os componentes e os processos dos sistemas vivos interligam-se em forma de rede (Capra, 2003). Marteleto (2001: 72) define rede como um *sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede*.

Com base numa abordagem sistémica, Capra (2003) define *redes sociais* como redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais, as relações de poder, entre outros. *Cada comunicação cria pensamentos e significados, os quais por sua vez dão lugar a comunicações posteriores, e assim uma rede inteira gera a si própria* (Cap. 4).

Para Wasserman e Faust (1999), a rede social consiste em elementos ou atores (*nós*) ligados entre si por laços sociais (*arestas*).

Na medida em que cada *weblogue* ou *fotoblogue* representa um indivíduo (ou um grupo) e está inerente a exposição da sua individualidade, os mesmos podem representar redes sociais (Primo & Recuero, 2003). O trabalho em redes de conexões pode dar origem a uma perspetiva global, baseada na experiência pessoal (Lipnack & Stamps, 1992).

Costa (2011) defende que a Análise de Redes Sociais é um referencial teórico-metodológico que procura perceber a complexidade de como os indivíduos constroem as suas relações sociais e estas, por conseguinte, condicionam a estrutura social. Da mesma forma que as redes são exemplos empíricos de *nós* que se inter-relacionam a sua teorização é também uma inter-relação das diversas possibilidades de análise. Contudo,

⁶ Este ponto encontra-se publicado em Damásio, Nunes e Sobral (2014) (Apêndice III). Apresentam-se aqui os aspetos não desenvolvidos no artigo.

Artigo revisto por pares e previamente apresentado no 2ª Summer Course em Análisis de Redes Sociales (ARS) e 2º Workshop en Investigación, organizado pela Universidad Nacional de Educación a Distancia, Universidad de León, Campus de Ponferrada, que ocorreu entre 26 e 28 de junho, com *feedback de Dr. Jose Luis Molina* (Universitat Autònoma de Barcelona).

Marteleteo (2001) defende que desde os estudos mais clássicos de redes sociais até aos mais recentes, não há uma *teoria de redes sociais*, sendo que o conceito pode ser empregue com diversas teorias sociais, havendo a necessidade de dados empíricos complementares, além da identificação das ligações e das relações entre os sujeitos. Diferentes situações e questões sociais podem ser estudadas através da análise de redes.

Na análise de redes, a estrutura é apreendida como uma rede de relações e de limitações que influencia as escolhas, as orientações, os comportamentos, as opiniões dos sujeitos, considerando-se as relações de poder que advêm de uma organização não hierárquica e espontânea (Marteleteo, 2001).

A análise estrutural pode exercer-se no interior de inúmeras disciplinas ou campos de estudo das ciências humanas. (...) ela é uma ferramenta verdadeiramente interdisciplinar, que apresenta semelhanças entre processos sociais que, à primeira vista, nada têm em comum entre si (Lemieux & Ouimet, 2006: 9). Marteleteo (2001) refere também que a análise de redes pode ser aplicada no estudo de situações e questões sociais diferentes. Foi neste sentido que considerámos que esta seria uma abordagem que poderia enriquecer o percurso metodológico do presente trabalho. No entanto, de referir que não nos iremos focar exclusivamente nos modelos de análise estrutural pois estes, tal como é referido por Recuero (2004a), apresentam falhas na aplicação às redes sociais na Internet, devido à sua natureza matemática e pouco investigativa do teor das conexões e da não presunção de interação para a constituição do laço social, o que será focado nas fases posteriores do estudo.

Maya Jariego (2016) identifica sete utilidades da análise de redes na intervenção comunitária: 1) a seleção de agentes de saúde; 2) a segmentação de grupos em campanhas de difusão de mensagens de prevenção e promoção; 3) os agrupamentos comunitários; 4) o uso da visualização de redes nas dinâmicas participativas de investigação-ação; 5) a intervenção em grupos de autoajuda; 6) os inquéritos comunitários de redes pessoais e, 7) a análise da interação informal entre participantes ou aplicadores da implementação de programas. Sobre estas propostas Sánchez e Pena (2017) defendem que as mesmas podem ser aplicadas tanto em contexto hospitalar, como nos Cuidados de Saúde primários, ou noutros campos de intervenção da Enfermagem.

De acordo com Deroy-Pineau (1994) o conceito de rede tem dupla aplicação:

- a *utilização estática*, que explora a rede estrutura de modo a compreender a sociedade ou um grupo social pela sua estrutura, nós ou ramificações;

- a *utilização dinâmica*, que explicita a rede sistema, em que se trabalha as redes como uma estratégia de ação a nível pessoal ou grupal, de modo a gerar instrumentos de mobilização de recursos.

Nesta fase do trabalho, e de modo a dar resposta ao objetivo da nossa análise estrutural, focar-nos-emos na utilização estática.

Ao longo desta Análise Estrutural, tivemos em consideração os objetivos da mesma que são: identificar as pessoas (que integram os blogues) mais ativas na rede e identificar as pessoas (que integram os blogues) dominantes na rede.

1.1. Caracterização e Análise da Rede

Na análise de redes, os sujeitos são *nós* e os *laços* são as relações entre os *nós*, sendo que estes não precisam necessariamente de ser indivíduos. A análise de rede considera como um *nó* pessoas, escolas, organizações, cidades, empresas, entre outros (Marteleto, 2001; Hanneman & Riddle, 2005). No nosso caso, os *nós* são blogues de pessoas com doença oncológica. Importa realçar que o desenho da nossa rede representa um recorte empírico, situado num espaço virtual definido, a partir do blogue estudado na pesquisa anterior (Damásio, 2009), e no período de tempo compreendido entre 26 de fevereiro e 13 de julho de 2012. Além disso, é apenas um recorte que tem um grau de mutabilidade elevado, pois cada um dos seus *nós* ou *laços* está em contacto com outras redes e espaços sociais (Marteleto, 2001).

Tal como afirmam Damásio, Nunes & Sobral (2014), a rede encontrada é constituída por 32 blogues, que realizam ligações com pessoas com doença oncológica e com pessoas incluídas na rede. Destacam-se os blogues **13, 6, 27 e 3**, que se ligam com mais de 100 blogues. Pelo contrário, os blogues **11, 18, 24 e 32** não têm qualquer ligação com os blogues identificados. Com poucas ligações, considerámos os blogues com menos de trinta ligações, sendo estes o **2, 12, 19, 28 e 31** (Quadro 4 e Apêndice IV).

O número de ligações diminui de nível para nível, o que Damásio, Nunes e Sobral (2014) justificam pelo número de atores reduzir à medida que há progressão no nível, à exceção dos níveis V e VI em que ambos compreendem dois atores. A evolução do número de ligações, em cada nível, e por blogue, encontra-se resumida no Quadro 4.

Quadro 4 - Resumo do número de ligações entre os blogues identificados na Rede

| Nível | Nº do Blogue | Total de Ligações por Blogue | Total de Ligações com blogues de pessoas com doença oncológica | Total de Ligações com os Blogues identificados na Rede no Nível I | Total de Ligações com os Blogues identificados na Rede no Nível II | Total de Ligações com os Blogues identificados na Rede no Nível III | Total de Ligações com os Blogues identificados na Rede no Nível IV | Total de Ligações com os Blogues identificados na Rede no Nível V | Total de Ligações com os Blogues identificados na Rede no Nível VI | Total de Ligações por blogue com Blogues da Rede |
|--------------------------|--------------|------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|--|
| I | 1 | 33 | 12 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| II | 2 | 27 | 11 | 1 | 7 | 1 | 0 | 1 | 0 | 10 |
| | 3 | 108 | 50 | 1 | 8 | 7 | 7 | 2 | 2 | 27 |
| | 4 | 83 | 37 | 1 | 7 | 7 | 4 | 0 | 0 | 19 |
| | 5 | 32 | 18 | 1 | 6 | 4 | 4 | 1 | 1 | 17 |
| | 6 | 119 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 7 | 61 | 32 | 1 | 6 | 8 | 6 | 2 | 2 | 25 |
| | 8 | 62 | 40 | 1 | 7 | 8 | 4 | 0 | 0 | 20 |
| | 9 | 24 | 10 | 1 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | 10 | 67 | 42 | 0 | 7 | 6 | 3 | 1 | 1 | 18 |
| | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 12 | 26 | 9 | 1 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| 13 | 130 | 63 | 1 | 8 | 8 | 6 | 2 | 2 | 27 | |
| III | 14 | 76 | 38 | 0 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 8 |
| | 15 | 47 | 27 | 0 | 7 | 5 | 7 | 1 | 1 | 21 |
| | 16 | 40 | 23 | 0 | 6 | 3 | 4 | 2 | 1 | 16 |
| | 17 | 93 | 37 | 1 | 9 | 4 | 3 | 0 | 0 | 17 |
| | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 19 | 6 | 6 | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 6 |
| | 20 | 79 | 24 | 0 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 17 |
| 21 | 64 | 38 | 1 | 8 | 7 | 7 | 2 | 2 | 27 | |
| IV | 22 | 39 | 26 | 0 | 6 | 4 | 3 | 2 | 2 | 17 |
| | 23 | 97 | 21 | 1 | 5 | 6 | 2 | 1 | 0 | 15 |
| | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 25 | 32 | 21 | 0 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 16 |
| | 26 | 39 | 18 | 0 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 13 |
| | 27 | 113 | 47 | 1 | 8 | 6 | 2 | 0 | 0 | 17 |
| V | 28 | 13 | 11 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 8 |
| | 29 | 32 | 19 | 0 | 4 | 3 | 5 | 1 | 2 | 15 |
| VI | 30 | 33 | 25 | 1 | 5 | 3 | 5 | 1 | 2 | 17 |
| | 31 | 27 | 15 | 0 | 3 | 3 | 4 | 2 | 0 | 12 |
| | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total de Ligações | | 1602 | 720 | 14 | 162 | 110 | 94 | 28 | 26 | 434 |

As relações entre os 32 atores são, de acordo com Lemieux e Ouimet (2006), *orientadas*, pois existe uma relação orientada entre dois atores quando há transmissão, no sentido geral do termo, de um para o outro, quer se trate de informação, de bens ou de serviços, de controlo. Estas relações são, de acordo com a Teoria dos Grafos, de Leonhard Euler (1736), designadas por *arcos*. As relações entre os atores acontecem nos dois sentidos ou apenas num, o que significa que, nos termos de Zijlstra (1979), no caso da relação ocorrer apenas num sentido, se trata de uma *relação orientada assimétrica*. Neste caso, significa que o primeiro retém mais informação do que o segundo, ao nível de trocas entre si, e dispõe, por conseguinte, de uma vantagem sobre o ator.

A generalidade dos conceitos gerais da análise estrutural, com origem na abordagem sistémica, procede, na sua maioria, da teoria dos grafos (Lemieux & Ouimet, 2006), que procurou na matemática uma forma de analisar as redes sociais (Wellman et al., 2003).

Entre as duas formas possíveis para a organização dos dados relacionais, descritas por Lemieux e Ouimet (2006) optámos pela *Matriz Adjacente Ator-Ator*, definida como o *quadro de números ou de elementos numerados que representam as relações simétricas ou as relações assimétricas entre atores* (p. 118).

No Quadro 5 apresentamos a *Matriz Adjacente Ator-Ator*, em que os atores foram dispostos nas linhas e nas colunas da matriz. Quando existe uma relação entre dois atores, escrevemos “1” no espaço correspondente à junção entre estes dois atores. Pelo contrário, quando se verifica uma ausência de relação entre dois atores, escrevemos “0” nesse mesmo espaço. Encontram-se alguns “X” na diagonal da matriz, que significam que no grafo não existe qualquer elo ou relação reflexiva de um ator consigo próprio (Lemieux & Ouimet, 2006). De modo a facilitar a leitura da matriz, associámos a cor verde, ao número “1”, ou seja à ligação, a vermelha ao “0” ou à não ligação e o cinzento ao “X”.

De modo a facilitar a leitura dos dados, adicionámos uma coluna (para as ligações com os outros blogues) e uma linha (para as ligações dos outros blogues com o próprio).

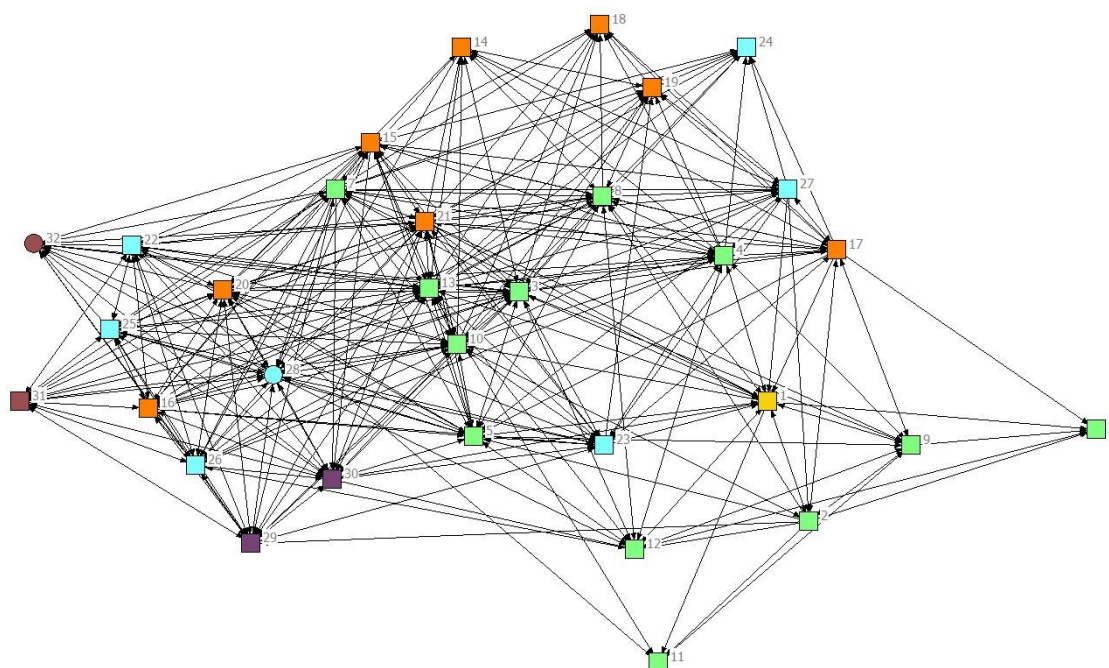
A popularidade desta forma de representação das relações deve-se ao facto de ser associada à construção de *grafos* (Lemieux & Ouimet, 2006), em que os pontos ou nós representam os atores e as linhas ou arestas as suas relações (Sperber, 1968, Lemieux & Ouimet, 2006; Recuero, 2004a). Importa referir que *ego* define também um nó *focal* individual e que uma rede tem tantos egos como nós. Os *Egos* podem ser pessoas, grupos, organizações ou sociedades no todo (Hanneman & Riddle, 2005).

Quadro 5 – Matriz Adjacente Ator-Ator

| Nível | Nível Nº do Blogue | I | III | | | | | | | | | IV | | | | | | | V | | VI | | Total Ligações out- degree | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|-------------------------------------|---|---|-----|----|----|----|
| | | 1 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | | | | | | | | |
| I | 1 | * | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | |
| II | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | |
| | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 27 | |
| | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | |
| | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 17 | |
| | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 25 |
| | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | |
| | 9 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | |
| | 10 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | |
| | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | |
| | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 27 | |
| | III | 14 | 0 | * | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | |
| 15 | | 0 | 0 | * | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 21 | | |
| 16 | | 0 | 0 | 1 | * | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | * | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | | |
| 17 | | 1 | 1 | 1 | 0 | * | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | | |
| 18 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | * | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 19 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | * | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | | |
| 20 | | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | * | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 17 | | |
| 21 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | * | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 27 | | |
| IV | 22 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | * | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 17 | | |
| | 23 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | * | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | | |
| | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | * | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | 25 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | * | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | | |
| | 26 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | * | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | | |
| | 27 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | * | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | | |
| | 28 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | * | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | | |
| V | 29 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | * | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 15 | | |
| | 30 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | * | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 17 | | |
| VI | 31 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | * | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | | |
| | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | * | 0 | | | |
| Total de Ligações in- degree | | 14 | 9 | 14 | 16 | 13 | 11 | 11 | 19 | 17 | 14 | 13 | 10 | 16 | 14 | 10 | 17 | 14 | 14 | 13 | 13 | | | | | 434 | | | |

O grafo resultante deste conjunto de relações é representado na Figura 6, e foi realizado através dos programas informáticos *UCINET® 6 for Windows®*, na Versão 6.421 (Borgatti, Everett & Freeman, 2002) e *Netdraw 2.123®* (Borgatti, 2002). Estes programas, bastante reconhecidos por analistas de redes, foram especialmente desenvolvidos para esta função de elaboração e manipulação de matrizes reticulares. O *Netdraw®*, incluído no pacote do *UCINET®*, permite a visualização dos grafos a duas dimensões (Passerino, Montardo & Benkenstein, 2007).

Figura 6 - Grafo resultante da relação entre os atores



De modo a facilitar a leitura, mantivemos a codificação da cor para cada nível. Os blogs individuais são representados com um quadrado e os de grupo com um círculo. Entre as possibilidades metodológicas oferecidas pelo software utilizado, foram selecionados os conceitos densidade, reciprocidade, acessibilidade, conectividade, distância, distância geodésica, caminhos geodésicos, diâmetro da rede, medidas de centralidade de Freeman (*outdegree* e *indegree*), coeficiente de variação e egredes, cujas medidas vão ao encontro do objetivo da análise.

Hanneman e Riddle (2005) recomendam que se inicie o enfoque da análise na rede como um todo, no número de atores, número de ligações possíveis e o número de ligações presentes. De modo a cumprir os princípios da amostragem teórica, são também analisados os *casos negativos*, com vista à procura de informantes cujas experiências não confirmam a hipótese emergente ou que possa refutar a teoria emergente e conceitos.

Desta forma, o investigador é desafiado a desenvolver uma compreensão mais completa num nível mais elevado de abstração do fenómeno (Milliken & Schreiber, 2001; Patton, 2015; Schreiber, 2001).

A *densidade*, ou a razão entre as relações existentes e as relações possíveis (Lemieux & Ouimet, 2006; Hanneman & Riddle, 2005), considerando-se a possibilidade das relações serem orientadas nos dois sentidos, obtivemos o total de 1023 relações possíveis ($K \cdot K - 1$, em que K é o total de atores) e 992 relações possíveis lógicas (por se excluir a relação entre cada blogue). Ao serem estabelecidas 434 ligações, a densidade é de **0,438**, o que significa que são estabelecidas 43,8% das relações possíveis e lógicas, com um valor médio de 13,563 (Apêndice IV), pelo que podemos asseverar que estamos perante uma rede com uma boa densidade (Damásio, Nunes & Sobral, 2014). A densidade de uma rede pode dar-nos conhecimento sobre fenómenos como a velocidade com que a informação se difunde nos nós, e em que medida os atores têm altos níveis de *capital social* (Hanneman & Riddle, 2005), ou seja aos recursos aos quais um ator tem acesso por intermédio das suas relações sociais (Bourdieu, 1980; Coleman, 1988; Putnam, 1993; Lemieux & Ouimet, 2006).

A *reciprocidade* é a medida em que os laços são recíprocos, ou o número de ligações que estão envolvidas em ligações recíprocas em relação ao número total de ligações reais (não laços possíveis), cuja abordagem é designada por *método arco* ou *método híbrido*. A *reciprocidade híbrida* obtida na rede é de 0,6074 (Apêndice V). Em todos os pares de atores que têm qualquer conexão, 60,74% têm uma conexão recíproca, o que sugere um grau considerável de conexões horizontais entre os seus membros. Tal como referem Hanneman e Riddle (2005), uma rede com uma predominância de laços recíprocos através de conexões assimétricas pode ser uma rede mais “igual” ou “estável” do que uma com uma predominância de ligações assimétricas, que pode ser uma hierarquia. Tal resultado vem complementar a igualdade de valor obtido no valor médio de *in-degree* e *out-degree* (13,563) (Apêndice V).

A *acessibilidade* diz respeito à existência de qualquer conjunto de conexões, que se podem traçar entre um ator-fonte a um ator-alvo, independentemente de quantos possam estar entre eles. Uma vez que os dados são assimétricos, pois como se viu na reciprocidade, nem todas as ligações são bidirecionais, é possível que o ator *A* possa chegar ao ator *B*, mas que o ator *B* possa não chegar ao ator *A* (Hanneman & Riddle, 2005). Ao analisarmos o *output* relativo à acessibilidade (Apêndice VI), em que, para cada par de nós, o algoritmo indica se existe um caminho de qualquer comprimento que

os liga, verificamos que todos os blogues têm acesso uns aos outros, à exceção dos blogues **6, 11, 18, 24 e 32**, que não dispõem de ligações *outdegree*. Quando alguns atores numa rede possam não aceder uns aos outros, há a possibilidade de uma divisão da rede. Ou, pode indicar que a rede que estamos a estudar seja composta por mais do que uma subpopulação (Hanneman & Riddle, 2005).

A *conectividade* calcula o número de nós que teriam de ser removidos de modo a que um ator não ficasse apto a chegar a outro. Se existirem muitas formas de conexão entre os atores, eles têm *conectividade elevada*, no sentido com que há múltiplas formas de um sinal chegar ao outro. Esta medida pode ser útil para atingir a noção de dependência e vulnerabilidade (Hanneman & Riddle, 2005).

Sendo os sujeitos **3 e 13**, os que têm maior número de ligações *outdegree* (27) e *indegree* (22), com o total de 49 ligações, iremos proceder à análise da sua conectividade (Quadro 5).

O **blogue 3** perderia as suas ligações na rede, caso fossem removidos os blogues **13** (com perda de 22 ligações), o **blogue 10** (com perda de 20 ligações) o **blogue 20** (com perda de 19 ligações), o **blogue 5** (com perda de 18 ligações) e os blogues **8, 21 e 28** com 17 ligações (Apêndice VII).

No que diz respeito ao sujeito do **blogue 13**, verificamos que caso fossem removidos da rede os nós **3** (com perda de 22 ligações), o **10** (com perda de 20 ligações), o **20** e o **5** (com perda de 18 ligações), e os sujeitos dos blogues **21 e 28** (com perda de 17 ligações), este perderia as suas ligações na rede (Apêndice VII).

Perante tais resultados, podemos constatar que o **blogue 3** tem uma forte conectividade com os blogues **5, 8, 10, 13, 20, 21 e 28**. Já o **blogue 13** tem uma forte conectividade com os blogues **3, 5, 10, 20, 21 e 28**. Assim, os blogues que têm uma forte conectividade com os blogues com maior número de ligações na rede (**3 e 13**) são os blogues **10, 20, 21 e 28**. Significa que, caso estes blogues fossem excluídos da rede, os blogues **3 e 13** deixariam de estar conectados com a maior parte da rede, revelando-se por isso com posição de dominância na rede. Refira-se também, que estes blogues são todos individuais, à exceção do **blogue 28** que, é de natureza grupal, constituído por sete pessoas do género feminino, das quais uma é autora de um **blogue individual** desta rede (**blogue 22**).

Em oposição, analisaremos os blogues sem ligações *out-degree* (**6, 11, 18, 24 e 32**) (Quadros 5 e 6) e com uma posição periférica no grafo resultante da rede (Figura 6).

Quadro 6 - *Ligações out-degree e in-degree dos blogues 11, 18, 24 e 32*

| Nível | Blogue | Total de Ligações Out-Degree | Total de Ligações In-Degree |
|-------|--------|------------------------------|-----------------------------|
| II | 6 | 0 | 5 |
| | 11 | 0 | 5 |
| III | 18 | 0 | 11 |
| IV | 24 | 0 | 10 |
| VI | 32 | 0 | 13 |

Verificamos que os blogues **6** e **11** têm um valor de ponto de conectividade mais elevado de 5 para 26 dos restantes 31 blogues que constituem a rede, com valores inferiores apenas para os blogues **18**, **19**, **24** e **32** e para com o **11**, no caso do **6** e vice-versa (Apêndice VII).

O blogue **18**, tem o valor de ponto de conectividade de 11 em **10 blogues** (**3, 4, 7, 8, 10, 13, 15, 17, 21** e **27**) e de 10 em **11 blogues** (**1, 5, 16, 20, 22, 23, 25, 26, 29, 30** e **31**). O blogue **24** tem também o valor máximo de ponto de conectividade de 10, em 21 blogues, que integram a rede (**1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30** e **31**), o que significa que caso as ligações com estes blogues fossem removidas, deixariam de estar conectados, cada um, a 21 dos restantes 31 blogues da rede (Apêndice VII).

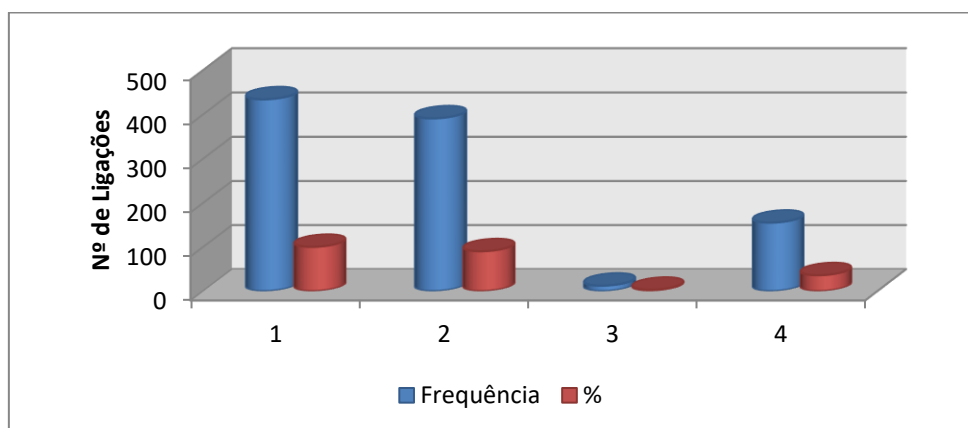
O blogue **32** tem o ponto de conectividade mais elevado com o valor de 13 para 19 blogues (**3, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 19** e **30**) (Apêndice VII). Caso fossem removidas estas ligações, o blogue **32** deixaria de estar ligado a 19 blogues.

Tratam-se dos blogues com o menor número de ligações e caso fossem removidas as suas poucas ligações deixariam de estar ligados a quase todos os que integram esta rede, pelo que assumem uma posição de não dominância na rede (Apêndice VII).

A *distância* entre os atores numa rede pode ser uma macro-característica importante da rede como um todo. Quando as distâncias são grandes, pode demorar algum tempo para que a informação se difunda entre os seus membros. Pode também acontecer que alguns atores sejam bastante inconscientes e influenciados pelos outros, mesmo que estejam tecnicamente acessíveis (Hanneman & Riddle, 2005). No caso da rede em estudo, as maiores distâncias localizam-se entre os atores da periferia extrema, em que o **6** fica muito distante do **31** e do **32**. Tal facto pode ser melhor observado no Grafo resultante da relação entre os atores, representado na Figura 6.

Avaliando a *distância geodésica* da rede, ou seja, no comprimento do caminho mais curto que liga dois atores (Lemieux & Ouimet, 2006: 27), verificamos que a mesma é mais elevada com o valor de 4, em 155 das 434 ligações (35,7% do total das ligações), nos atores que se encontram na periferia (6, 11, 18, 24, 32) (Apêndice VIII), o que vem confirmar o afirmado anteriormente. Apesar de se encontrarem na periferia conseguem ter acesso à informação com um caminho de quatro arcos, o que sugere que a informação pode circular de forma mais ou menos rápida na rede e que a rede está completamente conectada (Hanneman & Riddle, 2005). Refira-se ainda que com um caminho de dois arcos, temos 391 ligações das 434 ligações (90,09% do total das ligações); com três arcos surgem apenas 12 ligações (2,76%), o que sustenta a rápida disseminação de informação pela rede (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Frequências da distância Geodésica da Rede



O uso de *caminhos geodésicos* para examinar as propriedades das distâncias entre os atores e para toda a rede, faz muitas vezes sentido. Mas, pode haver outros casos em que a distância entre dois atores e a conexão do grafo como um todo é melhor pensada se envolver todas as conexões e não apenas as mais eficientes. Por exemplo, se for começado um rumor, o mesmo, e dada a forte conectividade, vai passar por uma rede por todos os caminhos e não apenas pelos mais eficientes. O crédito que é dado ao rumor pode depender de quantas vezes o mesmo é ouvido de diferentes fontes – e não do quão tão próximo o ouvem. Essa credibilidade é também influenciada por quem ouve o rumor. Uma pessoa credível na rede pode parar ou fortalecer um rumor. Para a utilização desta distância, precisamos de ter em consideração todas as conexões entre os atores. Têm sido desenvolvidas várias abordagens para a quantidade de ligações entre pares e que têm em

consideração todas as ligações entre eles, cujas diferenças se refletem nos algoritmos usados para os calcular (Hanneman & Riddle, 2005).

Recorrendo aos *caminhos geodésicos* e ao analisarmos o *diâmetro da rede*, ou seja, a distância geodésica maior na rede, que nos dá indicação do quanto “grande” é a rede num sentido ou quantos caminhos são necessários para ir de um lado ao outro da rede (Hanneman & Riddle, 2005), verificamos que a mesma tem o valor máximo de 41, na relação entre o blogue **28** e o **19**; seguido de 36 na relação também do blogue **28** e do **14** (Apêndice IX). Destacamos também o difícil acesso ao blogue **6** (já identificado anteriormente como periférico) com o valor de 23 passos pelos blogues **16 e 22**, com o valor de 21 passos pelos blogues **20 e 25**, 18 passos pelo blogue **29** e, por fim, 14 passos pelo blogue **31** (Apêndice IX). Neste sentido, podemos afirmar que apesar da comunicação se realizar de forma semelhante entre a rede tem algumas discrepâncias, pelo que não se trata de uma rede muito *compacta* (Hanneman & Riddle, 2005). Os blogues **6, 11, 18, 24 e 32**, por não terem ligações *out-degree*, têm valores zero nos passos necessários para ir de um lado ao outro da rede.

O *poder* é uma propriedade fundamental das estruturas sociais. A abordagem das redes realça que o poder é inerentemente relacional. Um indivíduo não tem poder no abstrato, tem poder porque pode dominar outros (Hanneman & Riddle, 2005). A margem de decisão da pessoa inserida numa determinada rede social relaciona-se com a distribuição do poder com a estrutura da dependência e das tensões no interior do seu grupo. A influência do ator sobre os outros pode ser grande, mas a autonomia da rede em que ela age é mais forte (Marteleto, 2001).

Uma vez que o poder é uma consequência de padrões de relações, a quantidade de poder nas estruturas sociais pode variar. Se um sistema tiver baixa densidade e, assim, for muito flexível, não pode ser exercido muito poder; em sistemas com elevada densidade, há o potencial para grande poder. O poder é tanto uma propriedade sistémica (macro) como relacional (micro). Existe relação entre a quantidade de poder num sistema e a sua distribuição entre os atores, mas não são a mesma coisa. Dois sistemas podem ter a mesma quantidade de poder, mas o mesmo pode estar distribuído num e distribuído de forma desigual noutro. O poder nas redes sociais pode ser visto tanto como uma propriedade micro (isto é, descreve relações entre os atores) ou como uma propriedade macro (isto é, descreve todos os seus membros). Da mesma forma, o poder pode também ser visto na relação com outros conceitos sociológicos-chave, em que o macro e o micro estão intimamente conectados no pensamento de rede social (Hanneman & Riddle, 2005).

Linton Freeman, um dos autores do Ucinet, desenvolveu medidas básicas da **centralidade** dos atores baseada no seu grau e na centralidade geral nos grafos (Hanneman & Riddle, 2005). Trata-se da posição do sujeito em relação aos outros, considerando-se como medida a quantidade de elos que se colocaram entre os mesmos. Pessoas com mais contactos diretos na rede podem não ser, necessariamente, os que ocupam as posições mais centrais na rede, o que pode ser explicado pelo conceito de *buraco estrutural*. Por outro lado, uma pessoa com poucas relações diretas pode estar muito bem posicionada numa rede através da utilização estratégicas dos seus *buracos estruturais*⁷ (Marteleto, 2001).

A soma das ligações do ator para os outros, representada na matriz adjacente ator-ator (Quadro 5) como a soma de cada linha, é designada por *out-degree of the point*. O *grau dos pontos* é importante porque nos diz quantas ligações um ator tem. O *out-degree* é normalmente uma medida de quão influente o ator pode ser (Hanneman & Riddle, 2005). Com um mínimo de 0 e 27 de máximo, o valor médio de *outdegree* é 13,563, com um desvio-padrão de 7,933 (Apêndice X).

Na nossa rede verificamos que os atores com um *out-degree* mais elevado de 27 são o **3**, o **13** e o **21** (9,375%), o que significa que estes são os que têm um maior potencial de ser influentes na rede. Muito perto destes com 25 e 21 ligações temos os blogues **7 e 15** (6,25%), respetivamente. Em oposição, e com um *out-degree* de zero, ou seja, sem possuir qualquer ligação com os outros, e assim com pouco potencial de influência na rede temos os blogues **6, 11, 18, 24 e 32** (15,625%). Os atores no *meio* serão influentes se estiverem ligados com os atores certos (neste caso o **3**, o **13** e o **21**) (Hanneman & Riddle, 2005). No *meio*, e com 6 a 10 ligações temos os blogues **2, 9, 12, 14, 19 e 28** (18,75%); com 11 a 15 ligações temos os blogues **1, 23, 26, 29, 31** (15,625%), com 16 a 20 ligações temos os blogues **4, 5, 8, 10, 16, 17, 20, 22, 25, 27, 30** (34,375%) (Gráfico 3, Quadro 7, Apêndice X).

Sintetizado o potencial de influência na rede, verifica-se que apenas os cinco blogues periféricos (**6, 11, 18, 24 e 32**), que representam 15,625% da rede têm pouco potencial de influência na rede. Em oposição, os blogues **3, 7, 13, 15 e 21**, ou 15, 625% têm um grande potencial de influência na rede. Os restantes 22 blogues (**1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 14,**

⁷ O *buraco estrutural* é definido por Burt (1995) como a situação em que dois atores apenas conseguem comunicar entre si por intermédio de um terceiro, que ocupa uma posição vantajosa, encontrando-se em posição de *tertius gaudens*.

16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31), ou 68,75% têm um potencial de influência na rede médio.

Estes dados vêm reforçar a ideia de se tratar de uma rede em que a informação tem pouca dificuldade de circulação.

Quadro 7 - Potencial de Influência na Rede de acordo com o total de ligações out-degree

| Nível | Blogue | Total de Ligações Out-Degree | % de blogues da Rede | Potencial de Influência na Rede | |
|-------|--------|------------------------------|----------------------|---------------------------------|-------|
| II | 3 | 27 | 15,625 | GRANDE | |
| | 13 | | | | |
| III | 21 | 25 | | | |
| II | 7 | | | | |
| III | 15 | 21 | | | |
| II | 4 | ≥16 e ≤20 | | | 68,75 |
| | 5 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 10 | | | | |
| III | 16 | | | | |
| | 17 | | | | |
| | 20 | | | | |
| IV | 22 | | | | |
| | 25 | | | | |
| | 27 | | | | |
| V | 30 | | | | |
| I | 1 | | ≥11 e ≤15 | | |
| IV | 23 | | | | |
| | 26 | | | | |
| V | 29 | | | | |
| VI | 31 | | | | |
| II | 2 | ≥6 e ≤10 | | | |
| | 9 | | | | |
| | 12 | | | | |
| III | 14 | | | | |
| | 19 | | | | |
| IV | 28 | | | | |
| II | 6 | 0 | 15,625 | BAIXO | |
| | 11 | | | | |
| III | 18 | | | | |
| IV | 24 | | | | |
| VI | 32 | | | | |

Os atores que se ligam a quase toda a gente, ou os que não têm ligações com quase ninguém são mais *previsíveis* no seu comportamento com qualquer outro ator do que aqueles com números intermédios de ligações (Hanneman & Riddle, 2005). Neste sentido, atores com muitas ligações (no centro da rede) (3, 13, 21) e atores na periferia da rede (com poucas ligações) (6, 11, 18, 24, 32) têm padrões de comportamento que são

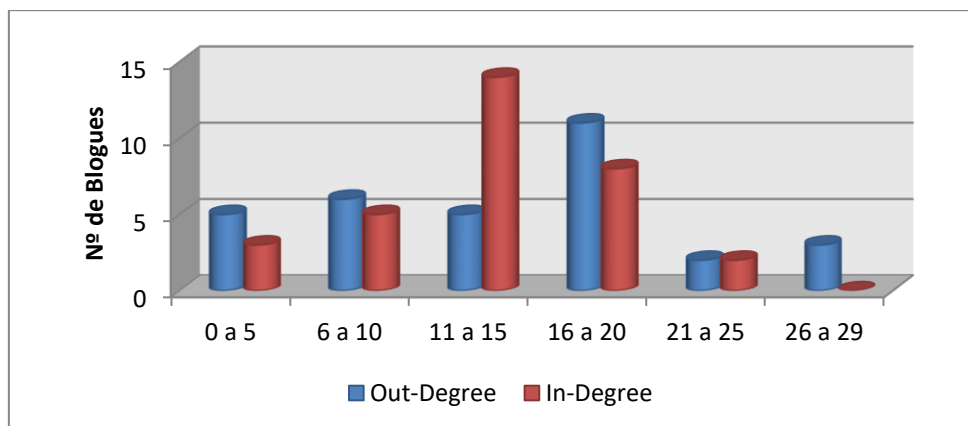
mais contidos e previsíveis. Os atores apenas com algumas ligações podem variar mais no seu comportamento (**2, 9, 12, 14, 19 e 28**), dependendo de com quem se ligam.

É também útil analisarem-se as estatísticas para o *in-degree*, representada na matriz adjacente ator-ator como a soma de cada linha (Quadro 4 e Apêndice X), em que se olha para os atores como os recetores de informação. Ou seja, quantos atores enviam informação ou se ligam na rede (Hanneman & Riddle, 2005). Marteleto (2001) refere que um indivíduo é central em relação à informação, quando, devido ao seu posicionamento, recebe informações vindas da maior parte do ambiente da rede, o que o torna, uma fonte estratégica.

Os atores que recebem informação de muitas fontes podem ser prestigiosos (outros atores querem ser conhecidos pelo ator, assim enviam informação). Os atores que recebem informação de muitas fontes podem também ser poderosos, na medida em que *o saber é poder* (Hanneman & Riddle, 2005), fazendo com que os mesmos se tornem referências na rede (Marteleto, 2001). No entanto, os atores que recebem uma grande quantidade de informação podem também sofrer de *sobrecarga de informação* ou *barulho* ou *interferência* devido a mensagens contraditórias de diferentes fontes (Hanneman & Riddle, 2005).

Ao analisarmos os dados da nossa rede verificamos que todos os atores da rede recebem informação, sendo que os que recebem mais informação são os blogues **3 e 13** com 22 ligações (9,375%). Entre 6 a 10 ligações *in-degree* temos os blogues **9, 12, 14, 24, 27** (15,625%), 14 blogues (**1, 4, 7, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 26, 29, 30, 31, 32**) (43,375%) recebem entre 11 a 15 ligações, 8 dos blogues (**5, 8, 10, 16, 20, 21, 25, 28**) (25%) são recetores de 16 e 20 ligações. Os que recebem menos são os blogues **2, 6 e 11** (9,375%) com cinco ligações (Gráfico 4), pelo que no grafo (Figura 6) são representados na periferia.

Gráfico 4 – Quantidade de Blogues por Intervalo de Out-degree e In-degree



No entanto, o blogue **2** não ocupa um lugar tão periférico pelo facto de ter um *outdegree* de dez (10), estabelecendo por isso ligações com outros atores. Estes atores são designados pelos autores como *outsiders* ou *marginais*, que tentam ser influentes, mas sem intenção. A informação importante chega mesmo aos que têm poucas ligações, mas quando é importante ter acesso à informação conseguem-no saber através das poucas ligações que recebem. Refira-se que, em ambos os casos (**6** e **11**), os blogues que se ligam aos mesmos têm um número elevado de ligações *in* e *out degree* (Quadro 8 e Apêndice X).

Quadro 8 – Total de ligações *in-degree*

| Nível | Blogue | Total de Ligações <i>In-Degree</i> | % de blogues da Rede |
|-------|--------|------------------------------------|----------------------|
| II | 3 | 22 | 6,25 |
| | 13 | | |
| | 5 | | |
| | 8 | | |
| III | 16 | ≥16 e ≤20 | 25 |
| | 20 | | |
| | 21 | | |
| IV | 25 | ≥11 e ≤15 | 43,75 |
| | 28 | | |
| I | 1 | ≥11 e ≤15 | 43,75 |
| II | 4 | | |
| | 7 | | |
| III | 15 | | |
| | 17 | | |
| | 18 | | |
| | 19 | | |
| IV | 22 | | |
| | 23 | | |
| | 26 | | |
| V | 29 | | |
| | 30 | | |
| VI | 31 | | |
| | 32 | | |
| II | 9 | ≥6 e ≤10 | 15,625 |
| | 2 | | |
| III | 14 | 5 | 9,375 |
| IV | 24 | | |
| | 27 | | |
| II | 2 | 5 | 9,375 |
| | 6 | | |
| | 11 | | |

Face ao exposto, podemos afirmar tratar-se de uma rede bastante equilibrada com um valor médio de *in-degree* e *out-degree* igual (13,563). Os atores comunicam entre eles de forma muito idêntica, com diferenças pouco significativas (desvio-padrão de 7,933 para o

out-degree e 4,394 para o *in-degree*). Todavia, quando alguma informação quer ser passada, recorre-se aos mais influentes (3, 13 e 21).

Se analisarmos também as ligações *out-degree* e *in-degree* dos blogues 28 e 32, de natureza grupal, em que o 28 é constituído por diversas mulheres com cancro da mama, sendo uma também autora de um outro blogue que integra a rede (blogue 22), e o 32 constituído por um grupo de teatro, onde algumas das mulheres autoras de alguns dos blogues fazem teatro, verifica-se um potencial de influência baixo na rede de ambos. Contudo, e apesar de não se ligarem ou ligarem pouco, ligam-se com os mesmos 13 blogues (40,625%) no caso do blogue 32, e 17 blogues (53,125%), no caso do blogue 28. Por estes motivos, graficamente o blogue 28 é menos periférico que o 32 (Figura 2). Verificamos, então, que mais de 40% dos sujeitos que integram a rede estão ligados aos blogues de natureza grupal.

Quadro 9 – *Ligações out-degree e in-degree dos blogues 28 e 32*

| Nível | Blogue | Total de Ligações Out-Degree | % de Ligações Out-degree | Total de Ligações In-Degree | % de Ligações In-degree |
|-------|--------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| IV | 28 | 8 | 25 | 17 | 53,125 |
| VI | 32 | 0 | 0 | 13 | 40,625 |

Pode também examinar-se se a variabilidade é elevada ou baixa em relação aos valores típicos calculando o *coeficiente de variação* (desvio-padrão dividido pela média, multiplicado por 100 tanto para o *in-degree* como para o *out-degree*). O *coeficiente de variação para o outdegree* é de 58,49% e para o *in-degree* é de 32,40%, o que significa que se trata de um grupo homogéneo em vez de proeminente (Hanneman & Riddle, 2005).

Os dados recolhidos através do método de bola de neve (*snowball method*) têm uma estrutura de dados que é constituída por um conjunto de redes. Sendo os atores de cada rede pessoas diferentes, há a necessidade de tratar as redes como separadas, através das matrizes ator por ator como conjunto de dados diferentes. Se pretendemos compreender a variação no comportamento dos indivíduos, precisamos de ter um olhar mais próximo nas suas circunstâncias locais. Descrever e relacionar a variação entre os indivíduos na forma como está integrado nas estruturas sociais locais é objetivo da análise das **egoredes**, definidas como um *nó* individual focal (Hanneman & Riddle, 2005).

O *tamanho da egorede* é o número de nós que cada um tem com o tamanho de um caminho do seu vizinho ego, mais o próprio ego (Hanneman & Riddle, 2005). Ao analisarmos o *output das medidas de densidade da egorede* (Apêndice XI), verificamos

que o tamanho das egoredes variam entre 5 dos blogues **6** e **11** (já identificados anteriormente como periféricos), 28 do blague **3** e 27 dos blogues **13** e **21**, que como vimos assumem uma posição de dominância (Quadro 10; Apêndice XI).

De modo a seleccionar os atores a incluir na fase seguinte, tomámos também como referência a dimensão da rede pessoal, considerando-se assim quem tem a maior rede, ou seja, quem tem egorede superior a 20: os blogues **3, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 20 e 21**. Estes são os blogues mais fortes na rede.

Quadro 10 – *Tamanho de Rede, Nº de Laços, Nº de Pares e Densidade das Egoredes*

| Nível | Blague | Tamanho da Egorede | Nº de Laços | Nº de Pares | Densidade |
|-------|--------|--------------------|-------------|-------------|-----------|
| II | 3 | 28 | 362 | 756 | 47,88 |
| | 13 | 27 | 328 | | 702 |
| III | 21 | | 350 | | |
| II | 7 | 25 | 317 | 420 | 52,83 |
| | 10 | 24 | 307 | | 55,62 |
| | 5 | 21 | 233 | | 55,48 |
| | 8 | | 217 | | 51,67 |
| III | 15 | 19 | 247 | 342 | 58,81 |
| | 20 | | 257 | | 61,19 |
| II | 4 | 19 | 180 | 306 | 52,63 |
| IV | 28 | | 219 | | 64,04 |
| V | 30 | | 231 | | 67,51 |
| III | 17 | 18 | 154 | | 50,33 |
| I | 1 | 17 | 144 | 272 | 52,94 |
| III | 16 | | 214 | | 78,68 |
| IV | 22 | | 207 | | 76,10 |
| | 23 | | 174 | | 63,97 |
| | 25 | | 207 | | 76,10 |
| | 26 | | 193 | | 70,96 |
| V | 27 | 165 | 60,66 | | |
| V | 29 | 16 | 165 | 240 | 68,75 |
| III | 19 | 13 | 111 | 156 | 71,15 |
| VI | 31 | | 138 | | 88,46 |
| | 32 | | 132 | | 84,62 |
| II | 12 | 12 | 66 | 132 | 50 |
| III | 14 | 99 | 75 | | |
| II | 2 | 11 | 44 | 110 | 40 |
| III | 18 | | 97 | | 88,18 |
| II | 9 | 10 | 43 | 90 | 47,78 |
| IV | 24 | | 82 | | 91,11 |
| II | 6 | 5 | 16 | 20 | 80 |
| | 11 | | 10 | | 50 |

O número de laços é o número de conexões entre todos os nós na egorede. Os três blogues com o número de laços mais elevado são o **blague 3**, com 362 laços (egorede de 28 blogues), seguido do **blague 21** (egorede de 27 blogues), com 350 laços e do **blague 13** (egorede de 27 blogues), com 328 laços.

Já o **número de pares** é o número de conexões diretas possíveis em cada egorede, calculando-se pelo quadrado do tamanho da egorede e subtraindo-se o número de sujeitos que a integram. Assim, quantos mais sujeitos integrarem a egorede, maior a possibilidade de pares. Sendo o **blogue 3**, o que tem maior número de sujeitos (28), será também aquele que tem maior possibilidade de ter maior número de pares ($28^2 - 28 = 756$). O cálculo do número de pares é imprescindível para o cálculo da *densidade da egorede*, que se relaciona com o conceito de *capital social* [recursos aos quais uma pessoa tem acesso através das suas relações sociais (Bourdieu, 1980; Coleman, 1988; Putnam, 1993)]

A *densidade da egorede* traduz-se no número de ligações dividido pelo número de pares. Ou seja, a percentagem de todas as possíveis ligações em cada egorede (Hanneman & Riddle, 2005). Sobre este algoritmo, aprez destacar o valor mais elevado do **blogue 24**, com 91,11%, quando tem apenas 10 blogues na sua egorede, com 82 laços e 90 possíveis pares. Apesar de ter apenas 10 ligações *in-degree* e zero *out-degree*, está conectado com os atores mais centrais na rede, tendo acesso à informação através dos blogues **3, 4, 7, 8, 13, 15, 17, 19, 21 e 27**. Trata-se de um blogue com maior *capital social*, pois vai receber muita solidariedade, muito apoio de quem estabelece ligações consigo. O mesmo se passa com os blogues **31, 18, 32 e 6**, com densidades superiores a 80, tendo redes com tamanhos que variam entre 5 e 13.

Os **blogues 3 e 13**, apesar de terem as maiores egoredes com 28 e 27 sujeitos, 362 e 328 ligações, 756 e 702 possíveis pares, contam apenas com densidades de 47,88% e 46,72%, o que significa que têm um *capital social* baixo, com pouca possibilidade de entreatajuda, dando mais do que recebem.

A coluna 7 do *output das medidas de densidade das egoredes* (Apêndice XI) dá-nos o *número de componentes fracas*. Um componente fraco é o maior número de atores que estão conectados, desconsiderando a direção das ligações. Se A e B estivessem conectados (que por sua vez estão conectados a um outro) e a ego está conectada a C e D (que estão conectados a um outro), mas A e B não estão conectados a C e D (exceto pela forma como todos estão conectados à ego), haveria dois *componentes fracas na vizinhança da egorede*. No nosso caso, pode verificar-se que não há ninguém isolado na rede, pois todos os blogues têm apenas uma ligação fraca, sendo que todas as suas ligações são fortes por terem reciprocidade entre si.

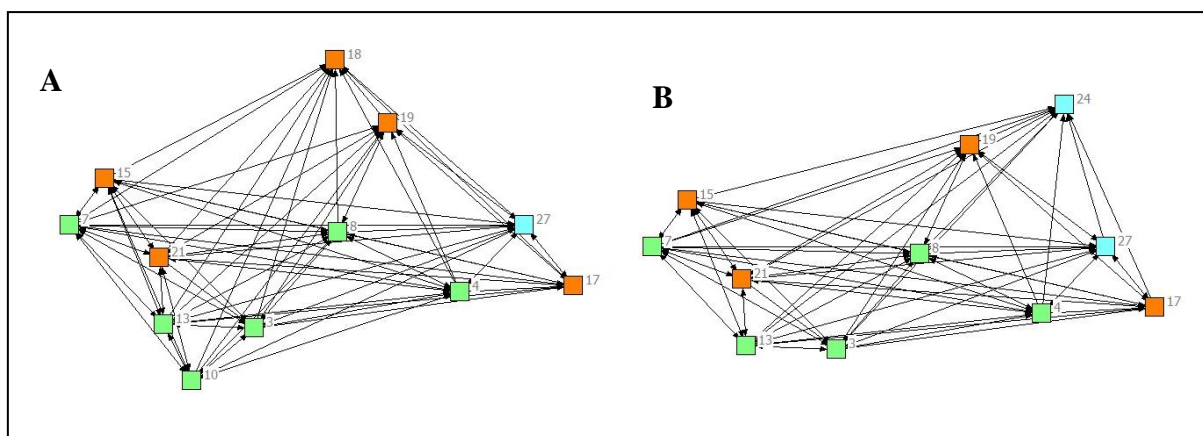
Ao analisarmos a percentagem de todos os atores da rede que precisam de ter dois caminhos para aceder à rede (Coluna 9 do *output* no Apêndice XI), verificamos que quase todos os nós (25 blogues) têm facilidade de acesso aos outros nós, mesmo com zero

ligações *out-degrees* por recorrerem a intermediários. Direta ou indiretamente recebem e enviam mensagens em toda a rede (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30).

Os elementos mais fracos da rede são os blogues 16, 20, 22, 25, 31 e 32. Estes têm de seguir caminhos mais compridos para que a informação passe por eles, por terem um número de nós entre duas ligações da ego de 96,77, precisando de recorrer a mais intermediários para aceder à informação. Acrescenta-se ainda o **blogue 6** que terá maior dificuldade em aceder a alguns elementos da rede por ter um valor de 80.65.

Nesta análise destacamos ainda os **blogues 18 e 24** que, apesar de terem redes com apenas 11 e 10 blogues, respetivamente, têm densidades elevadas (88,18% e 91,11%), não têm laços fracos, têm grande facilidade de acesso aos outros nós (100,00%), sem necessitar de recorrer a intermediários para aceder à informação, o que significa grande proximidade em relação aos restantes elementos da rede, pelo que consideramos incluí-los na fase seguinte. Esta proximidade pode ser mais facilmente visualizada nos grafos resultantes de cada uma das egoredes (Figura 7).

Figura 7 – Grafos das egoredes



A- Blogue 3; B – Blogue 13

Brokerage ou intermediação dividida pelo número de pares, dá-nos a ideia de que o ego é o *ir-entre* para pares de outros atores. Esta noção, relacionada com o *buraco estrutural* de Burt, permite-nos compreender como é que um ator está ligado na sua vizinhança. É muito útil para compreender poder, influência e efeitos de dependência (Hanneman & Riddle, 2005).

Numa egorede, o ego está conectado a todos os outros atores (por definição). Se estes outros não estiverem conectados a um outro, o ego pode ser um *intermediário* que cai no caminho dos outros. Um item de interesse é simplesmente quanto potencial para intermediar há para cada ator (quantas vezes pares de vizinhos em egorede não estão

diretamente ligados). Também neste item se destacam os blogues **3, 13, 21, 7, 10 e 8**, com *Brokerage* superior a 100, todos com maior número de egoredes. Em oposição, com valor de *brokerage* inferior a 10, temos os blogues **31, 18, 11, 24 e 6** (Coluna 11 do *output* no Apêndice XI), todos a ocuparem posições de periferia na rede.

Os atores estão também incorporados em *unidades sociais categóricas ou subpopulações*, definidos ou por atributos comuns ou participação compartilhada. As divisões dos atores em grupos e subestruturas pode ser um aspeto muito importante na estrutura social para compreender como se comporta a rede num todo. Olhando para toda a rede, pode-se pensar nas subestruturas como áreas do grafo que parecem ser localmente densas, mas separadas, de alguma forma, do resto do grafo (Hanneman & Riddle, 2005).

Hanneman e Riddle (2005) referem que todas as redes são compostas por grupos ou subgrafos. Quando dois atores têm uma ligação, formam um *grupo*. O conjunto de nós que se encontram conectados de forma mais próxima uns dos outros do que de outros constitui um *grupo* ou uma *subestrutura* num grafo.

A dimensão destas subpopulações serem abertas ou fechadas, na medida em que a maioria dos indivíduos tem muitas das suas ligações nas fronteiras destes grupos, pode ser uma informação da dimensão da estrutura social (Hanneman & Riddle, 2005). Os *cliques* podem representar uma instituição, um (sub)grupo específico e até identificar movimentação em torno de um determinado problema (Marteleto, 2001).

Uma abordagem para pensar sobre a estrutura do grupo de uma rede começa com este grupo, mais básico, e procura ver o quão longe este tipo de relação próxima pode ser alargada. De uma forma geral, um *clique* é um subconjunto de uma rede, no qual os atores estão ligados mais proximamente e intensamente, aos outros membros da rede. A definição formal de um *clique* como é usado na análise de redes é muito mais limitada e precisa, sendo o número máximo de atores que têm todas as ligações possíveis presentes entre eles próprios (Hanneman & Riddle, 2005).

Nos nossos dados encontramos 53 subgrafos máximos completos. Temos o mínimo de 3 blogues por clique, o máximo de 10 blogues por clique, a moda de 6 blogues, com uma média de 5,943 e desvio-padrão de 1,517 (Apêndice XII).

O maior *clique* é composto por 10 dos 32 blogues (**3, 13, 16, 20, 22, 25, 26, 29, 30, 31**), e cinco dos mais pequenos são compostos por 3 blogues, sendo que nem todos os cliques têm alguma sobreposição com o maior. No entanto, se analisarmos os *cliques* com maior número de blogues, ou seja, com 8, 9 e 10 blogues, verificamos que há uma sobreposição dos mesmos, sendo que há blogues comuns em todos eles, e o **13** está em todos eles. Os

blogues 3, 20, 25, 29 e 31 estão em quatro dos cinco cliques com mais blogues (Quadro 11 e Apêndice XII).

Quadro 11 – Distribuição dos Blogues pelos Cliques com 8 ou mais blogues

| Cliques | Nº dos Blogues | | | | | | | | | | Total Blogues |
|---------|----------------|---|---|---|----|----|----|----|-----|-----|---------------|
| | 3 | 4 | 7 | 8 | 13 | 15 | 17 | 27 | --- | --- | |
| 1 | | | | | | | | | | | 8 |
| 11 | | | | | | | | | | | 10 |
| 13 | | | | | | | | | | | 8 |
| 25 | | | | | | | | | | | 9 |
| 31 | | | | | | | | | | | 8 |

Neste sentido, podemos afirmar que entre os maiores cliques que surgem na nossa rede, os blogues que estão mais proximamente e intimamente ligados com os outros são o 13, o 3, o 20, o 25, o 29 e o 31.

De acordo com o *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*, os blogues 3 e 13 estão juntos e considerados próximos por partilharem membros em 24 dos 53 cliques. Analisando os diversos níveis, constata-se que surgem, em termos de proximidade, por partilha dos mesmos elementos dos cliques, quatro grupos, cada um constituído pelos seguintes blogues:

- 1) 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 e 31;
- 2) 4, 7, 8 e 27;
- 3) 5, 15 e 22;
- 4) 1 e 12 (Quadro 12 e Apêndice XII).

Quadro 12 - Blogues que partilham membros dos cliques de acordo com o Nível determinado através do Hierarchical Clustering of Overlap Matrix

| NÍVEL | Nº dos Blogues que partilham membros dos cliques | | | |
|--------------|--|-------------|-----------|----------|
| 24,000 | 3, 13 | | | |
| 18,333 | 3,13,16 | | | |
| 12,533 | 3,13, 16, 25 | | | |
| 10,857 | 3,10, 13,16, 25 | | | |
| 9,381 | 3, 10, 13, 16, 21, 25 | | | |
| 9,000 | 3, 10, 13, 16, 21, 25 | 7, 8 | | |
| 8,143 | 3, 10, 13, 16, 21, 25, 29 | 7, 8 | | |
| 6,471 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 7, 8 | | |
| 6,000 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 7, 8 | 15, 22 | |
| 5,667 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 4, 7, 8 | 15, 22 | |
| 4,333 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 4, 7, 8 | 5, 15, 22 | |
| 4,011 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31 | 4, 7, 8 | 5, 15, 22 | |
| 4,000 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31 | 4, 7, 8 | 5, 15, 22 | 1, 12 |
| 3,500 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31 | 4, 7, 8, 27 | 5, 15, 22 | 1, 12 |
| GRUPO | A | B | C | D |

O primeiro grupo, constituído por nove blogues (3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31), além de ser o maior, é também aquele que integra os blogues com maior dominância na rede. Além disso, define-se de forma mais precoce em relação à partilha de membros entre os 53 cliques identificados (Quadro 12).

Quadro 13 – *Grupos emergentes do Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*

| Grupo | Blogue | Início dos Posts | Grupo de Teatro |
|-------|--------|------------------|-----------------|
| A | 3 | 5/5/2008 | Não |
| | 10 | 15/2/2007 | Não |
| | 13 | 5/8/2007 | SIM |
| | 16 | 19/2/2006 | SIM |
| | 20 | 30/5/2007 | Não |
| | 21 | 27/12/2007 | SIM |
| | 25 | 31/7/2007 | Não |
| | 29 | 22/5/2007 | Não |
| | 31 | 23/10/2007 | Não |
| B | 4 | 2/3/2008 | Não |
| | 7 | 28/4/2008 | Não |
| | 8 | 1/1/2009 | Não |
| | 27 | 14/3/2009 | Não |
| C | 5 | 2/8/2008 | SIM |
| | 15 | 14/6/2008 | Não |
| | 22 | 9/4/2008 | SIM |
| D | 1 | 9/2/2008 | Não |
| | 12 | 21/8/2008 | Não |

Ao examinarmos os quatro grupos emergentes da *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*, verificamos que cada grupo emergente, tem datas de escrita do primeiro *post* muito semelhantes, sendo o Grupo A tem os seus *blogues* a serem constituídos maioritariamente em 2007, o B em 2008 e 2009, o C e o D em 2008. De referir que o *blogue* pioneiro é o **16**, em 2006, e o mais recente em 2009, é o *blogue* **27**. Destaque-se também os *blogues* **13**, **16** e **21** do Grupo A, bem como os *blogues* **15** e **22** do Grupo C, que integraram o Grupo de Teatro do *Blogue* **32** (Quadro 13).

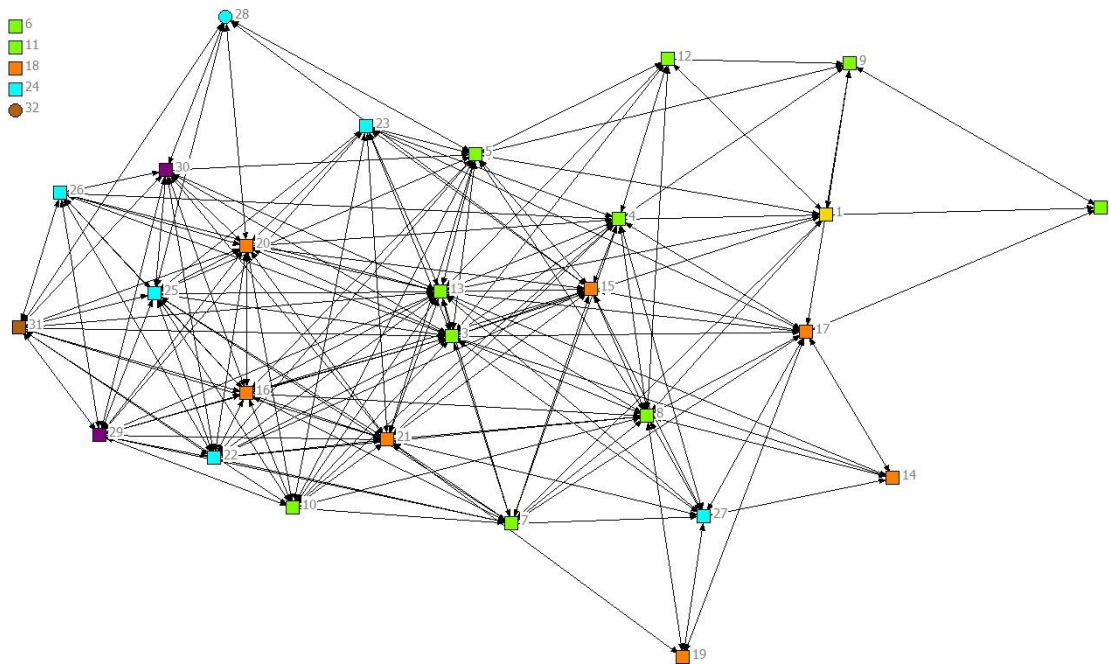
Se voltarmos a centrar-nos nos *cliques*, destacam-se 3 *cliques* que nos parecem merecer particular destaque à luz dos *blogues* identificados como tendo por detrás pessoas que integraram o grupo de teatro (**5**, **13**, **16**, **21** e **22**). Além destes, surgem os *blogues* **25** e **30**, no clique 27; os *blogues* **8** e **15**, no clique 29. O clique 30 não inclui o *blogue* **5** (que nem sempre esteve no grupo de teatro), mas inclui o *blogue* **20**. Esta análise vem reforçar a importância dos *blogues* **5**, **13**, **16**, **21** e **22** na rede (Quadro 14).

Quadro 14 – Distribuição dos Blogues pelos Cliques que incluem os blogues das pessoas que integram o Grupo de Teatro Quem não tem Cão (Blogue 32)

| Cliques | Nº dos Blogues | | | | | | | Total Blogues |
|---------|----------------|----|----|----|----|----|----|---------------|
| | 5 | 13 | 16 | 21 | 22 | 25 | 30 | |
| 27 | 5 | 13 | 16 | 21 | 22 | 25 | 30 | 7 |
| 29 | 5 | 8 | 13 | 15 | 16 | 21 | 22 | 7 |
| 30 | 13 | 15 | 16 | 20 | 21 | 22 | | 6 |

Ao analisarmos a *Actor-by-Actor Clique Co-Membership Matrix*, verificamos que os **blogues 6, 11, 18, 24 e 32** não se encontram em nenhum dos 53 *cliques* encontrados, o que se poderá explicar pelo facto destes blogues terem apenas ligações *in-degree* e não terem ligações *out-degree*. Esta definição de *clique* pressupõe que todos os outros membros ou um subgrupo tenha ligação direta com os outros membros (Figura 8 e Apêndice XII).

Figura 8 – Grafo representativo do Actor by Actor Clique Co-Membership Matrix



Hanneman & Riddle (2005) propõem uma alternativa ao definirmos o ator como um membro de um clique se estiverem conectados a todos os outros membros do grupo numa distância superior a um, usando a distância geodésica de dois, o que corresponde a ser *amigo de um amigo*. Esta abordagem de definir subestruturas é designada por *N-clique*, onde o N permanece para o comprimento do caminho permitido para fazer uma ligação com todos os outros membros. Desta forma, foram encontrados 2 *N-cliques*, sendo que no

primeiro estão incluídos todos os blogues à exceção do 6. O segundo, já mais restritivo exclui os blogues **16, 20, 22, 25, 31 e 32** (Apêndice XIII).

A abordagem *N-clan* é uma modificação relativamente menor na abordagem *N-clique*, que requer que todas as ligações entre os atores ocorram entre todos os membros do grupo. Nesta abordagem, obtivemos apenas um clique a mesma do N-Clique 1, ou seja, excluindo o blogue 6 (Apêndice XIV).

1.2. A Seleção que Integra a Fase Posterior

Com base na presente análise estrutural, que teve como objetivos identificar as pessoas (que integram os blogues) mais ativas na rede e identificar as pessoas (que integram os blogues) dominantes na rede, verificou-se que estamos perante uma rede com uma boa *densidade* (0,438), pelo que a informação se difunde com facilidade entre os nós, cujos atores têm altos níveis de *capital social* (Hanneman & Riddle, 2005). Sendo uma rede cujas ligações têm uma boa *reciprocidade híbrida* (0,674), há um grau considerável de conexões horizontais, tratando-se de uma rede *mais igual* ou *estável*, com predominância de laços recíprocos (Hanneman & Riddle, 2005).

Todos os blogues têm acesso uns aos outros, à exceção dos blogues **6, 11, 18, 24 e 32** sem ligações *out-degree*, o que pode sugerir uma divisão da rede ou a composição da rede por mais de uma subpopulação (Hanneman & Riddle, 2005).

Os blogues **3 e 13** (com maior número de ligações) apresentam *forte conectividade* com os blogues **10, 20, 21 e 28**, pelo que assumem uma posição de dominância na rede. Já os blogues com poucas ligações (**11, 18, 24 e 32**), caso as mesmas fossem removidas, deixariam de estar conectados com pelo menos 19 blogues ou 59,375% da rede.

A *distância maior entre os atores da rede* ocorre entre o blogue 6 e o 31 e 32, que se localizam na periferia extrema. Avaliando a *distância geodésica*, além destes, os blogues **11, 18 e 24** são também colocados na periferia.

Ao recorrermos aos *caminhos geodésicos*, analisando o *diâmetro da rede*, voltamos a verificar a periferia do **blogue 6**, por dificuldade de acesso dos **blogues 16, 22, 20, 25, 29 e 31**, ao mesmo, que no grafo (Figuras 6 e 8) se encontram em lados opostos. Os blogues sem ligações *out-degree* não conseguem ir de um lado ao outro da rede, pelo que, apesar das semelhanças, a rede não é muito compacta havendo discrepâncias na comunicação.

A *análise baseada nas medidas básicas da centralidade* desenvolvidas por Freeman, ao considerarmos o *out-degree* que dá o *como influente* o ator pode ser (Hanneman &

Riddle, 2005), leva-nos a afirmar que os **blogues 3, 7, 13, 15 e 21** têm um grande potencial de influência na rede, ao contrário dos que não apresentam ligações *out-degree* (**6, 11, 18, 24 e 32**). Os restantes 22 blogues têm um potencial de influência médio, pelo que a comunicação é realizada de forma facilitada. Quanto às ligações *in-degree*, que nos dão indicação de que esses atores possam ser prestigiosos por receberem informação de muitas fontes, diz-nos que são os **blogues 3 e 13** com estas características. Com menos ligações *in-degree* surgem os **blogues 2, 6 e 11** com cinco ligações, sendo por isso considerados periféricos. Destes, o **blogue 2** é o menos periférico por ter um *out-degree* de dez (10); o **6** e o **11** ligam-se a blogues com elevado número de ligações *in* e *out-degree*. De referir também que mais de 40% dos blogues que integram a rede se ligam aos dois blogues de natureza grupal – **28 e 32** – em que o primeiro tem apenas oito ligações *out-degree* e o segundo não tem nenhuma. Os *valores do coeficiente de variação* de 58,49% para o *out-degree* e de 32,40% para o *in-degree* leva-nos a reafirmar a homogeneidade desta rede (Hanneman & Riddle, 2005).

Os **blogues 3, 13 e 21** surgem novamente com posição de dominância quando centramos a análise no *tamanho*, no *número de laços* e de *pares* da sua *egorede*. Ao considerarmos os blogues mais fortes na rede, os que têm uma *egorede* superior a 20 blogues, surgem além destes, os **blogues 5, 7, 8, 10, 15 e 20**. No entanto, apesar do elevado número de ligações, os **blogues 3 e 13** têm um *capital social* mais baixo, por apresentarem uma *densidade* inferior a 50%. Já os blogues **6, 18, 24, 31 e 32**, que contam apenas com o máximo de treze blogues na sua *egorede*, contam com uma *densidade* superior a 80%, por estarem conectados com os atores mais centrais na rede.

Os blogues considerados *como mais fracos* da rede, por terem de seguir *caminhos mais compridos* para que a informação passe por eles são os **blogues 16, 20, 22, 25, 31 e 32**. Já os blogues **18 e 24** com *egoredes* de 11 e 10 blogues, mas com *egoredes* de 11 e 10 blogues, mas com *densidades* elevadas (> 88%) não necessitam de intermediários para o acesso à rede, tendo grande proximidade com os elementos da sua *egorede* (Quadro 11).

O *Brokerage* ou o potencial para intermediar que há em cada ator indica-nos que os blogues com maior potencial (> 100) são os **3, 7, 8, 10, 13, 20 e 21**. Os blogues **6, 11, 18, 24 e 31** (*Brokerage* < 10), são confirmados como blogues de periferia.

Quando nos centramos nos cliques, ou no número máximo de atores que têm todas as ligações presentes entre eles próprios (Hanneman & Riddle, 2005), destacam-se os **blogues 3, 13, 20, 25, 29 e 31**.

Dos blogues que integram os quatro grupos emergentes da Hierarchical Clustering of Overlap Matrix (HCOM), destaca-se o grupo A, formado mais precocemente e constituído por alguns dos blogues mais dominantes da rede (**3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31**). No entanto, ao procurarmos fazer a relação da constituição destes subgrupos com o início dos *posts* e a pertença ou não ao Grupo de Teatro *Quem não tem Cão* (Blogue 32), vemos que o grupo A e C integram elementos deste Grupo, com os **blogues 13, 16, 21, 5 e 22**. Ao voltamos aos cliques, encontramos 3 cliques que integram quase todos estes blogues, o que reforça a importância destes blogues na rede.

Após a exploração, e de acordo com os objetivos da análise, foram escolhidos os seguintes critérios para selecionar os blogues mais dominantes:

- maior egorede;
- maior *in* e *out-degree*;
- dominância;
- maior densidade, e
- caminhos mais curtos;
- brokerage;
- cliques, N-cliques e N-clans;
- Hierarchical Clustering of Overlap Matrix

Não escolhemos exclusivamente a dominância (dominância e *in* e *out-degree*) porque esta nos daria seis blogues (**3, 10, 13, 20, 21 e 28**). Os restantes critérios (maior egorede, maior densidade e caminhos mais curtos, brokerage, cliques, N-cliques, N-clans e Hierarchical Clustering Overlap Matrix) foram agregados, tendo sido considerados por terem maior posição para a difusão/receção de informação. Ao associarmos os critérios, além da dominância, teremos um grupo mais consistente, coeso, com mais relações, que irá contribuir para atingir os objetivos, não só da fase, mas do trabalho.

Face ao exposto, a análise estrutural da rede social do presente estudo, indicou-nos como as pessoas mais ativas e dominantes, os membros participantes dos blogues:

- **3 e 13**, por terem as maiores egoredes, o maior número de ligações *in* e *out-degree* e por terem posição de dominância no que diz respeito à conectividade; embora com densidade reduzida, *Brokerage* superior a 100 e maior proximidade dos outros blogues quando centramos a análise nos cliques. O **blogue 13** revelou-se ainda útil no que diz respeito à *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix* e cliques, integrando também o Grupo de Teatro *Quem não tem cão*, do blogue 32;

- **5, 8, 19** por estarem entre os blogues com maior egorede. O **blogue 5** teve um período de envolvimento no Grupo de Teatro já mencionado, pelo que o considerámos como importante na rede. O Blogue 8 tem também *brokerage* superior a 100;
- **7**, por ter dos maiores números de ligações *out-degree*, estar entre os que têm maior egorede e *brokerage* superior a 100;
- **10, 20** por terem uma posição de dominância e estarem entre os blogues que têm maior egorede. O **blogue 10** tem também *brokerage* superior a 100; da análise dos cliques, ao analisarmos os cliques, o **blogue 20** evidenciou também maior proximidade;
- **15**, por estar entre os blogues com maior número de ligações *out-degree* e com maior egorede;
- **16 e 22**, que apesar de não estarem entre os blogues com maior número de ligações *in* e *out-degree*, têm valores médios, que tem como consequência estar entre os blogues que não se destacam como casos ricos de informação, exceto em relação a *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix* e cliques. Acresce ainda o facto das pessoas que estão por trás destes blogues serem elementos-chave no Grupo de Teatro *Quem não tem cão*, do blogue 32. Refira-se ainda que entre os cliques que incluem os blogues das pessoas que integram este grupo, o **blogue 16** foi pioneiro no início dos *posts*;
- **18 e 24**, por terem as densidades mais elevadas da rede e estarem entre os blogues com caminhos mais curtos;
- **21**, por ter elevado número de ligações *out-degree*, ocupar uma posição de dominância em relação à conectividade, por ter *brokerage* superior a 100 e se ter revelado importante no cruzamento da informação da *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix* e cliques, integrando também o Grupo de Teatro *E quem não tem cão*.
- **28**, por ser um blogue de natureza grupal com uma posição de dominância no que diz respeito à conectividade, ter dos valores mais elevados de ligações *in-degree* e ter uma densidade superior a 50%;
- **31**, por estar entre os blogues com densidades mais elevadas da rede, entre os blogues com um número considerável de ligações *in* e *out-degree*, com maior proximidade quando nos referimos aos cliques;
- **32**, por ser um blogue de natureza grupal, que apesar de não ter ligações *out-degree* tem um número considerável de ligações *in-degree* e estar entre os blogues com densidade mais elevada (Quadro 15).

Apesar de ter uma densidade de rede elevada e de ter mais de cem ligações entre os blogues identificados, o **blogue 6** fica excluído por ter uma egorede de cinco, zero

ligações *out-degree*, encontrar-se na periferia extrema, ser de difícil acesso pelos blogues 16, 20, 22, 25, 29 e 31, assumir uma posição de não dominância e de ter caminhos na rede elevados.

Neste sentido, para a fase seguinte do trabalho, escolhemos os blogues **3, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 28, 31 e 32**, que perfaz o total de 17 blogues entre os 32 da rede. A seleção destes blogues não significa rigidez, mas à luz da amostragem teórica da *Grounded Theory* significa uma comparação constante, cujos dados poderão conduzir a outra recolha de dados (Glaser, 1978; Dey, 1999; Schreiber, 2001; Glaser, 2002; Patton, 2015; Rodrigues et al., 2004; Denzin & Lincoln, 2005; Reichertz, 2007; Starks & Trinidad, 2007; Strauss & Corbin, 2015; Charmaz, 2009; Nolas, 2011; Glaser & Strauss, 2012).

Quadro 15 - Síntese dos resultados mais relevantes da Análise Estrutural da Rede

| Nível | Nº do Blogue | Total de Ligações nos blogues identificados | Ligações out-degree na rede | Ligações in-degree na rede | Conectividade | Distância | Distância Geodésica (DG) | Caminhos Geodésicos | Tamanho Egorede | Densidade | Caminho na rede | Brokerage | Cliques | HCOM, Cliques, 1ºs Posts e Teatro | N-Clique e N-Clan |
|-------|--------------|---|-----------------------------|----------------------------|---------------|-------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------|-----------------|-----------|---------------|-----------------------------------|----------------------------|
| I | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| II | 2 | < 30 | 10 | 5 | | | | 0 | | | | | | | |
| | 3 | >100 | 27 | 22 | Dominante | | | | 28 | < 50 | | > 100 | > proximidade | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | 21 | | | | | Importante | |
| | 6 | >100 | 0 | 5 | N/Dominante | Periferia extrema | > DG - Periferia | 0 + Acesso difícil pelos B 16, 20, 22, 25, 29 e 31 | 5 | >80 | > | < 10 | | Periférico | Excluído N-clique e N-clan |
| | 7 | | 25 | | | | | | 25 | | | >100 | | | |
| | 8 | | | | | | | | 21 | | | >100 | | | |
| | 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | | | | Dominante | | | | 24 | | | >100 | | | |
| | 11 | 0 | 0 | 5 | N/Dominante | Periferia extrema | > DG - Periferia | 0 | 5 | | | < 10 | | Periférico | |
| | 12 | < 30 | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 | >100 | 27 | 22 | Dominante | | | | 27 | < 50 | | >100 | > proximidade | Importante | |
| | III | 14 | | | | | | | Acesso difícil pelo B 28 | | | | | | |
| 15 | | | 21 | | | | | | 21 | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | Difícil Acesso ao B6 | | | > | | | Importante | Excluído N-clique |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | 0 | 0 | | N/Dominante | | > DG - Periferia | | | > 80 | < | < 10 | | Periférico | |
| 19 | | < 30 | | | | | | Acesso difícil pelo B 28 | 21 | | | | | | |
| 20 | | | | | Dominante | | | Difícil Acesso ao B6 | 27 | | | > | > proximidade | | Excluído N-clique |
| 21 | | 27 | | Dominante | | | | | | | >100 | | Importante | | |
| IV | 22 | | | | | | | Difícil Acesso ao B6 | | | > | | | Importante | Excluído N-clique |
| | 23 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 24 | 0 | 0 | 10 | N/Dominante | | > DG - Periferia | 0 | 10 | 91,11 | < | < 10 | | Periférico | |
| | 25 | | | | | | | Difícil Acesso ao B6 | | | > | | > proximidade | | Excluído N-clique |
| | 26 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 27 | >100 | | | | | | | | | | | | | |
| V | 28 | < 30 | 8 | 17 | Dominante | | | Difícil Acesso ao B 14, 19 | | 64,04 | | | | | |
| | 29 | | | | | | | Difícil Acesso ao B6 | | | | | | | |
| VI | 30 | | | | | | | | | | | | > proximidade | | |
| | 31 | < 30 | 12 | 13 | | Periferia extrema | | | | > 80 | > | < 10 | > proximidade | | Excluído N-clique |
| | 32 | 0 | 0 | 13 | N/Dominante | Periferia extrema | | | | >80 | > | | | Periférico | Excluído N-clique |

2. A TRAJETÓRIA NO BLOGUE

A terceira fase da investigação tem como objetivo *Estudar a Narrativa dos posts de alguns blogues das pessoas identificadas como mais ativas ou dominantes na rede* (selecionados de acordo com os dados obtidos na fase anterior). Os blogues selecionados são, como vimos: **3, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 28, 31 e 32**.

Começámos a recolha do conteúdo dos blogues pelo da pessoa mais ativa e dominante na rede – **o blogue 3**. Sendo o objetivo geral do estudo *conhecer o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue*, em que o processo implica um começo e um fim e antecede uma consequência, procurou-se identificar uma trajetória, com dados temporais, *semelhante a histórias com começo, meio e fim* (Morse, 2001: 4). Desta forma, iniciámos a organização de todos os *posts* do Blogue 3, por ordem inversa do seu aparecimento, que nos iria dar a sua ordem cronológica de publicação. Ou seja, trata-se do que Rodrigues et al. (2004) designam por *ordenação dos dados*, em que os dados devem ser ordenados favoravelmente. Esta ordenação cronológica permitiu determinar eventos casuais no tempo, relevantes para a compreensão do fenómeno.

Foram também colhidos todos os comentários aos *posts*, das pessoas identificadas na rede (32 blogues), de modo a que pudéssemos ter dados para *perceber como é construída a rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*, um dos objetivos específicos do estudo. Assim, ao considerarmos todo o acontecimento, temos um entendimento preliminar do domínio ou *do que se passa (...)* *permitindo uma compreensão importante do contexto* (Morse, 2001: 4), bem como das formas como as pessoas compreendem e lidam com o que lhes aconteceu ao longo do tempo e em circunstâncias de mudança (Schreiber, 2001).

Aquando da realização do projeto de investigação, e decorrente dos dados da análise estrutural da rede social, estava prevista a análise de mais do que um blogue. Contudo, a dimensão e riqueza dos dados encontrados, levaram-nos a decidir que o fenómeno ficaria explicado com a análise do *blogue 3*. Tal facto vem também confirmar a dominância do *blogue 3*, encontrada na análise estrutural da rede. Esta postura relaciona-se com o defendido por Glaser (1978) de que na amostragem teórica há que estar aberto para mudanças no que diz respeito à estratégia de recolha de dados, ou mesmo dos participantes.

Nesta fase identificámos, descrevemos e analisámos os significados da autora do *blogue*, o que combina tanto o subjetivismo das abordagens interpretativas com o objetivismo do positivismo. Procurámos descrever com profundidade e detalhe, representando bem a visão da pessoa e fazê-lo de forma tão consistente quanto os seus significados. Pretendemos ser participantes ativos na reconstrução da perspetiva desta pessoa (Charmaz, 1995).

Como vimos no ponto onde se abordou os *blogues*, os seus *posts* podem incluir texto, imagens, fotos e vídeos. Apesar de na *Grounded Theory, tudo ser dado*, importa compreender que tipo de dados se está a usar, e qual a razão da sua recolha, ou seja permitir que o processo da amostragem teórica ocorra (Fernandez, 2015). Efetivamente, o conteúdo do *blogue* foi recolhido de forma integral, mas ao longo da comparação constante dos dados, verificámos que o texto ilustraria de forma clara a mensagem da autora do *blogue* e permitiria que conhecêssemos o fenómeno, pelo que decidimos recorrer apenas a dados verbais, que podem incluir entrevistas, notas de campo, texto e outras formas de dados que consistem em palavras (Bailyn, 2015), neste caso a parte escrita dos *posts* dos *blogues*. Assim, os dados foram colhidos, fraturados e analisados e, com base nessa análise, foi decidido o próximo passo (Fernandez, 2015).

2.1. O Processo de Codificação

A categorização tem início com a identificação de uma categoria central sobre a qual se desenvolve a investigação, para depois emergirem subcategorias relacionadas com a categoria central, de modo a que o investigador pense nos dados e os relacione de forma complexa, propondo ligações e questionado ou comparando de modo a validar as ligações propostas (Rodrigues et al., 2004).

A análise dos dados teve inerente a fraturação dos dados, ou seja, a criação de códigos e categorias tal como o investigador define os temas nos dados (Charmaz, 1995). Esta estratégia é proposta por Glaser & Strauss (2012) para ajudar o investigador a evitar permanecer imerso em histórias, tornando-se imobilizado e oprimido por volumosos dados sem ter uma forma de os organizar e interpretar. Esta fraturação dos dados, a análise do processo num fluxo livre e criativo, em que há avanços e retrocessos, tem a designação de codificação. Esta pode ser: *aberta*, *axial* e *seletiva* (Strauss & Corbin, 2008).

Na *codificação aberta* é feito um exame minucioso dos dados brutos (microanálise) para identificar os códigos preliminares (códigos substantivos) que determinarão as categorias nas suas propriedades e dimensões (subcategorias) (Strauss & Corbin, 2008). É efetuada uma leitura atenta e, a partir das palavras, frases ou parágrafos surge a reflexão, comparação e posterior conceptualização de cada fragmento dos dados, atribuindo palavras ou expressões, que formam os códigos preliminares (Dantas et al., 2009).

Na *codificação axial*, as categorias são relacionadas com as suas subcategorias. Esta designação é justificada pelo facto da mesma ocorrer em torno de um eixo, integrando as categorias de acordo com as suas propriedades e dimensões, formulando explicações precisas e completas sobre os fenómenos nas suas propriedades e dimensões (Strauss & Corbin, 2008).

O passo seguinte é a comparação, relacionamento e interconexão das categorias já construídas. É realizado um esquema, uma perspetiva que organiza e explica as ligações emergentes, que facilitarão o pensamento sistemático dos dados, relacionando-os para integrar a estrutura e o processo, estabelecendo relação entre as categorias ao envolver fenómeno, contexto, estratégias de ação ou interação e consequências (Strauss & Corbin, 2008; Dantas et al., 2009). As conexões que emergem da análise da ação e processo após colocação de algumas questões que definem as ações e compreensões das pessoas no contexto estudado, permitem atingir a *codificação seletiva*, que dará origem à categoria ou ideia central do estudo (Charmaz, 2009).

O processo de codificação foi realizado com o suporte do *software* WebQDA®. Importa salientar que, apesar de haver recurso ao mesmo, todo o trabalho intelectual, sensível e criativo de compreensão de conteúdo dos dados (Strauss & Corbin, 2008) foi realizado pela investigadora.

O WebQDA® é um software de análise de dados qualitativos, desenvolvido por uma equipa de investigadores do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro (Neri de Souza et al, 2016), onde se incluem textos, vídeos, áudio e imagens, que funciona num ambiente colaborativo e distribuído com base na internet (Neri de Souza, Costa & Moreira, 2011; Costa, Linhares & Neri de Souza, 2012; Neri de Souza et al., 2016). Este software permite editar, visualizar, interligar e organizar documentos, podendo-se criar categorias, codificar, controlar, filtrar, fazer pesquisas e questionar os dados com o objetivo de responder às questões de investigação (Neri de Souza, Costa & Moreira, 2011; Neri de Souza et al., 2016). O WebQDA® não condiciona os tipos de dados nem o

desenho de investigação, não enviesa a análise, deixando o investigador com controlo total e flexível dos seus dados e da sua análise (Neri de Souza, Costa & Moreira, 2011).

A organização estrutural e funcional do WebQDA® é constituída por três partes: Fontes, Codificação e Questionamento. O Sistema de Fontes consiste na inserção e organização dos dados (Neri de Souza, et al., 2013), no nosso caso dos posts do *blogue 3* e respetivos comentários. No Sistema de Codificação podem ser criadas dimensões, categorias e depois indicadores, sejam interpretativas ou descritivas. Da interligação entre as Fontes e a Codificação que, através dos processos de codificação disponíveis no WebQDA®, se pôde configurar o trabalho para que os dados fossem codificados de forma estruturada e interligada (Neri de Souza et al., 2013), no caso do presente trabalho obedecendo à codificação da *Grounded Theory* e procurando dar resposta às questões do estudo. No Sistema de Questionamento estão disponíveis um conjunto de ferramentas que permitem questionar os dados, com base na configuração atribuída nos dois primeiros sistemas (Neri de Souza et al., 2013). No nosso trabalho não houve necessidade de recorrer a esta terceira estrutura do WebQDA®, pois a organização dos dados e codificação realizadas deram-nos todos os elementos necessários para a resposta às questões do estudo.

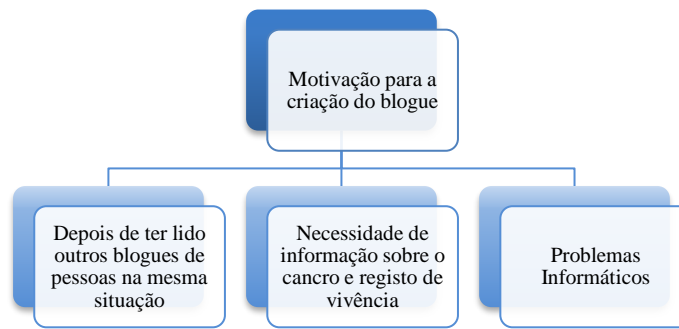
Da codificação realizada resultou a hierarquia de conceitos que apresentamos na árvore conceptual, que sofreu alguns acréscimos após a realização da entrevista (Apêndice XV).

A validação é imprescindível para a consolidação da pesquisa. Esta validação pode ocorrer com a apresentação da teoria ou modelo conceptual explicativo aos participantes ou a parte deles (Strauss & Corbin, 2008). Esta validação ocorreu com a realização de entrevistas informais com a autora do *blogue 3* e com o autor do *blogue 32*, bem como aquando da realização da entrevista formal com a autora do *blogue 16*.

2.2. Motivação para a criação do Blogue

A motivação para a criação do *blogue* refere-se ao que levou as pessoas com doença oncológica a conceberem o seu *blogue*. Da análise dos dados emergiram as seguintes motivações: *Depois de ter lido outros blogues de pessoas na mesma situação, necessidade de informação sobre o cancro e registo da vivência, e problemas informáticos* (Figura 9).

Figura 9 – Motivação para a criação do blogue



As motivações para a criação do *blogue* são pouco expressas ao longo do *blogue*, aparecendo apenas nove referências, em sete fontes. Em termos temporais a motivação *necessidade de informação sobre o cancro* surgiu inicialmente na pessoa, o que a levou com serendipidade a *blogues* de pessoas em situação idêntica, conectando-se às mesmas.

Criei este blogue por necessidade de absorver todas as informações sobre cancro da mama. (...) Nas minhas inúmeras buscas na net encontrei vários Blogs onde lia aquilo que queria saber porque tal como eu agora, eram testemunhos de vida e era isso que procurava sucessos para eu lutar contra o cancro com mais certezas, força e fé!

2/3/2009

A motivação para *blogging* desta autora passa então pela recolha e disseminação de informação (Baptista, 2004; Nardi et al., 2004; Trammel et al., 2004; Dan Li, 2005; Canavilhas, 2006; Kim & Chung, 2007; McKenzie, 2008; Schmidt, 2009; Baker & Moore, 2011). Trata-se de uma utilizadora da Internet que procurou informações relativas à saúde, à semelhança do mencionado por Fox (2006b), sendo a Internet essencial nesta crise de saúde, atribuindo grande importância ao encontrado na Internet (Fox, 2006a, 2011). Por detrás de *blogging* está também a expressão de emoções (Baptista, 2004; Nardi et al., 2004; Trammel et al., 2004; Dan Li, 2005; McKenzie, 2008; Baker & Moore, 2011) e sentimentos (Schmidt, 2009), de comentários e opiniões de assuntos do seu interesse (Nardi et al., 2004). Para esta pessoa, *blogging* permite que as pessoas tenham importância nos pensamentos de outros pela partilha do que pensam/sentem, a clarificação de pensamentos e/ou emoções, libertação de sentimentos/emoções intensas (McKenzie, 2008), em que de leitor passa a ser ator na emissão, na produção de conteúdo e na partilha de experiências (Lemos, 2009). Há possibilidade de partilha de informação encontrada ou não na Internet (Baptista, 2004), uma autorreflexão com o objetivo de expressão pessoal (Trammel et al., 2004; Dan Li, 2005; Papacharissi, 2004, 2007), interação social (Trammel et al., 2004) com amigos e conhecidos (Schmidt, 2009), o que tem inerente a cooperação para que a interlocução ocorra de forma apropriada (Oliveira, 2006).

De referir que a expressão escrita da motivação para a criação do *blogue* analisado surge apenas dez meses depois do primeiro *post* (5/5/2008), ao contrário de outros *blogues* da rede que acedemos e lemos. Embora não o tenha expresso na página inicial do *blogue*, em termos visuais percebemos tratar-se de alguém com doença oncológica ou com ligação a alguém nessa situação, por apresentar no seu *blogring* (Dan Li, 2005) informações sobre a Linha Cancro, o símbolo do cancro da mama, e os links que nos levam a websites relacionados com o mesmo (Viver e Vencer, Projeto Luz, Ame e Vive a Vida, Laço e Instituto Português de Oncologia). Está também presente *link* para o *blogue* 32, o *blogue* do grupo de teatro, que exploraremos posteriormente.

Estamos perante a expressão *online* da narrativa de doença (Heilferty, 2009). Trata-se de uma forma de identificação pelo diagnóstico, também encontrado no estudo de Zancheta et al. (2016), bem como dos interesses mútuos que formam a comunidade (Dan Li, 2005; Canavilhas, 2006). Tal leva-nos a afirmar tratar-se de um *blogue* de doença (Heilferty, 2009), um *blogue temático* (Cruz & Carvalho, 2006), cujos conteúdos versados incitam a sua agregação em rede (Rodrigues, 2006).

Outros como Salvador Vaz da Silva (2008: 13), um dos *bloguistas* da rede em estudo, com publicação do seu *blogue* em livro enunciam a sua motivação logo no início do *blogue*, recorrendo ao humor: *facilitar por um lado, a minha vida, reduzindo substancialmente a inevitabilidade de escrever os mesmo sem conta sobre o mesmo (sim, a repetição da palavra 'mesmo' é propositada) e dificultar a vossa, por outro lado (...)*. Ou seja, a sua motivação é informar quem se preocupa consigo sem ter de repetir inúmeras vezes.

Todavia, embora não muito expresso, tratou-se de um momento marcante, associado a uma pessoa e a um momento na vivência da doença:

Foi quase pelas tuas mãos que vim aqui parar a este mundo dos blogs, apresentáste-me ás outras Meninas, falámos no messenger e acabei por fazer o próprio blog :)

8/10/2009

Este o "Brilho dos Anjos" foi construído se não estou em erro, na minha 2ª quimio e nas buscas incansáveis á Net descobri alguns Blogs de Guerreiras na mesma luta, no qual hoje somos AMIGAS.

10/12/2009

Este comportamento de conexão *online* é descrito por Fox (2011) que refere que a conversação *online* é impulsionada pela motivação das pessoas que vivem com condições crónicas para se conectarem uns com os outros. Criam-se ligações e relações formais e informais (Eysenbach, 2008), que são estabelecidas com outros que pensem/sentem de

forma semelhante (McKenzie, 2008; Technorati, 2011). O objetivo é conhecê-las e estabelecerem relações de proximidade com os pares (Technorati, 2011). São estabelecidos e mantidos laços sociais (Recuero, 2004a; Gaspar, 2005), sob prismas singulares de interesses comuns (Recuero, 2004a), em que há uma afinidade ao nível das relações sociais estabelecidas (Rodrigues, 2006). À semelhança do mencionado por Fox (2002, 2005, 2006a, 2006b, 2007, 2011), as pesquisas culminaram em leituras em grupos *online*, *websites* ou *blogues*, na procura de outros que tivessem uma situação semelhante à sua, para o seguimento das experiências pessoais de saúde dos seus amigos pessoais. Estes cibercontactos foram efetuados com pessoas com as quais nunca tinham tido qualquer relacionamento social no espaço físico (Antunes, Castro & Mealha, 2005) e evoluíram para o desenvolvimento de amizades *online* (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007). Além das pessoas estranhas, estas relações são também estabelecidas com familiares e amigos bastante distantes geograficamente (Heilferty, 2009), que neste caso inclui pessoas de todo o país e mesmo de Espanha, Brasil e Angola.

Estamos perante uma comunidade virtual, ou uma rede social criada e relacionada através de meios eletrónicos (Eysenbach et al., 2004), uma nova oportunidade de comunicação entre pessoas doentes (Sullivan, 2003).

A criação de um segundo *blogue* emerge de problemas informáticos com o primeiro, pois haviam leitores que se queixavam da dificuldade em aceder ou comentar o mesmo. Assim, a forma de resolução da questão foi a criação de um segundo *blogue*.

(...) criei este Blog para fazer uma experiência (...) Será que agora entram aqui bem? (...)
8/12/2009

Quem escreve deseja ser lido por alguém, procurando visibilidade, credibilidade (Rodrigues, 2006), autoexpressão (Trammel et al., 2004; Dan Li, 2005) e autopromoção (McKenzie, 2008; Baker & Moore, 2011). A dificuldade de acesso a um *blogue* poderá ser um motivo de perda de credibilidade do mesmo (Ferreira, 2001), o que levou a sua autora a prevenir essa perda e abandono da sua leitura pelos seus seguidores. Acresce ainda que a dificuldade de acesso pelos leitores não permite a conexão com os outros que pensam/sentem de forma semelhante nem receber retorno sobre o que publicam (McKenzie, 2008), a interação social (Trammel et al., 2004), nem a partilha da sua experiência (Technorati, 2011) na doença, ou documentação da sua vida (Nardi et al., 2004), motivações iniciais para a entrada na *blogosfera* pela autora do *blogue*.

O novo *blogue* continua na mesma linha e com o mesmo propósito do inicial, não deixando de ter *online* o *blogue* inaugural, que é de extrema importância para a sua memória futura no que diz respeito ao registo da vivência.

Este blog tem um valor para mim muito grande, apesar de ter muita dôr e sofrimento também tem mensagens que guardo aqui e no coração :) este não vai ser fechado vou metendo aqui alguma coisa para estar aberto mas passarei para o outro Nas asas de um Anjo.

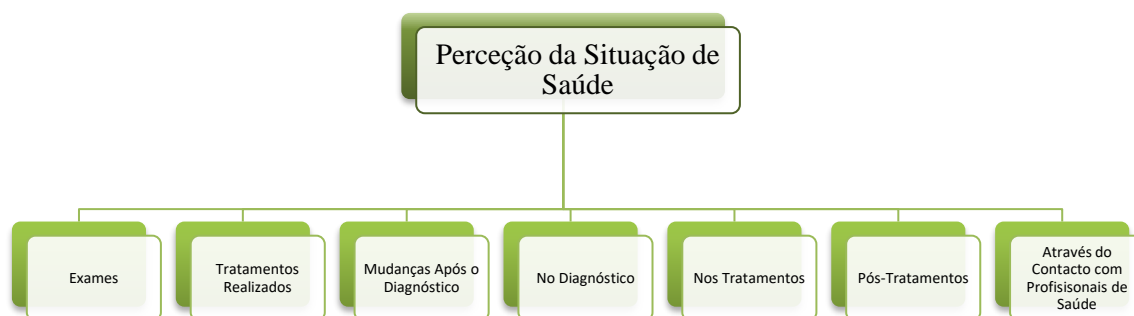
10/12/2009

Tal expressão retrata a autodocumentação (Dan Li, 2005), o registo em crónica da sua vida (McKenzie, 2008), a autoexpressão (McKinnon, 2001), ou a documentação da vida do autor do *blogue* (Nardi et al., 2004) neste período de doença, podendo mesmo ser considerado um diário de bordo da própria vida, em que são dados a conhecer alguns momentos (Silva, 2005). Trata-se de uma publicação mista, em que há um misto de informação com comentários pessoais (Recuero, 2004a; 2004b).

2.3. Perceção da Situação de Saúde

Como vimos, entre as motivações expressas para a criação do *blogue* em análise, emergiu dos dados a necessidade de registo da vivência, pelo que foram encontradas muitas referências na narração em relação à perceção da situação de saúde, tendo sido identificadas diversas transições. Assim, a perceção da situação de saúde desta mulher é narrada ao referir-se aos *Exames*, às *Mudanças Após o Diagnóstico*, *Tratamentos Realizados*, *no Diagnóstico*, *nos Tratamentos*, *Pós-Tratamentos* e *Através do Contacto com Profissionais de Saúde* (Figura 10).

Figura 10 – Perceção da Situação de Saúde



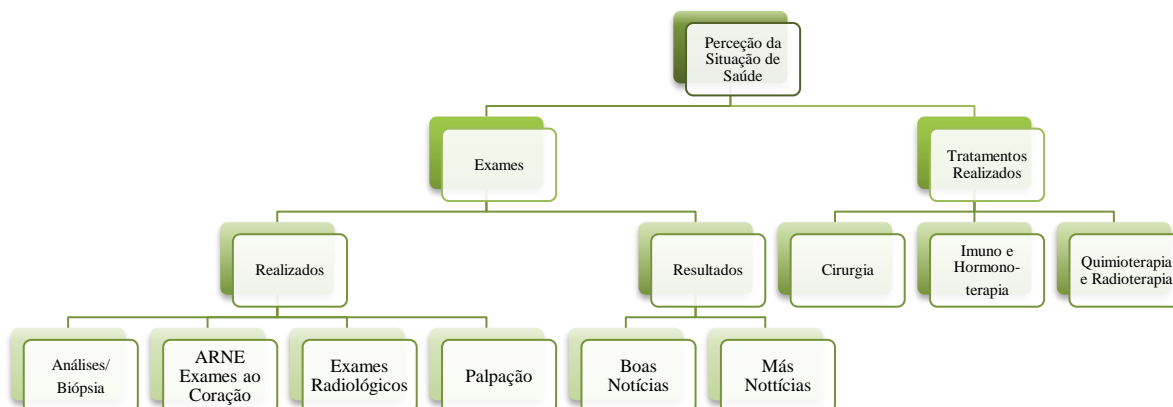
A experiência do papel de doente varia em função do tipo de doença (Giddens, 2007). O significado conferido à doença oncológica é pessoal, relacionando-se com vivências prévias, idade, preconceitos culturais, informações veiculadas através dos meios de comunicação social (Pais, 2004) e, mesmo pela Internet.

2.3.1. Exames e Tratamentos Realizados

Entre os diversos elementos encontrados, a Perceção da Situação de Saúde desta autora é realizada através:

- dos exames realizados, tendo havido menção a análises e a biópsia, ao ARNE⁸, a exames radiológicos (como ecografia e raio X) e palpação;
- dos resultados dos exames, são manifestadas boas e más notícias (Figura 11).

Figura 11 – Perceção da Situação de Saúde – Exames e Tratamentos Realizados



No caso da autora do *blogue* estudado, os exames surgem para o diagnóstico ou para avaliação da situação ao longo do processo de doença.

E o Dr. marcou-me uma citologia aspirativa para me tranquilizar e assim o fiz, no resultado deu logo células suspeitas e aconselhavam uma biópsia.

5/5/2008

aconselhou-me fazer as ecovaginal de seis em seis meses por causa do Tamoxifeno.

26/2/2009

As ditas foram apalpadas e apalpou os gânglios no pescoço também

15/9/2009

O coração foi sempre vigiado, e tem estado sempre bem. Consegui fazer o tratamento durante um ano, sem que o coração tivesse manifestado alguma alteração, de qualquer modo não se pode descurar a máquina e continuar a vigiar

16/9/2009

Supostamente ia para as consultas de 6 em 6 meses mas...tenho análises em Maio e consulta no final de Junho. Um das análises são para a tiróide não sei o que está a pensar

25/2/2011

Já fiz outra vez análises estas para a médica de família, ela quer ter a certeza que as valores do fígado é da medicação

2/1/2012

⁸ **ARNE** – Angiografia de Radionuclídeos de Equilíbrio. A realização deste exame compreende a administração de um fármaco e um radiofármaco, com um intervalo de 20 minutos. Após a segunda injeção são realizadas imagens numa Câmara Gama, durante 40 minutos (NuclearMed, 2017). Trata-se de um exame ao coração que tem como objetivos: determinar a fração de ejeção do ventrículo esquerdo, bem como a sua contractilidade. As pessoas doentes submetidas a terapêutica cardiotoxicidade, como é o caso de alguma quimioterapia (Querubim, 2009).

Nesta situação, os exames surgem no início da experiência transicional, que começa assim que o evento ou mudança são antecipados (Meleis, 2010), sendo que a percepção e os significados atribuídos aos eventos de transição podem divergir entre as pessoas (Meleis, 2010). A realização dos exames, bem como a transmissão dos resultados através das *boas* ou *das más notícias* decorrem e permitem a consciência das mudanças a ocorrer (Meleis, 2010). Ao longo do processo de doença oncológica desta pessoa, e decorrente dos efeitos das terapêuticas quimioterápicas, verifica-se a possibilidade de danos cardíacos, vigiados através de exames cardíacos, onde se inclui o eletrocardiograma, ARNE, ou de danos hepáticos. Tal situação traduz vulnerabilidade relacionadas com a experiência de transição que a expôs a dano potencial, bem como uma recuperação problemática e também prolongada (Meleis et al., 2000).

Além dos exames cardíacos, esta mulher realizou também análises clínicas que permitiram o diagnóstico, bem como a tomada e decisão terapêutica.

tinha pedido análises que nunca tinha feito até á data, marcadores tumorais, entre muitas outras coisas para saber se estou a entrar na menopausa.

4/8/2009

Supostamente ia ter uma consulta só daqui a 6 meses mas falei-lhe do periodo me ter aparecido em julho e agosto e só ter Tamoxifeno até 3 meses vou em janeiro para trazer mais, fazer de novo analises por causa do estar ou não em menopausa.

16/9/2010

Embora associadas à transição saúde-doença, a narração no *blogue* remete-nos para a realização de exames que identificam a vivência da transição de desenvolvimento na menopausa (Meleis, 2010; Meleis et al., 2010). O início e o fim das transições não ocorrem em simultâneo, havendo um sentido de movimentos, um fluxo associado à mesma (Meleis, 2010), havendo aqui uma simultaneidade de transições num período que se pode considerar longo, a de doença e a de desenvolvimento. De referir que a experiência de saúde-doença tem grande influência do estágio da vida da pessoa em que a transição ocorre (Meleis, 2010), sendo a menopausa uma fase de alguma instabilidade.

Os resultados dos exames são elementos integradores da Percepção da Situação da Pessoa. Deste podem resultar *Boas Notícias* e *Más Notícias*, que contribuem para essa percepção nos diferentes momentos do processo de doença.

e...felizmente estava tudo bem era uma bolsa de liquido que voltaria ao normal.

5/5/2008

Mamografia e Ecografia OK

21/11/2012

o meu marido já tinha falado com o cirurgião e tinha recebido a notícia que a gânglio sentinela estava limpo o que era maravilhoso.

29/1/2013

De referir que as referências encontradas relativas às boas ou às más notícias têm frequências idênticas (26 e 25 respetivamente), o que nos leva a afirmar de que a participante do estudo enfrenta ambas, não se focando apenas no positivo ou no negativo. A transmissão de *boa* ou de uma *má notícia* pode ser encarado como uma mudança no estado de saúde, que proporcionará a melhoria do bem-estar, podendo também desencadear um processo de bem-estar (Meleis, 2010), nesta situação para a recuperação da saúde. É como que um evento que aciona essa mesma mudança e que marca a mudança de papel de doente para bem-estar (Meleis, 2010).

Contudo, ao longo deste processo surgem também *más notícias*, nomeadamente para a definição do diagnóstico.

E o Dr. marcou-me uma citologia aspirativa para me tranquilizar e assim o fiz, no resultado deu logo células suspeitas e aconselhavam uma biópsia. (...) fiz a biópsia tinha 90% de células malignas

5/5/2008

Estas más notícias influenciam o percurso na transição, podendo marcar uma mudança de papel súbito, resultante de uma mudança de um bem-estar para uma doença aguda, uma mudança no papel de bem para doente (Meleis, 2010), que marca a transição no diagnóstico de doença oncológica (Meleis et al., 2000; Friesen, Pepler & Hunter, 2002; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012).

Outras más notícias podem ser as intercorrências resultantes da terapêutica que obrigam, por exemplo, à sua suspensão.

Era para fazer mais uns mas tenho que terminar porque o coração ressentiu-se :(o que o Dr. disse foi: o seu coração envelheceu para a sua idade!

7/9/2009

Também fiz ecografia o Dr disse que, tenho o fígado com alterações que deve ser mesmo do Tamoxifeno

2/1/2012

Tais acontecimentos podem afetar a intensidade da experiência ao longo do tempo (Meleis, 2010), aumentando assim a sua vulnerabilidade em todo o processo (Meleis, et al., 2010), podendo manifestar-se numa insuficiência de função (Meleis, 1975 cit. por Meleis, 2010), o que será mais evidente no desenvolvimento de outras questões do estudo.

Os tratamentos realizados enquadram-se também na perceção da situação de saúde e decorrem dos resultados dos exames realizados, bem como do diagnóstico. Os tratamentos realizados pela autora do *blogue 3* foram a cirurgia, a imuno e hormonoterapia, a quimioterapia e a radioterapia.

um dia a comemorar dia 10 de Março de 2008 fui operada para me retirarem aquilo que não me pertencia, é...fui operada ao cancro na mama.

15/3/2010

Comecei a tomar o Tamoxifeno que será por cinco anos (...) que teria de fazer mais um tratamento de três em três semanas era tomado na veia na sala de quimio, chamava-se Herceptin mais um mal necessário. (...)se tudo correr bem em agosto termino o Tamoxifeno

29/1/2013

Foi a partir daqui que começou tudo, a quimioterapia, a radio, hormonoterapia esta última ainda faço.

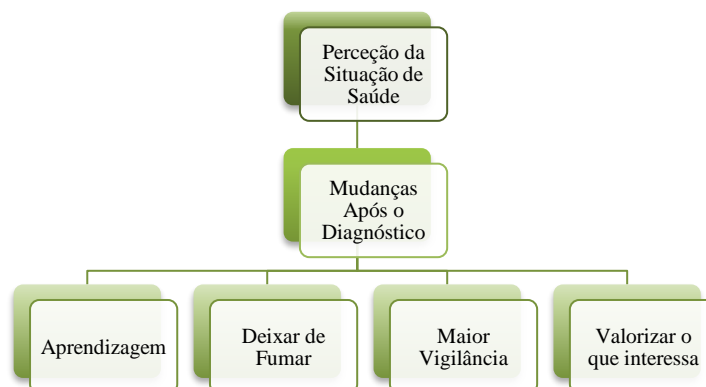
10/3/2013

A narrativa expressa no *blogue* aponta para a transição das pessoas com doença oncológica procedimentos cirúrgicos (Meleis et al., 2000; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al, 2012) e sua recuperação (Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012), o início da quimioterapia (Schulman-Green et al., 2012) que se relacionam com as transições situacionais relacionados com internamentos e altas hospitalares (Weiss et al, 2010). Os tratamentos narrados no *blogue*, cirurgia, a imuno e hormonoterapia, a quimioterapia e a radioterapia, são os mencionados por Deters (2010) e por Suzuki e Beale (2006), onde além da quimioterapia e cirurgia, é também feita a menção a novos tratamentos após recaída. Os tratamentos são nesta situação curativos e adjuvantes uns dos outros (Deters, 2010).

2.3.2. Mudanças Após o Diagnóstico

Depois do diagnóstico, através da realização e dos resultados dos exames, com boas e más notícias, a Perceção da Situação de Saúde passa por mudanças manifestadas pela participante no estudo, nomeadamente: *Aprendizagem, Deixar de Fumar, Maior Vigilância e Valorizar o que interessa* (Figura 12).

Figura 12 – Perceção da Situação de Saúde – Mudanças Após o Diagnóstico



A aprendizagem perante uma doença oncológica é uma condição marcada pela intensidade das palavras da autora do *blogue*. Esta aprendizagem passa por um processo interior de crescimento, de desenvolvimento de força interior, bem como uma consciência de que a vida é uma aprendizagem e de que ainda há muito para aprender.

Aprendi muito com a minha doença (...) É o chamado o mal que vem por bem. O mal a doença claro, o bem o que aprendemos com a doença a força que nunca imaginámos que tínhamos, saber realmente quem nos ama, dar valor ao que realmente interessa, estar mais atenta ao próximo, etc... e ainda tenho muito para aprender!

2/3/2009

mais tarde confirmei isso era necessário passar por tudo para saber qual o caminho certo.

14/3/2009

O diagnóstico de uma doença oncológica é, como vimos, uma transição (Meleis et al., 2000; Friesen, Pepler & Hunter, 2002; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012). Quando a doença surge na vida de uma pessoa, há necessidade de aquisição de novos conhecimentos para o possível equilíbrio da situação (Trigueiros & Santos, 2004) e emergem pensamentos sobre mudanças necessárias (Zancheta et al., 2016). Há como que uma reconstrução de autoidentidade valorizada (Kralik, Visentin & van Loon, 2006). Também o estudo de Friesen, Pepler e Hunter (2002) faz referência à aprendizagem familiar quando um dos seus membros é diagnosticado com cancro, sendo esta considerada uma forma de suporte em que toda a família pode participar.

Trata-se de um processo de adaptação consciente, uma transição pessoal, em que há um aumento gradual da consciência da doença, concomitantemente com experiências de responsabilidade (Bruun Pederson, Osther e Wagner (2010), com vista à proteção da saúde, como é o facto de tomar a decisão de *deixar de fumar*.

falei com o Dr de eu ser fumadora (...) agora vou tentar seguir só não consigo retirar de repente mas se Deus quiser e a minha vontade ,vou conseguir!!

23/12/2009

Tá difícil... Como vos disse estou em luta comigo mesma! É uma luta que embora pareça parva aos olhos de muita gente, para mim tem sido um osso duro de roer...nem imaginam...só quem passa pelo mesmo sabe do que falo! Estou em abstinência de tabaco

03/01/2010

Em 2010 eu quero.. Quero deixar de fumar já estou no caminho agora é ter força para continuar!

07/01/2010

A adaptação foi consciente/inconsciente e poderia ser caracterizada como uma transição pessoal, em que há um aumento gradual da consciência da doença, juntamente com as experiências de responsabilidade, proteção e valor relacionado com o ser capaz de gerir (Bruun, Pederson, Osther e Wagner, 2012).

Este processo de adaptação interna, com aprendizagem inerente e mudança de comportamento, é também fruto de uma reflexão interna, cujo olhar da pessoa passa a ser o essencial da vida, coisas pequenas, como estar junto dos que ama, a própria vida ou tomar banho numa praia.

agradeço a benção e a felicidade de ver a Vida com outros olhos e de ter junto de mim os que Amo

14/03/2009

No domingo dei o meu 1º mergulho em 2 anos que foi tão bom!!!!!!... Até chorei de soube tão bem...sentir o meu corpo a flutuar naquelas águas... uma coisa tão simples e o valor que lhe dei! A Vida tem coisas MARAVILHOSAS!!

17/08/2009

porque depois de passarmos por o que passámos se não ligávamos a estes festejos passamos a ligar, é celebrar a VIDA que o bandido "quase" nos tirou.

26/02/2011

Estas narrativas apontam para um otimismo no discurso, que revelam que a pessoa tenha atingido uma estabilidade relativa maior que a que tinha anteriormente, uma característica importante nas transições (Meleis, 2010). Há manutenção no interesse pela vida (Carvalho, 2011), o fazer qualquer coisa pela sua vida (Dubos, 1963), o que a leva a uma maior vigilância da sua saúde, com a realização de exames anuais.

E a partir desta data comecei a fazer os exames anuais

5/5/2008

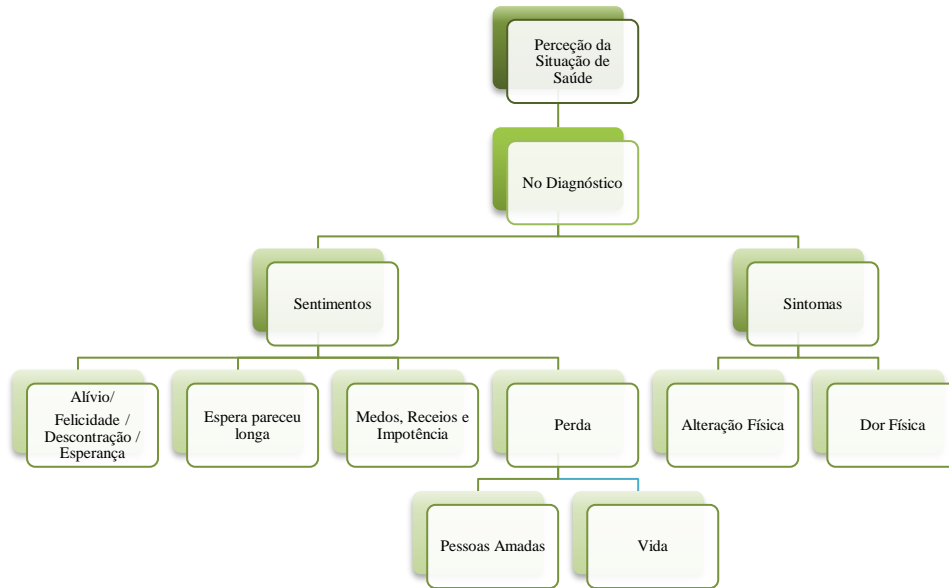
As mudanças após o diagnóstico decorrem da perceção da situação de saúde, influenciada pela consciência de que algo não estaria bem, e confirmado ou não pelos exames realizados. Trata-se de uma aprendizagem, uma adaptação a uma nova condição, que exigiu aprendizagem, mudança de comportamentos nocivos, como o deixar de fumar, uma maior vigilância e uma valorização do que realmente interessa na vida.

2.3.3. Perceção da Situação de Saúde no Diagnóstico

A perceção da situação de saúde da participante no estudo passa pelo momento do diagnóstico, no qual emergiram sentimentos que se traduzem no *alívio, felicidade, descontração e esperança*, o sentimento de *uma espera que pareceu longa*, associado a *medos, receios e impotência* e à *perda de pessoas amadas e da vida*.

A fase do diagnóstico é pautada por sintomas manifestados por *alteração física*, bem como a *dor física* (Figura 13).

Figura 13 – Percepção da Situação de Saúde no Diagnóstico



O diagnóstico de doença oncológica é uma transição identificada por Meleis et al. (2000), Friesen, Pepler e Hunter (2002), Carvalho (2011) e Schulman-Green et al. (2012), cujas reações da pessoa favorecem a configuração das suas interpretações, podendo constituir desafios no sentido de identidade pessoal de cada um (Giddens, 2007). A partir do momento do diagnóstico, a pessoa enfrenta um conjunto de mecanismos de adaptação à doença e às suas circunstâncias (Cardoso et al., 2009), sendo o significado atribuído à doença pessoal.

Os sentimentos mais presentes na narrativa escrita do blogue em análise são (com 42 referências e 10 fontes) os *medos, receios e impotência*. O medo e receio perante o diagnóstico, a impotência sobre o controlo do corpo, o medo antes das consultas de diagnóstico ou da realização de exames para os diagnósticos.

Pois é... também chegou até mim a doença que tanto tememos! (...) assustei-me (...)á médica de família esta ao fazer a apalpação assustou-me imenso (...) Escusado será de dizer que sentimos que nos tiraram o tapete debaixo dos pés (...) a médica falou-me no IPO que era um nome assustador (...)Falando agora de emoções ao saber do meu estado de saúde desta vez chorei,

5/5/2008

o sentimento é o mesmo, a revolta, a impotência sobre o controle do nosso corpo o não poder dizer: sai de mim, vai-te embora doença maldita eu estou bem !

30/5/2008

amanhã é dia de exames...logo estou com os nervos á flor da pele! Será que nunca mais vamos perder este medo?! (...)o medo esse acho que será eterno! (...)Não consigo tirar isto da ideia por muito que tente, não dá!!! (...) Mas apanhei um susto de sentir o coração espremido (...)eu já aflita (...) eu só sabia perguntar se estava tudo bem ele dizia que sim! (...) e eu a entrar em parafuso

15/3/2010

O *desabafo de* sentimentos é uma das motivações expressas em blogues (Schmidt, 2009), que, embora não tenha sido referida explicitamente pela autora do *blogue*, se verifica com a análise dos *posts*. A expressão de sentimentos tão pessoais num *blogue* como os vivenciados num processo de doença oncológica é algo que traduz a permissão de se dizer o que se pensa e que possivelmente não se diria de outra forma (Rodrigues, 2006). Tratando-se de um *blogue* de doença, expressam-se sentimentos (Heilferty, 2009) e emoções (Keim-Malpass & Steeves, 2012), considerada uma atividade útil para a gestão das emoções (Chung & Kim, 2008), com uma representação de maior expressividade emocional, bem como na troca de apoio emocional (Seale, Ziebland & Charteris-Black, 2012). A expressão de medos em relação a ter a doença pode aqui ser encarada como receio de uma mudança de papel súbita (Zancheta et al., 2016), resultante da mudança de um bem-estar para uma doença aguda (Meleis, 2010). A presença do medo e ansiedade no percurso até ao diagnóstico, em simultâneo com a realização de exames de diagnóstico para a confirmação de doença oncológica, está também presente no estudo de Carvalho (2011). A perceção da doença é relevante no stress psicológico (Sam, 2016) ou no sofrimento psicológico (Chung & Kim, 2008; Cardoso et al., 2009), o que se traduz na impotência traduzidas por medo, pânico, ansiedade (Queirós, 1999). As pessoas confrontam-se com a incerteza sobre o curso da doença, ou de perda de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), bem como de morte prematura (Cardoso et al, 2009), traduzida numa *ansiedade antecipatória* aos exames (Silva & Santos, 2010). A conhecida atriz Fernanda Serrano descreve o momento do diagnóstico como o confronto com a possibilidade da morte iminente, o que é *demasiado violento* (Serrano, 2013). A pediatra Margarida Marques (2012) refere que o cancro foi para si uma ameaça à vida pela dificuldade em prever o processo da doença e pelas repercussões nas atividades diárias. Estes medos foram também sustentados pela espera de resultados, a espera pela realização dos exames, a espera por respostas a inquietações. Por muito curto que o tempo real seja, perante uma incerteza em que a vida está em causa, todo ele parece demasiado longo.

Não foram muitos dias, foram dois até saber o resultado da Ecografia e Mamografia mas o suficiente para parecer uma eternidade

5/5/2008

Quando estava cansada de tanto esperar e com vontade de me vir embora ouvi o meu nome, entrei nem sei como tive forças para andar (...) estava a tomar medicação para a depressão e precisava de certezas (...) escusado será de dizer que foram dias muito difíceis (...) devia levar à volta de mês e meio de espera e que espera...uma eternidade. Nestas alturas é preferível ser logo

29/1/2013

Tais medos podem estar relacionados com o momento antes do diagnóstico, em que a pessoa não tem a confirmação, a consciência da situação, pelo que poderá estar numa fase de pré-transição (Meleis, 2010), neste caso transição do diagnóstico de doença oncológica (Meleis et al., 2000; Friesen, Pepler & Hunter, 2002; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012). Estamos aqui perante períodos de incerteza (Golan, 1981), a perda de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), podendo haver incapacidade para encontrar sentido nas experiências relacionadas com a doença (Miller, 2000).

Além dos *medos, receios e impotência*, pautados pela espera que pareceu longa, emerge o sentimento de receio pela perda de pessoas amadas, bem como da própria vida.

que vamos deixar de ver e apreciar o que a Vida tem de melhor e pior! (...)que vamos perder quem tanto amamos, quem tanto precisa de nós (...) Mas como tinha passado por momentos menos bons onde entre outras coisas e a principal estava a morte da minha MÃE que tanto amava e eu estava medicada para uma depressão, disse ao médico que precisava de me sentir tranquila e segura para poder deixar a medicação logo que me fosse possível, claro!

5/5/2008

medo de morrer de deixar as pessoas que amava, um misto de sentimentos.

29/1/2013

Os sentimentos de medo, bem como o receio pela perda de pessoas amadas, marcada pela experiência recente da perda da mãe, influenciam a experiência da vivência da sua doença, sendo a perda e sofrimentos prévios considerados por Pinto (2011) como fatores inibidores da esperança, essencial na experiência de viver com doença progressiva (Querido, 2013). Poderá também ser considerada como *perda de papel* (Davis, 1963, cit. por Meleis, 2010), associada à possibilidade de doença oncológica sobressaindo, também, o receio das mudanças de papel na família (Esbeden & Tomé, 2010), o que pode atrasar a transição (Büyüktür & Ackerman, 2015). A perda da mãe é um dos fatores pessoais que pode retardar a adaptação à doença oncológica (Cardoso et al., 2009).

Perante tais sentimentos, há esperança de que a suspeita de algo menos agradável não se confirme, associada às boas notícias, que se traduzem no alívio, felicidade e descontração.

eu só sabia perguntar se estava tudo bem ele dizia que sim! (...) mas está tudo bem é o que importa. (...) e sabe bem sentir o coração aliviado acho mesmo que não me vou habituar a isto!

15/3/2010

está tudo como já sabia a Mamo está bem (...) Vou aguardar mais um pouco e pode ser que da próxima vez já esteja fixe.

5/4/2010

Por enquanto, estou descontraída (...)vou acreditar que está tudo bem, se Deus quiser será assim!

24/3/2011

A verdade, encontrada dos resultados dos exames, é considerada por Pinto (2011) um fator promotor da esperança, sendo esta a que permite que as pessoas se submetam a exames e tratamentos médicos na procura da cura (Cardoso et al., 2009). É acreditar que mesmo com obstáculos, a vida tem sentido! (Pinto, 2011)

Os *sintomas* relacionados com a *perceção de saúde* desta pessoa no *diagnóstico* compreendem a alteração física e a dor física. Estes foram os sinais de alerta que a levaram a procurar ajuda profissional para o diagnóstico.

um dia sem mais nem menos senti uma dôr na mama(esta é palavra certa) (...)ao levar a mão reparei que tinha um alto enorme por cima da aureola,

5/5/2008

descobri um caroço (...) Em agosto o caroço continuava no mesmo sítio e ao contrário do que é dito este doía ao toque e ao dormir de barriga para baixo. (...) em Novembro marquei uma consulta com a médica de família onde ela assustou-me bastante dizendo que assimetria das mamas não eram normais.

29/1/2013

Além da leitura dos *blogues*, a atividade desta pessoa passa a ser de autoria, em que nos *posts* há partilha de sintomas (Fox, 2002, 2005, 2006a, 2006b, 2007, 2011), que fazem parte da doença (Giddens, 2007). Os sintomas marcam assim o início do processo de decisão e desempenham um papel fundamental ao longo de todo o percurso da doença oncológica (Santos, 2006), sendo a dor limitadora do potencial humano e da liberdade (Sandelowski, 2002). A dor é das manifestações mais temidas pelas pessoas a quem é diagnosticada doença oncológica. Ao contrário do descrito por Deters (2010) que considera a dor como o último sintoma a aparecer na doença oncológica, na situação estudada a narrativa refere-se a dor física logo no momento do diagnóstico. Contudo, podemos referir que tal poderá estar relacionado com a parte do corpo afetada (a mama), ou relacionar-se com a componente psicológica da dor, que se relaciona com a perceção da pessoa da ameaça que o cancro patenteia e do stress que desencadeia, pois há uma ameaça de lesão em resultado da doença e a possibilidade de perda de parte do corpo ou mesmo da vida (Deters, 2010), como vimos anteriormente. Acresce ainda o facto do diagnóstico de cancro da mama ocorrer numa mulher em idade reprodutiva, o que intensifica ainda mais o arrasador que a situação comporta (Casmarrinha, 2008), bem como uma ameaça à sexualidade e família (Murad & Katz, 1996).

2.3.4. Percepção da Situação de Saúde nos Tratamentos

A percepção de saúde nos tratamentos desta pessoa com doença oncológica inclui narrativas que expressam uma *boa evolução* nos tratamentos, *sentimentos* e *sintomas*. Os sentimentos em relação aos tratamentos são: o estar *ansiosa por terminar; bem-estar e felicidade; otimismo, surpresa agradável, expectativa, esperança; choque, isolamento, incerteza, medo de estar menos bem*. Os sintomas expressos são as *alterações do apetite; alterações do sono; boca seca; cheiro característico; dor; sentiu correr, sem dor, menos dor; sintomas semelhantes aos da gripe* (Figura 14).

A fase dos tratamentos (cirúrgico, quimioterapia, radioterapia ou bioterapia) são consideradas transições de saúde-doença, como os procedimentos cirúrgicos (Meleis et al., 2000; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al, 2012) e sua recuperação (Carvalho, 2011), o início da quimioterapia (Schulman-Green et al, 2012) e o controlo de sintomas (Schulman-Green et al, 2012). O facto de aos tratamentos estarem inerentes idas com possíveis internamentos e altas em instituições hospitalares ou ida para uma unidade de cuidados, consideramos também que este período tenha também envolvidas transições situacionais (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Weiss et al, 2010; Wennman-Larsen & Tishelman, 2002).

A narrativa da bloguista transmite-nos a mensagem de *boa evolução* nos tratamentos, quando descreve o seu dia a dia no processo de doença, com alguma frequência (24 referências em 18 fontes). A noção de que está bem ou que correu bem passa na cirurgia, na realização da quimioterapia, depois de bioterapia ou de consultas médicas.

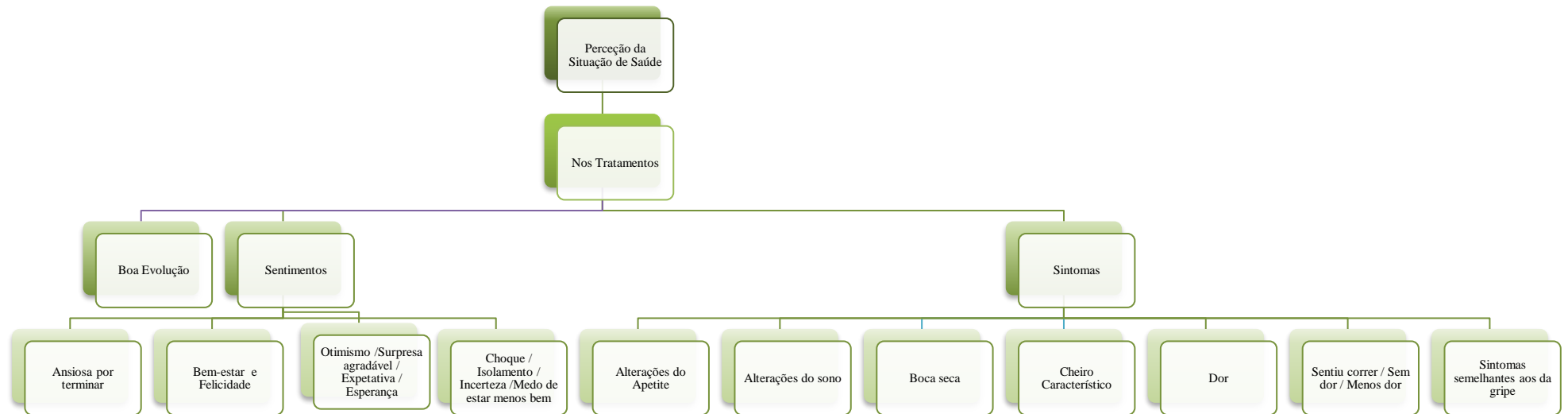
Fuí para o recobro e na manhã seguinte tive alta (...) tinha tudo corrido muito bem.
5/5/2008

A Químio correu muito bem as análises estavam óptimas até demorou menos tempo o tratamento!!! Já foram 4 só faltam 2 que bom!!!!
26/6/2008

Herceptin. Correu tudo bem :)
14/7/2009

Mais uma consulta com o Dr Alberto, cirurgião plástico e...está tudo bem :)
7/2/2012

A percepção individual do impacto da doença na vida de cada pessoa influencia o significado atribuído à doença, a sua capacidade em atingir objetivos futuros (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009). Manifestar que há uma boa evolução é uma forma da pessoa se consciencializar de que tem controlo na situação, de que tudo está a evoluir favoravelmente, é também uma forma de resiliência, a competência para reagir à adversidade (Cardoso et al., 2009).

Figura 14 – Perceção da Situação de Saúde nos Tratamentos

Esta manifestação de boa evolução nos tratamentos relaciona-se com o sentimento de *bem-estar, felicidade, bom ambiente*, bem como com o *otimismo, surpresa agradável, expectativa e esperança* manifestados pela participante no estudo.

acordei muito bem (...) fiquei muito feliz e aliviada (...)o tratamento durou perto de duas horas e tal e vim bem disposta (...) estive sempre sem sintomas até ao 3º dia

5 e 6/5/2008

e lá fui operada sem medos nenhuns sem pensar sequer que algo podia correr mal, nada! (...)o meu Marido estava delirante assim como eu era bom sinal poder ir para casa tão cedo (...) porque nem tudo na Vida tem que ser menos bom também há coisas muito boas!!! (...)porque, ouvimos dizer ah X pessoa fez e não caíu, Y fez não sei quantas e tb não caíu e eu fui levada um pouco nessa ilusão pensei: com um pouco de sorte não vai cair... (...)Agora estou a aguardar o próximo que é dia 14 de Maio e ficam a faltar só quatro ;o).

5/5/2008

Estar bem e manifestar que se está bem contraria a incerteza, dando-lhe capacidade para encontrar sentido nas experiências relacionadas com a doença (Miller, 2000), dando-lhe o controlo da situação, bem como a sua capacidade em atingir objetivos (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009). Além dos fatores pessoais, estar bem e sem dor é um dos fatores médicos apontados por Cardoso et al. (2009) que influenciam a adaptação à doença, neste caso de forma positiva. Apesar da doença, manter o bem-estar inicia uma série de transições (Taylor & Frazer, 1982). Apesar do conhecimento de que os tratamentos fazem *cair o cabelo*, a participante mantém a esperança de que tal não lhe aconteça, pois tal como refere Querido (2005, 2013), a esperança é essencial na experiência de viver com doença oncológica. Apontamos aqui como facilitador desta esperança a valorização de conquistas, controlo de sintomas e pensamentos positivos (Pinto, 2011).

O estar bem leva a que a pessoa esteja também *ansiosa por terminar os tratamentos*, por dar um fim ao que surgiu sem que fosse sua vontade.

Só falta mais um bocadinho estou ansiosa para terminar como podem imaginar... (...) Já foram 4 só faltam 2 que bom!!!!

25/6/2008

ansiosa por me tirarem do corpo aquilo que se apoderou de mim sem minha vontade,

10/3/2011

Expressa-se aqui o receio da perda de controlo, que, quando o decurso da doença corre bem não existe. Trata-se da procura de um significado, a necessidade de fazer algo benéfico que esteja ao seu alcance (Wise & Rundell, 2002), como a adesão ao regime terapêutico, considerada uma estratégia de *coping* (Santos, 2006). Todavia, exprime-se também o desejo de querer deixar de ter a condição de *ser doente oncológica*, pois o mesmo é significado de morte e sofrimento (Terreno, 2000), o obstáculo aos seus desejos e ambições (Murad & Katz, 1996), pautando também a incerteza em relação ao decurso da doença (Miller, 2000).

Além dos sentimentos de bem-estar, surgem também sentimentos de *choque, isolamento, incerteza e medo de estar menos bem*. Surge o choque perante notícias menos boas, perante a perda do cabelo, o choro em silêncio, tradutor de isolamento, o medo associado ao isolamento, o medo perante o que se vê acontecer aos outros que passam pelo mesmo processo.

e chorei em silêncio todo tempo até levar a anestesia (...) mais uma vez a parte do cabelo me chocou (...) Mas como sempre quando recebo as notícias menos boas fico em choque

5 e 6/5/2008

Hoje na sala de quimio as coisas não estavam a correr da melhor forma :(o médico foi chamado para atender uma série de Guerreiras, começou numa ponta e chegou á Sra do meu lado

25/6/2008

A experiência desta pessoa ter doença oncológica é expressa nestes testemunhos, que aludem à componente emocional ao longo do processo de doença (Casmarrinha, 2008), neste caso durante os tratamentos. A perda de uma parte do corpo, como é o cabelo da mulher, é um fator de stress na componente psicológica da dor (Deters, 2010), verificando-se o choro, o que se traduz num sentimento dramático de desespero. Estamos perante a dimensão pública da doença, em que há repercussões nos outros (Giddens, 2007), em que a ansiedade pode ser desencadeada por situações semelhantes (Cardoso et al., 2009).

A impotência é aqui manifestada pelo choque (Queirós, 1999). Tratam-se de manifestações de sofrimento psicológico, com manifestação de medo, tristeza e problemas incapacitantes como a depressão, o pânico a ansiedade e o isolamento (Cardoso et al., 2009).

A mudança após o diagnóstico de deixar de fumar desencadeou medos e isolamento.

Mas tenho estado muito ausente de encontros com Amigos fumadores, ando muito por casa, é uma prova que tenho medo é o estar em contacto com quem fuma.

18/1/2010

O isolamento manifestado é uma estratégia adotada para a mudança de comportamento por receio da perda de controlo. Acresce ainda tratar-se de uma manifestação de falta de confiança, um sentimento dramático de desespero e sensação de isolamento, manifestando-se em menos interação e participação no quotidiano (Deters, 2010).

Além dos medos referidos, emerge também a ansiedade e o medo da emergência de sintomas, bem como da realização da cirurgia. São relatadas dores de estômago relacionadas com a ansiedade.

Foi um dia de algumas dúvidas (...)essa parte foi complicada porque estava com medo que me desse dores de estômago por fome ou nervos. (...)não me questioneei se ficava com a mama

ou não embora soubesse que no meu sub-consciente estava lá a dúvida porque foi a 1ª coisa fiz foi ver se a tinha!

15/3/2010

senti medo :(não sei porquê mas, fiquei com uma ansiedade...não sei, se me senti assim porque vem um ano novo e com ele muitas mudanças, uma das quais a minha cirurgia (acho que foi um tomar de consciência disso) ou por outro motivo. (...)EM CONTAGEM DECRESCENTE...AI... :P (...)Hoje, com eles a caminho de casa e eu já na minha dá para sentir um embrulhar de estômago com a aproximação da cirurgia. (...)Véspera de cirurgia é como me sinto! Uns dias, a seguir ao telefonema a comunicar quando, estava prevista a data da cirurgia andei com uns nervos miúdinhos que só visto! Ia dormir só me vinha ao pensamento todo o processo do internamento, cirurgia, recombros, etc... (...)Agora o meu sr. estômago é que está a trair-me ou seja doí-me :((isso acontece cada vez que há uma novidade ou sofreu uma mudança qualquer :((estava tudo a correr tão bem!!

1, 8, 9/12/2012

A transição dos tratamentos tem inerente a influência do significado atribuído à doença pela pessoa, pois mantém-se a incerteza em relação ao curso da doença e a sua capacidade em atingir objetivos futuros (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009). Com a emergência de sintomas físicos, aqui expressos como as *dores de estômago*, a ansiedade aumenta (Cardoso et al. 2009), entrando-se numa espiral em que a as dores surgem pela ansiedade e esta aumenta a dor. A cirurgia é considerada um momento de crise, pelas grandes transformações na vida da pessoa. O medo até/e da cirurgia é caracterizada por ser uma trajetória flutuante até à mesma pela incerteza do futuro e o temer das suas consequências (Carvalho, 2011).

Tais medos levam-nos aos sintomas declarados por esta mulher aquando da realização dos tratamentos (Cirurgia, quimioterapia, radioterapia e bioterapia), que se manifestaram em *alterações do apetite, alterações do sono, boca seca, cheiro característico, dor, o sentir correr, com menos dor ou sem dor, e sintomas semelhantes aos da gripe.*

No que diz respeito a *alterações do apetite*, a manifestação é por diminuição do apetite (no caso da quimioterapia, por exemplo) ou aumento do mesmo (no caso da cirurgia).

Tirou-me o apetite...tenho tido dificuldade em comer

4/3/2010

Ontem, dizia-me a dra da farmácia que hoje era o dia mais complicado (3Odia) com a ressaca da comida. (...) Tenho sentido falta de algumas coisas que comia...

2/2/2013

Muitas horas com fome (...) tinha uma fome!

29/1/2013

A diminuição do apetite tem o grande contributo das drogas administradas (Deters, 2010). As náuseas e a perda de apetite são dos efeitos secundários mais perturbadores da quimioterapia (Foltz, Gaines & Gullotes, 1996 cit. por Deters, 2010), com impacto negativo na qualidade de vida por intervirem na vida quotidiana (Francisco, 2008). Embora o maior risco de náuseas e vômitos seja entre as cinco e as seis horas após a

quimioterapia, esta pessoa refere *manifestações tardias*, ou seja, após 24 horas do tratamento, o que se associa à administração de citostáticos potencialmente emetizantes (Francisco, 2008), administrados no cancro da mama. A repulsa por certos alimentos, bem como a anorexia e as náuseas, podem também surgir associada à bioterapia (Deters, 2010).

São também expressas alterações do sono, como a insónia ou a sonolência, bem como sintomas semelhantes aos da gripe, o sentir o tratamento *a correr*, o cheiro característico e *a boca seca*

tenho insónias (...) Agora o sono é que está todo descontrolado não sei se tem a ver com a depressão que estou medicada já antes do "bicho" têr aparecido, de dia tenho sono até faço a sesta de noite é esta coisa...tenho que ver do que se trata é chato!

31/8/2008

Senti aquele cheiro que me era conhecido mas que já estava esquecido, a boca secou logo pronto lá senti aquilo a correr pelas minhas veias (...) comecei a ficar sonolenta (...) porque um dos sintomas era tipo gripe

16/12/2008

Tais sintomas ocorreram aquando da administração do *herceptin*, tratamento de bioterapia, que, de acordo com Deters (2010) tem diversos efeitos colaterais, onde se incluem alterações do estado mental, ansiedade, fadiga, repulsa por certos alimentos/sabores, anorexia, náuseas e sintomas semelhantes aos da gripe, sendo estes os que mais afetam a vida da pessoa doente.

A dor é também referida aquando dos tratamentos, ou devido à inserção da agulha no local da punção, a dor provocada pelo *cabelo arrancado* e a dor física, como manifestação de zona. A narrativa é também centrada na manifestação da redução ou ausência de dor.

e lá veio os ditos saquinhos para me injectarem doeu um cadinho a enfiar a seringa (...) acho que chorava por cada cabelo arrancado da minha cabeça mas o meu Amor ia me dando palavras de consolo para não doer tanto mas confesso doeu muito...

6/5/2008

só as dores de cabeça habituais quando termino (Herceptin).

23/6/2009

Mas ainda doi (...) porque tudo me doi do lado dto. (...) ainda tenho doresssss (...) não pude evitar de dizer ais pelas dores causadas pela Zona.

4 e 15/3/2010

totalmente indolor pelo menos até agora (Radioterapia)

12/9/2008

Como vimos, a dor é o sintoma mais temido ao longo do processo de doença (Deters, 2010), sendo também expresso pela bloguista na transição dos tratamentos. A dor expressa é uma dor física, resultante dos procedimentos invasivos ou de uma situação de

doença como é a zona, cuja reação depende do limiar da dor e da experiência com eventos dolorosos (Deters, 2010). É também expressa a dor psicológica relacionada com a perda do cabelo que como vimos, é um fator de stress que poderá influenciar a resposta individual à doença (Deters, 2010).

A ausência de dor manifestada durante a radioterapia pode ser aqui entendida como um sinal de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), um sinal de esperança numa situação que tem inerente sofrimento, cujo fator de promoção da esperança é o controlo sintomático e a valorização das conquistas, o que permite que continua a submeter-se aos tratamentos médicos com vista à cura (Cardoso et al. 2009).

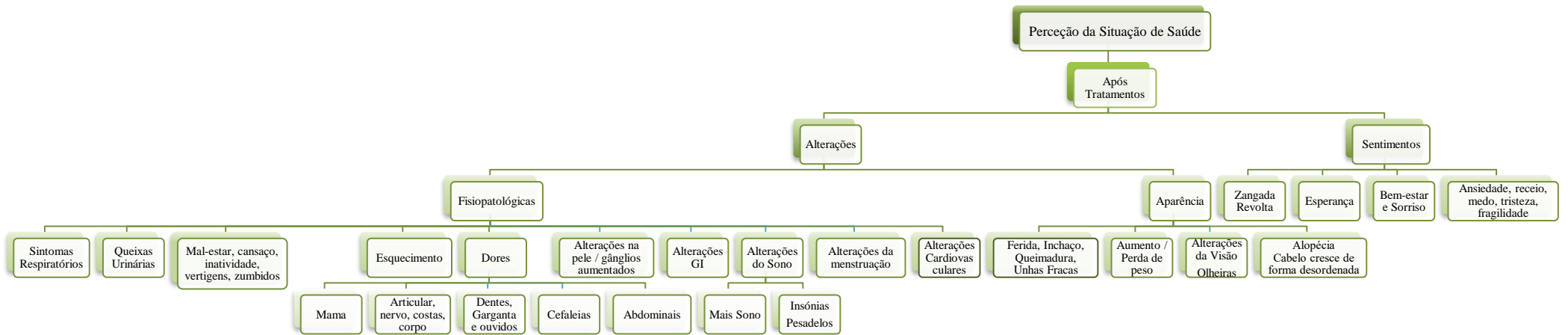
2.3.5. Perceção da Situação de Saúde Após Tratamentos

A perceção da situação de saúde após os tratamentos é narrada com alterações na aparência e fisiopatológicas, bem como na expressão de sentimentos. As alterações fisiopatológicas relatadas nos *posts* do *blogue* são: *alterações cardiovasculares, sintomas respiratórios, alterações da menstruação, alterações do sono (insónias, pesadelos ou mais sono), alterações gastrointestinais, alterações na pele e gânglios aumentados, alterações na temperatura, dores, (abdominais, cefaleias, dentes, garganta e ouvidos, dor articular, nervos, costas e corpo, na mama), esquecimento, mal-estar, cansaço, inatividade, vertigens e zumbidos, queixas urinárias e sintomas respiratórios. As alterações da aparência narradas são no cabelo, alterações da visão e olheiras, do peso, e ferida, inchaço, queimadura e unhas fracas. Os sentimentos expressos como vividos após os tratamentos são a ansiedade, medos, tristeza, fragilidade e descuido; bem-estar; esperança; zangada e revolta (Figura 15).*

A transição identificada após os tratamentos é a transição saúde-doença, que poderá ocorrer pela recuperação pós-operatória (Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012), o fim do tratamento versus a sobrevivência (Hébert & Fillion, 2017), o controlo de sintomas (Schulman-Green et al., 2012), bem como a reabilitação e recuperação (Meleis et al., 2000).

A pessoa encontra-se na fase em que a transição é claramente dificultada pelo pós-operatório imediato, bem como pelos tratamentos adjuvantes (Carvalho, 2011). Entre a fase de diagnóstico, exames, tratamentos e após tratamentos, esta é a fase que mais expressão de sentimentos e de alterações com impacto negativo da pessoa são

Figura 15 – Percepção da Situação de Saúde após Tratamentos



manifestados no *blogue*. A pessoa passa a viver com o cancro, com as consequências do seu tratamento, que assume com frequência a centralidade na sua vida (Carvalho, 2011). É feita uma descrição da sua vida durante o tratamento para a doença e como a mesma é vida (Heilferty, 2009).

As alterações fisiopatológicas manifestadas nos *posts* do *blogue* após o tratamento são diversas e em quantidade (*alterações cardiovasculares, sintomas respiratórios, alterações da menstruação, alterações do sono (insónias, pesadelos ou mais sono), alterações gastrointestinais, alterações na pele e gânglios aumentados, alterações na temperatura, dores, (abdominais, cefaleias, dentes, garganta e ouvidos, dor articular, nervos, costas e corpo, na mama), esquecimento, mal-estar, cansaço, inatividade, vertigens e zumbidos, queixas urinárias e sintomas respiratórios*), sendo as mais frequentes e consideradas como mais perturbadoras do dia a dia desta pessoa *o mal-estar, cansaço, inatividade, vertigens e zumbido* (com 38 referências em 21 fontes), *as insónias e pesadelos* (com 38 referências em 20 fontes), *as alterações gastrointestinais* (com 24 referências em 14 fontes), *as alterações cardiovasculares* (com 17 referências em 9 fontes), *a dor articular, nervos, costas e corpo, na mama* (com 13 referências em 10 fontes), *o esquecimento* (com 13 referências em 8 fontes) e *alterações da menstruação* (com 11 referências em 6 fontes). Todas as outras alterações manifestadas apresentam menos de 10 referências, o que nos leva a depreender não serem tão significativos para a pessoa, ou que esta não considerou valorizá-los.

*Tinha um mau-estar geral, (...) uma fraqueza...cheguei a pensar muitas vezes em desistir...
(...)Os únicos sintomas da radio era o cansaço que sentia, queria estar mais activa a cabeça
dava ordens mas o corpo não reagia.*

29/1/2013

*Insóniaa (...) Pesadelos Pesadelos! Não sei
porquê, mas, nestes últimos dias tenho tido pesadelos. Sonho com pessoas que já não estão
entre nós, chego por vezes a acordar volto por adormecer e os sonhos são os mesmos com
continuidade. Hoje mesmo nesta madrugada sonhei que tinha voltado o bicho...acordei
estranha e mal humorada.*

17 e 20/1/2010

*Olá a todas! Estive ausente este dois dias porque os efeitos secundários da 2ª quimio veio
mais cedo grrrrr...no mesmo dia fiquei um pouco enjoada mas no dia seguinte...saí de baixo!
Eram umas náuseas, cólicas intestinais, sono aiiiiiiiiiiiiiiiiiii que coisa!!!! (...)Depois a tomar 8
dias de antibióticos para a amigdalite 4, de 12 em 12 horas, a minha medicação anterior a
este problema, mais os comprimidos amarelos que trazemos da farmácia do hospital, + duas
caixas para o enjoo que comprei na farmácia, os bochechos aiiiiiiiiiiiiiiiiii tudo me sabe a
medicamentos*

17/5/2008

*tenho estado com palpitações no coração :(já tenho sentido isto á algum tempo deve fazer
parte do efeito do Herceptin no meu coração. (...) sentia uma pressão no coração...*

6/11/2009

Dores nas pernas Tenho imensas dores nas pernas :((...)Andei a pesquisar, encontrei muitas queixas do mesmo e todos relacionados com o Tamoxifeno se assim for quando terminar as dores devem desaparecer.

19/2/2013

Ando com a minha cabeça tão alienada (...) Mas a cabeça anda assim faz tempo...datas importantes têm me escapado...eu ERA tão certinha com este tipo de coisas e agora estou assim :o(

10/10/2010

atrofiamento da parte reprodutora, secura vaginal, falta da libido (...)Todos estes sintomas se devem ao facto da entrada precoce na menopausa embora...eu tenha o período 2 a 3 vezes por ano.

6/12/2012

As alterações fisiopatológicas manifestadas relacionam-se, quase em exclusivo, com a consequência dos tratamentos a que a autora do *blogue* se submeteu. A fadiga e mal-estar podem surgir no tratamento, podendo estar relacionada com dor (Góis, 2004; Deters, 2010), alterações do sono e fatores psicológicos, como a depressão e ansiedade (Góis, 2004) também expressos nesta fase. A fadiga é um dos efeitos secundários da quimioterapia (Foltz, Gaines e Gullotes, 1996, cit. por Deters, 2010), da bioterapia e da radioterapia (Deters, 2010). Esta fadiga é extremamente incapacitante e descrita pelo conhecido economista Manuel Forjaz (2014: 49) *como um cansaço tremendo, como se um rolo de toneladas fosse passando por cima de mim e o meu organismo desligasse os sentidos até chegar a um estado de absoluta prostração.*

A insónia pode ser devida a dor (Deters, 2010), estar associada à quimioterapia (Foltz, Gaines e Gullotes, 1996, cit. por Deters, 2010) e/ou à fadiga (Góis, 2004).

As náuseas e os vómitos são dos efeitos secundários mais mencionados pelas pessoas que realizam quimioterapia (Francisco, 2008), surgindo a curto prazo (neste caso no dia seguinte) (Nunes, 2004), podendo durar 6 a 7 dias, o que compromete a qualidade de vida (Francisco, 2008). O vómito e a disgeusia são também efeitos secundários da radioterapia (Deters, 2010) e, tratando-se da zona irradiada o tórax, pode também surgir disfagia e esofagite (Monteiro, 2004).

As alterações cardíacas podem surgir em consequência da bioterapia, da radioterapia (Deters, 2010) ou ser uma das alterações a longo prazo da quimioterapia (Nunes, 2004).

As dores, neste caso nos membros inferiores, são associadas à toma de tamoxifeno, um antiestrogéneo, que de acordo com (Nunes, 2004) não tem esse efeito secundário. Contudo, consideramos que poderá estar relacionado com a expressão de fadiga, à semelhança do esquecimento. Já as alterações da menstruação referidas são claramente resultado da hormonoterapia com antiestrogénios (Nunes, 2004).

As alterações da aparência relatadas são no *cabelo, alterações da visão e olheiras, do peso, e ferida, inchaço, queimadura e unhas fracas.*

o meu cabelo estou farta de cortar (...) continuo a parecer o Marco Paulo (no antigamente) o cabelo teima em crescer para os lados :p não ganhamos para cabeleireiro arrrrrrggggg. (...)No dia que o Kim me rapou a cabeça fê-lo a ele também. Aqui eu estava de peruca só em casa é que andava sem nada! (...) FAZER QUIMIOTERAPIA" e perguntamos "vai caír o cabelo?" e respondem que sim! O valor que damos naquele momento ao cabelo (e é muito quem passou por isso sabes do que estou a falar!) , mais tarde, deixa de ter valor porque, vamos ter que aguentar e passar por momentos muito mais difíceis do que isso e o cabelo... voilá :))) cresce de novo e mais forte :) (...)

4 e 9/1/2010

olheiras (...) vir ao pc é com sacrifício porque não consigo fixar as coisas por muito tempo.

11/2/2010 e 20/7/2011

o ano passado no verão estava com 60 kilos e tenho 1,74m, o meu normal seriam 65k a 67 kilos e perco nessas alturas em pouquissimo tempo. (...) Agora que estou com peso a mais não vai ser facil perdê-los porque existiam problemas que agora não existem (...) O Tamoxifeno faz isto???. Nunca mais emagreço...

12 e 14/9/2008; 10/11/2009

tenho a mama mais escura (...) fiz ferida em dois sítios mas estou a fazer penso lá no IPO e em casa mas não é nada de preocupante para quem tem a pele mais sensível que é o meu caso acontece (...)porque a radio como lhes tinha dito queimou-me muito e como ainda é recente tenho uma lesão causada por isso

17/10/2008 e 28/01/2009

Telefonei de novo para o IPO porque drenou durante a noite. (...)Ao fim de oito dias tirei o dreno. O que aconteceu foi...quando me foi retirado os pensos e as fitas dos pontos, ao puxar veio atrás uma crosta que fez sangrar depois disso começou a drenar um pouco.

19 e 21/1/2012

pele mais seca, unhas fracas

6/12/2012

As alterações no cabelo narradas centram-se na alopecia e no crescimento do cabelo de forma desordenada e diferente do que era antes da quimioterapia. A alopecia é um dos efeitos secundários a longo prazo da quimioterapia (Nunes, 2004) e sistémico da radioterapia (Deters, 2010). As alterações do peso mencionadas centram-se no seu aumento, sendo que este se pode relacionar com bioterapia (Deters, 2010) ou com a hormonoterapia (Nunes, 2004). Estas alterações podem conduzir à baixa de autoestima e alterações da imagem corporal (Wise & Rundell, 2002; Deters, 2010; Zancheta et al., 2016), também pela parte de perda do corpo (Deters, 2010) que é o cabelo. Pelo contrário, Manuel Forjaz (2014) desvaloriza a queda do cabelo, pois apesar do seu impacto psicológico, tal não tem importância pelo facto do cabelo voltar a crescer.

As olheiras e a alterações da visão são em consequência da debilidade, fragilidade e fadiga associada aos tratamentos (Góis, 2004), decorrente das náuseas e vómitos, que como vimos podem ter múltiplas causas.

A pele mais escura e queimadura, resultante da radioterapia (Deters, 2010) e o cabelo e unhas fracas, resultantes da hormonoterapia (Nunes, 2004), podem ter implicações na sua qualidade de vida e influência na sua autoestima. São também relatadas complicações com o dreno cirúrgico, que ocorrem em casa, sem a presença de profissionais de saúde, o que traduz aqui a perda de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), a presença de sintomatologia, um dos fatores médicos que influencia a adaptação à doença (Cardoso et al., 2009), também inibidor da esperança (Pinto, 2011).

Num contexto livre de constrangimentos e preconceitos (Sandelowski, 2002), são expressos sentimentos de forma genuína, com demonstração de honestidade em relação aos leitores, o que permite também a conquista da sua credibilidade (Serra, 2006b), bem como a formação de relações sociais no ciberespaço (Rheingold, 1996). Os *blogues* de doença são a expressão *online* da narrativa de doença, onde podem ser partilhados sentimentos (Heilferty, 2009).

Os dados apontam para que a transição pareça ser experienciada com maior intensidade (Meleis, 2010) nesta fase da doença, que é passada na sua maior parte do tempo em casa, na comunidade, com menos apoio presencial dos profissionais de saúde. Tal como refere Casmarrinha (2008), a experiência de ter doença oncológica inclui várias componentes, entre as quais a emocional, com distinta intensidade, exaltando variadas respostas ao longo do processo de doença.

À semelhança das fases de diagnóstico e tratamento, a *ansiedade*, o *medo* e o *receio* estão também presentes na fase após os tratamentos, além da *tristeza* (manifestada por choro) e da *fragilidade*.

ainda caiu uma lágrimazita mas passou (...) chorei, acho que chorava por cada cabelo arrancado da minha cabeça (...) quando terminou era a hora que encarar ao espelho sem pouca vontade de o fazer lá o fiz primeiro muito devagar para não me assustar e aos poucos vi melhor fiquei algum tempo parada só as lágrimas se movimentavam

6 e 7/5/2008

o medo esse acho que será eterno! Não consigo tirar isto da ideia por muito que tente, não dá!!! (...) Quero acreditar que está tudo bem mas...não consigo deixar de pensar que também pode não estar porque, a X ou Y o maldito voltou!

15/3/2010

e eu a chorar. (...) porque estava feia... (...) uma fraqueza (...) Cada vez que faço mamografia e eco é um stress e um medo...acho que vai durar para sempre!

29/1/2013

A tristeza é associada às alterações físicas, decorrentes dos efeitos secundários da quimioterapia, nomeadamente a alopecia, as alterações físicas com repercussões na autoestima da mulher. A tristeza e o medo são manifestações de stress psicológico

(Cardoso et al., 2009; Sam, 2016), bem como de insuficiência de papel (Meleis, 2010), neste caso resultante da percepção inadequada de si pelas alterações físicas e emocionais nesta fase da doença.

O medo surge associado ao receio de recidiva (Carvalho, 2011; Sam, 2016), pela experiência de outras pessoas com doença oncológica. Com a vivência da fragilidade e vulnerabilidade, tão presente após os tratamentos, emerge a consciência da imprevisibilidade e longevidade da doença, (Carvalho, 2011). A vulnerabilidade relaciona-se com a experiência de transição, interações e condições ambientais que expõem as pessoas a dano potencial, à recuperação problemática ou prolongada, ou *coping* atrasado ou pouco saudável (Meleis et al., 2000). Este medo, considerado por Pinto (2011) como um fator inibidor de esperança, pode mesmo ser traduzido por uma falta de esperança e de confiança (Deters, 2010) nos períodos mais difíceis.

Esta vulnerabilidade é acompanhada de zanga e revolta pela doença, a impotência perante o controlo do corpo e ter de se sujeitar a todos os tratamentos.

zangada porque não queria estar assim

6/5/2008

e enraivecida por perder o pouco que ainda me restava esfregava com força (...) o sentimento é o mesmo, a revolta, a impotência sobre o controle do nosso corpo o não poder dizer: saí de mim, vai-te embora doença maldita eu estou bem ! O ter que passar por todo o processo de tratamentos dolorosos para finalmente gritar ao mundo e poder dizer: ESTOU CURADA!!!!

22/5/2008

A revolta é mais um dos sentimentos associados a sofrimento psicológico (Carvalho, 2011), descrita como uma das fases de adaptação da doença por Kübler-Ross, em que é reconhecida a existência de uma doença grave e mortal, não havendo aceitação da mesma, com expressão de revolta (Cardoso et al., 2009).

Todavia, após os tratamentos, entre ansiedade, medo, receio, tristeza, fragilidade, zanga e revolta, há também sentimentos de *bem-estar* e *esperança*. A esperança de que tudo vai correr bem, de que o cabelo vai crescer e a expectativa como este vai crescer. Há também a esperança de que vai passar e que o período menos bom vai passar e mesmo ser esquecido.

acho que apartir de agora ele poderá crescer com força (...)1Oporque quero ter cabelinho,2Oporque estou curiosa em relação á cor e textura é que dizem que pode mudar agora podia ser liso visto ter caracoís durante 42 anos e uns meses mais.

21/08/2008

É um risco que temos que correr mas tudo vai correr bem (...)acho que deve ser isso com o tempo não nos lembramos dos efeitos.

14/09/2008

a esperança que tudo passe e faça parte do passado.

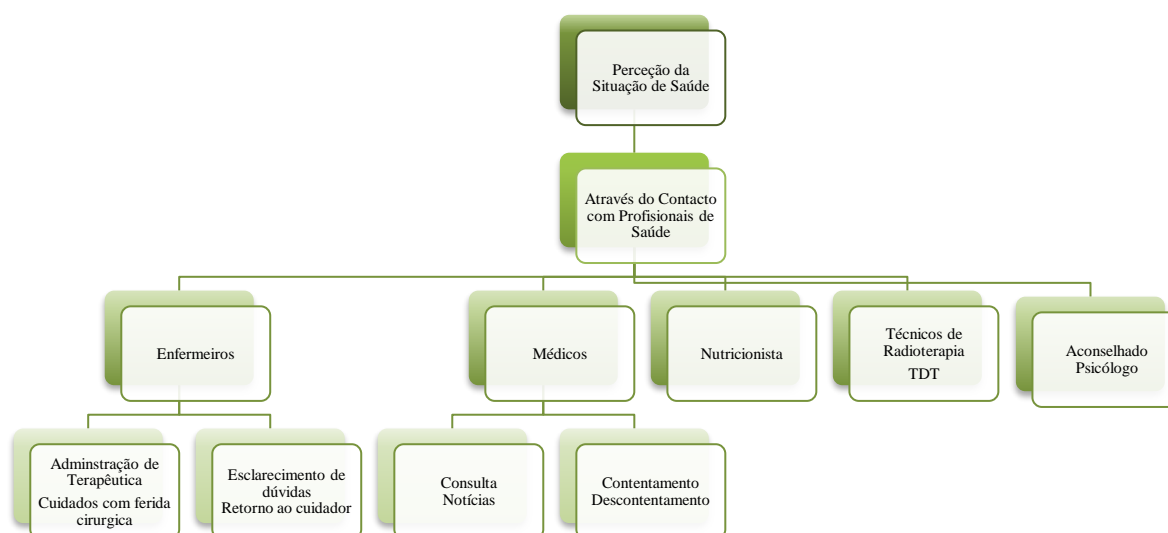
15/03/2010

Expressa-se aqui a esperança para a vida (Kim, 2011), um otimismo que favorece um padrão de resposta mais adaptativo (Ferreira et al., 2011), uma forma de autocontrolo para a autodefesa (Schulman-Green et al., 2012) que, como temos vindo a referir, é essencial na experiência de doença oncológica (Querido, 2005). A expressão da valorização das conquistas, bem como o controlo sintomático são considerados por Pinto (2011) fatores promotores da esperança. Ilustra-se na narrativa da autora a crença de que apesar das dificuldades no percurso, a vida continua a ter sentido (Pinto, 2011).

2.3.6. Perceção da Situação de Saúde Através do Contacto com Profissionais de Saúde

A perceção da situação de saúde da atriz do estudo é também tida através do Contacto com Profissionais de Saúde, sendo mencionados nos *posts* os *Enfermeiros*, os *Médicos*, o *Nutricionista*, os *Técnicos de Radioterapia e Outros Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica* e foi *aconselhado psicólogo*.

Figura 16 – Perceção da Situação de Saúde através do Contacto com Profissionais de Saúde



Como referem Suzuki & Beale (2006) estas narrativas são fonte de perceção da doença destas pessoas, sendo que nesta situação é possível conhecer a perceção em relação aos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde. Denota-se a importância da escolha dos profissionais de saúde (Zancheta et al., 2016). Por outro lado, a Web 2.0 pode ser útil para favorecer as relações com os prestadores de saúde (Eysenbach, 2008).

A menção aos enfermeiros centra-se no trabalho técnico, como a preparação e administração de terapêutica e cuidados com a ferida cirúrgica, bem como no esclarecimento de dúvidas relacionadas com os cuidados de enfermagem e o retorno ao enfermeiro com gestos de carinho e reconhecimento pela sua ação.

Cheguei ao IPO na hora prevista, fui chamada eram 9 e tal. Lá em cima deram-me uma bata, touca e chinelos, sentei-me num cadeirão onde me puseram a soro coisa que foi difícil a veia rebentou, á 2ª foi de vez (...)Fui fazer o penso, vim na mesma com o dreno este diferente do primeiro porque dá para despejar, também trouxe antibióticos. Agora só 3ª feira quando for á consulta é que me livro do dreno. (...)Segui para a sala de enfermagem onde tinham ordem para me retirar o dreno (...)Também retiraram um tipo de adesivos (não sei o nome) que são colocados sobre os pontos (...)Quem me atendeu foi a enfermeira que me fez o penso,

10, 12, 17 e 19/01/2012

tive algumas dúvidas que a Enf. me ilucidou (...)e pronto lá tava o "produto" feito á minha espera e o cadeirão (...)foi-me explicado que depois do soro aplicaram um anti-histamínico(...)também puseram cortizona que perguntei se era em todos disseram que era só no primeiro

16/12/2008

Assim ainda me deu tempo de ir á sala de chuto dar um beijinho ao EnfORicardo e cumprimentar as Enfª (...) Fui á sala de chuto como sempre dar beijoka nas enfermeiras da minha altura

20/07/2010 e 16/09/2010

A vivência da doença oncológica tem inerente diversas transições que requerem intervenções de enfermagem em diferentes fases e em pontos críticos (Taylor & Frazer, 1982). Prestam-se cuidados à pessoa doente de forma a que recupere a sua saúde, ajudando-a a atingir a máxima capacidade funcional o mais rápido possível, com enfoque na relação interpessoal (OE, 2001). Esta relação é expressa através dos cuidados técnicos, com o ensino e envolvimento da pessoa cuidada nos mesmos. Denota-se aqui o cuidado presente na instituição de saúde, no presente, não se indo além do mesmo (Van Sell & Kalofissudis, 2010), não se considerando as relações sociais da pessoa e a sua rede (Olsen & Harder, 2010). A referência aos enfermeiros denota as necessidades habitualmente expressas no contacto físico da pessoa com doença oncológica com os mesmos, importando ir além das expressas nesse contacto.

Estes *posts* apontam para os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010) como a *satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado*, o que vai ao encontro da definição de Enfermagem de Meleis & Trangestein (1994, cit. por Meleis, 2010) de facilitadora da transição de saúde e bem-estar das populações. Como se depreende das narrativas há proximidade com a pessoa cuidada, o que permite avaliar as suas necessidades e prestar as intervenções necessárias (Meleis, 2010). À semelhança

do estudo de Carvalho (2011), o enfermeiro é considerado como educador e tem especial relevância na prestação da informação.

O papel atribuído ao médico centra-se na consulta médica e em dar notícias e tomada de decisões, nomeadamente em relação ao diagnóstico, evolução da situação e esclarecimentos sobre os tratamentos e seus efeitos secundários. É também manifestado contentamento ou descontentamento com a equipa médica.

ai o médico disse logo que ia ser operada e fazer Radioterapia (...)perguntou-me se podíamos preencher a papelada para a operação eu respondi logo que sim (...) restava saber o resultado do gânglio sentinela, que soube passado umas semanas que estava limpo (...)Tenho que fazer seis sessões de Quimioterapia, Radioterapia não sei quantas, umas injeções que não sei bem para que são na altura pergunto á médica e por fim o tal comprimido durante cinco anos. No dia 22 tive consulta com a Dra.Vera que é Oncologista onde me observou e explicou-me algumas coisas que ia sentir com tratamento e que tipo de tratamento seria (...)mas foi-me explicado que tem muito a ver com o tipo de Químio e doença da pessoa e definitivamente no meu caso vai cair!

5 e 6/5/2008

Assim que entrei na sala do Hospital de Dia do IPO dei logo de caras com o meu Dr. :o) o que me deixou contente.

20/7/2010

Esta é a foto da mordida. Tirei fotos porque nas urgências dei de caras com uma Dra que deixa muito a desejar como profissional... e quis guardar provas caso fossem necessárias! (...)hoje dia de consulta, foi meio a "marrar" doente (eu) e Dr. Devia estar mal-disposto e pela 1ª vez a coisa não se deu. Os nossos santos não se cruzaram (...) faz-me apalpação pq me queixei das dores da mama, diz que é normal doer a costura eu respondi-lhe que doía a mama toda e que a Nelinha uma vez caíu em cima dela que me levou ás lágrimas...enfim nem me deu medicação para a constipação, nada!!!!

23/6/2009 e 17/1/2011

À semelhança do estudo de Zancheta et al. (2016) são também expressas decisões em relação à escolha do medicamento e possíveis consequências. Também, e tal como mencionado em Fox (2011), é partilhada *online* a sua opinião sobre o médico, sendo que nesta situação são mais frequentes as opiniões negativas. Poderá ocorrer o apontado por Queirós (1999) em que a impotência pode ser traduzida por reações de cólera perante o médico que informou o diagnóstico, mas deposita nele a esperança de se poder tratar e curar. De referir que as notícias negativas influenciam sobretudo os sentimentos das pessoas (Rodrigues, R., 2012).

O apoio de um nutricionista é também mencionado pela autora do *blogue*, por ter aumentado de peso, como consequência dos tratamentos realizados para a doença oncológica.

Consulta nutricionismo Hoje, fui a uma consulta de nutricionismo fiquei um bocado confusa com tanta coisa para alterar na minha alimentação...pode comer isto X vezes por semana, não pode comer Y por semana, etc...uma catrefada de mudanças a ver vamos! Fiquei a saber que a meu antigo peso 67, 69 kilos é o ideal para mim ou seja tudo que engordei com os tratamentos do cancro vou ter que perder...como imaginava.

30/1/2013

Como referimos anteriormente, o aumento de peso foi uma das alterações expressas por esta mulher, com consequências a nível da sua autoestima. O apoio do nutricionista visa precisamente contrariar este efeito secundário e a recuperação do bem-estar, autoestima, do seu eu, dos sentimentos de autodesvalorização e alterações da imagem corporal. Trata-se da procura do controlo da situação, com a realização de algo benéfico que está ao seu alcance, como um regime alimentar (Wise & Rundell, 2002). Além da perceção de saúde da pessoa por um profissional de saúde, esta é também uma estratégia para reagir à adversidade (Cardoso et al., 2009).

A referência aos técnicos de radioterapia e a outros técnicos de diagnóstico e terapêutica centra-se no esclarecimento de dúvidas em relação aos tratamentos e na importância da relação com os mesmos.

Perguntei às técnicas se a pele ficava queimada elas disseram que cada caso é um caso
12/9/2008

elas como sempre umas jóias de pessoas sempre a acarinhar-me :) e técnica que me fez a mamografia e eu lembrava-se de mim desde a biópsia :-)
28/1/2009

A equipa prestadora de cuidados à pessoa com doença oncológica inclui diversos profissionais do cuidado (Hesbeen, 2000), entre os quais se incluem os técnicos de radioterapia e outros profissionais de diagnóstico e terapêutica. O que temos expresso nestes *posts* refere-se ao cuidado com uma dimensão singular, de um profissional de ajuda, que está em contacto com esta pessoa (Hesbeen, 2000).

Os *posts* do blogue evidenciam o aconselhamento de um psicólogo, pela médica de família.

Aconselhou-me um psicólogo porque, diz que tenho muita coisa bem fechadinha no cérebro que preciso que salte cá para fora
27/10/2010

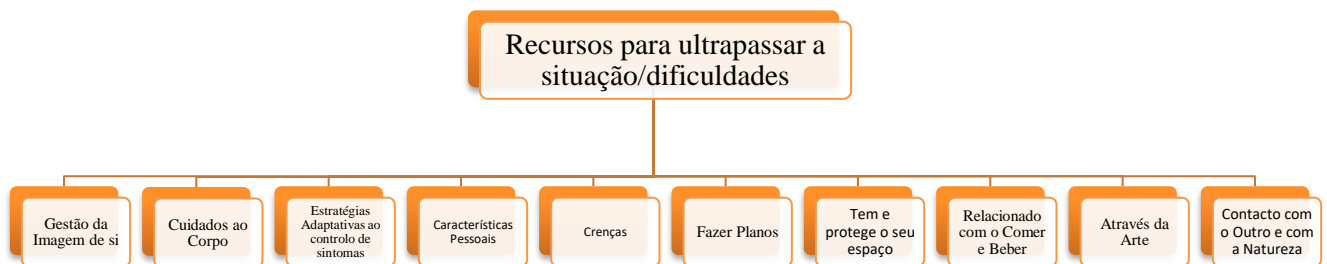
Apesar de ter sido aconselhado pela médica de família, apoio psicológico, não encontramos ao longo de todo *blogue* evidência de que este conselho tenha sido seguido, nem o motivo. De referir que estamos perante uma pessoa a quem foi diagnosticada doença oncológica, com uma perda recente da mãe, apontados por Pinto (2011), como fatores inibidores da esperança. Acresce ainda a enormidade e variedade de efeitos secundários dos tratamentos presentes, com afeição da qualidade de vida e estado psicológico (Zancheta et al., 2016). Há também receio de ocorrência da doença e perceção da situação de doença, o que tem um papel preponderante no stress psicológico (Sam, 2016). Levanta-se a questão relacionada com o facto de ter *blogue* e recorrer ao mesmo para partilha dos sentimentos, pelo que o que *está bem fechadinho no cérebro* e

que precisa que *salte cá para fora* poderá ser substituído pelo *blogue* e pelas relações estabelecidas, deixando por isso de recorrer ao psicólogo. Esta questão será alvo de esclarecimento na entrevista presencial, a explorar posteriormente.

2.4. Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades

As dificuldades relacionadas com a perceção de saúde nas diferentes transições, e mencionadas pela autora do *blogue*, levam a que procure recursos para as ultrapassar. Neste sentido, esta mulher procura: a *gestão da imagem de si*, *estratégias adaptativas ao controlo de sintomas*, *cuidados ao corpo*, recorrer a *características pessoais*, recorre às suas *crenças*, *fazer planos* e *tem e protege o seu espaço*, recursos relacionados com o *comer e beber*, ultrapassar as dificuldades *através da arte* e o *contacto com o Outro e com a Natureza* (Figura17).

Figura 17 – Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades



A definição e procura de recursos para ultrapassar a situação/dificuldades decorre de mudanças, neste caso, com perdas que conduzem à *suplementação de papel*, ou seja são definidas estratégias para desenvolver uma intervenção terapêutica para reduzir, melhorar ou prevenir a sua insuficiência de papel (Meleis, 2010). A identificação de recursos tem subjacente as transições de controlo de sintomas (Schulman-Green et al., 2012) e reabilitação e recuperação (Meleis et al., 2000). Como se observa, são diversas os recursos encontrados pela autora do *blogue*, o que nos leva a afirmar ter um espírito lutador, o que induz a padrões de respostas mais adaptativas (Ferreira et al., 2011), visando a procura do sentido de controlo e autodefesa (Schulman-Green et al. (2012).

2.4.1. Gestão da Imagem de si, Controlo de Sintomas e Cuidados ao Corpo

Entre os *Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades*, e relacionados com os sintomas e alterações físicas resultantes dos efeitos secundários dos tratamentos, é feita a *gestão da imagem de si* em questões relacionadas com a *maquilhagem, com o cabelo e com o peso*. Já em relação aos *cuidados ao corpo*, esta mulher procura *descansar e fazer exercício físico*. As *estratégias adaptativas para o controlo dos sintomas* centram-se em *consultar os profissionais de saúde, nos cuidados à pele, no improvisado para adaptação ao contexto, a interrupção do tratamento, a massagem, a medicação, são relacionadas com o comer e beber, são relacionadas com o tabaco e usa o telemóvel como alerta* (Figura 18).

Entre os conceitos emergentes da *gestão da imagem de si*, as questões relacionadas com o cabelo dominam os *posts* (15 referências em 6 fontes), *em relação ao peso* (4 referências e 3 fontes) e *à maquilhagem* (2 referências em 2 fontes), o que já se havia verificado nas alterações após-tratamentos.

Os recursos relacionados com a *gestão da imagem de si, relacionado com o cabelo*, visam fazer face à *às alterações na aparência, nomeadamente à alopecia, olheiras*. Estes recursos passam por cortar e rapar o cabelo no cabeleireiro e em casa, usar lenço a condizer com as roupas, usar peruca e assumir a careca e maquilhagem.

Aqui eu estava de peruca (...) Aqui sem peruca ou lenço e na 5ª quimio... (...) a seguir a este fim de semana assumi a minha careca

9/1/2010

e fui ao cabeleireiro cortar um pouco mais o cabelo nunca deixei cair naturalmente. (...)o meu marido perguntou-me se queria que ele me rapasse a cabeça respondi que sim assim foi...custou-me tanto...ele a cair (...) saí do banho e enrolei um lenço à cabeça (...)tinha lenços de várias cores para dar com as roupas.

29/1/2013

Bastante maquilhada para disfarçar ;)

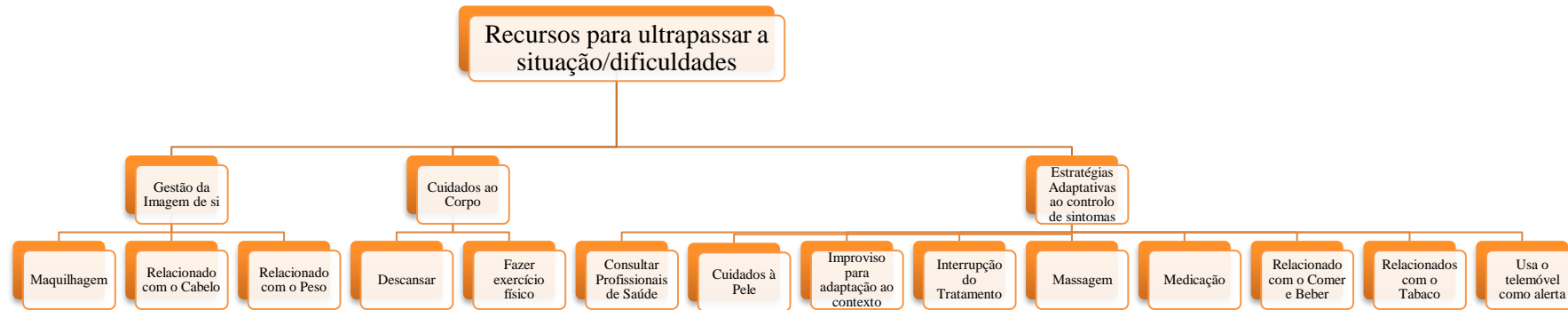
12/9/2008

fiz sempre questão de me maquilhar para esconder aquela cara de doente que todas ficamos, pintava as unhas para esconder o amarelado

29/1/2013

Os recursos apontados estão incluídos nas medidas não farmacológicas para o controlo dos sintomas mencionados no estudo de Foltz, Gaines e Gullotes (1996, cit. por Deters, 2010), como o uso de peruca ou chapéu. Também Paula Amorim (2008), a quem foi diagnosticado cancro da mama, com livro publicado e mencionado no *blogue* em estudo,

Figura 18 – Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades: gestão da imagem de si, estratégias adaptativas ao controlo de sintomas e cuidados ao corpo



refere ter cortado o cabelo mais curto na cabeleireira, pois o cabelo caía em grande quantidade e desta forma não desmoralizava com tanta facilidade. Também a cantora Sofia Lisboa, que viveu o processo de uma leucemia refere ter rapado o cabelo, também com a ajuda do marido, sendo o momento em que *despiu o seu cabelo*, ficando *na essência, sem artifícios*. A ida à rua é revestida do pudor em mostrar a cabeça, como se saísse sem roupa, contudo optou por usar chapéus por causa do frio, odiando os lenços e peruca (Lisboa & Pereira, 2014). Já a atriz Fernanda Serrano (2013) ainda pensou com esperança o facto de que cada organismo reage à sua maneira e que talvez não lhe caísse o cabelo. Contudo, e logo depois do mesmo ter sido contrariado pelo médico assistente, considerou o facto de ficar sem cabelo um mal menor, optando pelo uso de prótese capilar, para que não fosse questionada pelo filho, na altura com três anos de idade. Em relação à maquilhagem, também Simone de Oliveira (2003) relata a importância de se maquilhar e arranjar o cabelo, pois sentir-se bem por fora, ajudaria a sentir-se melhor por dentro.

Os recursos relacionados com o peso decorrem da ida ao Nutricionista, como visto anteriormente, bem como na prática de exercício físico e mudança de hábitos alimentares.

aproveito para fazer exercicio visto ter engordado na quimio de tanto comer

12/9/2008

Já fui ao Jumbo comprar uma série de coisas saudáveis para iniciar a dieta amanhã, não prometo nada! Vou tentar, vou-me esforçar e ver os resultados ;)

30/1/2013

A partilha *online* de dieta ou de exercício é mencionada por Fox (2011), além de recurso para ultrapassar o aumento do peso, como algo a permitir comentários e sugestões. Contudo, verificados os dados destes *posts* não se encontram comentários relativos à prática de exercício com vista à perda de peso. O recurso ao exercício físico deve ter em consideração o estado geral da pessoa, pois poderá conduzir à fadiga, associada à doença oncológica com aparecimento de forma crónica (Góis, 2004), também manifestada pela atriz do estudo.

Além da recuperação da imagem de si, são também mencionados *Cuidados ao Corpo*, que incluem, por um lado *fazer exercício físico*, como por outro, *descansar*. O exercício físico varia ao longo do processo de doença e vai desde caminhadas, yoga, zumba e fitness.

outras vou de comboio aproveito para fazer exercicio visto ter engordado na quimio de tanto comer e dormir

12/9/2008

Hidroginástica Hoje vou começar finalmente a minha Hidroginástica ihihiih já devia ter começado no início do mês mas... a vontade não era muita :p vai ser hoje o pior é começar depois sigo, na boa! o Dr. quer que eu faça algum tipo de exercício

12/10/2009

mas eu tenho que fazer algum exercício para ver se este coração vai ao sitio. Para começar foram 6 Kms de Alhandra até Vila Franca de Xira :p

28/4/2010

que devia fazer Yoga ou uma coisa parecida lá vou ter que fazer mesmo Tai Chi Chuan dentro deste tipo de exercício prefiro e como o Kim também faz, aproveito! Tem que ser um desporto que me relaxe e não que me exalte :p

27/10/2010

Zumba Fitness No mês de Março, iniciei-me numa actividade que desconhecia totalmente mas fiquei fã, Zumba Fitness. Fui assistir a uma aula aliás, participar o Prof insiste para fazermos gostei e aderi :) confesso que não é fácil, ainda hoje ao fim de um mês não consigo fazer uma aula seguida

16/4/2012

tenho que estar 3 dias sem fazer nenhuns esforços

5/10/2010

A atividade física, além da recuperação do eu, do corpo, visa também a recuperação cardíaca, um dos efeitos dos tratamentos. A variedade de exercício físico ao longo do processo de doença varia de acordo com a condição física e psicológica desta mulher. O descanso visa dar resposta à fadiga, característica da doença oncológica e dos efeitos secundários dos tratamentos (Góis, 2004; Deters, 2010). O descanso é uma das estratégias não farmacológicas apontadas por Foltz, Gaines e Gullotes (1996, cit. por Deters, 2010) e por Deters (2010) para dar resposta a tal situação.

Os recursos utilizados na *gestão da imagem de si, bem como os cuidados ao corpo* visam a recuperação da imagem corporal e autoestima afetados com a emergência dos efeitos secundários dos tratamentos (Zancheta et al., 2016).

As estratégias adaptativas ao controlo de sintomas passam por *consultar profissionais de saúde, cuidados à pele, improvisado para adaptação ao contexto, interrupção do tratamento, massagem, medicação, relacionado com o comer e beber, relacionados com o tabaco, e o uso do telemóvel como alerta.*

Entre as *estratégias adaptativas ao controlo de sintomas* destacamos a *medicação*, a mais referida entre todas (38 referências em 25 fontes) e para diversas situações ocorridas, como infeções, náuseas e vómitos, disgeusia, insónias, dor, controlo da ansiedade, quadro depressivo.

Depois a tomar 8 dias de antibióticos para a amigdalite 4, de 12 em 12 horas, a minha medicação anterior a este problema, mais os comprimidos amarelos que trazemos da farmácia do hospital, + duas caixas para o enjoo que comprei na farmácia, os bochechos aiiiiiiiiiiiiiiiiii tudo me sabe a medicamentos ,

17/5/2008

ao fim da tarde lá tomei um brufen e melhorei o ben-u-ron não me faz nada :(

29/4/2009

Já tomei um comprimido para ficar mais calma. Daqui a pouco tomo para dormir

6/11/2009

Esta partilha de decisão em relação à escolha de medicamentos, também relatada por Fox (2011), tem subjacente a manutenção do controlo (Zancheta et al., 2016). O recurso a medicação para controlo de náuseas e vômitos são estratégias farmacológicas da medicina convencional (Francisco, 2008). O recurso a analgésicos para controlo da dor é mencionado por Deters (2010).

Para fazer face às náuseas e vômitos, bem como a disgeusia, esta mulher opta também por comer fruta e, para combater as insónias, opta por substituir o café por chá.

o que tem sabido muito bem é comer fruta, melância, cerejas, nêspras é o que melhor me sabe!!!

17/5/2008

Esta noite fui ao café com um casal Amigo não bebi café mas sim um chá de flores Egipsíás com camomila e já tomei os drunfs habituais mas o sono tá difícil de chegar por isso ainda aqui ando :)

21/3/2009

Estas medidas têm subjacente o controlo da situação com a necessidade de fazer algo benéfico (Wise & Rundell, 2002), tratando-se de medidas não farmacológicas, complementares à terapêutica (Francisco, 2008).

Todavia, e sendo as transições durante ou após os tratamentos vivenciadas em casa, sem o apoio dos profissionais de saúde, quando surgem intercorrências, há necessidade de *consultar os profissionais de saúde*, o que pode resultar na *interrupção dos tratamentos* ou na *toma de medicação*.

tive que interromper o drenante :(ontem senti picadas na cabeça e fui medir a tensão 18/10 é muitíssimo :(tomei um ansiolítico que tenho para casos de SOS e até à hora de dormir estava com 12/7 bem melhor :) hoje de manhã já não tomei o drenante tive medo. Telefonei à dra e ela disse-me para medir a tensão sempre à mesma hora

2/2/2013

A emergência de uma intercorrência é mais uma manifestação de perda de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), que leva a pessoa a reagir à adversidade (Cardoso et al., 2009), neste caso para a contrariar. Assim, e dado que a maioria das adversidades ocorre com a pessoa em casa, os profissionais são contactados e, se possível, orientam a pessoa tanto para a toma de medicação, como para a interrupção do tratamento de que suspeita que esteja a provocar problemas.

A reação à adversidade leva também ao improviso para adaptação à situação, tanto em relação às condições ambientais, como em relação às condições físicas da mulher.

sentei-me num cadeirão que até parece ser muito confortável mas eu sou alta tinha que ficar de lado ihihihhi... os meus pés batiam no fim e tive que me encolher

6/5/2008

então é assim tomo banho lavo bem um sovaco o outro passa água porque tb estou pintadano lado que fui operada (esq.), meto Deo num no outro não ou seja cheiro bem dum do outro não

12/9/2008

Embora esteja presente o fator de stress resultante do efeito da terapêutica (Deters, 2010), há resposta adaptada que procura manter o controlo da situação, com atitude de autoeficácia e determinação (Zancheta et al., 2016).

Os cuidados à pele visam o cuidado à ferida operatória, através da realização de penso e contrariar a queimadura provocada pela radioterapia. A massagem visa a redução da dor, neste caso ciática.

fiz ferida em dois sítios mas estou a fazer penso lá no IPO e em casa

17/10/2008

tenho que continuar a pôr muito Biafine porque a radio como lhes tinha dito queimou-me muito e como ainda é recente tenho uma lesão causada por isso portanto...muito creme

28/1/2009

Lá fui á massagista e esticaram-me os ossos que até estalavam e depois de umas valentes massagens mas que lá voltar mais vezes :p mas aguentei-me :o) com uns gritos mudos

14/9/2010

Embora com manifestações e recursos diferentes, os cuidados visam o controlo da dor, um dos fatores que influencia a adaptação à doença oncológica (Cardoso et al., 2009). Acresce ainda tratar-se de mais uma estratégia para controlo dos sintomas, um dos fatores promotores de esperança (Pinto, 2011).

A *mudança após o diagnóstico de deixar de fumar* obrigou a um esforço narrado, que teve como recurso a ausência dos encontros de amigos fumadores e desfazer-se dos maços de tabaco que tinha em casa.

Mas tenho estado muito ausente de encontros com Amigos fumadores, ando muito por casa, é uma prova que tenho medo é o estar em contacto com quem fuma. Já encontrei aqui por casa dois maços de tabaco e fez a minha cabeça pensar em disparates mas lá me aguentei e pedi ao Kim para se desfazer deles!

18/1/2010

A manifestação de isolamento decorre de algum sofrimento psicológico inerente à doença oncológica (Cardoso et al., 2009), aqui de forma indireta, pois é da necessidade de deixar de fumar, uma *mudança após o diagnóstico*. Este é mais um recurso que evidencia a necessidade de fazer algo benéfico que esteja ao seu alcance para obter o controlo da situação (Wise & Rundell, 2002). Contudo, este recurso conduz à solidão, um dos fatores inibidores de esperança (Pinto, 2011).

Por fim, e para fazer face ao *esquecimento* mencionado nas *alterações fisiopatológicas* que surgiram *após os tratamentos*, é adaptada uma estratégia que procura a toma da medicação a horas certas: o uso do telemóvel.

como sou muito despassarada tenho o telemóvel com alarme para todos os dias da semana
14/9/2008

Mais uma vez, surge o autocontrolo (Ferreira et al., 2011), isto é a organização para a autodefesa (Schulman-Green et al., 2012), com vista ao controlo dos sintomas. Trata-se de uma medida não farmacológica que visa o cumprimento das medidas farmacológicas, com recurso à tecnologia atual: o telemóvel.

2.4.2. Características Pessoais, Crenças, Planos e Proteção do Espaço

Entre os recursos para ultrapassar a situação/dificuldades é feita referência às *características pessoais*, às *crenças*, à *realização de planos* e no facto de *ter e proteger o seu espaço* (Figura 19).

No que diz respeito às *características pessoais*, são mencionadas, por ordem decrescente em relação às referências e fontes, o *uso do sorriso e do humor* (36 referências em 27 fontes), o *ter esperança* (16 referências em 11 fontes), a *força interior* (16 referências em 9 fontes) e o *ver o lado positivo da doença* (2 referências em 2 fontes).

talvez por isso eu brinco (...) Quem não me conhece bem pensa que estou sempre bem, porque tenho sempre vontade de rir mas sou um pouco como os palhaços ri-o para não chorar, quantas vezes eles têm que fazer rir e por dentro choram dedor (...) Eu entrava no IPO a sorrir e saía da mesma forma. Fazia os tratamentos com um sorriso nos lábios
20/1/2009 e 2/3/2009

e a coisa dá-se... (...) está tudo a correr bem. É o que é suposto acontecer. (...) Nunca perder a esperança!
23/12/2009 e 7/1/2010

depressa sinto aquela "força" interior" como lhe chamo que sei de onde vem e fico melhor (...)mas herdei dela toda a força e coragem para vencer as barreiras que não tentam travar a passagem, e cada pedra que se atravessa no meu caminho ao longo da minha vida tenho as guardadas e um dia constru-o um castelo!
6/5/2008 e 14/6/2008

É o chamado o mal que vem por bem. O mal a doença claro,o bem o que aprendemos com a doença (...) mais tarde confirmei isso era necessário passar por tudo para saber qual o caminho certo.
2 e 14/3/2009

o tempo é nosso melhor aliado (...) Tenho esperança de que com o tempo chegue lá :))
5/10/2008 e 16/4/2012

Os excertos dos *posts* relativos às características pessoais remetem, além de um recurso, para a necessidade de realizar e exprimir a estruturação de experiências passadas e presentes (Gurak & Antonijevic, 2008).

Figura 19 – Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades: características pessoais, crenças, planos e proteção do seu espaço



Além disso, as características pessoais como a *força interior*, *ter esperança*, *o uso do sorriso e do humor*, bem como *ver o lado positivo da doença* incluem-se nos fatores pessoais que favorecem a adaptação à doença (Cardoso et al., 2009).

O uso do *sorriso e do humor* no processo de doença além de recurso para ultrapassar a doença, e porque no *blogue há partilha*, é uma característica que consegue reunir um grande número de bloguistas (Rodrigues, 2004). Acresce ainda o humor como parte importante do quotidiano e uma necessidade humana básica (José, 2008), uma ferramenta usada também pela bloguista e escritora Marine Antunes para ultrapassar o cancro (Alves, 2013).

Ver o lado positivo da doença e o recurso ao sorriso e ao humor são fatores promotores da esperança (Pinto, 2011), sendo também mencionados como recursos por Duggleby et al. (2015). Acresce ainda que índices favoráveis de otimismo e presença de dimensão espiritual induz padrões de respostas mais adaptativos (Ferreira et al., 2011). Como refere Pereira (2008) a forma como a pessoa lida com a perda e o luto pode ser uma oportunidade de crescimento e de fortes realizações.

As crenças expressas nos *posts* do *blogue* são o *apelo à religião* (com 63 referências em 42 fontes) e a *superstição* (com 3 referências em 2 fontes).

Ainda hoje digo muitas vezes que foi um "Anjinho" que me soprou ao ouvido e alertou que alguma coisa não estava bem. (...) e pedia a Deus que me ajuda-se que me dê forças para todas estas e outras dificuldades que vou encontrar nesta caminhada...quando pensamos que mais nada nos atingue aí vem outra...enfim...que Deus me ajude e o caminho é para a frente!!!!,

5 e 22/5/2008

Caça Sonhos Hoje comprei uma coisa que me fez lembrar a Lia, á tempos atrás ela tinha colocado no blog dela um Caça Sonhos e hoje encontrei uns Peruanos num Centro Comercial e comprei um :)o que está aqui é retirado da net, não me apeteceu tirar foto mas o meu é mais bonito as penas são maiores. ;p. Eu não sabia o que era aquilo e para que servia até ela ter explicado,mas achei tão engraçado que lá o trouxe ahhh e tenho mais três Anjinhos prá coleção :)e quem sabe se agora vou dormir melhor...ihiihihi Caça sonhos, instrumento mágico nascido na América do norte, usado para caçar as más energias e os sonhos maus

29/11/2008

A prática religiosa é também um dos fatores promotores da esperança (Pinto, 2011), influenciando também a vivência da transição (Carvalho, 2011). A abordagem positiva ao longo da transição inclui a fé e espiritualidade e a promoção da esperança (Duggleby et al., 2015).

Os *planos* a que esta mulher faz referência no seu *blogue*, e que integram os recursos para ultrapassar a situação/dificuldades, são *fazer curso de pastelaria*, *a partilha de momentos*, *ser feliz e ter saúde*, e *viver um dia de cada vez*.

Coisinha boa em que me apoio... é num curso de pastelaria que vou começar em Setembro, em Óbidos.

17/8/2009

A vida é uma passagem e muitas vezes não nos apercebemos o quanto curta é...quando vimos já metade da nossa vida passou e pensamos: ainda falta fazer tanta coisa...dizer tanta coisa...por isso é um dia de cada vez e nunca deixar de dizer o que se sente, o que nos vai na alma.

7/5/2009

não deixar de ser feliz! (...)Quero ter saúde, para os que Amo (familiares e amigos) também!

19/5/2009 e 7/1/2010

Fazer planos, onde se inclui fazer um curso de pastelaria, é um recurso que procura a relaxação, considerada por Wise & Rundell (2002) como uma forma construtiva de investir na doença, o que se traduz na reconstrução da autoidentidade valorizada (Kralik, Visentin & van Loon, 2006), inerente ao processo transitivo, à consciência das mudanças a ocorrer (Meleis, 2010). O sonho ajuda a lidar com a imprevisibilidade e longevidade da doença (Carvalho, 2011).

Por outro lado, há momentos em que os recursos para ultrapassar a situação/dificuldades passam pela necessidade de *ter e proteger o seu espaço, ficando em casa, levando objetos pessoais para o hospital e metendo-se na sua concha.*

Enfim, é dia de ficar em casa (...) ficar em casa ao quentinho sabe bem!

22/1/2011

Fui para o quarto levei uma catrefada de coisas, livro, moldura com a foto da minha mãe queria que ela estivesse presente naquele momento tão importante na minha vida, pijama, produtos de higiene, etc...

29/1/2013

é uma forma de me meter na minha concha (...) é nestas alturas que tenho mais tempo para pensar. Nestes momentos em que me encontro só com os pensamentos e as palavras

20/1/2009 e 7/5/2009

A resposta à lesão pode ter como manifestação a sensação de isolamento, com menos interação e participação no quotidiano (Deters, 2010), sendo também um dos sinais de sofrimento psicológico (Cardoso et al., 2009). Um comportamento é adotado de acordo com o sentimento (Stangor, 2011), que por vezes tem momentos mais difíceis. Contudo, partilhar este sentimento no *blogue* permitiu a quebra desse isolamento (Pestana, 2010), possibilitando uma melhor gestão dessas emoções e suporte no seu próprio espaço (Chung & Kim, 2008). Este comportamento pode também ser revelador do tempo que a pessoa necessita para incorporação gradual do comportamento e sentimentos do novo papel de ser doente (Meleis, 2010), a consciencialização da situação e envolvimento na transição (Carvalho, 2011), de modo a focar-se nas tarefas de cuidados essenciais (Duggleby et al., 2015).

2.4.3. Contacto com o Outro e Natureza, Comer e Beber e Arte

Os últimos recursos para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença emergentes nos *posts* dos *blogues* centram-se no *contacto com o Outro e com a Natureza*, estão relacionados com o *Comer e Beber*, e são *através da Arte* (Figura 20).

Entre o *Contacto com o Outro e com a Natureza*, encontramos *Animal como Terapia, Conversar e Conviver com Amigos, Dar um Passeio, Em pensamento ou através de Telefonemas, o Luto de Pessoas e Animais com ou sem doença oncológica, a partilha da sua experiência* e os *Testemunhos de sucesso na doença*.

Entre estes recursos destaca-se com mais referências o *luto de pessoas e animais sem doença oncológica* (121 referências em 70 fontes). A partilha deste luto emerge também na *partilha de si*, no que diz respeito à *forma como é construída a rede social decorrente da ajuda mútua emergente na relação estabelecida através do blogue*⁹. Este luto refere-se, maioritariamente, à perda recente da mãe; no entanto, o pai também é recordado, bem como outros familiares, amigos e figuras públicas. O *luto de pessoas e animais com doença oncológica* aparece com menos referências, mas é alvo de distinção. Entre as pessoas com doença oncológica são mencionados bloguistas, figuras públicas, pessoas com doença oncológica que publicaram livros e um dos seus animais de estimação, também vítima de doença oncológica. Este luto é vivido com a partilha de homenagens em textos produzidos por si, por outros, músicas ou vídeos, em dias especiais ou quando a *saudade aperta*.

hoje é mais um dia que apesar de estar a correr bem sinto a falta daquele porto de abrigo, a casa da minha Mãe e o telefonema dela às 12h,03 m que foi a hora que nasci e tanto a minha querida Mãe fazia questão de ligar na hora certinha. Mas a vida segue caminho e as saudades estão no lado esquerdo do meu peito!

7/7/2008

No dia 8 de Fevereiro tinhas feito anos, Pai... Poema de saudade do pai Era uma noite tão bonita o sono bateu, na cama vou me deitar, um lindo sonho comecei a sonhar, especial, pois você papai estava nele, e me dizia com sua voz, tão grandiosa: que seríamos felizes, mas aquele sonho, de uma hora para outra se tornou um grande pesadelo, perdemos a única pessoa que fazia tudo se tornar realidade... você... tão especial seus olhos, seu sorriso naquele momento tudo se acabou, mas em minha alma esta a profunda gratidão por ti que fizeste tudo por mim tudo mesmo tudo de melhor. Adoro-te Pai... Autor: Carla Guerra

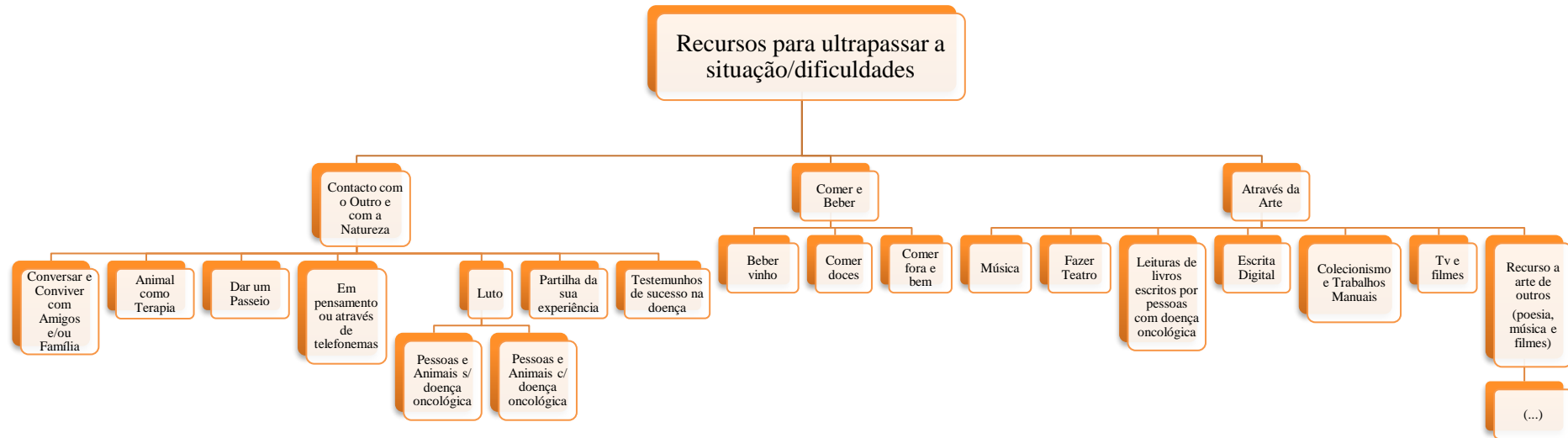
11/2/2009

Já tenho 4 Anjinhos a caminhar ao meu lado Quando um cão morre, você perde um amigo, mas você ganha um anjo. Espero algum dia encontrar-me com todos os meus anjos...! O que mais me doí é que três deles fui eu que tive que decidir a hora de terminar o sofrimento :((...)

Saudades Neste momento tenho saudades de uma pessoa e um peludo (...) Fiz luto uns dias,
15, 24 e 29/1/2013

⁹ Abordado no ponto 2.6.1. *A partilha como forma de ajuda mútua e construção da rede social.*

Figura 20 – Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades: Contacto com o Outro e Natureza, Comer e Beber e Arte



*Paula Amorim * Mais uma ESTRELINHA no CÉU (...) que a Paula virou estrela...até á eternidade*

21/8/2009

De mim, para si António (Video do Youtube feito pela autora do blogue em homenagem a António Feio) Foi feito com muito carinho e respeito até um dia António!

1/8/2010

A experiência de ter doença oncológica inclui componentes emocionais com intensidade distinta, com múltiplas respostas (Casmarrinha, 2008), podendo estar associada a ideia de morte prematura (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009). A experiência de perda é um dos fatores pessoais que influencia a adaptação à doença (Cardoso et al., 2009), é também um fator inibidor de esperança (Pinto, 2011) e pode ser considerada uma mudança na família, que remete para uma transição situacional (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). O luto, ou a resposta à perda real de entes queridos, pessoas em situação semelhante à sua (bloguistas, figuras públicas ou conhecidos de conhecidos), ou mesmo de animais (Rebelo, 2007), surge sobre a forma de publicação no *blogue*. Denota-se aqui a utilização do *blogue* para a memorização (Fox, 2011). A quantidade de *posts* e a expressão de sofrimento, principalmente quando é referida a perda da mãe, demonstra um luto doloroso (SFACP, 2000), com persistência da *negação emocional da perda* (Rebelo, 2007), com recordação e aguardo das chamadas telefónicas.

Conversar e Conviver com Amigos e/ou Família é um dos recursos também muito frequentes nas publicações da autora do *blogue* (47 referências em 29 fontes). Este recurso relaciona-se também com *Dar um Passeio e Animal como Terapia*, que ocorre sem companhia, mas que na maioria das vezes ocorre na companhia dos amigos, familiares e/ou mesmo dos animais de estimação.

Desde sexta feira que estamos com o meu Mano, cunhada e sobrinhos :) foi muito bom :))) e recebemos uma surpresa a Nini a minha outra sobrinha apareceu com o marido o Leandro para passar o fim de semana connosco :))) (... Convidei a minha Amiga Sandra e os filhos Irina e Tiago para jantarem comigo :))

13 e 14/7/2009

Fui á rua com a Nelinha (...) Eu gosto de todos os ANIMIAIS amo-os que fazer????? (...A Nelinha como sempre é uma mimalhada por todos ;) (...) lá vai de mais miminhos, anda ao colo de toda a gente e recebe beijokas.

4/1/2010

Este fim de semana foi cheio! Ontem começou com um almoço com amigos para os lados do Meco de seguida uma ida ao Cabo Espinchel ver aquele mar que, por acaso estava manso um sol maravilhoso, sem vento, o que é raro naquela zona mas...ontem estava assim ;o) Depois um cházinho e mostrar as fotos dos Açores que eles ainda não tinham visto.

6/2/2011

As relações aqui mencionadas como recurso para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença são relações presenciais com familiares e amigos, que já faziam parte da

vida desta mulher antes do diagnóstico da doença oncológica, e que até podem integrar a sua comunidade virtual. Além do diário de bordo da própria (Silva, 2005), esta partilha de relações e de passeios, visa a expressão de bem-estar em que o convívio é uma estratégia de *coping*, e os amigos e familiares são o recurso suplementar para fazer o luto da sua própria situação (SFACP, 2000), a expressão do uso da sua rede para prevenir o isolamento social (Olsen & Harder, 2010). É dado o uso do *blogue* de partilha de testemunho e fotos de interação com amigos e famílias e em viagens (Suzuki & Beale, 2006).

O *animal como terapia* é mencionado ao longo de todo o *blogue*, sendo que os animais de estimação são gatos e cães. Contudo, a paixão é por todos os animais. É clara a evidência do animal como fonte de companhia (Jorgensen, 1997), com vista ao bem-estar físico e pessoal (Wells, 2009).

Nos momentos difíceis, a bloguista refere o contacto com o Outro, amigos e família, através do pensamento ou através de telefonemas com os que lhe são queridos, mas que estão longe.

*Nos dias que estou menos bem é neles na restante Família e alguns Amigos que penso (...)
Tenho-os comigo no meu lado esquerdo*

19/5/2008

Vou-lhes contar uma coisa, quando eu fazia as minhas quimios naqueles momentos menos bons ligava ao meu Mano e ele assim que ouvia a minha voz dizia: queres falar com os meninos não é?! Ele sabia que ouvir a voz deles a dizerem-me que me adoravam fazia parte da minha cura da ressaca :) adoro-os são MARAVILHOSOS!!!!

30/11/2008

Além do contacto presencial, esta mulher recorre à sua rede de familiares e amigos tanto em pensamento, acreditando que estes estão com ela, como através de telefonemas do que estão fisicamente ausentes, mas *presentes* na dificuldade. A família é o grupo tradicional de prestação de ajuda (Levine & Perkins, 1987).

Os testemunhos de sucesso na doença são também inspiradores para acreditar no sucesso do seu percurso na doença oncológica.

eram testemunhos de vida e era isso que procurava sucessos para eu lutar contra o cancro com mais certezas, força e fé! E foi a isso que me agarrei passei a a vê-lo duma outra forma

2/3/2009

Sendo inspiradores para si, esta mulher partilha a sua experiência para que a mesma seja também inspiradora para outros que possam estar a passar por situação semelhante.

Espero bem que sim, porque aprendendo também posso ensinar e sentir-me útil é sentir-me bem comigo mesma e sentir Paz interior!

2/3/2009

Estes testemunhos são bem claros da noção de *ajuda mútua*, em que pessoas com situações semelhantes procuram ajudar-se entre si (Wilson, 1986; Silverman, 1990), em que há trocas de cuidados (Silverman, 1990). A vivência do mesmo problema do outro remete para o *rapport* (IGEP Brasil, 2009), em que há harmonia, similaridade ou afinidade, com vista a um clima de participação e confiança (Silva, 2006).

Inerente ao contacto com o outro, ao convívio com familiares e amigos, e ao dar um passeio, está o comer e beber, que é expresso através de *beber vinho, comer doces e comer fora e bem*.

já pedi miminhos ihihiih...uns Profiterolis recheados com creme e molho de chocolate ihihiih... (...)eram mais ou menos assim os meus só tinham mais choco por cima.

15/8/2008

era a festa do vinho em Nelas (Viseu) e lá andámos nós a provar o vinhote :p

6/9/2009

depois lá fomos para o Casimiro para jantar já o porco estava assado e bom :) a sopa de peixe estava maravilhosa assim como o caldo verde. De seguida foram os docinhos e café

28/3/2010

É evidente a importância da alimentação nas relações sociais (Daniel & Cravo, 2005), sendo que o comer bem e sem intercorrências, como a náusea e o vômito, é também uma forma de manifestação de bem-estar e de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002).

Um outro recurso mencionado para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença é a *arte*, que se traduz na *música*, em *fazer teatro*, na *leitura de livros escritos por pessoas com doença oncológica*, na *escrita digital*, no *coleccionismo e trabalhos manuais*, na *televisão e filmes* e no *recurso a artes de outros* (como a poesia, música e filmes).

onde assistimos ao grupo FÚRIA DO AÇÚCAR que são muito divertidos e engraçados (...)O melhor chegou depois XUTOS E PONTAPÉS foi euforia total. Não estava muito virada para esse programa mas valeu a pena (...) fomos ver a Banda musical os KUBU onde o Jota marido da G. (Blogue 10) toca bateria.

1/1/2011 e 6/2/2011

“Se não tivermos algo para nos agarrarmos é muito difícil esta luta”, disse Alda Caetano, acrescentando que “exemplos como os que são passados nesta peça de teatro, dão muita esperança, especialmente quando vimos uma mulher no palco que teve cancro da mama há vinte sete anos”. Segundo esta actriz, “todo o projecto é uma terapia; já não conseguimos viver sem a amizade que une todo o elenco e figurantes”.

12/11/2010

Luta Titânica : Eu e o Cancro... - Amorim Edição portuguesa, 2007 “Não é a minha autobiografia, pois isso daria uma longa história. É somente uma passagem marcante e inesperada que me estava destinada. Faço-o para alertar todos os que estão a passar o mesmo que eu passei, para enfrentarem esta doença com muita coragem, muita força e uma grande fé, fundamentais para uma “vitória” sobre uma situação complicada, mas com possibilidade de cura.” (a autora) Os fundos desta edição revertem a favor das crianças com cancro que correm pelos corredores do IPO do Porto. Comprei este livro e já o li é um relato de Vida ou melhor de luta contra o " bicho " que a todos atormenta mas com um final de coragem, fé, amor e sobrevivência! Vamos ajudar as "nossas" Crianças!!! (...)

29/5/2008

Amigas eu vou de férias mas...levo portátil para as acompanhar :) (...) Disse-lhe que através do meu blog chegaria a muitos outros de Guerreiras como nós. E se tivesse oportunidade para nos espreitar :) que lhe ia fazer muito bem :) (...)VOLTEI :o) Aiii tinha xôudades vossas :o))) estive cinco dias fora e sem pc :o(quase julgava que estava na idade da pedra :o) isto já não se vive sem PC nem sem blogs das Amigas.

16, 29/7/2009 e 14/6/2010

Eu só faço abstratos ou flores :p mas tenho a minha casa com quadros todos pintados por mim :) é mais pessoal. (...) Algumas coisas que já fiz :p Estes são em ponto cruz que fiz para o meu sobrinho Mikel :) também para o a Adiel mas deve estar no outro pc tenho que procurar Estes são da sala ;) Estes do quarto (...)Móvel com os meus Anjinhos Boa tarde! Já andava para fazer isto já á algum tempo. Este móvel era da minha Avó e trouxe-o da casa da minha Mãe, sempre gostei muito dele fiz colecção de chávenas pequeninas que as coloquei aqui e á uns tempos o meu sogro restaurou-o que estava a precisar porque tem muitos anos. A colecção que aqui tinha foi para um outro sítio e faz tempo que meto aqui os meus Anjinhos :) tenho mais...um por aqui, outro por ali...já está a ficar bem apertadinho, qualquer dia tenho que arranjar outro local.

28/11/2009, 16/1/2010 e 18/11/2010

ADORO VER O Seinfeld e muitas vezes esqueço que ainda dá na Sic Radical hoje ao fazer zapping lá estava :o) um programa de humor que gosto muito! Algumas pessoas não entendem este tipo de humor é como o humor inglês mas eu gosto ;o)

27/9/2010

A arte terapia, aqui mencionada sobre diversas formas, onde se inclui a pintura, pode melhorar a qualidade de vida e a depressão (Bozcuk et al., 2017). Já a música e a poesia potenciam o bem-estar, estando descritos como benéficos na redução da intensidade da dor e da depressão, sendo que a poesia fomenta a esperança (Arruda, Garcia & Garcia, 2016), e o teatro melhora o *eu* de cada um no seu desenvolvimento pessoal (Azevedo, 2015). A leitura de livros escritos por pessoas com doença oncológica, que habitualmente são casos bem-sucedidos, ancora na ajuda mútua, como esperança e o poder pensar de um modo mais positivo (Charepe, 2006). A escrita digital permite a conexão da pessoa com a sua comunidade virtual, com vista à ajuda mútua (Pestana, 2010; Zancheta et al. 2016), pois criaram-se círculos que ocasionam uma rotina e uma comunidade (Rodrigues, 2004), estabelecendo-se laços sociais (Recuero, 2003, 2004b). O colecionismo pode ser considerado um *hobby* que, à semelhança de um biólogo e doente oncológico brasileiro, ajudou a criar modos que asseguram o entretenimento (Sales, 2017). A televisão e os filmes são formas de distração que não exigem esforço físico, adequando-se para os períodos de maior fadiga.

Em relação ao *recurso a artes de outros (poesia, música e filmes)* trata-se da partilha de poemas, músicas em formato de texto em formato de vídeo com link para o youtube, ou filmes, que refletem a motivação para a criação do blogue, o estado de espírito, os sentimentos, a vivência das dificuldades e os seus próprios recursos da autora do *blogue* ao longo do processo, e que procurámos organizar por assuntos, onde se obtiveram 44 conceitos apresentados na árvore conceptual, no eixo dos recursos para ultrapassar a

situação/dificuldades ao (Apêndice XV). Entre os conceitos, destacamos os cinco que mais referências tiveram sendo estes apresentados no Quadro 16.

Quadro 16 – *Conceitos com maior número de Referências em relação ao recurso a artes de outros*

| Conceito | Referência | Fonte |
|----------------------------|------------|-------|
| Religião | 271 | 107 |
| Informação sobre o cancro | 208 | 76 |
| Amor, Casamento e Divórcio | 178 | 73 |
| Amizade | 170 | 92 |
| Vida | 160 | 83 |

A crença religiosa é uma das características que identifica a comunidade virtual (Gradim, 2004), sendo também um dos fatores pessoais que influencia a adaptação oncológica (Cardoso et al., 2009) e as transições (Carvalho, 2011). A prática religiosa é um dos fatores promotores da esperança (Pinto, 2011).

A partilha de informação sobre o cancro é também identificada como forma de ajuda mútua relevante nas transições vivenciadas e como integrante na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue*, que será abordado no ponto 2.6.1. *A partilha como forma de ajuda mútua e construção da rede social.*

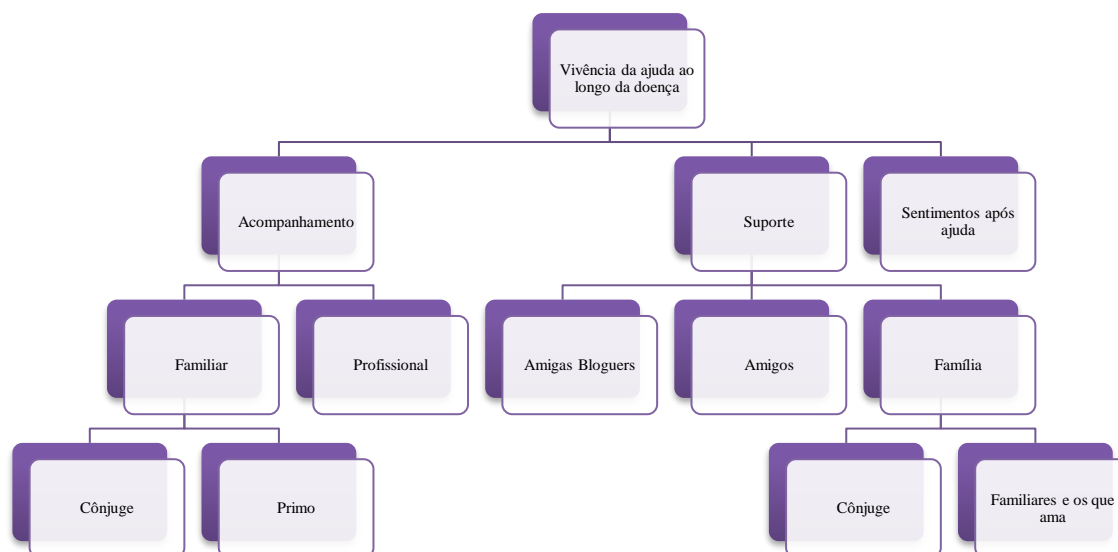
A partilha de informação sobre o cancro é uma das vantagens apontadas por Zancheta et al. (2016) na participação de uma rede social digital, que permite a ajuda do outro na busca de informação. Temos o uso do *blogue* como meio de comunicação em saúde para disseminar informação (Kim & Chung, 2007). À semelhança do estudo de Suzuki e Beale (2006), além das narrativas relacionadas com o cancro são também postados outros interesses.

A partilha de *posts* referentes a *amor, casamento e divórcio*, bem como a *amizade*, revelam a importância dada às relações familiares, que podem traduzir o receio de abandono dos seus cuidadores (Cardoso et al., 2009). A valorização da vida é também evidenciada, resultante do estigma pela doença (Faulkner & Maguire, 1995) e do receio de morte prematura (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009).

2.5. Vivência da ajuda ao longo da doença

A vivência da ajuda ao longo da doença baseia-se no acompanhamento de familiares e profissional, e no suporte por amigas bloggers, amigos e família (Figura 21).

Figura 21 – Vivência da Ajuda ao longo da doença



O acompanhamento refere-se à presença durante as idas a consultas e/ou tratamentos nas diversas instituições de saúde e nos diferentes momentos da doença. No que diz respeito aos familiares, é mencionado o acompanhamento do marido e de um primo.

isto sempre acompanhada pelo meu Maridão (...) no dia seguinte ás 07.00 horas da manhã já lá estava o meu Kim á espera do médico para falar com ele. (...) Ainda não vos contei que ele queria levar uma tenda pra montar no IPO para eu o sentir mais perto (...) Falou com o Dr.Canto Moniz que lhe respondeu a "nossa miúda" vai hoje para casa vou lá cima ver como está e já lhe passo a alta!

5/5/2008 e 13/3/2009

Passei lá o dia todo com o meu marido e o nosso primo. (...) acompanhada do meu marido e de um primo que fez questão de estar presente

10/3/2011 e 29/1/2013

Mais uma vez temos a tradução de que a família é o grupo tradicional de prestação de ajuda (Levine & Perkins, 1987), que remete para o suporte social, um carinho mútuo, o processo de cuidar entre duas ou mais pessoas (Shumaker & Brownell, 1984; Tilden, Hirsch & Nelson, 1994). A família é aqui considerada um facilitador no alcance da transição saudável (Schumacher, 1995, cit. por Meleis, 2010), o grande suporte neste longo percurso (Büyüktür e Ackerman, 2015). A família assume aqui a *suplementação de papel* para que haja melhoria da *insuficiência de papel* da pessoa doente (Meleis, 2010), o que corresponde a uma mudança de papéis na família (Esbeden & Thomé, 2010; Duggleby et al., 2015). O marido mobiliza-se para dar resposta às suas necessidades (Carvalho, 2011) e o primo desenvolve uma resposta particular: a presença na instituição de saúde.

Os familiares e os clínicos são considerados facilitadores nas transições por serem parceiros na autogestão do processo (Schulman-Green et al., 2012).

O acompanhamento em termos de ajuda é o acompanhamento que vai para além do tratar e cuidar da pessoa, em que são enaltecidas características pessoais de alguns profissionais. É feita referência a enfermeiros, médicos e a técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Ontem Dia 12 de Maio dia dos Enfermeiros Para mim é assim que os vejo ,como Anjos. Bem jovens a maioria com idade para serem meus filhos e sempre tão agradáveis mesmo depois de tantas horas de trabalho. Um sorriso que ajuda quem está a precisar em momentos complicados e muitas dessas pessoas são os únicos sorrisos que vão ter até ao final do dia...sempre preocupados. Telefonam a perguntar se a quimio está a correr bem. Aqui agradeço á Enfª Ana Patrícia do IPO foi ela que tomou conta de mim durante a minha quimio :) e a todos da sala de chuto que são uns queridos!

13/5/2009

Ele (médico) é bastante atencioso

4/8/2009

Técnica que é uma simpatia (...) Nos entretanto conversei com um enfermeiros que me deu a "pica" sobre certos assuntos pelo qual me interessa (...) fiquei de lá ir dia 15 que é quando tenho consulta de Oncologia para ir buscar um livro que ele me vai dar para eu ler :))) falei-lhe no projecto Rosa, Esperança...e para nos visitar no blog fico interessado!

7/9/2009

À semelhança do estudo de Zancheta et al. (2016), as relações com os profissionais de saúde são também mencionadas. Qualquer um destes profissionais de saúde estão atentos às necessidades desta mulher, além da doença, centrando-se também no seu bem-estar, nas pequenas coisas, que fazem a diferença na prestação de cuidados e que vão além do científico (Hesbeen, 2000). No que diz respeito à enfermagem, é expresso o estabelecimento da relação interpessoal entre a pessoa doente e o enfermeiro, enfoque do trabalho deste (OE, 2001). Há a procura de facilitação da transição da saúde e bem-estar desta pessoa (Meleis & Trangestein, 1994, cit. por Meleis, 2010). Esta proximidade permite que o enfermeiro avalie as necessidades biopsicossociais da pessoa nos períodos de transição de papéis (Meleis, 2010).

O suporte refere-se ao apoio, a auxílio, a estar *presente* nos momentos cruciais da doença, mesmo que esta presença não seja física. Este apoio é referido com maior frequência pelas amigas *bloguers* (29 referências em 23 fontes). Além destas, é também feita referência aos amigos, que têm manifestações de carinho, como por exemplo a confeção e oferta de bolo de aniversário com anjos, a designação do *blogue*, a crença. No suporte da família é feita a distinção entre o *cônjuge* e os *familiares e os que ama*.

Venho agradecer as palavras Amigas que me deixaram aqui durante estes dias (...) Sempre me admiro quando penso na nossa amizade porque ela parece crescer, a despeito de qualquer coisa que possa nos afastar. (...) OBRIGADO PELA AMIZADE QUE ME DERAM NESTE ANO DIFICIL!

5/10/2008, 14/12/2008 e 30/12/2008

Recebi mensagens e telefonemas a darem-me os Parabéns a todos agradeço desde já! Convidei a minha Amiga Sandra e os filhos Irina e Tiago para jantarem comigo :) recebi presentes :p e um bolinho feito por ela mais uma vez :p reparem bem tem um Anjinhos ihihiihi, estava lindo!!!

14/7/2009

meu Maridão ele é o lado mais forte que preciso (...) não posso deixar de mencionar o meu MARIDÃO e todos os outros (familiares e amigos) que me cercam de carinho e força para seguir em frente! (...) Amigos para mim és tu meu Amor, os lindos Sobrinhos que tanto amo, os meus irmãos, Família do meu Marido que tanto me tem apoiado porque infelizmente a minha é pouca mas boa, os Amigos esses são poucos mas... para mim o que conta é a qualidade e não a quantidade!

5 e 6/5/2008

O estabelecimento da relação com pessoas fora do seu ciclo de amizades é uma vantagem da comunicação mediada por computador (Warschauer, 2006). Esta amizade pode evoluir para o desenvolvimento de amizades exclusivamente *online*, ou resultarem em encontros presenciais (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007), como veremos na resposta à questão da construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente na relação estabelecida através dos *blogues*.

São mantidas relações com familiares, amigos e até estranhos bastante distantes geograficamente (Heilferty, 2009). Verifica-se a existência clara de uma comunidade virtual por se realizarem trocas e se estabelecerem laços sociais (Recuero, 2003, 2004b), com interesses comuns (Recuero, 2004a), como problemas e interesses (Gradim, 2004), formam-se teias de relações no ciberespaço (Rheingold, 1996) e são estabelecidas relações de cumplicidade (Rodrigues, 2004) e suporte social (Trammel et al., 2004). Neste caso, trata-se de uma comunidade virtual de doentes por envolver doentes e seus familiares, associados em grupos de entreajuda, com quadro clínico e tratamentos semelhantes (Demiris, 2006), em que há ajuda mútua (Wilson, 1986; Silverman, 1990).

Esta ligação virtual com os amigos e familiares é antecedida de fortes ligações prévias à doença, que se intensificaram com a vivência da doença. Denota-se aqui o potenciar de relações já existentes com a comunicação mediada pela tecnologia e uma capacidade acrescida para usufruir das vantagens da comunicação em espaços virtuais (Antunes, Castro & Mealha, 2005). Os familiares entram também na comunidade virtual para que possam suportar a pessoa doente (Chung & Kim, 2008).

Este suporte narrado traduz a percepção de apoio social, que se integra nos fatores socioculturais, como favorecedor da adaptação à doença oncológica (Cardoso et al.,

2009). O suporte familiar é também um fator promotor de esperança (Pinto, 2011), que induz padrões de respostas mais adaptativas (Ferreira et al., 2011). A revelação das perspectivas doentes de forma virtual ajuda também os familiares sobre as suas experiências de doença e, aqui, o que constitui suporte efetivo (Friesen, Pepler e Hunter, 2002).

Os amigos, cônjuge e família são também os principais recursos mencionados no estudo de Carvalho (2011).

Esta ajuda e este apoio traduzem-se em reconhecimento, em minimização da dor, na coragem que renasce depois de uma queda, a força de querer vencer, procurando não mostrar sofrimento, a fé que existe ou passa a existir e a esperança de que tudo passe.

tudo isto se consegue muito melhor com ajuda daqueles que nos AMAM a dôr fica mais leve, a coragem é sentida a cada vez que caímos e alguém nos puxa e pensamos amanhã é um outro dia, a força de querer vencer e sem deixar que nos vejam a sofrer o que é totalmente impossível, a fé que temos ou passamos a ter porque precisamos acreditar que alguém mais forte que nós nos pode ajudar e a esperança que tudo passe e faça parte do passado.

15/3/2010

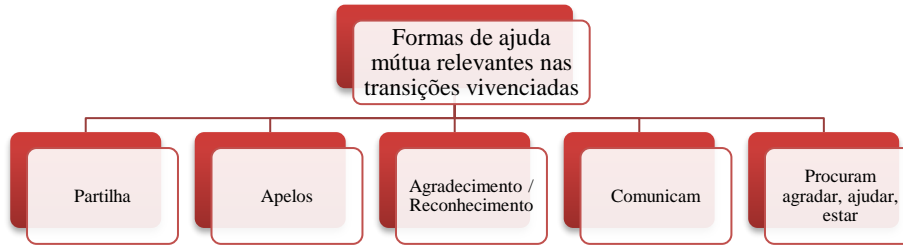
Este excerto de um *post* ilustra, mais uma vez, a utilidade do *blogue* para expressão de emoções (Nardi et al., 2004; Trammel et al., 2004; McKenzie, 2008; Cruz, 2008; Schmidt, 2009, Baker & Moore, 2011) e libertação de sentimentos intensos (McKenzie, 2008), o que vai ao encontro do objetivo de uma comunidade de doentes em relação à expressão de sentimentos, apoio mútuo e criação de empatia (Demiris, 2006). Verifica-se a troca de apoio emocional (Seale, Ziebland & Charteris-Black, 2012).

A participação na rede social digital desta mulher tem como benefício o apoio que promove uma melhor gestão da emoção, ligação e apoio (Zancheta et al., 2016), fazendo com que a pessoa se sinta melhor e assim tenha maior capacidade de resolução de problemas, aproveitando o saber coletivo dos outros *bloguistas* (Zancheta et al., 2016). Decorrente deste suporte social a ajuda mútua é vista como *a esperança e o poder pensar de um modo mais positivo, favorecendo a motivação, persistência e continuidade* (Charepe, 2006: 248).

2.6. As formas de ajuda mútua e a construção da rede social

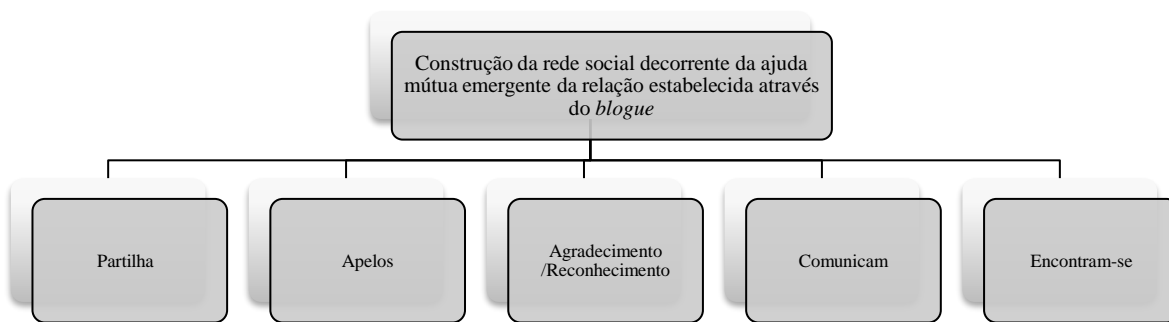
As formas de ajuda relevantes nas transições vivenciadas passam pela *partilha, apelos, agradecimento/reconhecimento, comunicam e procuram agradar, ajudar e estar* (Figura 22).

Figura 22 – Formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas



A construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue*, passa pela *partilha*, *apelos*, *agradecimento/reconhecimento*, *comunicam* e *encontram-se* (Figura 23).

Figura 23 – Construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue*

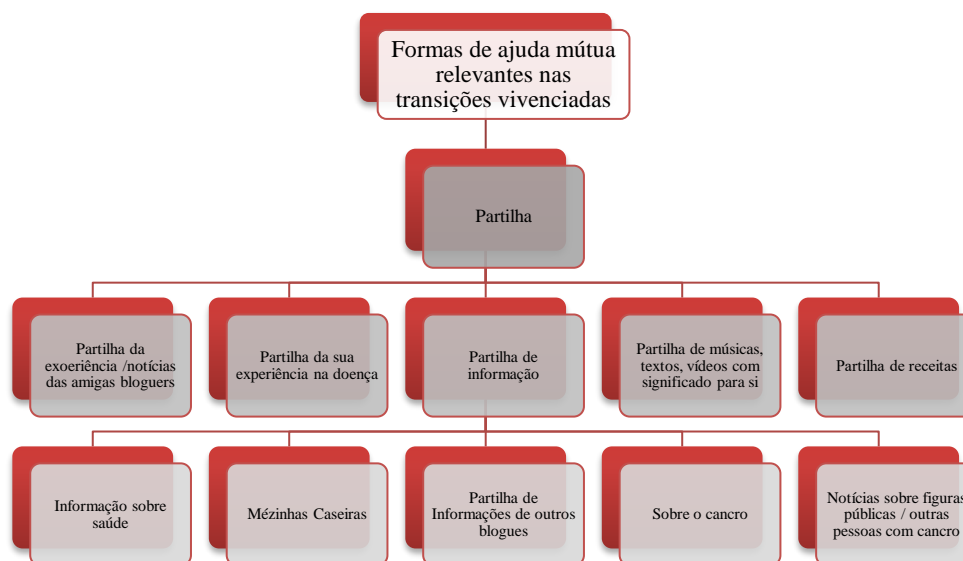


Como se verifica os eixos *partilha*, *apelos*, *agradecimento/reconhecimento* e *comunicam*, são a este nível comuns nas formas de ajuda mútua e na construção da rede social, pelo que serão abordados para as duas questões em simultâneo, fazendo-se as ressalvas para a distinção de conceitos nos níveis inferiores para cada uma das questões.

2.6.1. A Partilha como Forma de Ajuda Mútua e Construção da Rede Social

A cor que definimos para representar o eixo das *formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas* foi o bordeaux (Apêndice XV e Figura 24); já para a *Construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*, foi definida o cinzento (Apêndice XV e Figura 25). De modo a tornar perceptível a duplicação de alguns eixos destes conceitos, o interior das suas caixas foi ilustrado com a cor do outro conceito (Figuras 24 e 25). Assim, podemos verificar que a *partilha de experiência/notícias das amigas bloggers*, a *partilha da sua experiência na doença*, a *partilha de informação*, a *partilha de músicas, textos, vídeos com significado para si* e a *partilha de receitas* são comuns no conceito da *partilha das formas de ajuda mútua* e da *construção da rede social*.

Figura 24 – Formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas: partilha



A *partilha da experiência/notícias das amigas bloggers* emerge da partilha em relação à *forma de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas* e como parte da *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através dos blogues*. Esta partilha centra-se na informação relativa à evolução da situação de doença dos elementos da rede e passa pela informação após visita ao hospital, ou decorre de notícias lidas nos outros *blogues*, ou informações de que tiverem conhecimento através de outros meios de comunicação em modo privado, como o MSN, mail, ou telefone (como veremos no eixo da comunicação).

Noticias da G. (do Blogue 10) (...) ao contrário de ontem das noticias da N. ela estava muito bem muito conversadora e já bebe líquidos :) diz que uma enfermeira lhe aconselhou a beber uma coca-cola e de inicio a bochechar ela assim fez, e começou a saber-lhe bem e bebeu meia lata (...) bebe ice tea, agua ainda não experimentou sólidos vai esperar por amanhã para ver como acorda (...) adorei vê-la sentadinha na cama de pernas cruzadas e a falar e falar... (...)ma cara muito satisfeita, da parte das análises tb subiram os valores acho que tudo está no caminho certo ;) e pronto! (...)a Gigi diz que 2009 ainda não começou :) só depois dela saír ihihihhi

1/1/2009

M. (C. L.) que está engripada e trstinha (Blogue 1)*

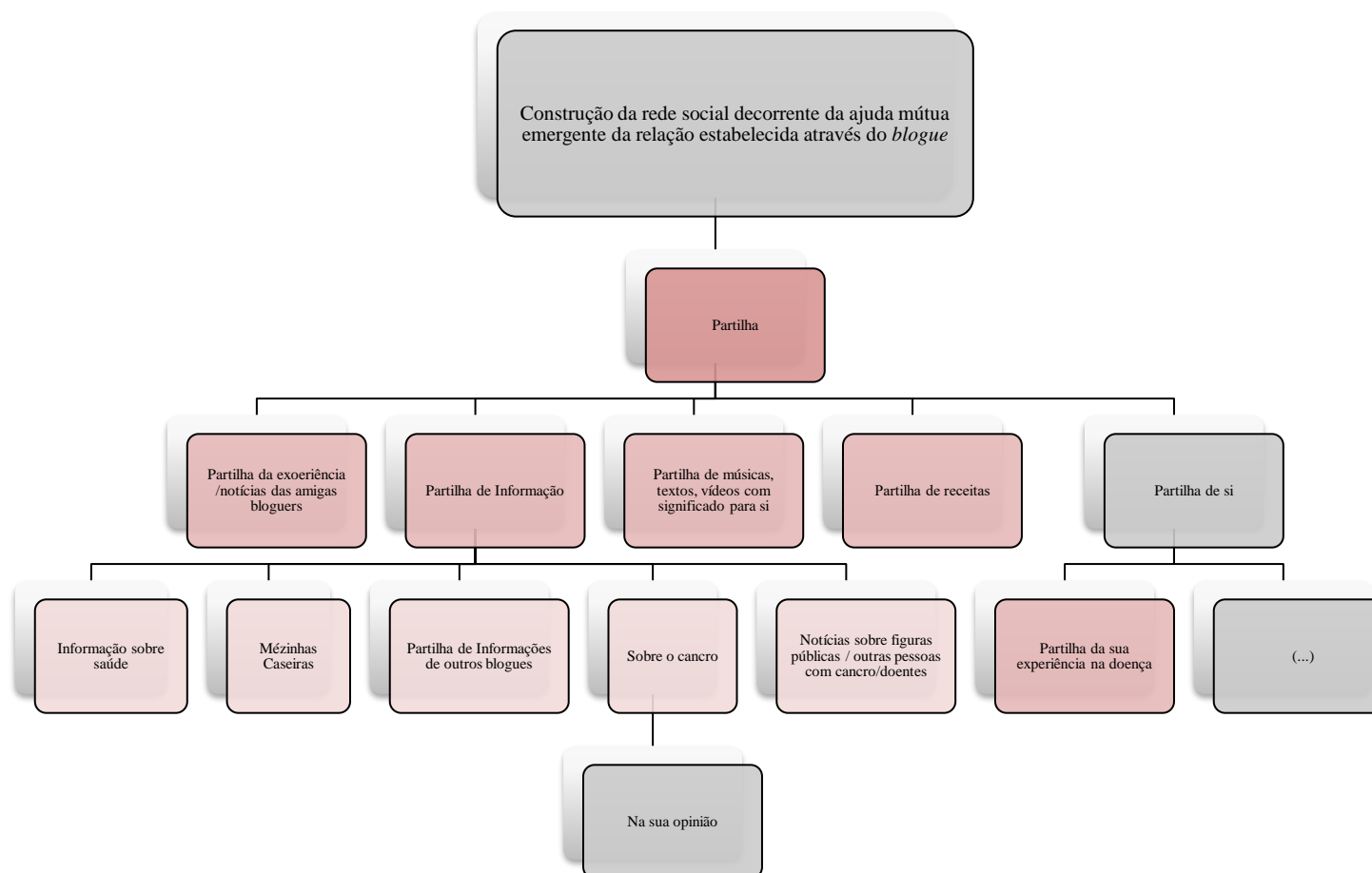
24/3/2009

Hoje a Cristina do blog: <http://maisquevencedora-cristina.blogspot.com/> vai iniciar o seu tratamento de quimioterapia ela é mais uma Guerreira que desde o inicio nos tem mostrado a sua força, coragem e fé.

30/3/2009

Estes excertos expressam a utilidade da internet como um meio para uma colaboração e interação entre as pessoas (Leiner et al., 2003), a facilitação para a formação de comunidades e instâncias de intercâmbio social (Cobo Roman & Pardo Kublinski, 2007), tendo havido neste caso a criação espontânea de uma rede de *blogues* de pessoas com doença oncológica, ou seja, a adesão a um grupo relacionado com a saúde (Fox, 2011).

Figura 25 – Construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue*: Partilha



Os Grupos de Ajuda Mútua virtuais estão entre os usos da Internet (Eysenbach, 2003). Tratando-se de um grupo com adesão voluntária, com aparente liberdade para saída e regresso ao grupo, sem regras formais, mas com regras de comportamento, é um *grupo de tipo interativo* (Fingfeld, 2000), que não deixa de ser uma *comunidade virtual de doentes* (Demiris, 2006). É expressa a fomentação das relações formais e informais entre as pessoas doentes (Eysenbach, 2008), bem como a sua manutenção (Recuero, 2004a; Gaspar, 2005). Denota-se a cooperação e solidariedade (Silva, 2004), a partilha de informação e suporte emocional sobre o cancro (Ziebland, 2004; Ziebland et al., 2004), o apoio mútuo e criação de empatia (Demiris, 2006), em que um simples *post* sobre o estado de saúde de *um dos seus*, gera uma discussão com os que o leem, o que o torna social (Torio, 2005, Duermyer, 2016), com um cariz duplo de comunicação (Gurak & Antonijevic, 2008). Verificados os comentários gerados pelo *post Notícias da G. (Blogue 10)*, no mesmo dia da publicação e com pouco intervalo de tempo entre cada um deles, 4 comentários pelos bloguistas 13, 16 e 1, com resposta pela bloguista 3, com mensagens de incentivo e otimismo em relação à doença. Além destas interações mostradas a título de exemplo, refira-se que a maior parte dos *posts* são alvos de comentários. Tal traduz o espaço de interação e de debate (Recuero, 2004b; Braga, 2009; Lupton, 2012), bem como a realização de trocas e estabelecimento de laços sociais (Recuero, 2003, 2004b), com a transformação do leitor em autor (Querido & Enes, 2003; Viana, Prado & Santos, 2009; Zago, 2009). A ilustrar também esta situação encontramos, no livro de Salvador Vaz da Silva (2008: 46), um *post* comentado por Branca, uma das suas seguidoras:

Hoje dei por mim, a caminho do emprego, a refletir como a internet pode ser um mundo mágico, porque de repente, e de um dia para o outro, eu ia a pensar e a preocupar-me com um Salvador, do qual até há pouco tempo não sabia da sua existência e já faz parte do meu dia-a-dia. (...) Branca.

A *partilha da experiência/notícias das amigas bloggers* remete-nos também para o *rapport*, ou a habilidade de se sintonizar com outra pessoa (IGEP Brasil, 2009), o que beneficia um clima de participação e de confiança (Silva, 2006).

A *partilha de Informação* integra a partilha em relação à *forma de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas* e a *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através dos blogues*. A partilha de informação é sobre *saúde, mézinhos caseiras, partilha de informações de outros blogues, sobre o cancro e notícias sobre figuras públicas/outras pessoas com cancro/doentes*. De referir que a partilha de informação sobre o cancro já havia sido identificada como *recurso para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença, no recurso a artes de outros,*

tendo sido já abordado no ponto 2.4.3. *Contacto com o Outro e Natureza, Comer e Beber e Arte*. A distinção é que, na partilha da construção da rede social, foi também identificada a *partilha de informação sobre o cancro na sua opinião*.

Isto tem que ser desmistificado encarem a realidade o cancro aparece em qualquer idade, células malignas todos nós temos só que em algumas pessoas seja por um momento de fragilidade seja por o que for elas acordam e resolvem nos desafiar. Na minha modesta opinião e faço parte duma dessas Mulheres digo, se existe vacina para a prevenção do cancro do colo do útero para as adolescentes a partir dos 13 anos porque não na mesma idade ou do momento que sejam menstruadas ou sexualmente activas ou não, não é obrigatório fazer uma ecografia mamária todos os anos para além da apalpação mensal???? Gostava de ver isto mudado porque as Mulheres merecem respeito e veracidade!

26/1/2009

Esta partilha da sua opinião integra a ideia de que os *weblogues* podem ser considerados um espaço onde todos podem expressar as suas ideias e propostas (Ferreira, 2001; Rodrigues, 2004). Denote-se a informalidade da escrita neste e noutros *posts*, em que são aceites lapsos gramaticais e erros resultantes da dactilografia (Ojala, 2005).

A partilha de informação integra também a *informação sobre saúde, mézinhos caseiras, Partilha de Informações de outros blogues e Notícias sobre figuras públicas / outras pessoas com cancro/doentes*.

Diferenças entre a gripe comum e a gripe A

9/7/2009

G. receitas caseiras para a tosse (...) Constipações Para curar completamente sinusites, tosse crónica e constipações comuns ou severos, misturar uma colherada de mel morna com 1/4 colherada de canela em pó e tomar com frequência. A mistura de mel com canela também alivia os gases no estômago, fortalece o sistema imunológico e alivia a indigestão. Cascas de um cebola (lavadas) coloco na água a ferver, junto cascas de limão, e adoço com um pouco de mel (...)e faz-se assim: água a ferver, apagas o lume, deitas umas cascas de cebola (passa primeiro por água), deixa repousar, deixa arrefecer até ficar quentinho (nunca muito quente) e junta um pouco de mel resulta, dizem....

27/11/2008

Leucemia: Transplante de Marta Deverá ocorrer nos próximos dias o transplante de medula óssea para que Marta, de cinco anos, cure a leucemia. Marta encontra-se internada no Instituto Português de Oncologia de Lisboa onde recebe elevadas doses de quimioterapia cujo objectivo é destruir as células imunes para que possa receber a nova medula óssea. Fonte: Correio da Manhã Retirei do Blog da I (Blogue 20) A foto e a mensagem de pedido de doação de Medula da Marta já tinha passado por vários blogs e mails felizmente foi encontrado um doador :) uma atitude linda e de louvar! Bem haja!!

4/8/2009

Este tipo de informação vai ao encontro do tema do *blogue* e da necessidade de partilha de informação, com vista à ajuda da própria e dos outros (Im & Chee, 2008), como se de uma troca de recursos e cuidados se tratasse (Silverman, 1990). A *partilha de informações de outros blogues* ilustra a criação de círculos que originam uma rotina e uma comunidade, em que o leitor de um *blogue* espreita outros, lê-os, podendo até comentar (Rodrigues, 2004). Neste caso, vai mais longe e dá a conhecer essa mesma informação, fazendo com que os elementos da rede não necessitem de consultar os outros

blogues para acederem a informações relevantes, o que vem reforçar os achados da análise de redes sociais.

Na ajuda mútua e na construção da rede foram também identificados os conceitos de *Partilha de músicas, textos, vídeos com significado para si e partilha de Receitas*

5 MÚSICAS DA MINHA PREFERÊNCIA (haveria muito mais são todas muito especiais e cada uma com uma história, um momento, um sentimento...uma recordação!!!)

24/9/2008

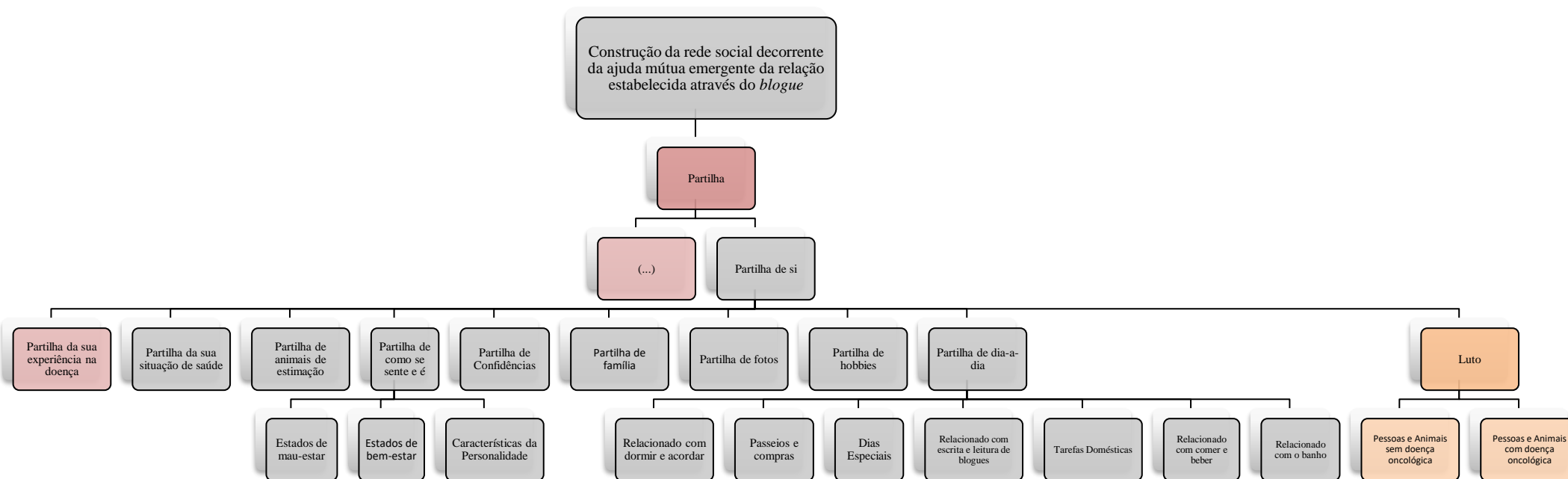
Aqui está o Bolo Rei leva muitas frutas cristalizadas e frutos secos Nós aqui gostamos muito e fora que época ainda sabe melhor!!! (...)Mas tem outro que tb adoro provei quando estive em Paris a fazer uma passagem de ano com Amigos chama-se Galette de Rois lá é o Bolo de Reis deles. Há com recheio de maçã e de amêndoa e doce de ovos :p

25/10/2009

A partilha destes recursos é a expressão de dar ao outro o que é bom para si. Além da música e da culinária terem emergido como recursos para a autora do *blogue ultrapassar a situação/dificuldades*, a sua partilha surge no sentido de ajudar o outro, que não é mais do que centrar-se no bem-estar do outro, ou seja cuidar (Hesbeen, 2000). Esta troca de recursos e cuidados são a base da sociedade, que caracteriza a ajuda mútua (Silverman, 1990) e o estabelecimento de laços sociais (Recuero, 2003, 2004b). A *partilha de músicas, textos, vídeos com significado para si*, permite a liberdade criativa (Rodrigues, 2006), bem como a identificação e partilha dos estados psicológicos (Blood, 2000) do seu autor, também partilhados na *partilha de si*.

A *partilha de si* é um eixo da partilha que emerge na *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*. Na partilha de si, integram-se os conceitos: *partilha da sua experiência na doença oncológica* (também emergente no eixo da *partilha nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas*); *partilha da sua situação de saúde*; *partilha de animais de estimação*; *partilha de como se sente e é*; *partilha de confidências*; *partilha de família*; *partilha de fotos*; *partilha de hobbies*; *partilha de dia-a-dia* e *partilha de luto* (Figura 26). A partilha de si visa também a mostra da sua identidade. Além do diagnóstico, resultados, método de tratamento e reabilitação, esta mulher mostra aos seus leitores a sua identidade social (Zancheta et al., 2016), o que nos permite a perceção com o significado da sua transição (Benoliel, 1985, cit. por Meleis, 2010). A identidade real é assumida e, embora com *nickname*, o nome verdadeiro é assumido (Rodrigues, 2004). À medida que a rede se vai construindo a informação pessoal identificável vai aumentando, o que se relaciona também com a reputação perante os pares (Goffman, 1959). A assunção da identidade verdadeira produz um efeito de transparência (Rodrigues, 2006), também facilitador da construção da rede de pessoas numa situação delicada, como é a doença oncológica.

Figura 26 – Formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas: partilha de si



A *partilha da sua experiência na doença oncológica* visa a descrição da experiência em momentos marcantes, como o início dos tratamentos, a queda do cabelo, as suas dificuldades e os recursos utilizados para as ultrapassar.

Gosto de partilhar convosco alguns momentos que me marcaram daí escrever isto e outras coisas. (...) Algumas fotos durante as quimos Com peruca ruivona Mais com lenço Com lenço Com pente 0 Como veêm aqui estão algumas fotos minhas daquele tempo menos bom :) o cabelo não estava lá mas o essencial estava. EU!!! (...)Para a Cristina e Maguie verem que o mais importante é estarmos rodeados de quem nos AMA e lutar para VIVER! (...) Meninas Help Meninas???? Vocês também sofrem das articulações??? Têm dores nas mãos ao ponto de quase não as usar??

3, 17 e 29/4/2009

Este conceito emerge na *partilha* como *forma de ajuda mútua relevante nas transições vivenciadas* e na *partilha, partilha de si na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*. Tratando-se como já vimos de uma comunidade de doentes procura-se a resolução de problemas comuns, *partilha de informações e apoio mútuo* (Demiris, 2006). Esta é também uma forma da pessoa se sintonizar com a outra pessoa, ou seja o *rapport* (IGEP Brasil, 2009), que pode ser atingido com o *espelhamento*, pois ao leitor é dada a possibilidade deste utilizar a realidade do outro de um modo que a modifique (Bandler & Grinder, 1982). A *partilha da sua experiência na doença* remete para a troca de recursos e cuidados, que caracteriza a *ajuda mútua* (Silverman, 1990).

O conceito *partilha da sua situação de saúde* tem o maior número de frequências e referências (211 referências em 22 fontes) no eixo da *partilha, partilha de si*, do conceito da *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*.

Hoje á tarde vou ao IPO fazer análises ao sangue amanhã se estiver tudo bem assim o espero, vou fazer o minha 2ª quimio e só faltam 4 ;o) E na 5ª feira é consulta com a Dra.Vera espero que tudo esteja bem (...)Terminei a minha Quimioterapia :-) (...) mas tinha que vos dizer que tive alta da quimio :-) (...) fiz análises estavam bem, fiz quimio (...)tive consulta com a Dra.Vera Oncologista deu-me alta da quimio, tive consulta de Radiologia, fiz TAC, fiz os ditos sinalitos de tatuagem que não saem

13/5/2008 e 8/8/2008

O elevado número de referências reflete a pertença à comunidade de pessoas com doença oncológica, cujos *blogues* funcionam como diários da experiência de doença (Keim-Malpass & Steeves, 2012). A *partilha de informação sobre a sua saúde*, pelos utilizadores da Internet, é também descrita por Fox (2011).

Esta experiência é narrada e recordada com pormenor de datas e detalhes, o que nos parece ilustrar o seu sucesso em sobreviver e a definir o seu sucesso. Acresce ainda que a sua experiência durante os tratamentos para a doença é descrita em tempo real, tal como a

vive (Heilferty, 2009). Esta partilha da sua experiência na doença suscita os comentários, a partilha, a identificação com os pares, com vista à ajuda (Pestana, 2010). Estes *posts* visam também os comentários, o debate, a partilha e entre ajuda nos membros da comunidade de bloguistas.

Os animais já haviam surgido como recurso para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença e, dada a sua relevância no conteúdo das narrativas, emergem também na *partilha de si, partilha de animais de estimação*.

Os meus Gatos o Francisco e a Mafalda é que está mais complicado não estão habituados a crianças e mudança de casa já sei que vão ser umas noitinhas mal dormidas mas tem que ser para onde eu vou eles vêm junto, já com os meus anteriores ninos era assim e com estes as coisas são iguais o passarinho é que ficou na casa dos "avós". Adoro animais e sempre os respeitei e como tal fazem parte da família e nunca os devemos abandonar e sei por experiência própria que são os nossos melhores amigos!

11/7/2008

Os animais de estimação neste caso são referidos como fonte de companhia (Jorgensen, 1997), que são tão importantes para si e para o seu bem-estar físico pessoal (Wells, 2009), que esta mulher considera como *parte da sua família*. Os animais já assumiam relevância antes da doença, sendo que passam a assumir uma maior importância.

Um outro eixo que integra a *partilha de si*, no conceito da *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*, é a *partilha de como se sente e é*, que se divide em *estados de mau estar* (193 referências em 79 fontes), *estados de bem-estar* (60 referências em 44 fontes) e *características da personalidade* (27 referências em 22 fontes).

*Hoje há melancolia no ar...tempos de memórias,de dôr,de lágrimas,angústia...palavras que só o coração fala! (...) Mais um dia de ressaca! Que saturada ... nestes dias fico deprimida aquela Lina corajosa que todos elogiam fica frágil comum a todas as outras pessoas (...)*é o cansaço, falta de vontade de fazer o que é preciso fazer, o peso a mais, o meu sabor na boca a metal, o corpo impregnado de veneno, veneno esse que preciso para sair vencedora desta batalha...são pedras no nosso caminho!**

2 e 3/7/2008

*fiquei de Alma mais leve!!! (...) O final está mais próximo e isso deixa-me mais entusiasmada (...)*Aproveito que estou bem (...)*Fiz na 5ª feira a quimio estive sempre bem***

2, 4, 6 e 9/6/2008

como sou brincalhona, sisuda, alegre, pacata, amiga do meu amigo, bem como uma série de defeitos e virtudes sou igual a todos humanos e quem é meu Amigo sabe-o!

2/3/2009

A *partilha de como se sente e é*, na *partilha de si*, contribui para a construção da rede social. É o dar-se a conhecer para receber dos outros, para chegar aos membros da comunidade virtual e assim haver entreajuda entre pares (Demiris, 2006). Só se pode saber se há semelhança se a pessoa se der a conhecer, se der a conhecer a sua personalidade (Silva, 2005). Para tal, há necessidade da construção da sua identidade

virtual perante a comunidade, sendo que a verdade produz um efeito de transparência (Rodrigues, 2006), o que aumenta a sua credibilidade e consequentemente do *blogue* (Serra, 2006a).

Esta transparência resulta também num à vontade para a *partilha de estados de mau-estar*, que por sua vez se traduz num pedido de ajuda do leitor do *blogue*. A ajuda de outros permite a aprendizagem do papel de doente, através da socialização (Parsons, 1952; Serra, 2005), neste caso *online*. As pessoas estão juntas para resolver determinado problema ou condição comum, ou seja, a ajuda mútua (Wilson, 1986; Silverman, 1990), através da comunicação entre si (Sullivan 2003).

A partilha de si, o dar-se a conhecer à rede permite que depois haja espaço para a *partilha de confidências*, relacionadas com recursos para ultrapassar as dificuldades, acontecimentos *ocultos* na vivência da doença, surpresas a fazer às amigas *bloguers*, acontecimentos da vida, como por exemplo ter um novo cão!

Ainda não vos contei que ele queria levar uma tenda pra montar no IPO para eu o sentir mais perto ahhh como fosse possível ihihhi eu disse que era logo corrido pelos seguranças). (...)Eu não lhes contei no dia certo porque não podia mudar o post :p e ontem era dia de festa da G. (blogue 10) e da N. (Blogue 16) também não postei :)

13/3/2009

fui fazer uma coisa que ainda é segredo :p tem a ver com nós dois :) não estou grávida, não pensem...quando chegar a hora digo! (...)agora a sério obrigado pela vossa preocupação mas está tudo bem,muitooooooooo bem e já vão saber porquê ;) (...)Esta era a minha SURPRESA :))) a N(..)LINHA Eu recentemente disse-lhes que tinha uma surpresa ;) pois...já a tenho em casa!

7/9/2009 e 7/10/2009

A partilha de confidências revela uma maior confiança na sua rede e uma maior assunção da transparência (Rodrigues, 2006) que, como vimos, melhora a qualidade percebida que se estabelece numa relação entre sujeitos, ou seja, a credibilidade (Lisboa, 2011). De referir, mais uma vez, a importância dos animais de estimação na vida desta mulher e, mais concretamente, no processo de doença. Na partilha de confidências que apresentamos, é anunciado o facto de haver um novo cão, cuja designação é o diminutivo do nome de uma da *bloguer 16*. Interpretamos tal acontecimento como um gesto de carinho, de proximidade e também de humor, característica que consegue reunir um grande número de *bloguistas* e utilizadores (Rodrigues, 2004). De referir que, de acordo com a análise de redes sociais, o *blogue 16* assume uma posição de importância na rede, por ser elemento chave no *grupo de Teatro Quem não tem cão* e por ter sido pioneiro no início dos *posts*. Acresce ainda ser considerado uma *líder* do grupo pela autora do *blogue*, como veremos adiante.

Na *partilha de si* emergem também os eixos *partilha de família*, *partilha de fotos* e *partilha de hobbies*. Na *partilha de família*, esta é apresentada e são partilhados momentos de convívio e de estar com estes. As partilhas de fotos centram-se na ilustração de algum texto onde são descritos os momentos marcantes e agradáveis com a família, bem como da sua mãe, ou com familiares queridos, ou mesmo dos seus hobbies, que passam pela realização de trabalhos manuais (quadros a ponto cruz e algumas pinturas).

*o meu irmão mais novo, a minha cunhada e os meus dois bebés chegam amanhã ao almoço (...)*Depois na 3ª feira eles vão para o Local onde a Lua é mais Linda (...) aqui já dormem (...)*só tivemos tempo para descarregar o carro, fazer algumas compras e preparar um belo churrasco na companhia do meu marido como é lógico do meu irmão, cunhada e os meus sobrinhos lindossss...cada ano estão mais bonitos e não é uma tia babada a falar toda a gente o diz!!! ihihihihhi...*

7 e 11/7/2008

Deixo aqui as fotos das compras!!!! (...) Fotos de sábado na praia Estas fotos foram tiradas no sábado no nosso local de sempre, onde o Sol é mais laranja e a Lua maisprateada! (...) Foto da minha Mãe a carvão (...)

4 e 9/2/2009, 26/3/2009

*Estes são em ponto cruz que fiz para o meu sobrinho Mikel :) também para o a Adiel mas deve estar no outro pc tenho que procurar Estes são da sala ;) Estes do quarto (...)*Estes são do corredor as fotos estão foleiras ihihihihhi Estes foram para a casa de praia de uns Amigos

28/11/2009

A família é o grande suporte no caminho das pessoas com doença oncológica (Büyüktür & Ackerman, 2015), sendo a extensão de si. Neste sentido, é incluída na *partilha de si*, em que são integrados nas narrativas do dia a dia, dando ao *blogue* o cariz de diário de eventos (Harrison, Barlow & Williams, 2007) em formato eletrónico (Rodrigues, 2004; Quiggin, 2006; Pires, 2006; Gurak & Antonijevic, 2008; Baltazar, 2009), onde são contadas histórias do quotidiano (Rodrigues, 2006).

A *partilha de hobbies* e das fotos, onde se inclui a família manifestam, mais uma vez, a expressão da identidade de alguém, com a estruturação de experiências passadas e presentes (Gurak & Antonijevic, 2008). As fotos, tal como refere Dan Li (2005) integram o conteúdo dos *blogues* e exprimem a expressão visual dos seus conteúdos (Hookway, 2008).

Sobre os hobbies, é de referir o facto da autora do *blogue* ter um *blogue* específico para partilhar e mostrar as suas *artes decorativas*. Esta informação encontra-se no seu perfil de *bloguer*. Tal vai ao encontro de Dan Li (2005) quando afirma que o conteúdo dos *blogues* inclui *links* a recursos *online* e trabalhos criativos.

Na *partilha de si*, encontra-se também a *partilha de dia-a-dia*, onde se incluem os conceitos: *relacionado com o dormir e acordar, passeios e compras, dias especiais*,

relacionado com escrita e leitura de blogues, tarefas domésticas, relacionado com o comer e beber e relacionado com o banho.

Boa noite! Sem sono...faz-se a sesta e depois...ihihhi... (...) Hoje madruguei... Acordei cedo e já não consegui dormir :o(

23 e 29/5/2008

*Compras (...) fomos ás compras e ao Ikea comprar coisinhas para decorar o quarto dos meus meninos(sobrinhos) comprei corinados com animais da selva, edredons e almofadas coloridas :) e comprei cobertores para os meus Gatitos eles têm lá uns fofinhos que eles adoram a fazem aquilo que se chamam "amassar pão" ihihihih (...)*sábado na praia

4 e 9/2/2009

Parabéns para nós :) Ah pois é!!!! São 25 anos que nos conhecemos :) e...para o mês que vem fazemos 21 anos de casados :))

19/6/2009

como trouxe o portátil vim aqui um bocadinho não está ninguém on-line para dar ao "dedo" ihihhi... (...) Eu tenho o bloguinho parado pq como tinha dito estou de férias, trouxe o portátil mas a Net TMN banda larga aqui é uma treta...tento dar a volta pelos blogs como sempre fiz mas é tão lento e na maioria das vezes nem sequer abre, acabo por desistir pq não dá para stressar com esta treta!!!! Agora vim de manhã para a ver se coisa melhora ihihhih...

11 e 24/7/2008

fazer a limpeza da mesma aquilo tem janelas grandes argggg. (...)E depois disto dar um jeitinho á sala porque a marquise fica na sala logo...tem que ser limpa também :p nã me apetece (...)estas porcarias têm que ser feitas!!!!

5/8/2010

Aqui está a nossa janta ;o) (...)Apetecia-me bolo de bolacha (...)Vim a pensar o que fazer para o jantar e fiz uma massada de miolo de camarão e outras coisitas mais :p (...) O bolinho foi de compra... :p Fiz na cataplana Aqui podem ver o aspecto :p com imensos coentros que adoramos Aqui no prato :) E o bolinho de bolacha de compra ihihhi

24/1/2010

Já tomei banho (também tomo)

2/12/2009

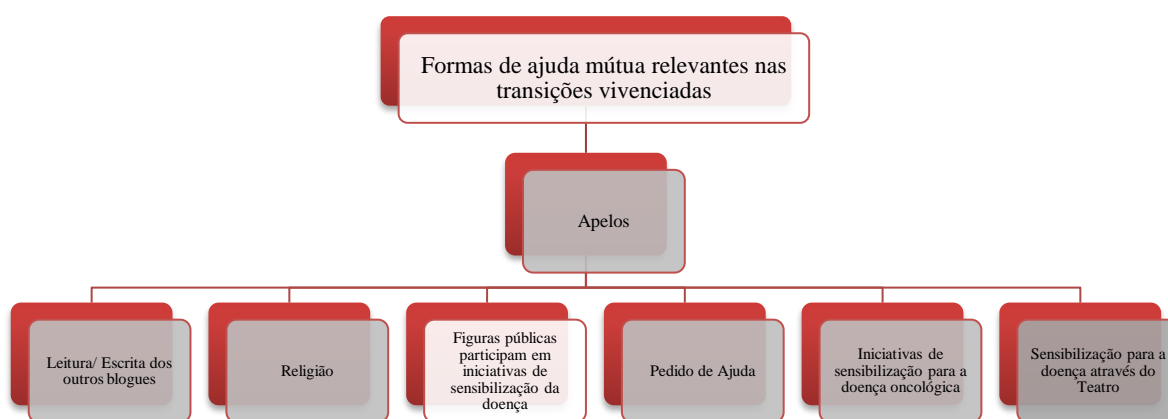
A *partilha de dia-a-dia*, onde se incluem detalhes do quotidiano desta mulher remete-nos para o sublinhar do uso do *blogue* com o formato de diário (Papacharissi, 2004, 2007), o diário de bordo da própria vida (Silva, 2005), um diário de eventos (Harrison, Barlow & Williams, 2007). Esta *partilha de si* permite, mais uma vez, o efeito de transparência (Rodrigues, 2006) na relação com a comunidade virtual.

Na *partilha de si* emergiu também o *luto*, que se divide em *luto de pessoas e animais sem doença oncológica* e *luto de pessoas e animais com doença oncológica*, que já havia sido identificado como *recurso para ultrapassar as situação/dificuldades ao longo da doença* e, por isso, abordado no ponto 2.4.3. *Contacto com o Outro e Natureza, Comer e Beber e Arte*.

2.6.2. Os Apelos na Ajuda Mútua e na Construção da Rede Social

Além dos agradecimentos e da comunicação, *o apelo* é um dos três eixos comuns ao conceito *formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas* (Figura 22) e à *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue vivenciadas* (Figura 23) que, à semelhança dos anteriores apresentam algumas, mas poucas distinções nos conceitos que deles emergem. Em conformidade com os eixos anteriores, identificaremos o interior das suas caixas com a cor do outro conceito (Figuras 27 e 28)

Figura 27 – Apelos nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas



Como se verifica na Figura 27, apenas o conceito *figuras públicas participam em iniciativas de sensibilização da doença* apenas como *forma de ajuda mútua relevante nas transições vivenciadas*.

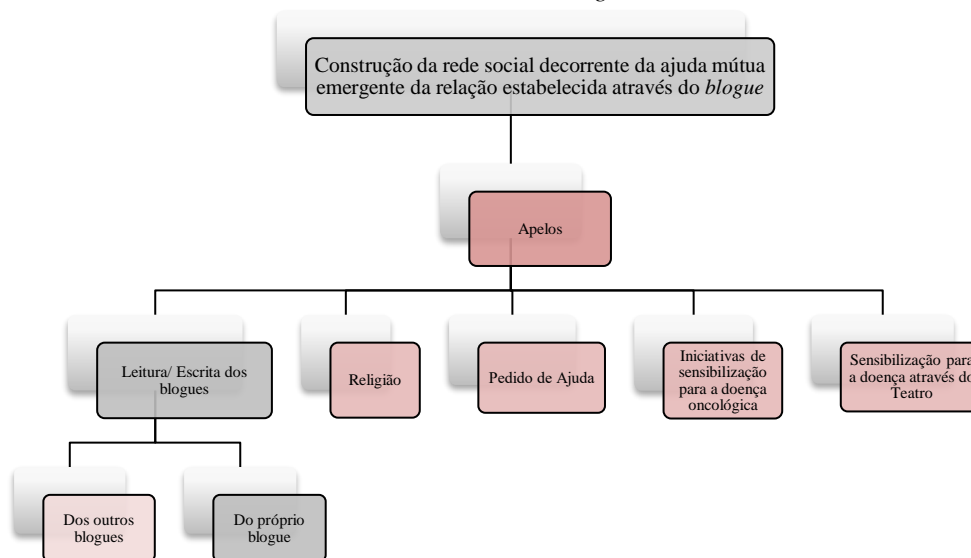
Rita Guerra, a madrinha deste grandioso dia mundial da criança e por outros voluntários da Future Dogs, vão proporcionar um dia diferente às crianças do IPO de Lisboa. (...) a Rita Guerra com uma simpatia e um sorriso maravilhoso a dar fotos e a autografá-las. Está aqui uma foto dela vejam

1/6/2009

O dar a conhecer da participação das figuras públicas em iniciativas de sensibilização da doença oncológica é uma forma de dar uso ao blogue na partilha de informações (Demiris, 2006) de ajuda, não só sua, mas de pessoas com relevância na sociedade que se juntaram à sua causa. Tal traduz-se também na dimensão pública da doença (Giddens, 2007), sendo que há maior sensibilização pelas figuras públicas pelo estigma pela doença (Faulkner & Maguire, 1995).

A *leitura/escrita de outros blogues*, embora comum às formas de ajuda e à construção da rede (Figura 27 e 28), emerge além da leitura/escrita do próprio blogue na *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*.

Figura 28 – Os apelos na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue*



*Está com dores da 1ª quimio vamos até ao cantinho dela dar um maminho que está a precisar! (...)Este é o blog dela é uma Meninas muito nova com 25 anos que está a encarar o cancro de mama tal como nós. Está neste momento no IPO do Porto a fazer Braquiterapia
2/4/2009 e 7/10/2010*

*mas agora estou de volta!!!! (...) Oi, tudo bem??? Onde andam??? Adoro Comentários
7/10/2008*

O apelo à leitura de outros *blogues*, além de forma de ajuda aos elementos da rede, contribui para a construção da rede, aqui expressa como um território organizado (Silva, 1999), em que há colaboração entre as pessoas (Leiner et al., 2003), entreaajuda entre pares e apoio mútuo (Demiris, 2006). Tal reflete a noção de ajuda mútua, que ocorre em pessoas com um problema em comum e se juntam para se ajudarem entre si (Wilson, 1986; Silverman, 1990).

O apelo à leitura do seu próprio *blogue* é claramente um contributo para a construção da rede, pois postar e comentar são duas realidades complementares, que contribuem para aumentar o nível de interação social *online* (Carvalho, 2008) e, assim, facilitar a formação de um espaço de intercâmbio social (Cobo Roman & Pardo Kublinski, 2007).

Também o *bloguista* Salvador Vaz da Silva (2008: 162) apela à leitura e escrita do *blogue* num dos seus *posts*:

OLÁ CATEDRAL!!! OAT!!! Meu Deus, ainda vocês dizem que a Catedral tem de ser mais 'puxada'? Fantásticos, os comentários, desde o fim-de-semana, todos bem demonstrativos da vivacidade e vitalidade que continuam, crescentemente, a alimentar esta nossa Catedral com textos que apelam a uma reflexão séria por parte de cada um de nós.

Terça-feira, 22 de janeiro de 2008

Passamos a apresentar e discutir os dados relativos aos conceitos comuns relativos aos *apelos*, dos eixos *forma de ajuda mútua relevante nas transições vivenciadas* e na *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*:

Entre os *apelos*, o que mais se evidencia pela frequência de *posts* é o *apelo à religião* (178 frequências em 67 fontes). Ao longo de todas as publicações são frequentes *posts* com orações, sendo o alvo das orações os leitores ou, em situação de dificuldade de algum dos elementos da rede, dedicada a uma pessoa em particular. De referir que o próprio título dos *blogues* remonta para a proteção divina. Este *apelo* passa também pela oração, por exemplo numa ida ao Santuário de Fátima, por si e pelos elementos da rede.

Entre elas coloquei uma velinha por todas nós para que nos dê forças e que todas nós passemos por esta prova com sabedoria e sem sofrimento!

2/6/2008

para todas e uma oração! Oração pelos Doentes Poderosíssimo Senhor, que sois a saúde eterna, escutai as orações por este doente. Pelo cuidado e diligência com que o Santo Esposo de Maria tratou da saúde e vida de Jesus, Vos pedimos que aparteis deste doente a doença que o aflige, e fazei com que os remédios que se lhe aplicam produzam com eficácia o efeito desejado. Bem sabemos que todos os recursos da ciência e todos os remédios humanos nada podem sem Vós, autor e inspirador de todo conhecimento útil; em Vós, pois, colocamos nossa confiança e não seremos confundidos. Consolai, ó bom Jesus, este pobre doente que tanto sofre, assim como outrora Vos consolou o glorioso São José, para que, livre da doença que o atormenta, louve Vossa misericórdia eternamente. Amém.

8/8/2008

As crenças de cariz religioso influenciam as transições (Carvalho, 2011), integram-se nos fatores pessoais que influenciam a adaptação à doença oncológica (Silva & Santos, 2010) e nos fatores promotores da esperança (Pinto, 2011). A partilha de uma crença religiosa caracteriza também uma comunidade (Gradim, 2004), promovendo a construção da sua identidade coletiva (Correia, 2003; Gurak & Antonijevic, 2008).

A rede dos *blogues* é também utilizada como forma de divulgação de pedidos de ajuda, sendo que a maioria se referem a pedidos de ajuda para pessoas com doença oncológica.

Apelo F. (amiga da G. – blogue 10).Que colocou no blog da N. (blogue 16) (...) e eu coloquei aqui para divulgar, obrigado F. beijinhos Peço desculpa por vos vir incomodar. Chamo-me Pedro e sou pai de um bebé de 6 meses, Rodrigo, que tem uma Leucemia Linfoblástica Aguda diagnosticada às 6 semanas. O Rodrigo encontra-se internado no IPO Lisboa, 7.Oandar, pelo que quem o deseje pode confirmar. Neste momento o Rodrigo está à espera de um transplante de medula, que lhe salve a vida. Peço, por isso, a todos, que se increvam como doadores de medula. Os requisitos são mínimos e podem salvar a vida do Rodrigo, ou de outro qualquer menino(a) do mundo. Basta ter entre os 18 e 45 anos, boa saúde, e muito desejo de salvar uma vida. Consultem o site www.chsul.pt/, site do Centro de Histocompatibilidade do Sul. No site podem fazer o download do questionário inicial, o qual deve ser preenchido e enviado para o Centro. Após análise do questionário serão contactados para proceder a uma simples recolha de sangue (20 ml). Com base na análise a esta amostra serão inscritos numa base de dados internacional. Em caso de necessidade, serão contactados para realizar mais alguns testes, e, assim, SALVAR UMA VIDA. Espero ter-vos tocado no coração. Ajudem-me a salvar o meu menino. Muito Obrigado Pedro Sousa

26/1/2009

Como se vê pelo excerto apresentado a utilização da rede virtual na ajuda é evidente. Denota-se o círculo entre bloguistas, em que o leitor de um blogue espreita o outro, lê e passa a informação lida (Rodrigues, 2004) à sua rede. Acresce ainda que os *bloguistas* que se leem mutuamente e com frequência encontram uma informação num *blogue* e ao percorrer a sua rede verifica-se que se comenta esse mesmo assunto (Aquino, 2009), neste caso o apelo à ajuda da pessoa com doença oncológica, o tema destes *blogues*. Tal explica-se pelo facto do comportamento humano estar ligado ao comportamento do grupo e interconectado com o comportamento da sociedade através da rede (Capra, 1997). O assunto apelo à ajuda na doença oncológica expressa a capacidade de agregar uma rede à sua volta (Rodrigues, 2004, 2006).

Este excerto de *post* confirma ainda a boa densidade da rede, pois a informação difunde-se com facilidade entre os nós, cujos atores têm elevados níveis de capital social (Hanneman & Riddle, 2005). Qualquer um dos *blogues* envolvidos no *post* (3, 10 e 16) têm um potencial grande (*blogue* 3) e médio (*blogues* 10 e 16) de influência na rede. De referir que estes *blogues integram o grupo A* da *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*, formado mais precocemente e constituído por alguns dos *blogues* dominantes da rede.

Entre os apelos emergiu também a divulgação de *iniciativas de sensibilização para a doença oncológica*, onde são divulgados eventos públicos relacionados com a doença oncológica, como a comemoração de dias mundiais, eventos para angariação de fundos para apoio à pessoa com doença oncológica e campanhas de diversas associações.

15 de Setembro comemora-se o Dia Mundial do Linfoma. 15 de Setembro comemora-se o Dia Mundial do Linfoma: em caso de detecção de sintomas, há que intervir precocemente. O Dia Mundial do Linfoma, comemorado a 15 de Setembro, nasceu em 2004 pelas mãos da Coligação contra o Linfoma, com o objectivo de chamar a atenção para o linfoma e para a necessidade de reconhecer os sintomas e assegurar uma intervenção precoce. A Coligação contra o Linfoma é uma organização não governamental composta por 38 associações de 30 países. Evocando o Dia Mundial do Linfoma, a Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas organiza um passeio de bicicleta, no dia 13 de Setembro, no Parque da Cidade, no Porto. A iniciativa, com a designação "Pedalar contra o Linfoma", é apadrinhada por Cândido Barbosa, personalidade de destaque no ciclismo nacional e visa sensibilizar a população para este tipo de cancro. Para saber mais, consulte: Coligação contra o Linfoma - <http://www.lymphoalition.org/> - Em inglês, espanhol, alemão, francês e italiano Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas - <http://www.apll.org>

15/9/2009

De referir que muitas destas informações circulam entre os *blogues* da rede, dado haver boa densidade na rede. Mais uma vez é expressa a dimensão pública da doença oncológica (Giddens, 2017), em que são divulgadas iniciativas de sensibilização para a doença através de associações de doentes, muitas delas com cariz de ajuda à pessoa

doente. Estas associações refletem a mudança verificada nos grupos tradicionais de prestação de ajuda, refletindo um espírito de solidariedade, o que se traduz na ajuda mútua (Levine & Perkins, 1987).

O último conceito emergente nos *apelos* como *forma de construção da ajuda mútua* e na *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue* é a *sensibilização para a doença através do teatro*.

“Queremos dar esperança, passar informação de uma forma descontraída e devolver a auto-estima às mulheres”, explicou o responsável, que criou este projecto porque a sua mãe e duas amigas tiveram cancro da mama. A iniciativa começou há três anos, quando decidiu chamar a atenção para a doença na sequência do falecimento de uma das amigas com cancro da mama. “Como tinha um teatro, a companhia ‘Quem Não tem Cão’, aproveitei e decidi fazer uma coisa diferente”, adiantou.

12/11/2010

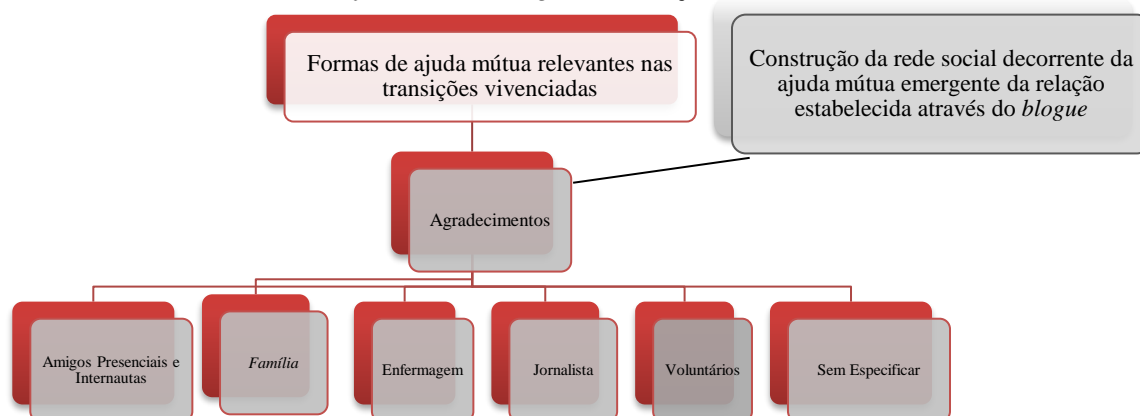
O teatro é uma atividade cultural pública, que chega ao outro e à comunidade, pelo que, tratando-se de teatro sobre a doença oncológica, ilustra a dimensão pública da doença (Giddens, 2007). Neste caso, e porque este grupo de teatro inclui apenas pessoas com doença oncológica e seus familiares, com duplo sentido: a autoajuda dos seus intervenientes em que a arte é também terapia (Azevedo, 2015) e a ajuda do outro, da comunidade pela sensibilização da doença. Além disso, este projeto intitula-se como promotor da esperança no outro.

2.6.3. Os Agradecimentos na Ajuda Mútua e na Construção da Rede Social

Os agradecimentos surgem da mesma forma nos conceitos *forma de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica e construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*. Os conceitos emergentes no nível inferior dos agradecimentos são: *Amigos Presenciais e Internautas, Família, Enfermagem, Jornalista, Voluntários e Sem Especificar* (Figura 29).

Os agradecimentos aos amigos presenciais ou internautas são os que se destacam em termos de número (103 referências em 62 fontes) expressos de diversas formas, sendo de forma direta ou através de textos de outros, com mensagens de agradecimento.

Figura 29 – Apelos nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas e na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue*



Estas mensagens são pelo apoio, pela forma como são recebidos presencialmente, pelos comentários no *blogue*, pelo apoio conferido ao longo da doença

Amigo na net Amigo... Quando conversei contigo a primeira vez, não imaginava que tu fosses se tornar tão importante em minha vida. Todas as noites eu durmo pensando em todas as conversas que tivemos ao longo do dia e quando acordo penso em chegar na frente da tela, para conversar contigo novamente. Apareceste em minha vida num momento muito delicado, em que eu estava muito triste e me sentindo muito sozinha. Tu fostes um incentivo para que conseguisse me reerguer daquela situação em que estava vivendo. Sou muito grata por tudo o que representas em minha vida, sinto não nos conhecermos frente a frente, mas tenho esperanças que isso aconteça em breve para minha alegria ser completa. Te adoro muito. (...) Obrigado! (...) Homenagem á N. e C.J. (Blogue 16; Blogue 22 e 28) Aqui estão elas a Nina N. e a Nina C. J. elas não se suportam na nossa presença porque quando viramos costas é assim que andam :) de mãozinhas dadas, cumplicidades, GOSMAS mesmo!!!! Beijou a estas Ninas com uma relação Amor-Ódio :-0

14-16/1/2009

Estes agradecimentos aos amigos presenciais e internautas é a confirmação do uso da Internet como comunidade, na forma de grupo de ajuda mútua virtual (Eysenbach, 2003), neste caso numa comunidade virtual de doentes (Demiris, 2006), em que impera o apoio mútuo e a criação de empatia. Trata-se também de uma nova forma de socialização que, com a ajuda de outros, favorece a aprendizagem do papel de doente (Parsons, 1952; Serra, 2005). O espírito de solidariedade tão característico da ajuda mútua (Levine & Perkins, 1987) emerge de forma espontânea e desprovido de interesse. Tal é também expresso por Salvador Vaz da Silva (2008: 192) ao referir:

Encontrei GENTE, Mulheres e Homens centrados e Unidos à volta de um propósito Digno e Sério, de um Projeto de Esperança e Amor, a Dar de Si aos Outros, a retirarem Inspiração, Força e Coragem uns dos outros para expressar aquilo que, afinal está lá tão dentro de Vocês que num ápice vem ao coração, à mão e à boca.

E NÃO QUERIDOS AMIGOS, não pensem que fui eu que despoletei essa Força, nem o que escreveram é de circunstancia. O que aqui me têm deixado é a Essência do Homem, é o rumo verdadeiro do Universo, é a ÚNICA MANEIRA DE CADA UM DE NÓS SER VERDADEIRAMENTE FELIZ, DANDO OS OUTROS AQUILO QUE GOSTARÍAMOS DE TER PARA NÓS P'ROPIOS, SEM CUIDADR DE INTERESSES MATERIAIS OU DE RECOMPENSAS, PORQUE ESTA RESIDE DO PRÓPRIO ACTO DE DAR O QUE NÃO SE ESPERA EM TROCA, E EM TRAZER FELICIDADE A QUEM NÃO A TINHA.

Sábado, 27 de outubro de 2007

Os agradecimentos da família incluem o marido, o irmão, pais, sogro e primo. Também à família são dedicadas mensagens da autoria de outros, com mensagens de agradecimento por todo o suporte ao longo do processo de doença.

Meu anjo, Quero agradecer-te por tudo, Pelos momentos em que chorei, você veio carinhosamente me beijou e me fez sorrir. Pelos momentos em que perdi a paciência, você veio com palavras amenas e doces e me acalmou. Pelos momentos em que meu coração estava em pedaços, você veio cheia de amor e me curou. Pelos momentos de alegria, que fez questão de dividir comigo. Pelos momentos que com muita esperança, pensou junto comigo no nosso futuro. Obrigada, meu amor!!! Obrigada, por existir na minha vida!!! Obrigada, por me fazer feliz e a pessoa mais Amada na tua Vida!!! Eu te amo!!!!

21/3/2009

E quando lhe faço perguntas sobre os porquês da Vida, porque vivemos e temos que sofrer, porque sofrem os inocentes, etc...ele tem a palavra sábia para iluminar a minha mente e coração! (...)e ele sabe-o e diz-me muitas vezes! Tenho muito orgulho em ser tua Mana e pela oportunidade que Deus te deu e te dá todos os dias!!!! ADORO-TEEEEEEEEEEEEEEE!!!!!!!!!!!!

26/9/2008

A nossa família é o bem mais precioso que temos. A nossa família é o bem mais precioso que temos. Principalmente os nossos pais, não importa se são nossos pais de verdade, ou se são pais que adotaram você. O que importa é que eles te amem, te passem tudo que aprenderam nessa vida. Nossos pais merecem todo respeito e carinho do mundo. Pois são eles quem nos dão tudo aquilo que temos e estão sempre se esforçando para nos dar aquilo que queremos. Aprenda a dar valor a essas pessoas tão especiais, que tem um amor enorme por você. Retribua tudo que eles te dão, com carinho, amor, felicidade, pois esses são os presentes que os nossos pais mais querem.

28/5/2008

obrigado primo!!

29/1/2013

A família, grupo tradicional na prestação de ajuda (Levine & Perkins, 1987), está bastante presente no que diz respeito ao agradecimento. A união da família na doença oncológica permite a aprendizagem e o suporte de todos na vivência com o cancro. (Friesen, Pepler e Hunter, 2002). Também Sofia Lisboa (Lisboa & Pereira, 2014) faz referência aos seus pilares de ajuda na doença: o marido, a irmã, as amigas, os pais e sogros. A cantora revela que teve como aprendizagem o facto de o sofrimento unir ainda mais as pessoas que a felicidade.

Os agradecimentos à Enfermagem passam pelo cuidado indireto e reconhecimento da academia, por quem estuda para promover a melhoria dos seus cuidados.

Guia de Recursos da Comunidade no Apoio à Pessoa com Doença Oncológica (...) Este trabalho foi elaborado por uma enfermeira (NOSSA AMIGA) para o seu Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica que realizou na Escola Superior de Saúde de Setúbal (...) É muito importante saber que existem pessoas que se preocupam com o bem estar dos doentes Oncológicos. Obrigado!

7/8/2009

Apesar de não ser um cuidado direto à sua pessoa, esta mulher sente-se cuidada pela atenção e preocupação desta enfermeira em proporcionar-lhe informação sobre os

recursos da comunidade no apoio à pessoa com doença oncológica. É reconhecida a ajuda no atingir da capacidade máxima funcional e a importância do cuidar da pessoa inserida na comunidade (OE, 2001), pois os enfermeiros estão interligados na sociedade e focados na detecção da interconectividade do ser humano, determinando a dinâmica da linguística com interações verbais e não-verbais entre os seres humanos e com redes (Van Sell & Kalofissudis, 2010).

Como se verá adiante, esta rede teve influência na sociedade, com a divulgação das suas atividades em diversos meios de comunicação social. O agradecimento vai para os jornalistas que fazem essa divulgação e que recebem estas pessoas. Os Voluntários também são lembrados na hora do agradecimento, não por uma atitude em especial, mas pelo trabalho que fazem. No momento de recordar, de fazer o balanço da trajetória na doença, os agradecimentos surgem sem nomes.

Mais uma vez, obrigada ao jornalista Jorge Afonso que nos recebeu com grande simpatia e generosidade!

9/3/2010

(Esta a minha forma de agradecer em nome dos que precisam de vocês Voluntários que dão um pouco do vosso dia, da vossa vida para ajudar, é muito bonito ajudar sem esperar nada em troca. Ser Voluntário é ser um Anjo na Terra!)

5/12/2008

obrigado a todas/os aqueles que estiveram do meu lado desde essa data ;o) foram muito importantes para a minha recuperação!

10/3/2011

Como se constata, o agradecimento à ajuda percebida é evidente em todos os *posts*, mesmo nos que tiveram uma pequena atenção, que de certa forma cuidaram (Hesbeen, 2000). O voluntariado ajuda a aliviar a dor crónica e a depressão, além de se repercutir favoravelmente na identidade pessoal e social, pois torna a pessoa mais propensa a manter uma perspectiva otimista (Marcos, 2012). Além dos que têm problema comum, surgem também mencionados como relevantes no apoio e na transição de doença, os que integram a sua rede desta pessoa. Tal remete-nos para a importância de se considerar também a rede social da pessoa doente na atenção do cuidado do enfermeiro, ou seja a Enfermagem Focada na Rede (*Network-Focused Nursing*) (Olsen & Harder, 2010).

2.6.4. A Comunicação na Ajuda Mútua e na Construção da Rede Social

Os conceitos que integram a comunicação como forma de ajuda mútua são, como se pode ver na Figura 30, análogos aos da construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue. Neste último, e tal como está representado na Figura 31, emergem mais conceitos favorecedores da construção da rede.

Figura 30 – A comunicação nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas

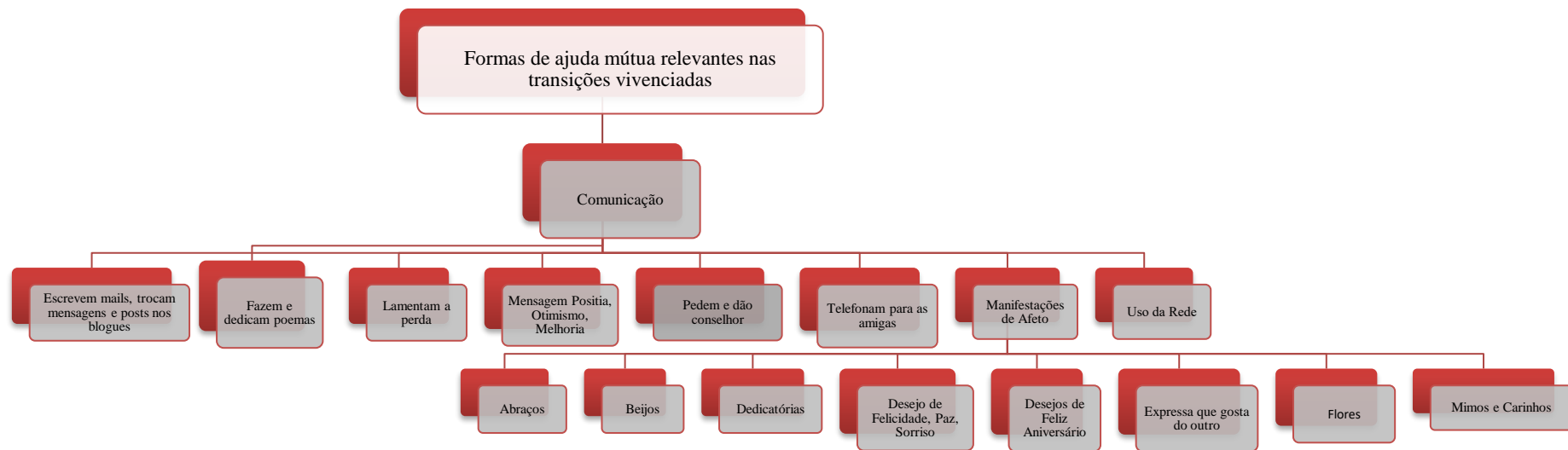


Figura 31 – A comunicação na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue* (I)

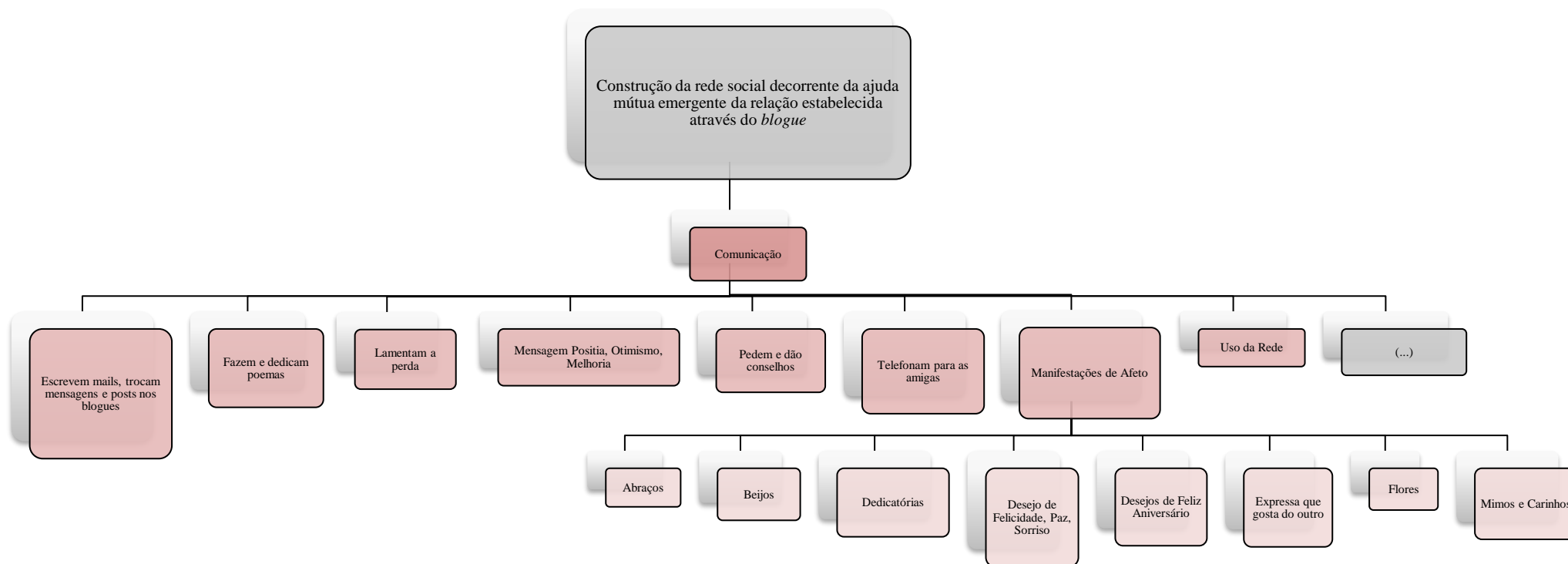
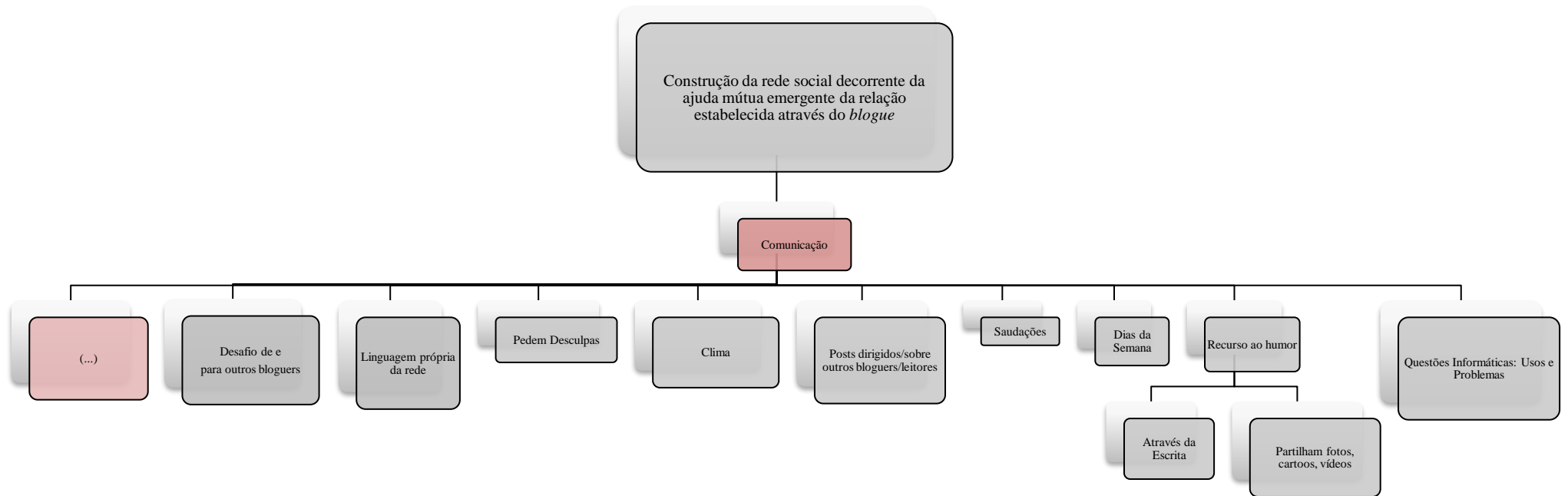


Figura 32 – A comunicação na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue* (II)



A comunicação como *forma de ajuda relevante nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica* e como *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue* integra os seguintes conceitos: *escrevem mails, trocam mensagens e posts nos blogues; fazem e dedicam poemas, lamentam a perda; mensagem positiva, otimismo, melhoria, pedem e dão conselhos, telefonam para as amigas; manifestações de afeto e, uso da rede* (Figura 30, 31 e 32).

Além destes, a *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue* integra ainda: *pedem desculpas; clima; posts dirigidos sobre outros blogues/leitores; Saudações; Dias da Semana; Recurso ao humor e, questões informáticas: usos e problemas* (Figura 31 e 32).

A escrita de emails, troca de mensagens e posts nos blogues integra mensagens diversas e diversas formas de comunicação escritas, como o mail, os próprios blogues, ou o Messenger.

a Isalenca logo de manhã tinha deixado um post no meu blog

20/2/2009

Para a V. :) (...) ela é uma das pessoas com quem mais falo no messenger até hoje. (...) mas através do teclado falamos de muitas coisas. Já rimos muito, chorámos, tratámo-nos mal, demos conselhos, questionámo-nos, etc... (...)É uma homenagem para Ela

5/8/2009

VOU REPETIR O QUE ESCREVI NO BLOG DA N. (blogue 16)

8/2/2010

A emergência destes conceitos é a manifestação clara da alteração da forma de comunicação com a emergência da *World Wide Web*, transformando os aspetos da vida destas pessoas (National Research Council of the National Academies, 2012), de uma forma organizada como acontece nas redes (Silva, 1999). Temos a evidência da comunicação virtual, revolucionária da comunicação, como meio de colaboração e interação entre as pessoas (Leiner et al., 2003), com uma maior rapidez, eficiência e flexibilidade (Canavilhas, 2004).

A ajuda mútua e a construção da rede social passam também pela *realização e dedicatória de poemas*, bem como da *publicação de mensagens positivas, de otimismo e de melhoria*, estas com muitos posts no blogue (211 Referências em 71 Fontes).

Pegadas na areia para a C.S. com todo o meu carinho (Blogue 27)

C.S. deixo-te aqui esta msg que já a deves conhecer mas hoje em especial quero dedicar-te com muito carinho. Nunca desistas, usa esse teu sorriso sempre e acredita!

Deus está contigo e tu sabes!!!

Beijinhos e um abraço do tamanho do mundo!

26/11/2009

G. (Blogue 10)...quero ver muitas vezes esse teu sorriso no teu rosto (...) sempre com o mesmo sorriso!!!! :) (...) *Desejo-te um dia muito feliz! (...) Oieeeee Tenha uma semana iluminada (...) G....sei que vais conseguir!!!Com a tua coragem,força e fé mais as Amigas do Peito unidas nesta luta a corrente é grande demais para um "bicho" foleiro te vencer!!!!*

16 e 17/11/2009

A difusão na rede de poemas e mensagens positivas tem inerente a promoção da esperança no outro. A poesia aumenta a esperança (Arruda, Garcia & Garcia, 2016), essencial na experiência de viver a doença oncológica. Através da rede, e em particular em situações que têm implícito algum sofrimento, importa manter a esperança (Querido, 2005, 2013). De referir que ter pensamentos positivos é considerado fator promotor de esperança (Pinto, 2011).

A lamentação da perda surge também como uma forma de ajuda e como parte da construção da rede. Lamenta-se a perda de *bloguistas*, de familiares, de conhecidos dos que integram a rede e de pessoas colunáveis.

Lamento muito por o Paulinho, Família e Amigos!!!! Desta vez o bicho levou um mais pequenino com uma vida inteira pela frente, são estas situações que não entendo o porquê da morte a quem não merece e nem chegou a hora!

23/9/2010

*Mais uma Estrela no céu * O céu esta noite iluminou-se mais, pois tem uma nova Estrelinha...Até um dia Sónia...*

31/7/2011

Nesta lamentação a perda emerge como forma de ajuda a quem sofreu a perda, mas também contribui para a difusão da notícia da perda na rede. Associada à lamentação está inerente o luto de alguém que passou por uma situação semelhante (Rebelo, 2007), pois a doença oncológica tem associada a possibilidade da sua morte (Pereira, 2008). A vivência do luto emergiu no conceito *Recursos para ultrapassar a situação/dificuldades*, no *Contacto com o outro e com a Natureza*, abordado no ponto 2.4.3. *Contacto com o Outro e Natureza, Comer e beber e Arte*, bem como no conceito *partilha de si, partilha, na Construção da rede social decorrente da ajuda mútua da relação estabelecida através do blogue*, tendo sido abordado no ponto 2.6.1. *A partilha como forma de ajuda mútua e construção da rede social*.

Quando surgem as dificuldades, é pedida ajuda às bloguistas. Por outro lado, a experiência na doença permite que sejam também dados conselhos. Estes conselhos relacionam-se com marcas de cremes, horas de tomas de medicamentos, alimentação, forma de estar perante a doença e pedido de opiniões sobre situações ocorridas.

Meninas...posso pedir uma ajuda?! Olá boa noite! Queria perguntar-lhes para quem fez Radioterapia qual o creme que aconsellham a usar na mama, sabem qual é? Aquele que tem que se tirar 2 horas antes da radio e colocar duas horas depois para a pele não ficar queimada, será que existe um mesmo bom?? A Médica falou-me em duas marcas uma delas é para pôr no rabiosque dos nêns o outro nem lembro o nome...que me dizem?

11/8/2008

Isto é preciso tomar a uma hora certa??? Uma Prima da minha Mãe sou seja minha Prima em 2O grau tem 74 anos também toma mas, diz que tem que ser a uma hora certa a médica disse-me que era diário durante cinco anos eu tomei a seguir ao jantar será que pode ser durante essa refeição mais coisa menos coisa? Normalmente como sempre á mesma hora mas agora no Verão como um pouquinho mais tarde e não sei se pode ser assim...

21/8/2008

que faças TUDO o que te fôr recomendado, é muito importante seguir-mos tudo o que nos fôr dito e tu sabes...não deixes a impaciência tomar conta de ti porque vais ter muitoooo tempo para festejar!

10/1/2009

Apesar de se tratar de um *blogue*, a interação não é demorada, pois alguém da rede em situação semelhante responde, o que torna possível a interação imediata (Dan Li, 2005; Schiltz, Truyen, Coppens, 2007). É expressa a utilidade e a intencionalidade do *blogue*, o que nos dá a noção de uma audiência ativa (Blumler, 1979), pois a informação útil é reunida para futura referência (Dan Li, 2005; Ojala, 2005; Baltazar, 2009). Perante uma questão, através da rede e com a rede, há a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento da inteligência coletiva (Lévy, 1997, 2000), o que expressa também a noção de grupo de ajuda virtual (Finfgeld, 2000), ou de comunidade virtual de doentes (Demiris, 2006). Ao longo da transição há necessidade de aquisição de novos conhecimentos para o possível equilíbrio da situação (Trigueiros & Santos, 2004), o que vai ao encontro da motivação expressa para a sua criação da *necessidade de informação*. Tendo havido essa necessidade, a pessoa tenta também ajudar os outros e constrói a rede, pois os assuntos abordados capacita-os para agregar uma rede à sua volta (Rodrigues, 2004, 2006).

Uma outra forma de ajuda e que contribui para a construção da rede emergente da relação estabelecida através do *blogue*, são os *telefonemas para as amigas*. Além destas, são evidentes nas publicações *manifestações de afeto*, que incluem: *abraços; beijos; dedicatórias; desejo de felicidade, paz, sorriso; desejos de feliz aniversário; expressa que gosta do outro; flores; mimos e carinhos*. De referir que a que tem maior expressão são os *beijos* (com 816 referências em 113 fontes).

Falei com a G. (Blogue 10) hoje :) Coisas tão simples como isto ouvir a voz de uma Amiga e sentir segurança e confiança naquela voz, foi o que senti ao falar com a G.

27/11/2008

Passei para agradecer a quem telefonou

3/11/2010

| | |
|--|------------|
| <i>Seguindo a C.J. Um abraço (Blogue 22 e 28)</i> | 5/2/2009 |
| <i>Apeteceu-me dar um beijo mas devem estar todas a ninar* (...) Deixo aqui beijinhos a todas</i> | 12/9/2008 |
| <i>(Este pensamento lembro-me bem de o dedicar á L. :))</i> | 13/11/2008 |
| <i>Sejam Felizes Queria ser um anjo pra realizar o desejo mais forte de cada um, mas como não sou o que posso oferecer-lhe é minha amizade quando quiserem rir quando quiserem chorar conte comigo, não tenham medo da vida ela é divina, é maravilhosa deixe as coisas acontecerem calmamente, corram atrás , não deixe as coisas escaparem de seus dedos, por maior que tenha qualquer medo, ganha-se e perde-se mas se não se arrisca nunca ganhará !! sejam felizes !!</i> | 12/3/2009 |
| <i>Parabéns L. ;o) Não sabia que fazias anos estou por cá á pouco tempo como sabes!... Fica aqui o meu desejo de um DIA muito feliz e que se repita por muitos anos</i> | 19/8/2008 |
| <i>sinto um carinho muito grande por todas.</i> | 18/9/2010 |
| <i>N. (Blogue 17)... estas Rosas ofereceu-me uma Vizinha que me conhece há muitos anos aqui de onde moro :o) Acho-as lindas!!!! Quero oferecer-te virtualmente, espero que gostes tanto como eu! E esta é para ti, para mim e para todas as RosasEsperanças!</i> | 13/5/2010 |
| <i>Um miminho para a Natália que tem Dói-dói (Blogue 17)</i> | 30/9/2009 |

Os telefonemas denotam a necessidade de uma comunicação mais próxima, num contexto de maior privacidade que os *blogues* não permitem e que podem anteceder o encontro presencial, pois os cibercontactos podem evoluir para o desenvolvimento de amizades exclusivamente *online* ou resultarem em encontros face-a-face (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007), o que acabará por acontecer como veremos nos pontos 2.6.1 *Os Encontros na Construção da Rede Social* e 3.2. *Linguagem Própria da Rede e Rede Social*.

Os excertos dos *posts* seleccionados expressam a complementaridade da ajuda e da construção da rede. Veja-se que o abraço segue o exemplo de um outro *blogue* e que o desejo de feliz aniversário decorre da leitura de outros *posts* de outros *blogues* da rede. Tal traduz a ideia da blogosfera (Pires, 2006; Schmidt, 2007), em que se denota novamente a rotina na comunidade da leitura dos outros *blogues*, e passa a mensagem no seu próprio *blogue* (Rodrigues, 2004).

Os abraços, os beijos, os mimos virtuais indicam a relação de proximidade entre as pessoas da rede, e apesar de alguns recorrerem apenas ao *nickname*, com a proximidade das relações vão expressando facetas da sua personalidade (Correia, 2003). O carinho

mútuo caracteriza o suporte social, o processo de cuidar entre duas ou mais pessoas (Shumaker & Brownell, 1984; Tilden, Hirsch & Nelson, 1994).

A última forma de ajuda e de construção da rede é o *uso da rede*. Este permite a ajuda para questões relacionadas com o quotidiano além da doença, como a venda de bilhetes para concertos ou da colaboração no grupo de teatro por alguém da rede.

G(...)IIIIIIIIII (Blogue 10) tenho comprador para o bilhete da Madonna Olá Amiga é para te dizer que tenho uma pessoa amiga do meu primo interessada no bilhete da Madonna. Bjs e tudo de bom

8/9/2008

Este trabalho foi desenvolvido pela M. - mulher que neste momento ainda trava a sua luta contra um cancro - [http://\(...\)com/](http://(...)com/) mas que, e apesar de viver no Rio de Janeiro /Brasil/ fez o favor de estar e colaborar connosco neste prjecto. Eu e a M. conhecemo-nos através dos Blogues... ela ofereceu os seus prestimos num comentário e eu aproveitei a oportunidade!! (...) Esta colaboração da M. vem provar /se duvidas houvesse/que hoje em dia não existem distancias quando hã vontade e se está disponível para partilhar o que cada um tem de melhor.

26/1/2009

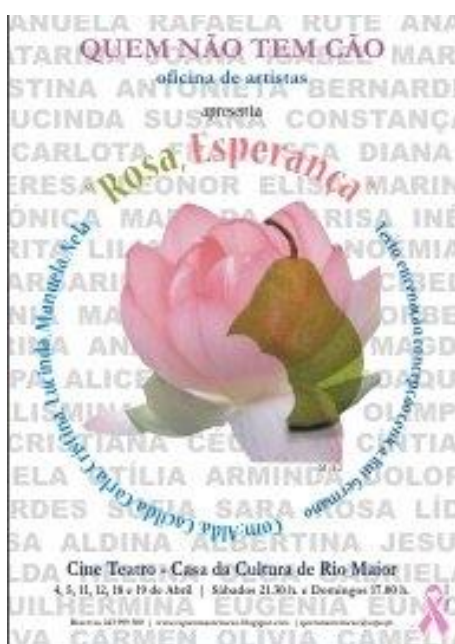
O uso da rede como forma de ajuda e na construção da própria rede denota a existência de trocas e estabelecimento de laços sociais (Recuero, 2003, 2004b), fundados sob prismas muito específicos de interesses comuns (Recuero, 2004a), com ligações à rede mundial (Amaral, Recuero & Montardo, 2009), neste caso o Brasil. Ajuda-se independentemente da localização geográfica e, sendo esse o espírito do grupo, há interconexão com o comportamento da sociedade através de redes (Capra, 1997). A ajuda aqui mencionada,

Figura 33 – Primeiro cartaz de divulgação do Teatro Rosa Esperança

Disponível em:

<http://equemnaotemcao.blogspot.pt/>

refere-se ao primeiro cartaz de divulgação do Teatro Rosa Esperança para circular na internet (Figura 33).



Apresentados e discutidos os conceitos comuns da *comunicação* no que diz respeito às *formas de ajuda relevantes nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica* e da *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*, passaremos a discutir os conceitos que integram, em exclusivo, a comunicação na construção da rede social. Entre estes temos: O *desafio de e para outros bloguers*; a *linguagem própria da rede*; *pedem desculpas*; *clima*; *posts dirigidos/sobre outros bloguers/leitores*; *Saudações*; *Dias da*

Semana; Recurso ao humor, e questões informáticas: usos e problemas.

O desafio de e para outros bloggers integra desafios, muitos deles em cadeia, bem como distinções de uns *blogues* para outros.

Desafio... Desafio... Eu venho do blog da L. e vi este desafio e aderi, posso?? Então vamos lá... -6 COISAS QUE ME PREOCUPAM - Família e Amigos - A Saúde em geral - A fome - Os inocente no meio da guerra muitas vezes nem é deles - Os animais e falta de condições com os idosos Haveria muito mais por dizer -6 COISAS QUE NÃO ME PREOCUPAM - A vida de cada um (sexo,religião,raça) - Os ricos - Política - O que pensam de mim(intrigas) - Quando sabem dar o valor - O grito dos maus - Quando sabem perdoar -6 COISAS DE QUE GOSTO - Cantar - Falar com Amigos - Ajudar - A Lua - Nadar - Música -6 COISAS DE QUE NÃO GOSTO - Maldade - Inveja - Egoísmo - Falta respeito(quer ser humano ou animal) - Má educação - Mentira -6 COISAS QUE ME FAZEM SORRIR - Os meus Sobrinhos lindos - Os meus Amigos - A minha Família - Os meus Animais e os outros - Uma boa recordação - Um bom filme cómico -6 COISAS QUE ME ENTRISTECEM - A Fome no mundo - As crianças em lares prontas para serem adoptadas e a burocracia - As pessoas que vivem nas ruas - Os animais serem mal tratados - A falta de civísmo - O ter demais e não ajudar o próxima -6 COISAS QUE ME DEFINEM - Sincera - Corajosa(dizem ihihhi) - Amiga do meu Amigo - Brincalhona - Faladora - Solidária Eu entrei neste desafio por vontade própria mas desafiar...hummmm...não me parece!

5/10/2008

Estes desafios são uma manifestação clara da expressão das suas características pessoais, que afirmam depois a identidade do grupo. São como que facilitadores da construção da identidade do grupo (Correia, 2003) e fomentam a leitura dos *blogues* uns dos outros. Mais uma vez está subjacente a ideia de território organizado, característico das redes (Silva, 1999), um mecanismo de disseminação de informação e um meio para a colaboração e interação entre as pessoas (Leiner et al., 2003). Este tipo de atividades fomenta também a criação de empatia, um dos objetivos das comunidades virtuais de doentes (Demiris, 2006).

Com o decorrer do desenvolvimento da comunidade virtual, fomos notando o recurso a uma *linguagem própria da rede*.

Esta é a G. a dar um pontapé no porco

1/1/2009

*Tamoxefenadas (...) herceptinadas (...) GOSMAS (...) Amigas do Peito e do Coração**

15, 16 e 20/1/2009

Meninas, Meninas (...) Guerreiras

3,5/4/2009

Gosma-Mor, Gosma

9/5/2009

Esta linguagem própria da rede parece caracterizar a identidade do grupo, representando a união e cumplicidade entre os seus elementos. Recorre-se à palavra *porco* para designar o cancro, são criadas palavras que derivam da designação de medicamentos e que identificam quem faz essa medicação, *guerreiras* a quem luta contra o cancro, e algumas

das *bloguers* têm a alcunha de *gosma*, *gosma-mor* ou *meia-gosma*. Ao longo da análise realizada conseguimos identificar cada uma das *gosmas*, embora não tenhamos conseguido apurar a origem nem a justificação desta designação. Tal ficará para ser explorado na entrevista, com a *Gosma-mor*, autora do Blogue 16.

Na comunicação como parte do processo de construção da rede social surgiram também os conceitos *pedem desculpas*; *posts dirigidos/sobre outros bloguers/Leitores e saudações*.

Desculpem a minha falta de resposta nos vossos Blogs

5/10/2008

Meninas atenção!!! Marilu manda recado! Meninas atenção!!! A Marilu está em casa furiosa com a Internet. (...) Então estou aqui para lhes dar o recado que ela me pediu (...) Mandou os beijinhos para todas em especial ás Meninas com doí-doí a Lilly, Gigi, Maguie, Cristina, Marina :) e todas e todas e todas!

24/4/2009

Bom fim de semana para todos ! (...) Bons sonhos* (...)Bom dia e boa semana**

4 e 7/7/2008

Os pedidos de desculpas são também dirigidos aos leitores dos *blogues*, de forma personalizada ou de uma forma geral. Outros *posts são dirigidos a outros bloguers ou leitores*, o que nos dá indicação de interação, de pedido de resposta, pois a comunicação deixa de ser unidirecional (Dan Li, 2005; Schiltz, Truyen, Coppens, 2007). A autora deste blogue chega mesmo a ser interlocutora de outra *bloguer* com uma mensagem de esperança, o que vem confirmar a sua dominância na rede. Este tipo de interação vem reforçar a ideia de cumplicidade e de conectividade das redes, bastante frequente (561 referências em 96 fontes).

As *saudações* podem dar início, fim ou ser o único conteúdo do *post*. Esta autora tem, em grande parte, diversas publicações ao longo do dia, sendo que algumas passam apenas por saudações semelhantes às apresentadas. A interatividade contribui para a promoção da atividade da audiência num nível elevado (Dan Li, 2005), pois quando não há atualização constante, a vida do *blogue* é curta (Rodrigues, 2004).

Esta interatividade na rede é também assegurada pelo conceito *dias de semana* e pelo *clima*. No primeiro, é feita a publicação do dia da semana, da indicação de dias feriados ou do início das estações; já no segundo informa-se do estado do tempo, sendo que nalguns dos *posts* as condições climáticas são associadas ao seu bem ou mal-estar

*já é Quarta-feira (...) 5ª Feira (...) Obá sexta-feira (...)Bom domingo (...) Já foi a 2ª e vem a 3ª feira :) (...) Aí vem a Quarta-feira ;) * uma boa quarta-feira e já vamos a meio da semana ;)*

25, 26, 28, 30/9/2008

Ai estou cheia de frio este tempo dá cabo de mim!!!! (...)

15/4/2009

*Definitivamente eu e o calor não nos entendemos muito bem.(...) bom dia (escaldante)
arrrrgggggg...*

12/8/2009

Além de promover a interatividade no *blogue*, a marcação do tempo indica a passagem do tempo na transição, nesta vivência que é a doença oncológica. Cada dia que passa é uma aquisição, é uma valorização da conquista, que está entre os fatores promotores da esperança (Pinto, 2011). Esta marcação do tempo ilustra também a permanência no tempo, um dos elementos dos *blogues* (Rodrigues, 2006).

A relação expressa entre as condições climáticas e o bem ou mal-estar vem ao encontro do afirmado por Sette e Ribeiro (2011) de que os extremos térmicos higrométricos aumentam a debilidade do organismo no combate à doença.

O *recurso ao humor* surge como conceito na *construção da rede social*, na forma escrita (160 Referências em 59 fontes) e através da *partilha de fotos, cartoons, vídeos* (91 Referências em 26 Fontes).

Aqui estão elas a Nina Nela e a Nina CrisJ elas não se suportam na nossa presença porque quando viramos costas é assim que andam :) de mãozinhas dadas, cumplicidades, GOSMAS mesmo!!!! Beijos a estas Ninas com uma relação Amor-Ódio :-0

16/1/2009

Vejam bem esta foto não percam esta visão Vejam bem esta foto, uma que se diz pseudo-famosa (Nela) que apareceu numa foto de robe que deveria estar mais bem vestida e não sei mais o quê... a outra que diz que não a grama e tratam-se como cão e gato olhem, o meu cão e a minha gatinha adoravam-se. Vão fazer os ensaios e quando ninguém está a vê-las andam a fazer estas figuras... foram apanhadas em flagra não sei qual a intenção...mas mulheres deste país elas estavam de língua de fora ao fim de meia duzia de saltos, todas empenadas :p sem aguentarem um gato pelo rabo como se costuma dizer, fica aqui o testemunho porque se eu contásse ninguém acreditava em mim. O chão estremecia mais parecia um terramoto olhem nem sei mais que lhe contar...o melhor é verem ao vivo e a cores! (...)(vamos ver se depois desta foto não vou ter pesadelos e reforçar os comprimidos para dormir)

19/1/2009

O *recurso ao humor*, na forma escrita ou de imagem, traduz a disposição de ânimo exteriorizada, em que a realidade é apresentada num formato cómico (José, 2008). O humor já havia sido identificado nos recursos para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença, nas características pessoais. Neste caso, trata-se do recurso ao humor para a interação, também indicador de progresso na transição (Meleis, 2010). O humor cativa o leitor, principalmente quando este também é dirigido e feito no contexto das relações estabelecidas na rede virtual. As imagens permitem, tal como indicado no excerto do *post*, a expressão visual do texto (Hookway, 2008), aumentando a piada e podendo dispensar o leitor de ler todo o texto.

O último conceito emergente na *construção da rede social*, na comunicação foi designado de *questões informáticas: usos e problemas*.

Que estranho... Olá Amigas do Peito! Será que está tudo parado ou não estou a conseguir ver as mensagens??? É que andei para aqui a mexer e secalhar fiz asneira... (...)Amigas apaguei os blogs :o(Amigas apaguei sem querer os blogs andei a vasculhar nos vossos para ver se voltava a repô-los se faltar digam-me, por favor é que tenho a minha cabeça num oitô e posso não lembrar e não é por mal... deixem aqui o vosso nome de blog se não estiver no meu Home.

2 e 8/9/2008

abrem bem o meu Blog??? (...)falei com a A. e ela disse que tinha um vírus no PC alguém notou alguma coisa?! (...) o Kim diz que quando abre o meu Blog não vê nada...tivemos a ver o anti-virus continua operacional, agradeço que se alguma coisa se passar ao abrir o meu Blog me avisem porque até agora só a Alda se queixou, estranho não é?

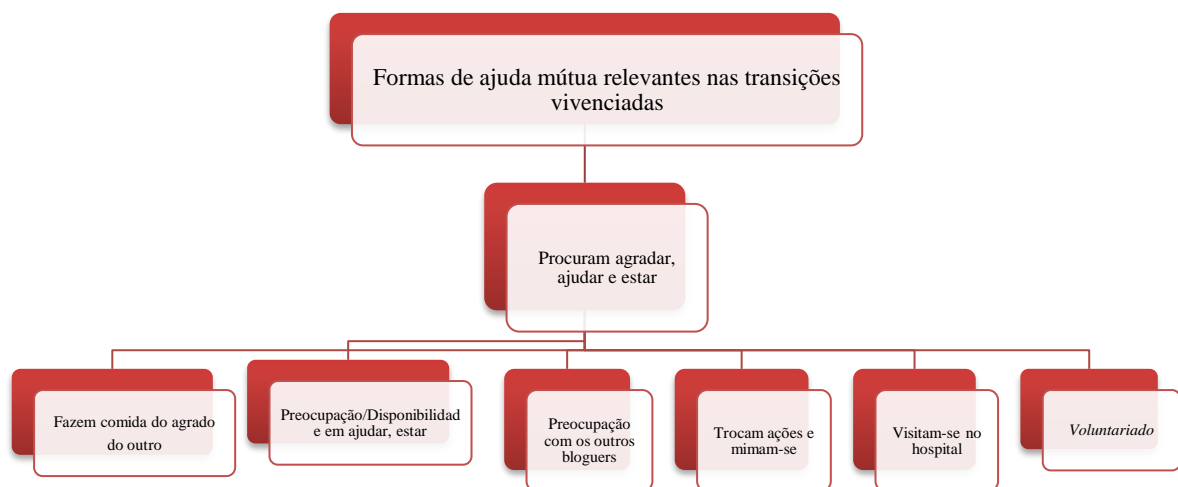
26/12/2008

A publicação de problemas relacionados com questões informáticas apela ao comentário, o que vem reforçar a ideia da interação e do apelo aos comentários, de modo a manter o blogue com a sua apresentação típica, onde se incluem os *links* para recursos *online* (Blood, 2000, 2002), que exhibe associação com a comunidade *online* ou colegas bloguistas (Dan Li, 2005). Veja-se também a relação de proximidade com os leitores e o recurso à *linguagem própria da rede*, além de ser feita menção ao *esquecimento*, uma das alterações fisiopatológicas identificadas após os tratamentos, na percepção da situação de saúde.

2.6.5. A Presença, a Ajuda e o Procurar Agradar como Forma de Ajuda

O último conceito emergente nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas é *procuram agradar, ajudar e estar*.

Figura 34 – *A presença, a ajuda e o procurar agradar como formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas*



Do conceito *procuram agradar, ajudar e estar* surgem os conceitos: *fazem comida do agrado do outro; preocupação/disponibilidade em ajudar e estar; Preocupação com os outros bloggers; trocam ações e mimam-se; visitam-se no hospital; voluntariado* (Figura 34).

enviei para o António comida e doces feitos por mim com todo o meu amor

25/11/2010

SÓNIA, SE PRECISARES... ESTOU AQUI ! CONTA COMIGO E COM TODAS AS GUERREIRAS!!!!

6/1/2011

*o teu blog parou faz tempo estás bem?! (...) Diz qualquer coisa uma pissoa fica afilita ;)
(...)Se eu me ausento dão-me na carola e elas fazem o mesmo ai ai.*

22/10/2008

neste momento faço para Ela o que ela me fez a mim.

2/9/2009

fui ver a G. hoje dia 1-1-2009 (...) adorei vê-la sentadinha na cama de pernas cruzadas e a falar e falar...

1/1/2009

Uma destas mulheres-coragem...M. M....vem à Grande Entrevista falar deste movimento e da sua experiência de voluntariado.

19/5/2009

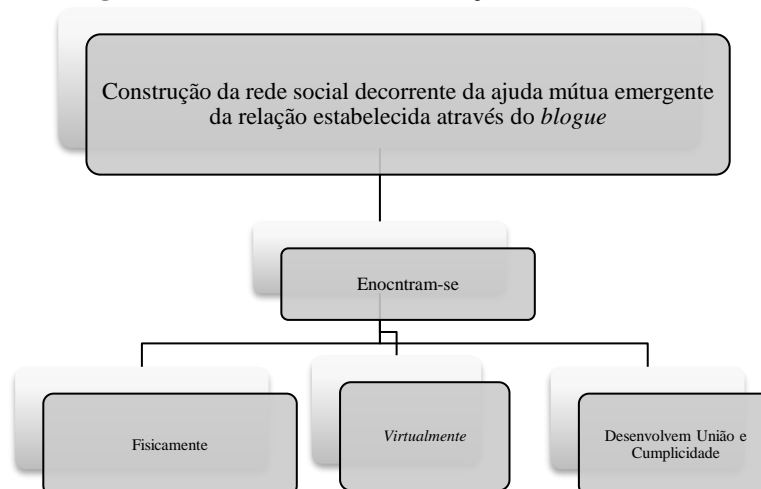
Estes conceitos remetem para a entreatajuda entre pares (Demiris, 2006) que, por se tratar de uma forma de socialização, pode contribuir para a aprendizagem do papel de doente (Parsons, 1952; Serra, 2005). Há uma clara atenção ao outro, ao seu bem-estar, ou seja, ao cuidado (Hesbeen, 2000). Este tem inerente uma solidariedade, o que se traduz na ajuda mútua (Levine & Perkins, 1987). A pessoa ajuda e sente-se ajudada também.

Esta amizade, esta ajuda vai além do virtual e já envolve presença física (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007). O relacionamento destas pessoas caracteriza-se pela harmonia, similaridade ou afinidade (Mello, 2017), indo ao encontro da pessoa onde ela se encontra, ou seja, havendo *rapport* (Ribeiro, 1993). A união é de tal forma expressa que a oferta de ajuda é feita em nome de todas as *guerreiras*, em que há atenção mútua para o envolvimento um com o outro (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990).

2.6.6. Os Encontros na Construção da Rede Social

O último conceito na construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue é encontram-se*, sendo que os encontros envolvem os encontros físicos, os encontros virtuais e o desenvolvimento de união e cumplicidade (Figura 35).

Figura 35 – Os encontros na construção da rede social



Estes últimos conceitos convergem para a criação de uma rede virtual, que conduz a uma rede física posterior, em que há trocas de experiências, de sentimentos e momentos de convívio.

A BALADA É AMANHÃ (...) ESTAMOS A HORAS DE NOS CONHECERMOS ;) (...) Estar convosco de as(os) conhecer pessoalmente, da troca de experiências, dos Hinos, da surpresa á G. que a animou e emocionou bastante, dos Emplastros, dos Filhotes, Do Canito, do local, da corrente de energia positiva que se sentia, da coragem, da fé, da comida, da bebida ihihihhi...de tudo!!!! (...)

26 e 28/9/2008

foi através do blog S.G. que as Amizades se fizeram e foram crescendo, esta rede de Amizade virtual levou a Encontros onde se transformou numa Amizade pura e com muita identificação entre elas. Mas no grupo não existem só Mulheres que sofreram da doença existem também Mulheres que as apoiam incondicionalmente, com um coração aberto a ajudar sempre que seja necessário e já o fizeram com algumas das nossas "Estrelinhas" que já não se encontram junto de nós...que já partiram! É uma peça forte, emotiva, serve para desmistificar o Cancro mas também não o desvalorizar tal como diz oRG " O cancro não é uma gripe" é possível vencer quando diagnosticado a tempo e pra isso existe a prevenção é um recado para chegar até todos! Eu não tenho o dom da palavra, como já devem ter reparado não tenho nenhum curso mas gosto de escrever e partilhar a minha experiência e foi o que fiz nesse domingo em que a jornalista Ana Santiago nos fez uma entrevista, foi bem conseguida e captou algumas partes muito importantes na vida de uma Mulher que teve cancro. A estreia vai ser dia 4 de Abril no mesmo Cine-teatro.

21/1/2009

Os encontros presenciais são agendados virtualmente e incluem encontros em diversos pontos do país organizados pelas *bloguistas*, onde há convívio e muita diversão. Estes encontros podem também passar por almoços, ou lanches entre as que residem perto umas das outras, ou no caso de alguém viajar para um determinado local combinam encontrar-se. Por exemplo, em maio de 2011 decorreu em Beja o 12º Encontro das Amigas do Peito e do Coração, onde reinou o convívio e a boa disposição. Com o surgimento do grupo de teatro, estes encontros dão lugar aos Encontros Rosa Esperança, em junho de 2009 (Figura 36).

Figura 36 - Cartaz de anúncio e foto do 1º Encontro Rosa Esperança
Disponível em: <http://brilhodosanjios.blogspot.pt/>



Há necessidade da passagem de um contacto meramente virtual para o físico, pois como refere Giddens (2007) ao citar Baudrillard, no mundo virtual deixamos de *ser pessoas*, para passar a ser mensagens nos ecrãs uns dos outros. Na Internet o corpo está ausente, apenas o espírito está presente (Giddens, 2007). Do cibercontacto, passa-se aos encontros face-a-face (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007), para continuar com o espírito de partilha, de amizade, ajuda e vivência de um problema comum. Tal culmina no desenvolvimento de uma união e cumplicidade, do espírito de grupo, que passa pela assunção da palavra *nós*, da existência de uma música que tem significado para si, mas que passa a ser do grupo, que passa a identificar o grupo, que depois de traduzido fica: *Nós somos campeões*.

Aqui fica o "nosso" hino eu adoro desde sempre os Queen fazem parte da minha adolescência acho que ainda a semana passada coloquei aqui qualquer coisa deles, agora fica o We Are The Champions (Live At Wembley 86)

28/9/2008

A identidade coletiva foi construída (Correia, 2003; Gurak & Antonijevic, 2008), havendo integração nessa mesma comunidade. O facto de se dar a conhecer informação pessoal identificável, que aumenta ao longo do tempo (Herring et al., 2006) permite contrariar a restrição da capacidade de apoio e da expressão de solidariedade social (Spears et al., 2002), vivendo-se um sentimento de identidade social partilhada (Postmes, 2015).

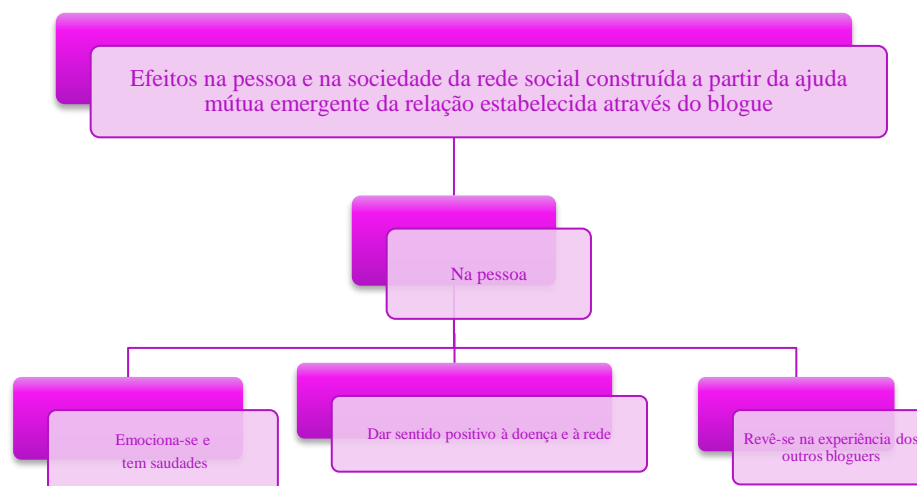
2.7. Efeitos da rede social na pessoa e sociedade

O último conceito emergente para dar resposta ao processo de construção da ajuda mútua da pessoa com doença oncológica são os *efeitos na pessoa e na sociedade da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*. Este subdivide-se nos efeitos na pessoa (Figura 37) e nos efeitos na sociedade (Figura 38).

2.7.1. Efeitos da Rede Social na Pessoa

Os efeitos na pessoa incluem *emociona-se e tem saudades*; *dar sentido positivo à doença e à rede*; *revê-se na experiência dos outros bloggers* (Figura 37).

Figura 37 – Efeitos na pessoa da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue



No que diz respeito ao *emociona-se e tem saudades*, é expressa emoção em situações em que a pessoa se revê nas experiências de outros bloggers, dois conceitos emergentes e que se cruzam na sua interpretação.

eu estava a viver tudo aquilo

24/3/2009

Hoje foi uma tarde muito especial em Rio Maior. Ainda não tenho palavras para contar a emoção que se viveu ali, tenho que digerir tudo muito bem! (...)como sempre emocionei-me assim como grande parte do público porque ouvia-se bem.

18 e 19/4/2009

N. N. adorei! Falas-te por ti e falas-te por nós! (...) Foram mais momentos fortes onde entranham até há Alma! Não tenho palavras para explicar melhor... porque só se explica sentindo!

21/5/2009

Tenho saudades de todos vós até das mais remelentas :)))

26/7/2009

A emoção expressa no primeiro excerto reporta-se à emoção vivida ao assistir à peça de teatro realizada por pessoas com doença oncológica e familiares e que decorre (como veremos adiante) desta rede social de *bloguistas*. Embora não estivesse planeado no projeto assistir a esta peça, tivemos essa oportunidade e constatámos que é encenada a vivência da doença na primeira pessoa, com a apresentação das diversas transições de doença: o momento do diagnóstico (Meleis et al., 2000; Friesen, Pepler & Hunter, 2002; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012), o início da quimioterapia (Schulman-Green et al, 2012), a cirurgia (Meleis et al., 2000; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al,

2012) e sua recuperação (Carvalho, 2011) e o fim dos tratamentos e o receio de recidiva (Hébert & Fillion, 2017); e as transições situacionais: os internamentos e altas hospitalares (Weiss et al, 2010) e até o final de vida (Wennman-Larsen & Tishelman, 2002; Larkin, De Caterlé & Schotsmans, 2010).

A participação numa rede social digital, como a que encontramos, permite uma melhor gestão da emoção (Zancheta et al., 2016). Além do facto que se circunscreve à assistência da peça de teatro, é partilhada a emoção (Cruz, 2008). Esta ligação na comunidade virtual, com pessoas que pensam e sentem de forma semelhante, permite a clarificação destas emoções, bem como a libertação de sentimentos/emoções intensas, criando a oportunidade de verem as reações das outras pessoas (McKenzie, 2008), através dos comentários. A vivência do mesmo problema do outro refere-se ao *rapport*, em que a pessoa se sintoniza com o outro (IGEP Brasil, 2009), formando-se coesão aquando da interação (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990), e havendo espelhamento pelo acompanhamento da realidade do outro (Bandler & Grinder, 1982). Esta coesão leva depois à saudade do contacto com os elementos da rede, mesmo que estes não passem de cibercontactos.

Os efeitos na pessoa da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue passam também por dar sentido positivo à doença e à rede.

continuo a pensar que tudo na Vida tem um sentido e sendo elas boas ou menos boas servem para alguma coisa, neste momento da minha vida serviu para as(os) conhecer!!!!

28/9/2008

Sempre leio seus blogs e encontro forças (...) Oi Lina: é a M, estou explodindo de felicidade por ter escrito prá mim, muuuuuito obrigado...meu coração disparou quando ví que respondeu, renovou minhas forças e alegria. (...) meu coração disparou quando ví que respondeu, renovou minhas forças e alegria. (...) porque hoje está sendo um dia maaaraavilhoso prá mim, por voce ter me escrito, L.

19/9/2010

O sentimento de pertença à comunidade é de tal forma que, apesar do estigma de ter uma doença oncológica (Faulkner & Maguire, 1995), ela passa a ser vista como positiva, pois de outra forma esta mulher não teria a oportunidade de integrar a comunidade *online* de pessoas com doença oncológica (Keim-Malpass & Steeves, 2012). A componente afetiva, aqui expressa, é bastante forte e motivadora da ação coletiva (Postmes, 2015).

O segundo *post* ilustra a publicação de uma troca de comentários que figura a importância do *blogue* como ajuda, a importância do retorno e da interatividade entre bloguista e leitor. É clara a existência de trocas e o estabelecimento de laços sociais (Recuero, 2003,

2004b), o que caracteriza a comunidade virtual. Neste caso, os interesses são mútuos (Dan Li, 2005) e permite a estruturação de experiências passadas e presentes (Gurak & Antonijevic, 2008). O apoio mútuo e a criação de empatia, inerente às comunidades virtuais de doentes (Demiris, 2006) é também revelado.

Fica também reforçada a importância dos comentários que assumem importância no estabelecimento do relacionamento (Recuero, 2004b; Braga, 2009; Lupton, 2012) entre duas pessoas que não se conhecem.

2.7.2. Efeitos da Rede Social na Sociedade

Os efeitos na sociedade da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue integram os conceitos: *diversas manifestações artísticas, São notícia, Desenvolvem Produtos, Promovem/Participam em Eventos Sociais, e Procuram/Fazem Parcerias.*

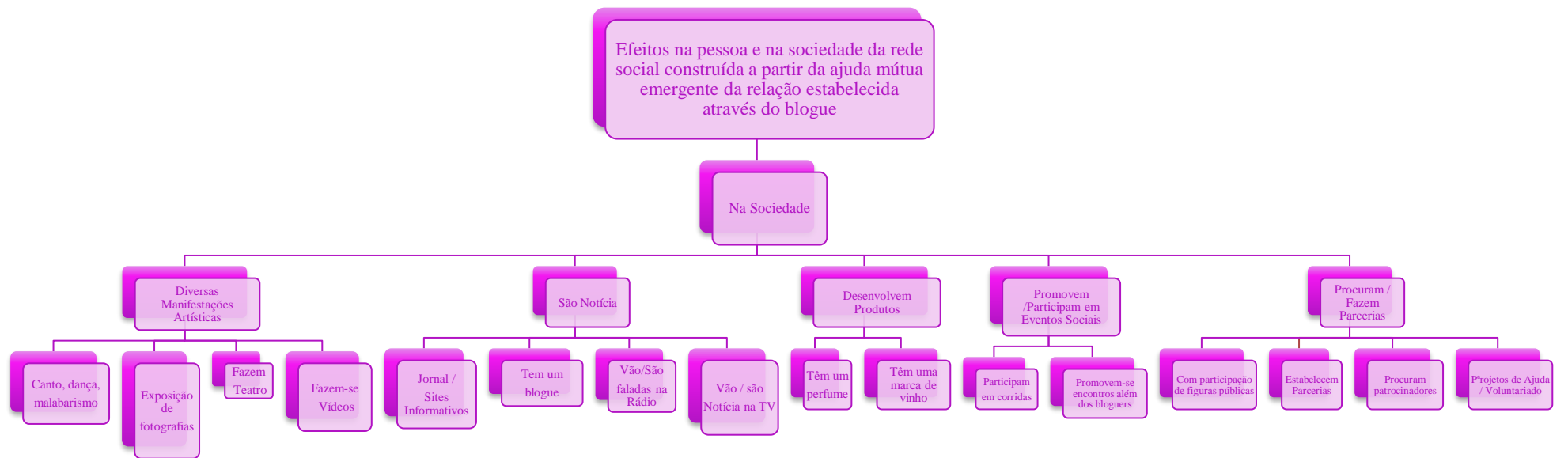
Em relação às *diversas manifestações artísticas*, estas englobam os conceitos: *Canto, dança, malabarismo; exposição de fotografias; fazem teatro e Fazem-se vídeos* (Figura 38).

O teatro emerge também da relação estabelecida através dos *blogues* e foi num dos encontros físicos, que bloguistas e um filho de uma destas mulheres com cancro da mama, pensaram no projeto de fazer teatro sobre o cancro da mama.

Peça de Teatro Rosa, Esperança...Estreia dia 4 de Abril no Cine Teatro de Rio Maior No Cine Teatro de Rio Maior está a ser ensaiada uma peça que se chama "Rosa, Esperança..." dirigida por o Encenador RG , as Actrizes são Mulheres com uma coisa em comum tiveram Cancro de Mama todas elas já operadas e com os tratamentos terminados. (...)oi através do blog SG que as Amizades se fizeram e foram crescendo, esta rede de Amizade virtual levou a Encontros onde se transformou numa Amizade pura e com muitaidêntificação entre elas. Mas no grupo não existem só Mulheres que sofreram da doença existem também Mulheres que as apoiam incondicionalmente, com um coração aberto a ajudar sempre que seja necessário e já o fizeram com algumas das nossas "Estrelinhas" que já não se encontram junto de nós...que já partiram! É uma peça forte, emotiva, serve para desmistificar o Cancro mas também não o desvalorizar tal como diz o RG " O cancro não é uma gripe" é possível vencer quando diagnosticado a tempo e pra isso existe a prevenção é um recado para chegar até todos! Eu não tenho o dom da palavra, como já devem ter reparado não tenho nenhum curso mas gosto de escrever e partilhar a minha experiência e foi o que fiz nesse domingo em que a jornalista Ana Santiago nos fez uma entrevista, foi bem conseguida e captou algumas partes muito importantes na vida de uma Mulher que teve cancro. A estreia vai ser dia 4 de Abril no mesmo Cine-teatro.

21/1/2009

Figura 38 – *Efeitos na sociedade da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*



De referir que o grupo que integra o teatro e a rede estudada (*blogues 5, 13, 16, 21 e 22*) tem localizações distintas, com alguma distância física, como Santarém, Caldas da Rainha, Lisboa, Ovar e Almada. Esta distância não impediu a união, nem a concretização de um projeto que, como veremos, teve grande impacto na sociedade. A apresentação desta peça não ficou pela apresentação em Rio Maior, estando em cena durante três anos (9/4/2009 – 14/4/2012), com três temporadas, e que contou com uma digressão pelo país (Rio Maior, Fundão, Beja, Faro, Torres Vedras, Seixal, Benedita, Estarreja, Caldas da Rainha, Leiria, Benavente, Guimarães, Viana do Castelo, Santiago do Cacém, Ovar e Alcobaça). A peça de teatro teve de tal maneira impacto que os bilhetes para a estreia esgotaram em menos de 24 horas.

Foi a partir da dinâmica criada no teatro e deste grupo, com o seu líder R.G., que foram nascendo outras iniciativas com diversas manifestações artísticas, com exposições públicas. Estas iniciativas ocorriam em dias especiais, como por exemplo o Dia Mundial do Teatro ou no Santo António, em que se vestiram de noivas e alegraram as ruas de Rio Maior.

Em diferentes pontos da cidade, vamos poder assistir e participar em várias manifestações artísticas: canto, performances, dança, concertos, sevilhanas, teatro de rua, malabares (...)
Em diferentes pontos da cidade, vamos poder assistir e participar em várias manifestações artísticas: canto, música, malabares, poesia, strip show, performances, dança, concertos, sevilhanas, teatro de rua, transformismo, fados, yoga, ... (...) Ontem Rio Maior, obrigado R.G. :) Ontem dia 27 de Março foi o Dia Mundial do Teatro e o R.G., conhecido por nós como "O Sr Comandante", Encenador do Grupo de Teatro "Quem não tem cão" de Rio Maior, decidiu surpreender-nos uma vez mais com inúmeras performances :) desde dança de Sevilhanas, Palhaço Mágico, a Banda do Bombeiros de Rio Maior, Yoga do Riso, Violino tocado pelo Francisco filho da Cristina J; Poesia, Teatro nas Ruínas Romanas de Rio Maior, Acordeão, Mímica com o Rui, Gaita de foles, um excerto do Rosa Esperança, Grupo Coral Rosa, Esperança, Um grupo de Rock, Fado com Teatro à mistura, Transformismo e Dança do verão

5, 25 e 28/3/2010

Estão todos convidados a participar no grande acontecimento: Noivas de Stº. António no Rio. Basta aparecer de branco com um véu e um ramo de flores na mão e juntarem-se ao animado grupo. Estão todos convidados a participar no grande acontecimento: Noivas de Stº. António no Rio. Basta aparecer de branco com um véu e um ramo de flores na mão e juntarem-se ao animado grupo. 12 de Junho, 10.00h no Cinema Casimiro para um dia animado e cheio de surpresas! às 13.00h será servido o copo d'água para noivas e convidados! Durante a tarde karaoke e muita animação - Noivas quantas mais melhor! Publicada por Quem Não Tem Cão [http://\(...\).blogspot.com/](http://(...).blogspot.com/)

27/5/2010

Estas manifestações artísticas aliam o humor ao teatro, ligados à divulgação e sensibilização para a doença. O humor integra a realidade virtual e reúne um grande número de bloguistas (Rodrigues, 2004). Ao passar para a realidade física é ainda mais evidente a sua presença. Neste caso temos o humor e o relacionamento interpessoal como fatores promotores da esperança (Pinto, 2011).

Temos também a realidade da doença oncológica representada com o seu cariz sério e de sensibilização nas apresentações do teatro, mas depois temos nas atividades de rua o aliar com a representação da realidade sob um aspeto cómico (José, 2005). Com a intervenção de um orientador teatral, trabalha-se a voz, o corpo/movimento, o improvisado, a dramatização e a criação de textos inéditos, ou seja, teatro-terapia. Para preparar as pessoas com doença oncológica a integrarem esta peça, foram realizados diversos workshops de teatro, bem como um curso de iniciação ao teatro. A teatro-terapia permite melhorar o *eu* de cada um no seu desenvolvimento pessoal, em interação com os outros. (Azevedo, 2015).

As exposições de fotografias surgem depois do teatro. O seu objetivo seria captar imagens/momentos que chamassem à atenção para a importância da prevenção e para as diferentes fases de luta do cancro da mama. Estas fotografias são veículos de difusores de uma mensagem de força e esperança (R. G., 2009a). As fotografias estiveram expostas em Rio Maior, no Loures Shopping, no Hospital de Santa Maria, nas comemorações do 75º Aniversário do Hospital do Visconde de Salreu, em Estarreja, em Mira Sintra, onde o Projeto Mulheres e o Cancro da Mama – Rosa Esperança foi apresentado à sociedade.

As produções fotográficas contribuíram também para o novo cartaz Rosa Esperança, com as *sete magníficas* mulheres que integram este elenco, desta vez com a parceria com um prestigiado fotógrafo do Jornal Expresso – António Pedro Ferreira (Figura 39). A documentar fotograficamente as *aventuras* do grupo, entra o marido da *bloguista 16*, que fotografava os momentos e que depois acabou por integrar o elenco Rosa Esperança como ator, no papel de cirurgião.

É também exibido um trabalho dos DDiarte sobre este projeto.

*Exposição de fotografia - Projecto Mulheres e o Cancro da Mama (...)*Vai estar patente de 6 a 28 de Junho, no Louresshopping, uma exposição de fotografia inserida no Projecto Mulheres e o Cancro da Mama - Rosa Esperança (...)

9/6/2009



Figura 39 - Cartaz de divulgação do Teatro Rosa Esperança após produção fotográfica

Disponível em:

<http://equemnaotemcao.blogspot.pt/>

Segundo o encenador, a curto prazo o projecto vai também lançar uma fotografia única, com grandes dimensões (5m x 2,30 m), que pretende chamar a atenção para este problema de saúde. (...):o grandes DDiarte - PRESS / Publications

12/11/2010

Os DDiarte são dois artistas madeirenses, com talento para a pintura e desenho, que se dedicaram à fotografia digital, tendo produzido obras de grande qualidade, algumas premiadas a nível internacional. Através da sua arte, estes fotógrafos criaram uma fotografia que chama a atenção para a realidade do cancro da mama. Integram a imagem 34 figurantes, num total de 57 personagens, figurantes e as sete mulheres que vestem o papel das protagonistas (Figura 40). Esta imagem suscitou grande interesse pela comunicação social, ganhando maior dimensão artística e humanitária, devido ao seu simbolismo e carácter solidário (Germano, 2012).

Figura 40 – Nascente – uma obra dos DDiarte
Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/>



Um outro projeto com exposição de fotografias foi o *100 mulheres 100 cancro*.

Rosa Esperança e Movimento Mulheres Portuguesas - 100 mulheres 100 cancro! ROSA ESPERANÇA e MOVIMENTO MULHERES PORTUGUESAS unidos por uma causa! Rosa Esperança e Movimento Mulheres Portuguesas apelam à colaboração de todas as mulheres que já lutaram ou lutam contra o cancro da mama para a concretização de mais um "ambicioso" projecto: fotografar de forma simples e alegre 100 mulheres que tratem o cancro na 1ª pessoa! 100 Mulheres 100 Cancro é um projecto solidário que não vai deixar ninguém indiferente. Uma mensagem de Esperança, Alegria e Coragem para todas as mulheres. O objectivo chamar a atenção para esta luta e para a importancia da prevenção. O 10º encontro está marcado para Domingo, 6 de Fevereiro pelas 14.00h no Cão em Rio Maior. Aparece! Para qualquer esclarecimento ou manifestar o interesse em participar neste projecto, podem contactar-nos através do tel: 96 (...) ou do e-mail: (...)@sapo.pt Todos juntos nunca seremos demais a lutar por esta causa! RG

6/12/2011

Este projeto não ficou por Rio Maior, local onde se iniciou e onde se localiza o a Companhia de Teatro *Quem Não tem Cão*, mas depois de apelos feitos pelo organizador

(R.G.), divulgado pelas redes sociais e blogues, foi dinamizado pelas bloguistas onde estas residiam, tendo sido fotografadas 100 mulheres que lutam ou lutaram contra o cancro da mama. Este projeto teve como objetivo chamar a atenção para o cancro da mama e para a importância da sua prevenção.

Para divulgar estas manifestações artísticas, foram também realizados vídeos, publicados no canal Youtube e difundidos pelos diversos *blogues*.

NOIVAS Santo António Rio Maior- No Youtube (Video Youtube) Estas são as "Noivas de Santo António de Rio Maior lideradas por Rui Germano do Teatro Quem Não Tem Cão :)"
16/6/2009

Uns trailers da Rosa, Esperança... Fica aqui um saborzinho da Peça "Rosa, Esperança..." (Dois videos do Youtube com excertos da peça)
7/9/2009

Uma outra forma de fazer a chegada da mensagem *Rosa Esperança* foi o *desenvolvimento de produtos*, como um perfume e uma *marca de vinho* (Figura 41).

Rosa Esperança já é um perfume!
18/3/2009

Já temos VINHO "Rosa Esperança" É com enorme prazer e orgulho que anunciamos a 1ª novidade desta nossa rentrée! O vinho O vinho "Rosa Esperança" é um projecto que, à semelhança de todos os nossos projectos, começou com um sonho! Um sonho onde todos os que acreditam nesta causa e lutam por ela, erguiam uma taça de vinho e, como no final da peça Rosa Esperança, brindavam à vida! A prestigiada Casa Ermelinda Freitas – cujas vinhas ficam situadas em Fernando Pó, zona privilegiada da região de Palmela - reconheceu o interesse deste nosso projecto e juntou-se a esta causa, oferecendo-nos este prestigiado vinho "Rosa Esperança" que, queremos seja um símbolo de coragem e de vitória sobre um inimigo invisível e poderoso! À Casa Ermelinda Freitas, os nossos mais sentidos agradecimentos na pessoa da Exma. Srª Drª Leonor Freitas, que desde o primeiro contacto, percebeu a importância da concretização de mais este sonho e o viabilizou! Obrigado! O rótulo é uma criação do designer Paal Myhre a quem agradecemos o empenhamento e disponibilidade, assim como agradecemos toda a atenção dispensada neste longo processo, pela Engenheira Ana Silveira. Que todos tenhamos muitas e fortes razões para brindar e façamos deste vinho uma marca do nosso sucesso! Brindemos! porque o melhor... o melhor ainda está para vir! Tchim Tchim! R. G. Brevemente anunciaremos o local, data e hora da prova e apresentação pública deste magnífico vinho!

13/9/2010

Figura 41 –Perfume e Vinho Rosa Esperança
Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/>



O Vinho Rosa Esperança resulta de uma parceria com a Casa Ermelinda Freitas, sendo que este vinho seria o *símbolo de coragem e de vitória sobre um inimigo invisível e poderoso*, usado para o brindo à vida! O rótulo teve também o trabalho do *designer* Paal Myhre (Germano, 2010).

Como se constata, estas ações só foram possíveis graças às *parcerias*, que se procuraram, desenvolveram e *estabeleceram*, com a *participação de figuras públicas*.

Mais uma vez precisamos da ajuda de todos os que possam colaborar connosco nas mais diferentes areas, pois só assim conseguiremos levar este projecto mais longe. Todos somos importantes neste processo de espalhar esta mensagem de Esperança! Neste momento, para além das ajudas habituais, procuramos patrocinadores. É preciso divulgar a peça, fazer cartazes e por esta máquina a andar e para isso precisamos de parceiros que, a troco de publicidade no cartaz, nos queiram e possam ajudar fazendo-nos um donativo! Nós continuamos aqui dispostos a trabalhar e sabemos da importancia deste projecto. Ajudem-nos a continuar a pintar Portugal de Rosa Esperança!

27/8/2009

O Poema que a Sra D. Simone de Oliveira declamou para as nossas MENINAS

8/5/2009

aqui está presente a Lailai como lhe chama o Rui Germano (encenador) e mais Amigos do teatro. Adelaide João uma GRANDE Sra do Teatro e a quem o Rui deve essa sua paixão :)

11/11/2009

Este Outubro é em tons Rosa Esperança! O Movimento Rosa Esperança e o Jardim Buddha Eden associam-se e promovem uma campanha de sensibilização a favor da luta contra o cancro da mama. Com a sua entrada no Buddha Eden entre 7 e 31 de Outubro receberá uma garrafa de vinho e terá a oportunidade de contribuir para uma causa justa e solidária. Todos Juntos Nunca Seremos Demais a Lutar Por Esta Causa! Aproveitem para conhecer este fantástico jardim e ajudem-nos a continuar a espalhar esta mensagem de Esperança!

28/9/2011

Depois do apelo a patrocinadores e apoios para o desenvolvimento do projeto, os apoios e as parcerias começaram a surgir. Além da parceria com o Jardim Buddha Eden, foi também estabelecida parceria com a Aliança Vinhos de Portugal, na pessoa do Senhor Comendador José Berardo, em que a venda do vinho Vista TR Tinto 2008 no Pingo Doce reverte para o Movimento Rosa Esperança. Destaque-se entre os eventos, o Jantar de Gala nas Caves Aliança, que contou com a presença de um membro do Governo (R. G., 2011). A participação de figuras públicas inclui a participação de Simone de Oliveira, que também teve cancro da mama, e o apoio da atriz Maria João Abreu no vinho solidário. A madrinha do projeto Rosa Esperança é a atriz Adelaide João (*Lai Lai*) (Germano, 2009c). Acresce ainda o facto das *7 Magníficas* terem sido vestidas pelos conhecidos estilistas: Augustus, Cristina Lopes, Fátima Lopes, João Rolo, Luís Buchinho, Nuno Gama e Rafael Freitas (Germano, 2009b).

Entre as pessoas envolvidas nos *blogues*, dos *blogues 10 e 16*, surgiu um *projeto de voluntariado*, designado por Movimento Partilha, uma valência do Projeto Luz – Associação de Apoio a Doentes Oncológicos.

Movimento Partilha', uma valência do Projecto Luz – Associação Portuguesa de Apoio a Doentes Oncológicos Pacientes partilham experiências "Tenho cancro. E agora?" A maioria dos doentes oncológicos já fez esta pergunta. Surgindo sem avisar, o cancro provoca sempre uma "avalanche de emoções". Por: Ana Carvalho Vacas A falta de apoio psicológico na área oncológica uniu M. M. e L. V., duas doentes oncológicas a quem foi diagnosticado cancro da

mama e linfoma, respectivamente. Juntaram-se e criaram o ' . "O tratamento do cancro em Portugal é muito sofisticado. Mas na maioria dos hospitais não há grupos de apoio, psicólogos ou psiquiatras para acompanhar os doentes", lamentam. Sob o lema "juntos acreditamos porque sozinho é mais difícil", este movimento pretende ser uma "plataforma de encontro" entre uma pessoa em remissão – que está com a doença controlada (padrinho) – e outra que esteja a viver a doença (afilhado). "Não queremos substituir o apoio dos especialistas, mas partilhar pequenas orientações para esclarecer dú-vidas e angústias", dizem. Ajuda gratuita, sem imposições horárias ou barreiras geográficas são as vantagens deste movimento. Com dois meses de vida, a iniciativa conta já com cinco afilhados e dez padrinhos.

5/12/2010

A ligação entre estas duas bloguistas, no desenvolvimento deste projeto de ajuda, com base no voluntariado, teve início com a relação virtual através dos *blogs*, que evoluiu para encontros face-a-face (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007). Este projeto ilustra também a ajuda do papel de doente por outros (Parsons, 1952; Serra, 2005). A procura de um grupo de autoajuda é uma forma construtiva de investir na doença (Wise & Rundell, 2002) e vem colmatar a possível dificuldade das pessoas ou familiares que rodeiam a pessoa doente de se sentirem desconfortáveis em manter uma conversa, o que dificulta o ultrapassar de barreiras psicológicas (Faulkner & Maguire, 1995). Esta forma de intervenção com base no voluntariado elucida a ajuda mútua, que ocorre sempre que pessoas que têm determinado problema ou condição em comum se juntam para ajudarem entre si (Wilson, 1986; Silverman, 1990). Esta ajuda é através de uma plataforma, *imposições de horárias ou barreiras geográficas*, o que nos remete para a criação de uma comunidade virtual para a saúde, ou de uma comunidade virtual de doentes, cujos objetivos são a resolução de problemas comuns, partilha de informações, expressão de sentimentos, apoio mútuo e criação de empatia (Demiris, 2006).

Todos estes feitos rapidamente chegaram aos meios de comunicação social, tendo sido notícia em jornais, sites informativos, na Rádio e Televisão. De referir que este movimento criou também o seu próprio *blogue*.

Mamas na Blogosfera-Um trabalho da jornalista Manuela Goucha Soares. (cliquem em cima da página) Retirei do blog: [http://http//\(...\).blogspot.com](http://http//(...).blogspot.com) Confirmado: Hoje, no suplemento "Actual" do jornal "Expresso" saiu o artigo "Mamas da Blogosfera" que fala sobre o nosso projecto "Mulheres e o Cancro da Mama". Um trabalho da jornalista Manuela Goucha Soares.

28/3/2009

Blog do Movimento Rosa Esperança Tal como dito na cabeçalho, este blog pretende ser um ponto de encontro: "Rosa Esperança é um movimento que dá voz e rosto a tantas mulheres que, em silêncio, ou não, lutam dia após dia contra o cancro da mama. Todos juntos, nunca seremos demais para falar desta causa, para partilhar, ouvir e ajudar quem luta contra esta doença e de nós precisa. O "Movimento RosaEsperança" quer inundar Portugal de vida, alegria, esperança. Quer devolver o Glamour a todas as Mulheres que estão ainda a percorrer a sua caminhada." Feito por nós para nós e para vós. Pela Vida. Pela Alegria. Pela Esperança. Procure-nos...! <http://movrosaesperanca.blogspot.com/>

18/3/2009

Rádio Renascença Rádio Renascença Hoje, Dia Mundial da Luta contra o cancro, Rosa, Esperança passa na RR. Pequenos excertos de uma entrevista minha e da Carlinha passam nos noticiários. A peça completa pode ser ouvida mais logo, a partir das 23h00. Um agradecimento especial à jornalista Joana Benard da Costa.
http://www.rfm.pt/p_news_details.aspx?tab=3,e,,c,,o,,m,,e,,r,noticia=282976

18/3/2009

Na Praça da Alegria as 7 Magnificas Que bem estavam as nossas Magnificas e o seu Comandante na Praça da Alegria!

14/4/2009

Como se depreende pelos excertos dos *posts*, o projeto *Rosa Esperança* foi divulgado pelos diferentes meios de comunicação, onde se incluem jornais, rádios e televisões locais, nacionais e internacionais, bem como *sites* informativos. Entre os mesmos destacamos: Revista Caras Decoração, Jornal O Ribatejo, Diário de Notícias da Madeira, Jornal Metro México (Figura 42), Jornal Metro Rússia (Figura 42), Porto Canal, Revista Caras, Jornal Sol, Gazeta das Caldas, Revista TvMais, Jornal das Caldas, Portal da Oncologia Português, Revista Telenovelas, Programa Só Visto na RTP1, Programa Praça da Alegria na RTP1, Programa Grande Entrevista da RTP1, telejornal na RTP1, Jornal de Notícias, Jornal o Público, Jornal Expresso, Revista Visão, Revista Máxima, Rádio Renascença, Rádio SIM (do Grupo Rádio Renascença), Revista Telenovelas, Correio da Manhã, Jornal O Mirante, Dom Fuas FM (Rádio de Porto de Mós), Agência Lusa, Jornal Açoriano Oriental, Diário Digital, Tribuna Medicapress, Jornal Ionline, Rádio Cister de Alcobaça, programa Contacto na Sic, Rádio Clube, Jornal de Negócios.

Figura 42 – Páginas do Jornal Metro México e Rússia (Moscovo e São Petersburgo)



O último conceito emergente nos efeitos na sociedade da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue* é *Promovem/Participam em Eventos Sociais*. Este subdivide-se em *participam em corridas* e *promovem-se encontros além dos blogues*.

Projecto Luz vai correr! Mais uma vez, lançamos uma campanha de “exposição” do Projecto Luz junto dos meios de comunicação social, com vista a dar a conhecer a nossa actividade, os nossos objectivos e a nossa missão. Assim, vamos participar na corrida “Marginal à noite” no próximo dia 18 de Junho: <http://marginalanoite.cm-oeiras.pt/> Será uma forma de divulgar o Projecto, convivermos e fazermos (um pouco de) exercício. Caso pretendam participar, agradecemos que façam a inscrição directamente junto da Organização da prova e nos informem disso para procedermos à estampagem do nosso logotipo numa t-shirt que lhes será oferecida pelo Projecto Luz. Vamos fazer uma “mancha azul” de modo a despertar a atenção de todos para esta temática!

30/5/2011

Vamos a Fátima O Projecto “Rosa Esperança” Vamos a Fátima O Projecto “Rosa Esperança” abriu um novo ciclo nas nossas vidas, e interrompemos os nossos encontros(almoços)já ia-mos no 9º, por causa dos ensaios e espectáculos, mas como não podemos estar muito tempo sem nos ver, então surgiu nesta cabecinha a ideia do 1º encontro em Fátima e que se repetirá todos os anos até.....ser possível!!! Por estes dias vamos apresentar o programa do 1º encontro “Rosa Esperança”, para poderem postar nos vossos blogues, e enviarem por e-mail aos vossos amigos e conhecidos. Começam a programar a vossa vida porque estão todos convidados(os que vierem por bem) a comparecer no dia 21 de Junho em Fátima para o nosso primeiro encontro! Vai ser um grande dia de convívio para todos!!! Mais pormenores deste evento dentro de dias... (...) Rosa, Esperança 1º Encontro projecto e Mulheres com cancro da mama Dia 21 de Junho realiza-se o nosso 1º encontro em Fátima às 10 horas junto da Capelinha das Aparições. Quem quiser juntar-se a nós são todos bem-vindos! Devem trazer farnel, roupa simples e prática assim como o calçado, para depois irmos fazer o pic-nic no parque das merendas da Pia do Urso, e depois do almoço quem quiser fazer o percurso pedestre deste Parque Sensorial em contacto com a Natureza, não é longo e faz-se muito bem! Seria bom se toda a gente viesse vestido com uma peça de roupa rosa... Vamos todos passar um dia maravilhoso em convívio, e rodeados de tanta beleza natural!

21 e 23/5/2009

Esta participação em eventos pretende mais uma vez divulgar a atividade, neste caso, do projeto de voluntariado das *bloguistas 10 e 16*. Os encontros além dos *bloguers* referem-se aos Encontros Rosa Esperança que, além do convívio e da boa disposição, pretendem tal como exposto no *post* vestir uma peça de rosa, mais um modo de alertar para o cancro da mama. Denote-se o local escolhido para o ponto de encontro, a Capelinha das Aparições, em Fátima, aliando-se também a religião e a fé ao momento.

Toda esta articulação com a comunidade, e que vai além da comunidade virtual, é facilitadora das transições (Meleis et al., 2010) das pessoas com doença oncológica. Esta estrutura social coletivamente criada (Demiris, 2006), com início nos *blogues* individuais ou coletivos, e que acabou por desenvolver uma identidade, com uma ideologia dominante e uma afinidade nas relações sociais estabelecidas (Rodrigues, 2006) permitiu a entajuda entre pares (Demiris, 2006). A passagem para a rede física veio confirmar Capra (1997) ao defender que os seres vivos são componentes de redes menores, havendo redes dentro de redes. A Internet funcionou como mecanismo de disseminação de informação, sem barreiras geográficas (Leiner et al., 2003), permitindo o estabelecimento de novos relacionamentos (Antunes, Castro & Mealha, 2005).

Constatamos aqui a emergência de um grupo de ajuda mútua, que vai além dos grupos de ajuda tradicionais (Levine & Perkins, 1987). Esta ajuda, como se verifica, estende-se ao apoio comunitário e emocional (Im & Chee, 2008), com características do *rapport*, pois permite que a pessoa seja encontrada no seu modelo de mundo (Mello, 2017), havendo um clima de participação e confiança (Silva, 2006). Os dados apontam para um elevado nível de *rapport*, pois na interação há coesão e a união emerge através da expressão da atenção mútua para e envolvimento um com o outro (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990). Tanto o teatro, como o projeto de voluntariado permitem o *espelhamento*, pois a pessoa fica na mesma posição do outro (Silva, 2006), o que coloca a pessoa de utilizar a realidade do outro de um modo que a modifique (Bandler & Grinder, 1982). Acresce ainda que esta intervenção comunitária transporta a esperança, tão importante na experiência de viver com doença oncológica (Querido, 2005).

3. DO BLOGUE AOS PARTICIPANTES

Uma vez que a colheita de dados e análise ocorrem simultaneamente, o investigador está apto a identificar lacunas nos dados e fontes de dados para preencher essas lacunas (Milliken & Schreiber, 2001).

Ao longo da trajetória no *blogue 3* verificámos algumas *lacunas* nos dados, como a motivação para a criação do *blogue*, a relação com os profissionais de saúde e a necessidade de apoio psicológico, a existência de linguagem própria da rede, os efeitos na pessoa da rede social e o processo de construção da rede física, que nos levam à necessidade de clarificar e completar a informação para que se consiga dar resposta a algumas das subquestões, bem como à questão geral do estudo. Trata-se da componente *offline* a complementar a colheita de dados *online*, tal como recomendado por Haigh e Jones (2005). Assim, a estratégia para colmatar tais *lacunas* foi a realização de uma entrevista com uma das participantes no estudo. Tal como referem Dantas et al. (2009), o instrumento de colheita de dados pode ser alvo de mudança no foco das questões da realidade a ser investigada, de modo a desenvolver a compreensão do objeto investigado (Dantas et al., 2009).

A colheita de dados adicional é baseada nos conceitos emergentes. Acresce ainda o conceito de *amostragem teórica*, que prevê a colheita de dados, codificação e análise, bem como a decisão que dados colher a seguir e onde encontrá-los, de modo a desenvolver a sua teoria como emerge (Glaser, 1978; Dey, 1999; Schreiber, 2001; Glaser, 2002; Patton, 2015; Rodrigues et al., 2004; Denzin & Lincoln, 2005; Reichertz, 2007; Strarks & Trinidad, 2007; Charmaz, 2009; Nolas, 2011; Glaser & Strauss, 2012; Strauss & Corbin, 2015). A pesquisa pode desenvolver-se em mais do que um campo de colheita de dados, cuja análise dos dados num processo anterior, nos encaminhe para tal (Dantas et al., 2009).

A seleção da entrevistada decorre dos dados das fases anteriores. Esta participante foi a autora do *blogue 16*, cuja análise de rede estrutural já havia verificado ter valores médios no número de ligações *in* e *out-degree*, pelo que está entre os *blogues* cuja comunicação é realizada de forma facilitada e têm um médio potencial de influência na rede. Integra também o grupo *A* emergente da Hierarchical Clustering of Overlap Matrix (HCOM) (formado mais precocemente) e cliques, bem como o grupo de teatro *Rosa Esperança*. Acresce ainda a sua menção frequente ao longo dos postos do *blogue 3*, além da designação que carinhosamente foi apelidada pelos elementos da rede: *Gosma Mor*.

Procurámos saber junto da autora do *blogue 3*, através de entrevista informal, qual o significado de tal expressão e porquê a sua existência, tendo sido clarificado: *não sei como começou, mas é como se fosse a dona do gang. Gosma de gosmenta, se existe a palavra...* . Cruzando tal afirmação com os resultados da análise de redes sociais e com a data de registo da *bloguer*, bem como do seu primeiro *post*, a autora do *blogue 16* surge como a pioneira de toda a rede, em 2006.

De referir também a consciencialização da participação na investigação, pois embora os participantes tivessem conhecimento da mesma através de contacto e do consentimento informado assinado pelos mesmos, todo o trabalho havia sido realizado com um contacto virtual. As suas histórias veem-se assim valorizadas e há uma relação, que vai além da relação virtual, o que, de acordo com Charmaz (1995), permite também a capacitação e validação dos respondentes.

Face à problemática em estudo, o *processo de construção da ajuda mútua nas transições da pessoa com doença oncológica, que tem blogue*, e como enfermeiros que somos, é inevitável que no estabelecimento desta relação haja compreensão empática, em que a relação humana toma prioridade sobre a colheita de dados. Há como que uma produção mútua de relações, que servem tanto os investigadores, como os respondentes (Charmaz, 1995), o que vem reforçar ainda mais a pertinência desta opção metodológica no estudo do processo de construção da ajuda mútua. De referir que no dia seguinte à realização da entrevista, fomos presenteados com um *email* da entrevistada a agradecer ter tido a oportunidade de participar no estudo, pois a conversa teria sido muito agradável.

3.1. Motivação para a criação do *blogue*, Profissionais e Apoio Psicológico

A resposta à questão relacionada com a *motivação para a criação do blogue*, permitiu, tal como era expectável, aprofundar a questão, emergindo um novo conceito *Casualidade e necessidade de partilha*.

A criação do blogue foi uma coisa completamente casual. Nem eu sequer sabia o que era um blogue porque isto já tem... haaa... dez anos e qualquer coisa, dez anos e meio, para aí... pronto... foi na altura em que começaram a aparecer blogues e eram uma realidade que para mim não me dizia praticamente nada. Já estava doente e estava em casa de baixa a fazer os tratamentos, essa fase difícil e o meu marido um dia disse-me... estava no computador e disse-me olha que engraçado o Rui, que era uma amigo e colega comum, o Rui tem um blogue para discutir questões de futebol. E eu: Hã? Questões de futebol? E ele à segunda-feira comenta as situações do futebol da, da... da jornada. E eu disse: Ai, que coisa tão parva hahaha (riu-se) Para que é que isso serve? Mostra lá! E ele mostrou-me o blogue eu disse: Mas, como é que isso se faz? E ele disse: olha, não sei, mas vamos ver, vou-lhe perguntar e tal... Eu disse-lhe: Então, olha pergunta-lhe lá porque isso era capaz de ser uma coisa muito interessante para eu escrever sobre a doença e sobre os tratamentos e sobre o que se sente, o que se pensa, e as dúvidas que se tem e etc, etc... portanto, pergunta-lhe lá como é que ele faz isso e depois explica-me. Pronto, ele falou com o colega quando teve oportunidade, ele explicou como é que criava um blogue e eu comecei a criá-lo. Foi algures em Fevereiro de 2006. E pronto, foi assim que comecei porque eu achei que aquilo era capaz de ser interessante para por um lado partilhar a minha experiência da doença e de como eu estava a viver a todos os níveis, desde o nível dos tratamentos à parte mais interior, mais emocional, como era vivida a doença e depois também para poder de alguma forma servir para as pessoas que estavam numa fase mais atrasada, que estavam a começar agora a debater-se com os primeiros passos nos tratamentos e no enfrentar da doença. Pronto, e foi assim que eu fiz. Escrevi o primeiro post, enviei o link para as pessoas conhecidas através de mail, fiz umas tirinhas com endereço do blogue, umas tirinhas de papel e quando fui à consulta do IPO, levei esses bocadinhos de papel e dei-os ao meu médico e à enfermeira que o assistia para que eles divulgassem aquilo se achassem interessante e com alguma valia às outras doentes que, por acaso perguntassem ou não se havia apoios ou havia alguém a quem pudessem fazer perguntas. Pronto, começou assim.

A casualidade da criação do blogue surge associada ao desconhecimento da existência de *blogues* e desconhecimento da sua operacionalização. No entanto, com uma explicação dada por um amigo, mediada pelo seu marido esta mulher, mesmo sem ter a competência, aproveitou o conhecimento e o facto das plataformas de *blogging*, automatizarem a publicação (Rodrigues, 2004; Dan Li, 2005; Baltazar, 2009).

A sua motivação pela partilha sobre a doença, tratamentos, o que se sente, pensa e as dúvidas que se têm permite predizer o conteúdo que o bloguista escolhe para escrever (Rayburn, Palmgreen & Acker, 1984). Estas motivações coincidem com a expressão de emoções (McKenzie, 2008; Baker & Moore, 2011), conexão com outros que pensam/sentem de forma semelhante, receber retorno sobre o que pensam/sentem, clarificação de pensamentos e/ou emoções, libertação de sentimentos/emoções intensas, registam em crónica a sua vida, têm impacto nos pensamentos/sentimentos dos outros ao partilharem a sua opinião (McKenzie, 2008).

A casualidade surge também associada ao facto desta mulher ser a pioneira na rede de *blogues* em estudo. Mais uma vez, emerge a palavra *partilha*, também presente nas *formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas* e na *construção da rede social de corrente da ajuda mútua da relação estabelecida através do blogue*. Acresce ainda que esta necessidade de partilha se adequa também aos *recursos para ultrapassar a*

situação/dificuldade ao longo da doença, nos conceitos Contacto com o outro e com a Natureza, Conversar com Amigos e/ou Família.

Sim, tive e mesmo sem blogue já sentia e falava disto a toda a gente (Ri-se). Portanto, foi uma estratégia não propriamente pensada, mas foi uma estratégia para enfrentar a situação da melhor forma, foi falar dela. (...) Foi aí que eu comecei a perceber que não era só importante ter o meu blogue e dizer as minhas coisas, e partilhar essas minhas coisas com as outras pessoas

mas também era muito interessante ver como é que os outros estavam a viver a coisa, que não foi de todo a minha motivação inicial... nem sabia que havia pessoas a escrever sobre isto, não é?

Os excertos apresentados levam-nos a reafirmar a existência de uma comunidade virtual, um agregado social surgido na rede de *blogues*, quando os sentimentos dos intervenientes levam à formação de teias de relações no ciberespaço. (Rheingold, 1996). As conexões são feitas de modo intencional, em que os laços sociais são estabelecidos sob perspetivas muito particulares de interesses comuns (Recuero, 2004a), partilha-se o que têm em comum (Gradim, 2004), ou seja, a vivência da doença oncológica, estando-se perante uma comunidade virtual de doentes (Demiris, 2006). Tratando-se de *blogues temáticos*, os seus conteúdos impulsionam a sua agregação em rede (Rodrigues, 2006).

Apesar de não ter sido a primeira motivação, pois, como referimos, estamos perante a pioneira na rede, depois de ter criado o seu *blogue*, o mesmo foi *descoberto* por outras *bloguistas* com interesses comuns e comentado. Esse comentário levou a nossa entrevistada à leitura do *post* de quem comentou, o que reforçou a pertinência do seu *blogue* e nos levou ao conceito *depois de ter lido outros blogues de pessoas na mesma situação*.

mas também era muito interessante ver como é que os outros estavam a viver a coisa, que não foi de todo a minha motivação inicial... nem sabia que havia pessoas a escrever sobre isto, não é?

A força de influência de um *blogue* manifesta-se quando o conteúdo exposto é interessante e os utilizadores conseguem encontrá-lo no oceano da informação da Internet (Póvoa, 2005) e comentam.

Os profissionais de saúde marcantes no processo de doença desta mulher foram: o médico, com maior importância, as enfermeiras, e surge na entrevista a criação de laços com a senhora do apoio administrativo.

com a senhora do apoio administrativo que, entretanto se reformou...

Esta relação profissional emergente dos dados reforça Hesbeen (2000) que defende a singularidade no cuidado, no *estar atento* a alguém, ao seu bem-estar, aplicando-se a quem está em contacto direto e permanente com os beneficiários de cuidados.

No que diz respeito ao *Apoio Psicológico*, a atriz do estudo refere não ter tido necessidade de apoio psicológico no decurso da doença, pois a partilha realizada espontaneamente resolveu a questão. O blogue não era o único recurso de partilha, mas inclui as diversas estratégias. Contudo, tinha conhecimento onde poderia recorrer, caso fosse necessário.

Não. Haaa.. sabia onde poderia ir buscar, caso fosse necessário porque conhecia vários grupos de apoio... no IPO, na associação portuguesa das mulheres com cancro de mama, haaa, enfim, grupos mais informais do que isso... portanto, tinha conhecimento do que estava ao dispor, mas não senti necessidade disso. Eu acho que esta partilha espontânea resolveu o problema.

Não sei se o blogue, mas toda esta estratégia de partilha, isso sim. O blogue era uma dessas partes dessa estratégia, não é? Eu estou-lhe a chamar estratégia, mas não houve aqui uma consciência.

Um *blogue de doença* tem publicados a narrativa de doença, onde são partilhados sentimentos, permitindo a descrição da sua vida durante os tratamentos para a doença tal como a vivem e recebem respostas (Heilferty, 2009). Trata-se de uma estratégia de interação que dá à pessoa doente *força de viver* (Kim, 2011).

3.2. Linguagem Própria da Rede e Rede Social

A *bloguista 16* assume a existência de uma linguagem própria da rede, com o uso de expressões criadas pela rede e que caracteriza a mesma. Esses códigos eram criados nos encontros presenciais e depois transpostos para a rede virtual. Uma das expressões mais utilizadas era *toma, incha porco*, utilizada quando haviam bons resultados, boas notícias, sendo que o *bicho* se referia ao *cancro*¹⁰.

Mas havia, sim, porque... ao longo do tempo o blogue começou a ser um suporte diário para um relacionamento que já não era virtual. Nesses encontros reais, de carne e osso, nós de facto criávamos códigos. Foi mais fácil criá-los nesse contexto do que propriamente em termos virtuais, se bem que tenha começado por aí, não é... mas havia um típico que era o porco. Toma incha porco...frase utilizada para nos alegrarmos...

A assunção de uma linguagem própria da rede leva-nos à coesão do grupo, ao conceito da *Rede Social Física*, tanto aos *encontros*, como ao *desenvolvimento de união e cumplicidade*. Só este excerto da entrevista nos remete para o abarcar de setes dos doze princípios enunciados por Typaldos (2000, cit. por Mieszkowski, 2000) para que as comunidades virtuais sejam assim consideradas, onde se incluem: Objetivo, Identidade, Comunicação, Grupos, Confiança, Troca e Expressão.

Entre esta linguagem própria da rede, identificámos também a existência de alcunhas, confirmadas pela entrevistada.

¹⁰ Conceito identificado na análise do blogue 3 e mencionado no ponto 2.6.4. A comunicação na ajuda mútua e na construção da rede social.

Sim, fomos criando umas alcunhas, às vezes haa... em dias de maior loucura, éramos capazes de estar a postar, a comentar e a responder durante n tempo. Aquilo eram discussões online públicas porque nessa altura, acho que nem sequer se tinha tanta a percepção de o quão público aquilo era. Porque de facto aquilo era o nosso canto. O facto de toda agente poder olhar para ele foi um pormenor que só mais tarde é que começou a ter algum peso, não é? Às vezes até nos esquecíamos disso, mas pronto aí nessas discussões as alcunhas naturalmente surgiam e depois... repetiam-se e ficavam, não é? A meia gosma, a gosma e a gosma mor ainda existem, as galinhas, as glamorosas. Enfim...

Os comentários funcionam, não só, como um canal através do qual bloguistas e leitores comunicam (Dan Li, 2005), podendo ser considerado um espaço de interação, de debate (Recuero, 2004b; Braga, 2009; Lupton, 2012), proporcionando dinamismo ao *site* (Recuero, 2004b). Esta troca de postagens e comentários funcionava quase como um fórum e era considerada como um lugar relativamente privado para a partilha de informações pessoais íntimas, facilitador das relações de amizade (Seale, Ziebland & Charteris-Black, 2012).

A origem dessas alcunhas é remetida também para os encontros físicos (Conceito *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue, encontram-se, fisicamente*) e os *posts* partilhados sobre os mesmos, em que a partir do humor se criava uma dinâmica de comentários no *blogue* (Conceito *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue, comunicam, recurso ao humor, através da escrita*).

já não me lembro como é que surgiu a questão das gosmas... ah já sei... já sei como é que surgiu. Era eu, em particular e a CJ, estávamos sempre no picanço... e eu hoje admiro-me e olho para aquilo com alguma inveja até... como é que eu conseguia escrever textos, como é que eu tinha disponibilidade mental para escrever textos tão compridos sobre coisa nenhuma. Hahahahahaha (ri-se) e alguns até tinham piada Hahahahahaha (ri-se), que é o mais engraçado. Eu lembro-me de sei lá, ir jantar a casa da C., de ir jantar a casa da C., que foi um serão super agradável como é evidente. Deu para eu fazer um texto que nunca mais acabava, só com disparates. Desde a loiça que ela utilizou, a ter que ser eu a ter de pôr a loiça dentro da máquina, sei lá... eram coisas que eu aproveitei para dizer mal de tudo... (ri-se) a única que se aproveitava era o cão, coitadinho que já morreu, mais ninguém se aproveitava naquela casa. Humm. Portanto, eu tinha disponibilidade mental para escrever... imenso, imenso, e dava-me um gozo enorme que tinham todas uma base real, mas a forma como eu as apresentava era completamente tonta. Mas aquilo dava para as pessoas andarem a rir e a escrever sobre aquilo durante uma semana. Pronto... eu acho que foi por aí, pelos nossos picanços entre mim e a C. que surgiu essa coisa da gosma. Nós éramos duas gosmas que estávamos sempre a discutir. Depois a L. entrava um bocado naquilo, ora picava de um lado, ora picava do outro, mas como ela é pequenina, baixinha, ficou a meia-gosma.

Este excerto da entrevista remete-nos para a confirmação da existência de uma linguagem própria da rede, em que fruto da relação estabelecida surgiram alcunhas. Estas têm origem tanto nos encontros físicos, como depois da interação estabelecida através dos *posts* escritos sobre esses acontecimentos. Acresce ainda o género de escrita adotada, que se enquadra na *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*, na *Comunicação, Recurso ao humor, Através da Escrita*. O género adotado na escrita destina-se a construir uma audiência (Kress et al.,

2013), sendo que o humor é uma característica que consegue reunir um grande número de bloguistas e utilizadores (Rodrigues, 2004), bem como expressão da identidade de alguém (Gurak & Antonijevic, 2008). Além disso, os assuntos abordados nos *blogs* capacita-os para agregar uma rede à sua volta (Rodrigues, 2004, 2006), de tal forma que tal como é mencionado pela entrevistada um daqueles *posts* permitia que as pessoas comentassem durante uma semana. Ora, tratava-se de uma praça pública, um espaço onde todos podiam expor as suas ideias, sugestões e propostas, tal como acontecia nos Ágora da Grécia Antiga (Ferreira, 2001; Rodrigues, 2004). Estabelecem-se trocas e laços sociais (Recuero, 2003, 2004b), em que se criam círculos que ocasionam uma rotina e uma comunidade em que o leitor de um determinado *blogue* acaba por ir espreitar outros, ler o que dizem e se for também autor de um desses *sites*, talvez até comente determinadas situações que vê num *espaço vizinho* (Rodrigues, 2004). Neste círculo, é comum ler uma informação num *blogue* e ao percorrer a rede verifica-se que se comenta esse mesmo assunto (Aquino, 2009).

A partilha sobre o processo de doença é caracterizada por ser oposta ao mostrar, característico das redes sociais. Partilha-se para partilhar e não para mostrar. Partilham-se características pessoais e as marcas da doença.

Deu-nos uma abertura... huumm... enfim... as redes sociais dão essa abertura, mas acho que atualmente dão uma abertura diferente. Dão uma exposição e uma vontade de mostrar; na altura era uma coisa incipiente ainda e, portanto dava-nos vontade de partilhar que é uma coisa diferente. Humm.. Nós partilhávamos e mostrávamos tudo, desde... haaa... os nossos piores acessos de mau feitio até às nossas cicatrizes realmente físicas, até essas nós mostrávamos

O *blogue* proporciona a partilha de experiências (Watson, 2012), com pessoas em situação semelhante, com um contacto virtual com muita proximidade ao Ser da pessoa.

Ainda sobre a Rede Social Física, a bloguista 16 refere que o grupo se mantém unido, remetendo para o conceito *Encontram-se, Desenvolvem União e Cumplicidade*, pois apesar dos anos o grupo e o princípio da ajuda e da sua união mantêm-se.

Sim, o grupo continua. Se calhar, não rigorosamente o mesmo grupo inicial. Até porque houve pessoas que já partiram, inclusivamente. Mas pronto... digamos... aquelas afinidades que ficaram neste contexto... porque depois há outras que ficaram não neste, mas noutros contextos. As coisas foram tendo uma dinâmica, como é normal, não é? Os anos vão passando, as pessoas vão tendo experiências diferentes, vão-se agregando mais, ou por facilidade de contacto ou por até... questões geográficas, não é? É mais simples estar com alguém que está aqui mais perto. Portanto, os grupos tiveram algumas composições, mas basicamente todas as pessoas que estavam no início, continuam a dar-se hoje. Podem é ser mais frequente o contacto com outras, mas há uma coisa que permanece. Nós até podemos estar anos sem falar com uma das pessoas, mas se por acaso nos soa que alguma coisa se passa com essa pessoa parece que se deitou milho aos pombos. Vêm todos, todos! (ri-se)

Apesar de mais de dez anos após a criação do primeiro *blogue* na rede em estudo, o grupo permanece e isso deve-se a um elevado nível de *rapport*, ou a capacidade de se sintonizar

com a outra pessoa (IGEP Brasil, 2009), em que os participantes na interação formam uma coesão, tornam-se unidos, através da expressão de atenção mútua para o envolvimento um com o outro. A noção de ajuda mútua permanece e a ajuda acontece sempre que se juntam para a ajuda entre si perante uma situação problemática (Wilson, 1986; Silverman, 1990).

Há um problema que os une, não importando a identidade das pessoas, mas a ajuda ao outro em situação semelhante. Mais que as características, importa a situação de doença, a situação semelhante que os uniu ao longo de mais de uma década, remetendo para os conceitos *construção da rede social decorrente da ajuda mútua, encontram-se, desenvolvem união e cumplicidade; e formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas, procuram agradar, ajudar e estar, preocupação/Disponibilidade em ajudar, estar.*

Ainda hoje há pessoas que não sei como se chamam, o nome completo delas, não é? Sei aquele nome que aparece na net, que foi esse que ficou e não sei sequer qual é a profissão delas, ou o que é que faziam... eventualmente agora podem até já estar reformadas e tudo, mas eu não sei muito bem o que é que elas faziam antes. Nessa altura era engraçado porque eu não sabia como é que as pessoas se chamavam, já as conhecia pessoalmente, mas o nome delas não era importante, não sabia o que é que faziam, qual era a profissão que tinham... humm... mas, por outro lado sabia que valores é que tinham de glóbulos brancos, ou que valores é que tinham de marcadores tumorais... (ri-se) portanto, não sabia os pormenores sociais, mas sabia os pormenores mais íntimas da doença, como todos aqueles efeitos secundários, reações a medicamentos, e... afins... resultados de Tacs e coisas assim.

À semelhança do estudo de Zancheta et al. (2016), os bloguistas identificam-se pelo seu diagnóstico, resultados, método de tratamento e reabilitação, pois apenas alguns mencionavam as suas identidades sociais. O sentimento de identidade social partilhada é um dos estados psicológicos da ação coletiva (Postmes, 2015).

A nossa perceção após a análise do blogue era de que a rede física decorria da rede virtual, sendo que haviam relações que ficavam meramente pelo virtual e outras evoluíam para a rede física. Todavia, a entrevistada refere a necessidade da passagem da rede virtual para a física, havendo a necessidade da rede real, que acabou por ocorrer com o *Projeto Rosa Esperança*.

ha... Talvez... talvez... é assim... que eu me recorde que haja alguém que tenha ficado mesmo só pelo virtual, talvez não. Porque de uma maneira ou de outra, nós acabámos por nos encontrar alguma vez (...)Sim, sim, houve. E houve necessidade também depois quando pegámos no outro projeto, no Rosa Esperança, houve necessidade de que tudo isto chegasse ao maior número de pessoas possível. Portanto acabámos por conhecer algumas pessoas, até porque andámos por aí pelo país, não é? Acabámos por conhecer algumas pessoas que permaneceram virtuais durante muito tempo, mas que acabámos por conhecer.

Temos a rede física que emerge da rede virtual, uma teia de redes (Capra, 1997). Estabeleceram-se novas relações fora dos relacionamentos da pessoa, através da

comunicação mediada pelo computador (Antunes, Castro & Mealha, 2005). Das mensagens de ecrãs, estas pessoas passam aos encontros presenciais (Giddens, 2007). Os interesses comuns que levaram estes utilizadores a juntarem-se na comunidade *online*, que com o tempo acabaram por fornecer apoio pessoal, afetivo e material. Como vimos, a comunicação alenta discussões, o que permite a sinceridade do processo, sendo que uma maior utilização da internet leva a mais laços sociais, onde se incluem os laços físicos (Castells, 2011).

Na construção da rede emergiu um novo conceito *Passam a comunicar via facebook*, que decorre do mencionado na entrevista de que os *blogues* têm um espírito diferente da atualidade nas redes sociais, referindo-se ao *facebook*. Cruzámos esta informação com o mencionado em 2010 em dois comentários do *blogue 3*, referindo-se à existência de dois Grupos Fechados no Facebook: *Gang da Mama* e *Amigas do Peito e do Coração*. Feita pesquisa e o lema do Grupo *Gang da Mama* é *Uma por Todas e Todas por Uma*, composto por 114 membros, administrado pelas autoras do *blogue 19* e *17*. Da rede em estudo integram este grupo 17 dos 32 *blogues* (3, 7, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 28, 24, 26, 27, 28, 19 e 31). De entre os 18 *blogues*, 10 estão entre os mais dominantes e ativos na rede, decorrente da Análise de Redes Sociais: Além destas pessoas, integra também M. M. A., que apesar de não ter *blogue* integrou também o *Grupo de Teatro Rosa Esperança*, desempenhando um dos principais papéis.

O Grupo *Amigas do Peito e do Coração* tem como lema: *Para mulheres/homens amigas(os) que enfrentam ou enfrentaram o cancro da mama ou outro tipo de cancro. Para todos os que de alguma forma já contactaram com esta realidade e a querem eliminar. E acima de tudo para formar uma verdadeira cadeia de amizade virtual de Esperança e Positividade. Uma complicação de notícias e informações difundidas pelos média a nível global*. Este grupo é composto por 397 membros, é administrado por três das mulheres do *blogue coletivo 28*. Deste grupo fazem parte 22 dos 32 *bloguistas* que integram a rede em estudo (1, 3, 5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 28, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31). De entre estes 22 *blogues*, 12 estão entre os mais dominantes na rede. Também M.M.A. e C.G, que não têm *blogues*, mas integraram a peça de Teatro *Rosa Esperança*, desempenhando papéis principais.

Como se evidencia, os lemas destes dois grupos são os subjacentes à identidade que caracteriza a comunidade virtual iniciada nos *blogues* e que migra para o Facebook.

3.3. Efeitos da Rede Social na Pessoa

Os efeitos da rede social na pessoa são descritos como benéficos em termos imediatos na forma de encarar as diferentes fases do processo de doença, de onde emergiu o novo conceito *no encarar a doença e ultrapassar as dificuldades*. Depois, a expectativa foi ultrapassada em termos de laços estabelecidos, que vão muito além da doença e que pauta pela amizade, levando à emergência do novo conceito *criação de laços de amizade para a vida*.

Bom, teve benefícios imediatos na forma de encarar e de viver todos os passos e sobressaltos ao longo da doença. Essa foi evidente, foi óbvia e foi imediata. Humm... depois, ultrapassou e extravasou e muito a questão da doença. Diria que hoje não tem nada a ver com isso, tendo tudo a ver com isso, não é? Mas hoje, existem laços de amizade que se criaram nesta altura e que... haaa... permanecem hoje sem que tenham rigorosamente nada a ver com a doença.

não andamos por aí a criar amizades com esta dimensão. Ou seja... portanto, aquilo foi quase como se tivéssemos plantado uma semente e de repente, em vez de termos uma árvore, nasceu um pomar inteiro, assim de repente. Portanto, houve um alargamento do nosso leque de relações sociais e de amizade que foi assim explosivo. Isso foi muito importante. É evidente que dessas relações nós temos agora que passaram não sei quantos anos, temos aquelas que são as nossas amigas e temos as nossas companheiras daquela luta. São coisas diferentes, não é? Essas companheiras de luta estão digamos assim num patamar em que sobressai nas situações relativas à doença, não tanto nas nossas relações de amizade do dia a dia. As outras, estão, as outras ficaram e mantêm-se e evoluem connosco, já em função de outras coisas.

A entreajudada entre pares com quadro clínico e tratamentos semelhantes, característico das comunidades virtuais de doentes (Demiris, 2006), é mais uma vez evidente no discurso da entrevistada. Reforça-se a criação de laços fortes, ao contrário do defendido por Castells (2011) de que a rede na internet é adequada ao desenvolvimento de múltiplos laços fracos, úteis como forma de fornecer informação. No entanto, este mesmo autor defende que as comunidades virtuais aparentam ser mais fortes do que é acreditado pelos observadores. Tal poderá ser explicado pelo facto destas ligações presenciais e os laços verdadeiramente estabelecidos não estarem visíveis nos dados *online* disponíveis para análise, o que vem reforçar a importância da realização da entrevista.

Ainda sobre o conceito *Encarar a doença e ultrapassar as dificuldades*, a entrevistada faz referência à importância de estar na rede de blogues para a partilha e troca de opiniões e experiências nas diferentes fases da doença que permitem uma tomada de decisão mais participativa da sua parte. Acresce ainda a resolução de problemas, de questões que surgem no dia a dia e fora das instituições hospitalares, como a forma de realizar a depilação após o cancro da mama.

Portanto, há o protocolo e mais o protocolo... e o doente não tem nada para dizer sobre isto, não é? Mas tem as dúvidas todas, não é? E às vezes até tem opiniões, mas têm opiniões que não são opiniões com um fundamento técnico, com uma capacidade de retorquir perante aquilo que lhe esta a ser dito/imposto... e portanto, senão houver esta rede que pode ser uma rede de opiniões parvas só... sem qualquer fundamento e sem qualquer critério, mas mesmo assim dá-lhe algum suporte... haaa. Ainda que em termos práticos não lhe dê recursos para depois poder ir junto dum médico ou de um outro qualquer técnico hospitalar dizer olhe vocês querem que eu faça isto, mas eu estou com sérias dúvidas relativamente a isto, não é?

Eu houve uma série de perguntas que... algumas nem consegui colocar, outras consegui colocar e não tive resposta e acabei por encontrar a resposta nesta rede, no partilhar de experiências. E passou a ser a informação que eu punha à cabeça quando passava a outra pessoa. (...) Coisas práticas, algumas... outras nem tão práticas... mas sei lá... como é que vai fazer a depilação no futuro. Mas há algum médico que nos diga como é que a gente vai fazer a depilação.

Este excerto de entrevista vai ao encontro dos resultados do estudo de Yan e Tan (2017) de haver evidência de influência social sobre a adesão ao tratamento, em que o consenso do tratamento é associado positivamente à perceção da sua eficácia. As pessoas socialmente mais ligadas têm menos probabilidade de serem influenciadas pelo consenso do medicamento. A influência da pessoa sobre os outros pode ser grande, mas a autonomia da rede em que ela age é mais forte (Marteletto, 2001), pois os consumidores estão aptos a participar ativamente no processo de decisão e a ser envolvidos no mesmo (Demiris, 2016).

CONCLUSÕES, REFLEXÕES E DESAFIOS

Chegar ao fim deste percurso é, para nós, sinónimo de valorização de uma serendipidade virtual, que um dia nos levou até ao *blogue* de uma pessoa com doença oncológica, o qual nos permitiu ver a riqueza da *blogosfera* para a saúde, neste caso para a Enfermagem. Como refere Marcos (2012: 15) *o acaso e a probabilidade são elementos decisivos e inevitáveis na nossa história*. Este trabalho fica sem dúvida na nossa história, pois exigiu envolvimento e o entrar no mundo virtual, mas tão real e intenso como é a vivência da pessoa com doença oncológica. Referindo-se ao cancro, Marques (2013: 51) afirma que *para quem o vivencia, é uma espécie de limiar entre a vida e a morte, com uma evolução imprevisível e uma índole ameaçadora. A reflexão sobre a morte passou a ser um pensamento recorrente, dominando parte da minha energia*.

Os blogues integram a blogosfera e estão cada vez mais a serem usados pelas pessoas doentes (Watson, 2012), criando-se pequenas redes de blogues temáticos (Canavilhas, 2006), neste caso de pessoas com doença oncológica. Para estes utilizadores da Internet, os *blogues* são utilizados para discutir questões relacionadas com a saúde, partilhar histórias pessoais, conectarem-se com amigos e redes de suporte (Kim, 2009; Watson, 2012), bem como para pesquisa de informação relacionada com a saúde (Watson, 2012).

A nossa capacidade para criar e manter laços de afeto é inata (Marcos, 2012: 60). Os laços sociais caracterizam as comunidades virtuais (Recuero, 2003, 2004b) e as conexões realizadas, embora aleatórias, centram-se em interesses comuns (Recuero, 2004a). A tendência para comparação com os semelhantes, de maneira vantajosa para a pessoa, fortifica o espírito debilitado pelos infortúnios (Marcos, 2012). As comunidades virtuais de doentes têm implícita a entajuda entre pares, com quadro clínico e tratamento semelhantes, e procuram a resolução de problemas comuns, a partilha de informações, expressão de sentimentos, apoio mútuo e criação de empatia (Demiris, 2006).

A ajuda do outro tem relevância na aprendizagem do papel do doente, este aprendido através da socialização (Parsons, 1952; Serra, 2005). A procura de grupos de autoajuda é uma das formas de investimento de forma construtiva na doença (Wise & Rundell, 2002). Os sobreviventes de adversidades prolongadas identificam como chave para a sua resistência a(s) pessoa(s) às quais estão unidas ou das quais receberam apoio incondicional em algum momento crucial da vida (Marcos, 2012). Ou seja, terem recebido cuidado, pois este significa *estar atento* a alguém, centrar-se no seu bem-estar. A atenção integra-se na ajuda da pessoa (Hesbeen, 2000).

A ajuda mútua ocorre sempre que pessoas que têm determinado problema ou condição em comum se juntam para se entretajudarem (Wilson, 1986; Silverman, 1990). Com os avanços da Internet e tecnologias informáticas, têm surgido nos últimos anos GAM's para pessoas com doença oncológica (Im & Chee, 2008). Ajudar os outros em situações difíceis torna a pessoa mais resistente ao *stress* e esgotamento físico e emocional e ajuda a promover a esperança (Marcos, 2012). Esta é essencial na experiência de viver com doença oncológica (Querido, 2005, 2013).

Ao longo deste percurso investigativo procurámos desenvolver conhecimento relacionado com os processos e experiências das pessoas submetidas a transições (Meleis, 1993, cit. por Meleis, 2010). Identificar transições foi nossa preocupação, o que permitiu descobrir novos mecanismos usados pela população para experienciar mudanças nas suas vidas com consequências para a sua saúde-doença. Conhecer a vivência da pessoa nas transições na doença oncológica permite que conheçamos as suas necessidades, algumas delas não expressas no contacto com os profissionais de saúde. Face à problemática em estudo, o processo de construção da ajuda mútua ao longo das transições da pessoa com doença oncológica, que tem blogue, considerámos teoria de médio alcance de Meleis, a que melhor se enquadrou para a ancoragem teórica.

Procurou-se dar resposta à questão *Qual o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue?*, recorrendo-se à investigação qualitativa, sendo a *Grounded Theory*, a que melhor poderia dar resposta. Procurámos entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta (Turato, 2005) e desenvolver teorias relativas a um fenómeno (Morse & Field, 1995). De uma forma geral, procurou-se *Conhecer o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue*. Especificamente pretendeu-se:

- Estudar a motivação para a criação do blogue;
- Estudar a perceção do seu estado de saúde;
- Identificar os recursos e as estratégias para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença;
- Desvelar a vivência da ajuda ao longo da doença;
- Identificar formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica;
- Perceber como é construída a rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue;
- Analisar os efeitos, na pessoa e na sociedade, da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue.

Para dar resposta às questões e cumprir os objetos definidos, começámos por identificar as pessoas com doença oncológica com *blogue*, sendo que a rede em estudo ficou com 32 *blogues*. A segunda fase compreendeu a *Análise da Rede Social Virtual*, que pretendeu identificar as pessoas mais ativas e que dominavam a rede. Com base nos resultados dos dados nesta fase, passou-se ao estudo da narrativa dos *posts* do *blogue* da pessoa identificada como ativa e mais dominante na rede, o *blogue 3*. No decorrer da análise, e decorrente da *amostragem teórica e comparação constante* (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2009; Dantas et al., 2009), *confirmou-se* a atividade e dominância na rede, revelando que os dados contidos no *blogue* permitiam resposta às questões em estudo, ficando apenas alguns dados por explorar na fase seguinte, com a realização de uma entrevista. A realização da entrevista aos elementos dominantes da rede social e identificados na fase anterior pretendeu identificar a rede social física e explorar alguns aspetos pouco desenvolvidos na fase anterior. A primeira entrevistada foi a *bloguista 16*, e à semelhança do sucedido na fase anterior, os dados confirmaram a dominância e atividade na rede, o que nos conduziu à ausência de nova informação das unidades encontradas anteriormente (Lincoln & Guba, 1985), o que nos levou à *saturação* dos dados (Rodrigues et al., 2004).

A análise dos dados envolveu o processo de codificação *aberta, axial e seletiva*, com apoio do software WebQDA®, tendo-se recorrido a duas partes do mesmo: as Fontes e a Codificação. Da interligação entre estes dois elementos, através dos processos de codificação disponíveis no software, pôde-se configurar o trabalho para que os dados fossem codificados de forma estruturada e interligada (Neri de Souza et al., 2013), obedecendo à codificação da *Grounded Theory* e procurando dar resposta às questões do estudo.

A validação para a consolidação da pesquisa ocorreu com a realização de entrevistas informais com os autores do *blogue 3* e 32, bem como aquando da realização da entrevista formal com a autora do *blogue 16*.

Os ***motivos expressos para a criação do blogue*** são *Depois de ter lido outros blogues de pessoas na mesma situação, necessidade de informação sobre o cancro e registo da vivência, e problemas informáticos*. Em termos temporais a motivação *necessidade de informação sobre o cancro* surgiu inicialmente nesta pessoa, o que a levou com serendipidade a *blogues* de pessoas em situação idêntica, conectando-se às mesmas.

A procura de informações relativas à saúde é fulcral, nomeadamente em relação à doença oncológica, sendo que nesta situação de crise é de extrema importância a informação

encontrada na Internet (Fox, 2006a, 2011). A atividade de *blogging* tem inerente a expressão de emoções (Baptista, 2004; Nardi et al., 2004; Trammel et al., 2004; Dan Li, 2005; McKenzie, 2008; Baker & Moore, 2011) e sentimentos (Schmidt, 2009), de comentários e opiniões de assuntos do seu interesse (Nardi et al., 2004). Esta partilha permite que o leitor passe a ser ator na produção de conteúdo (Lemos, 2009), que haja uma autorreflexão (Trammel et al., 2004; Dan Li, 2005; Papacharissi, 2004, 2007), interação social (Trammel et al., 2004) com amigos e conhecidos (Schmidt, 2009).

A motivação para a criação do *blogue* surge expressa dez meses depois da criação do *blogue*. Todavia, e mesmo sem esta referência direta na sua página inicial, o visual da página transmite a mensagem de que se trata de alguém com doença oncológica, ou com ligação a alguém nessa situação por apresentar no seu *blogring* (Dan Li, 2005) informações sobre a Linha Cancro, o símbolo do cancro da mama, e os links para websites relacionados com o mesmo (Viver e Vencer, Projeto Luz, Ame e Vive a Vida, Laço e Instituto Português de Oncologia). Está também presente *link* para o *blogue 32*, o *blogue* do grupo de teatro que surgiu como efeito na sociedade como consequência da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue*.

Verificamos estarmos perante um *blogue* de doença (Heilferty, 2009), um *blogue temático* (Cruz & Carvalho, 2006), cujos conteúdos versados incitam a sua agregação em rede (Rodrigues, 2006). A entrevistada acrescentou como motivações para a criação do seu *blogue* o conceito de *casualidade e necessidade de partilha*. A sua motivação pela partilha sobre a doença, tratamentos, o que se sente, pensa e as dúvidas que se têm permite prever o conteúdo que o bloguista escolhe para escrever (Rayburn, Palmgreen e Acker, 1984). De referir que a entrevistada foi a primeira *bloguer* desta rede e não tinha conhecimentos sobre a *blogosfera*.

A criação do *blogue* é de tal forma marcante para a pessoa na vivência da doença que a primeira conexão ficou memorizada tanto pela *bloguer 3*, como pela *16*, pois são criadas ligações e relações formais e informais (Eysenbach, 2008), com quem pensa e sente de forma semelhante (McKenzie, 2008; Technorati, 2011), com trocas e manutenção de laços sociais (Recuero, 2004a; Gaspar, 2005).

Os cibercontactos realizaram-se com pessoas que não tinham qualquer contacto prévio no espaço físico (Antunes, Castro & Mealha, 2005) e progrediram para amizades *online* (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007). Além destas, estes contactos incluíram também familiares e amigos distantes geograficamente (Heilferty, 2009), distribuídos por

todo o país, Espanha, Brasil e Angola. Tal facto leva-nos a afirmar que foi criada uma comunidade virtual (Eysenbach et al., 2004), que permitiu uma oportunidade moderna de comunicação entre pessoas doentes (Sullivan, 2003).

A criação de um segundo *blogue* decorre de problemas informáticos, que impediam os leitores de aceder ao mesmo. Esta estratégia foi uma forma de prevenção da perda e abandono de seguidores, associada à perda de credibilidade do *blogue* (Ferreira, 2001) e das motivações da criação do primeiro *blogue* [receber retorno sobre o que publica (McKenzie, 2008), interação social (Trammel et al., 2004), partilha da sua experiência (Technorati, 2011) na doença, ou documentação da sua vida (Nardi et al., 2004)].

A ***perceção narrada da situação de saúde*** foi identificada a partir da referência a *Exames, às Mudanças Após o Diagnóstico, Tratamentos Realizados, no Diagnóstico, nos Tratamentos, Pós-Tratamentos e Através do Contacto com Profissionais de Saúde*.

No que diz respeito aos *exames realizados* é feita referência a *análises e biópsia*, ao *ARNE*, a *exames radiológicos* (como ecografia e raio X) e *palpação*. Os resultados dos exames são manifestados através de *boas* e de *más notícias*. Os exames despontam a experiência transicional, que inicia assim que o evento ou mudança são antecipados (Meleis, 2010). A consciência das mudanças a ocorrer é proporcionada pela realização dos exames e da transmissão das *boas* ou das *más notícias* após os mesmos. O diagnóstico é também referente a possíveis danos cardíacos ou hepáticos causados pela quimioterapia, o que leva à vulnerabilidade relacionada com a experiência de transição que expôs a pessoa a dano potencial, bem como uma recuperação problemática e também prolongada (Meleis et al., 2000). Os exames mencionados levaram-nos a identificar a transição de saúde-doença, mas também a transição de desenvolvimento na menopausa (Meleis, 2010; Meleis et al, 2010), havendo uma simultaneidade de transições num período que se pode considerar longo.

A transmissão de *boa* ou de uma *má notícia* pode ser considerada como uma mudança no estado de saúde, que proporcionará a melhoria do bem-estar, podendo também desencadear um processo de bem-estar, que marca a mudança de papel de doente para bem-estar (Meleis, 2010). Há uma semelhança em termos de frequências de referência a *boas* e a *más notícias*, havendo um enfoque tanto no positivo, como no negativo. As *más notícias* surgem para a definição do diagnóstico, para as intercorrências resultantes da terapêutica que obrigam à sua suspensão e podem influenciar o percurso na transição na mudança de papel súbito de um bem-estar para uma doença aguda, para o papel de doente (Meleis, 2010), ou para o aumento da vulnerabilidade em todo o processo de doença

(Meleis et al., 2010), com a manifestação de uma insuficiência de função (Meleis, 1975 cit. por Meleis, 2010).

Os *tratamentos realizados* mencionados foram a *cirurgia*, a *imuno e hormonoterapia*, a *quimioterapia* e a *radioterapia*, que são curativos e adjuvantes de outros (Deters, 2010). Foram identificadas as transições das pessoas com doença oncológica procedimentos cirúrgicos (Meleis et al., 2000; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012) e sua recuperação (Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012), o início da quimioterapia (Schulman-Green et al., 2012) que se relacionam com as transições situacionais relacionados com internamentos e altas hospitalares (Weiss et al, 2010).

As *mudanças após o diagnóstico* centram-se na *aprendizagem*, no *deixar de fumar*, na *maior vigilância* e em *valorizar o que interessa*. As mudanças após o diagnóstico sucedem da percepção da situação de saúde, influenciada pela consciência de que algo não estaria bem, e comprovado ou não pelos exames realizados. Estamos perante uma aprendizagem, uma adaptação a uma nova condição, que exigiu aprendizagem, mudança de comportamentos nocivos, como o deixar de fumar, uma maior vigilância e uma valorização do que realmente interessa na vida. A doença emergente na vida de uma pessoa leva à aquisição de novos conhecimentos para o possível equilíbrio da situação (Trigueiros & Santos, 2004) e emanam pensamentos sobre mudanças necessárias (Zancheta et al., 2016), associado a uma reflexão interna. Há como que uma reconstrução de autoidentidade valorizada (Kralik, Visentin & van Loon, 2006), que decorre de processo interior de crescimento, de desenvolvimento de força interior, bem como uma consciência de que a vida é uma aprendizagem contínua. Há um acréscimo gradual da consciência da doença, que coincide com experiências de responsabilidade, proteção e valor relacionado com o ser capaz de gerir (Bruun et al., 2010), com vista à proteção da saúde. O olhar da pessoa passa a focar-se no essencial da vida, como estar junto dos que ama, a própria vida ou tomar banho numa praia. Há manutenção no interesse pela vida (Carvalho, 2011), associado ao fazer qualquer coisa pela sua vida (Dubos, 1963).

A *percepção da situação de saúde no diagnóstico* inclui *sentimentos de alívio, felicidade, descontração e esperança*, o sentimento de *uma espera que pareceu longa*, associado a *medos, receios e impotência*, e à *perda de pessoas amadas e da vida*. Foram também narrados *sintomas*, que incluem a *alteração física e a dor física*.

A partir do momento do diagnóstico, a pessoa encara um conjunto de mecanismos de adaptação à doença e às suas circunstâncias (Cardoso et al., 2009), sendo o significado atribuído à doença pessoal. Os *medos e receios* associam-se ao receio de mudança de

papel súbita (Zancheta et al., 2016), da alteração de bem-estar para doença aguda (Meleis, 2010), relevantes no stress psicológico (Sam, 2016) ou no sofrimento psicológico (Chung & Kim, 2008; Cardoso et al., 2009). Paira a incerteza sobre o curso da doença, ou de perda de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), bem como de morte prematura (Cardoso et al, 2009). Os medos foram também associados à espera pela realização ou dos resultados dos exames, ou à resposta a questões emergentes nesta fase. A pessoa está no momento antes do diagnóstico em que não há confirmação, podendo mesmo não haver consciência da situação ou de estar numa fase de pré-transição (Meleis, 2010) do diagnóstico de doença oncológica (Meleis et al., 2000; Friesen, Pepler & Hunter, 2002; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012). A impotência relaciona-se com a incerteza (Golan, 1981) e perda de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), podendo haver dificuldade em dar sentido às experiências relacionadas com a doença (Miller, 2000).

A juntar à possibilidade de doença oncológica, associa-se a perda recente da mãe, o que leva ao *receio de perda de pessoas amadas*. Esta perda recente é um dos fatores pessoais que pode adiar a adaptação à doença oncológica (Cardoso et al., 2009), havendo também o receio de mudanças de papel na família (Esbeden & Tomé, 2010), com a consequência do atraso na transição (Büyüktür & Ackerman, 2015). A perda e sofrimentos prévios são fatores inibidores da esperança (Pinto, 2011), essencial para a vivência de doença progressiva (Querido, 2013). Todavia, a esperança de não confirmação da doença está presente, associada às boas notícias, manifestam-se por alívio, felicidade e descontração. Já a verdade encontrada nos resultados dos exames é um fator promotor de esperança (Pinto, 2011), que permite que haja submissão a exames e tratamentos médicos na procura da cura (Cardoso et al., 2009). É dar sentido à vida, mesmo que este tenha obstáculos (Pinto, 2011).

Os *sintomas* mencionados na *perceção de saúde no diagnóstico* incluem a *alteração física* e a *dor física*, também sinais de alerta que levaram à procura de ajuda profissional. Partilham-se sintomas (Fox, 2002, 2005, 2006a, 2006b, 2007, 2011), que fazem parte da doença (Giddens, 2007). Os sintomas assinalam o início do processo de decisão e desempenham um papel fundamental ao longo de todo o percurso da doença oncológica (Santos, 2006), sendo a dor limitadora do potencial humano e da liberdade (Sandelowski, 2002). Apesar da dor não ser mencionada com frequência no diagnóstico (Deters, 2010), tal poderá relacionar-se com a parte do corpo afetada (a mama), ou com a componente psicológica da dor, que se articula com a perceção da pessoa da ameaça que o cancro patenteia e do stress que desencadeia, pois há uma ameaça de lesão em resultado da

doença e a possibilidade de perda de parte do corpo ou mesmo da vida (Deters, 2010), acrescida ao facto de se tratar de uma mulher em idade reprodutiva, o que potencia o arrasador da situação (Casmarrinha, 2008), além de poder ser uma ameaça à sexualidade e família (Murad & Katz, 1996).

A *perceção de saúde nos tratamentos* engloba narrativas que expressam uma *boa evolução* nos mesmos, *sentimentos* e *sintomas*. Os sentimentos em relação aos tratamentos são: o estar *ansiosa por terminar; bem-estar e felicidade; otimismo, surpresa agradável, expectativa, esperança; choque, isolamento, incerteza, medo de estar menos bem*. Os sintomas expressos são as *alterações do apetite; alterações do sono; boca seca; cheiro característico; dor; sentiu correr, sem dor, menos dor; sintomas semelhantes aos da gripe*. As transições aqui identificadas centram-se na saúde-doença, como os procedimentos cirúrgicos (Meleis et al., 2000; Carvalho, 2011; Schulman-Green et al, 2012) e sua recuperação (Carvalho, 2011), o início da quimioterapia (Schulman-Green et al, 2012) e o controlo de sintomas (Schulman-Green et al, 2012). Como há possíveis internamentos e altas em instituições hospitalares ou idas para uma unidade de cuidados, consideramos também transições situacionais (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Weiss et al., 2010; Wennman-Larsen & Tishelman, 2002).

É transmitida uma *boa evolução nos tratamentos* na descrição do processo de doença, nos diferentes momentos: cirurgia, aquando da quimioterapia, depois da bioterapia ou de consultas médicas. Esta narrativa é uma forma da pessoa se consciencializar do controlo da situação, de que está a evoluir favoravelmente, além de ser uma forma de resiliência, ou a capacidade para reagir à adversidade, permitindo manter a dignidade e a qualidade de vida (Cardoso et al., 2009). São expressos *sentimentos* de *bem-estar, felicidade, bom ambiente*, bem como com o *otimismo, surpresa agradável, expectativa e esperança*, o que contraria a incerteza e incrementa a capacidade de atingir objetivos (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009). Além de iniciar uma série de transições (Taylor & Frazer, 1982), estar bem e sem dor é dos fatores médicos que influenciam positivamente a adaptação à doença (Cardoso et al., 2009). A *esperança* do cabelo não cair é manifestada, sendo facilitador da mesma a valorização de conquistas, controlo de sintomas e pensamentos positivos (Pinto, 2011).

Estar bem desencadeia o sentimento de *estar ansiosa por terminar os tratamentos*, por receio da perda de controlo, pelo que se procura fazer algo benéfico que esteja ao seu alcance (Wise & Rundell, 2002), como a adesão ao regime terapêutico, observada como uma estratégia de *coping* (Santos, 2006). Terminar os tratamentos marca o fim, o que

manifesta o desejo de querer deixar de ter a condição de ser doente oncológica, associado ao significado de morte e sofrimento (Murad & Katz, 1996) e à incerteza em relação ao decurso da doença.

Quanto aos *sentimentos de choque, isolamento, incerteza e medo de estar menos bem*, estes relacionam-se com a perda de uma parte do corpo, como o cabelo, o que se traduz num fator de stress na componente psicológica da dor (Deters, 2010), com manifestação através do choro. Quando outros em situação semelhante não estão bem pode ser desencadeada ansiedade na pessoa (Cardoso et al., 2009), ou seja, estamos perante a dimensão pública da doença, com repercussões nos outros (Giddens, 2007). A impotência é manifestada pelo choque (Queirós, 1999). Tratam-se de manifestações de sofrimento psicológico, com revelação de medo, tristeza e problemas incapacitantes como a depressão, o pânico a ansiedade e o isolamento (Cardoso et al., 2009).

O *isolamento* surge como consequência da *mudança após o diagnóstico em deixar de fumar*, como estratégia por receio da perda de controlo. Decorre da falta de confiança, sensação de desespero e de isolamento, com menor participação no quotidiano e menos interação (Deters, 2010).

A *ansiedade* e o *medo da emergência de sintomas*, e o *medo da cirurgia* são também relatados. À ansiedade são associadas manifestações de dores de estômago, pela incerteza em relação ao curso da doença e a sua capacidade para atingir objetivos futuros (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009). Entra-se numa espiral em que a ansiedade desencadeia dor e esta é agravada pela dor. O medo associado à cirurgia é caracterizado por haver uma trajetória flutuante até à mesma pela incerteza do futuro e o temer das suas consequências (Carvalho, 2011).

Os sintomas narrados aquando dos tratamentos são *alterações do apetite, alterações do sono, boca seca, cheiro característico, dor, o sentir correr, com menos dor ou sem dor, e sintomas semelhantes aos da gripe*. A diminuição ou aumento do apetite relacionam-se com as drogas administradas (Deters, 2010), sendo a quimioterapia o tratamento com maior responsabilidade neste sintoma (Foltz, Gaines & Gullotes, 1996 cit. por Deters, 2010). Tal traduz-se na interferência negativa na qualidade de vida com influência no quotidiano da pessoa (Francisco, 2008). Associada à bioterapia pode também surgir repulsa por certos alimentos, anorexia e náuseas (Deters, 2010). A esta surgem também as alterações do sono (insónia ou sonolência), sintomas semelhantes aos da gripe, sentir o tratamento a correr, o cheiro característico e a boca seca (Deters, 2010). A dor, o sintoma mais temido ao longo da doença (Deters, 2010), é associado à inserção da agulha no local

da punção. A reação à dor depende do limiar da dor e da experiência com eventos dolorosos (Deters, 2010). É também referida a dor psicológica quando há menção ao *cabelo arrancado*, um fator de stress que poderá influenciar a resposta individual à doença (Deters, 2010). É também expressa a redução ou a ausência de dor durante a radioterapia, um sinal de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), esperança em situação que tem inerente sofrimento, cujo fator de promoção da esperança é o controlo sintomático e a valorização das conquistas (Cardoso et al., 2009).

A *perceção da situação de saúde após os tratamentos* é narrada com alterações na aparência e fisiopatológicas, bem como na expressão de sentimentos. A transição após os tratamentos é a saúde-doença, que poderá suceder pela recuperação pós-operatória (Carvalho, 2011; Schulman-Green et al., 2012), o fim do tratamento versus a sobrevivência (Hébert & Fillion, 2017), o controlo de sintomas (Schulman-Green et al., 2012), bem como a reabilitação e recuperação (Meleis et al, 2000). Nesta fase, a pessoa passa viver com o cancro, sendo que as suas consequências assumem a centralidade na sua vida (Carvalho, 2011).

Entre as alterações fisiopatológicas relatadas nos *posts* do *blogue*, as mais valorizadas e com maior impacto no seu dia-a-dia são *o mal-estar, cansaço, inatividade, vertigens e zumbido, as insónias e pesadelos, as alterações gastrointestinais, as alterações cardiovasculares, a dor articular, nervos, costas e corpo, na mama, o esquecimento e alterações da menstruação*. Estas alterações, à semelhança das *alterações da aparência (cabelo, alterações da visão e olheiras, do peso, e ferida, inchaço, queimadura e unhas fracas)* surgem como consequência dos tratamentos e podem conduzir à baixa de autoestima e alterações da imagem corporal (Wise & Rundell, 2002; Deters, 2010; Zancheta et al., 2016). As alterações da *ferida* relacionam-se com complicações com o dreno cirúrgico, que ocorrem no domicílio sem o apoio de profissionais de saúde, o que pode significar a perda de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002), a presença de sintomatologia, um dos fatores médicos que influencia a adaptação à doença (Cardoso et al., 2009), também inibidor da esperança (Pinto, 2011). Por isso, esta fase parece ser experienciada com maior intensidade (Meleis, 2010)

Os sentimentos expressos como vividos após os tratamentos são a *ansiedade, medos, tristeza, fragilidade e descuido; bem-estar; esperança; zangada e revolta*. Estes sentimentos relacionam-se com as alterações físicas decorrentes dos efeitos secundários dos tratamentos. Destaca-se aqui o *medo*, fator inibidor de esperança (Pinto, 2011), e que se deve ao receio da recidiva (Carvalho, 2011; Sam, 2016), com experiência de

vulnerabilidade na transição (Meleis et al., 2000). A revolta, associado a sofrimento psicológico (Carvalho, 2011) revela a não aceitação da doença (Cardoso et al., 2009). Porém, são também narrados sentimentos de *bem-estar* e *esperança*, o que beneficia um padrão de resposta mais adaptativo (Ferreira et al., 2011), uma forma de autocontrolo para a autodefesa (Schulman-Green et al., 2012). Apesar das dificuldades, a vida continua a ter sentido (Pinto, 2011).

A *perceção da situação de saúde* surge também do *contacto com profissionais de saúde*, nomeadamente os *Enfermeiros*, os *Médicos*, o *Nutricionista*, os *Técnicos de Radioterapia e Outros Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica* e foi *aconselhado psicólogo*. No que diz respeito aos enfermeiros, a referência é ao trabalho técnico, bem como no esclarecimento de dúvidas relacionadas com os cuidados de enfermagem e o retorno ao enfermeiro com gestos de carinho e reconhecimento pela sua ação. Tal ocorre através do contacto físico com estes profissionais, não se indo além do mesmo (Van Sell & Kalofissudis, 2010), não se considerando as relações sociais da pessoa e a sua rede (Olsen & Harder, 2010). A narrativa aponta para os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010) como a *satisfação do cliente*, a *promoção da saúde*, a *prevenção de complicações*, *bem-estar* e o *autocuidado*. O enfermeiro é considerado como educador e tem especial relevância na prestação da informação (Carvalho, 2011).

O papel atribuído ao médico centra-se na consulta médica e em dar notícias e tomada de decisões, sendo manifestado contentamento e descontentamento com a equipa médica. Tal poderá ser por reações de cólera perante o médico que informou o diagnóstico, mas deposita nele a esperança de se poder tratar e curar (Queirós, 1999).

O aumento de peso decorrente dos tratamentos levou esta mulher à procura de um nutricionista, que visa procura do controlo da situação, com a realização de algo benéfico que está ao seu alcance, como um regime alimentar (Wise & Rundell, 2002), considerado também uma estratégia para reagir à adversidade (Cardoso et al., 2009).

A referência aos técnicos de radioterapia e a outros técnicos de diagnóstico e terapêutica centra-se no esclarecimento de dúvidas e na importância da relação com os mesmos, o que expressa o cuidado com uma dimensão singular, de um profissional de ajuda, que está em contacto com esta pessoa (Hesbeen, 2000).

Apesar de aconselhado apoio psicológico, não se encontrou evidência do seguimento do mesmo na análise do *blogue*³. A entrevistada referiu não ter tido necessidade de apoio psicológico no decurso da doença, embora soubesse onde poderia recorrer. A partilha

realizada espontaneamente, de diversas formas, onde se inclui o *blogue* acabou por resolver a questão.

Os *recursos para ultrapassar a situação/dificuldades* identificados foram a *gestão da imagem de si*, *estratégias adaptativas ao controlo de sintomas*, *cuidados ao corpo*, recorrer a *características pessoais*, recorrer às suas *crenças*, *fazer planos* e *tem e protege o seu espaço*, recursos relacionados com o *comer e beber*, ultrapassar as dificuldades *através da arte* e o *contacto com o Outro e com a Natureza*.

Esta mulher procura fazer a *gestão da imagem de si* em questões relacionadas com a *maquilhagem*, *com o cabelo* e *com o peso*, que se tratam de medidas não farmacológicas para o controlo de sintomas (Foltz, Gaines & Gullotes, 1996, cit. por Deters, 2010), como o uso de peruca ou chapéu e o uso de maquilhagem, a ida ao nutricionista, prática de exercício físico e mudança de hábitos alimentares.

Já em relação aos *cuidados ao corpo*, esta mulher procura *descansar* e *fazer exercício físico*, que vai desde caminhadas, yoga, zumba e fitness. Estes cuidados pretendem a recuperação da imagem corporal e autoestima (Zancheta et al., 2016). O exercício procura também a recuperação cardíaca, um dos efeitos dos tratamentos; o descanso procura dar resposta à fadiga, uma das estratégias não farmacológicas (Foltz, Gaines e Gullotes, 1996, cit. por Deters, 2010; Deters, 2010).

As *estratégias adaptativas para o controlo dos sintomas* centram-se em *consultar os profissionais de saúde*, nos *cuidados à pele*, no *improviso para adaptação ao contexto*, a *interrupção do tratamento*, a *massagem*, a *medicação*, são *relacionadas com o comer e beber*, são *relacionadas com o tabaco* e *usa o telemóvel como alerta*. Entre estas, a mais referida foi a *medicação* que se aplicou em situações como infeções, náuseas e vômitos, disgeusia, insónias, dor, controlo da ansiedade, quadro depressivo. Para cumprir a *medicação* e fazer face ao *esquecimento*, é utilizado o *telemóvel como alerta*.

Relacionado com o *comer e com o beber*, o recurso para as náuseas e vômitos passa por comer fruta e opta por substituir o café por chá. Estamos perante a manutenção do controlo da situação (Zancheta et al., 2016). Caso ocorra perda desse controlo, o recurso passa a ser *consultar os profissionais de saúde*, com vista à orientação para a toma de *medicação* ou a suspensão da mesma. O controlo da dor, um dos fatores que influencia a adaptação à doença oncológica, é também conseguido com os *cuidados à pele*, com a realização do penso da ferida operatória e o contrariar a queimadura provocada pela radioterapia. A *massagem* visa a redução da dor ciática. A estratégia relacionada com o tabaco centrou-se no isolamento e desfazer-se de maços de tabaco que tinha em casa, em

que, para o controlo da situação esta mulher procura fazer algo benéfico que esteja ao seu alcance (Wise & Rundell, 2002). Todavia, o mesmo leva à solidão, um dos fatores inibidores da esperança (Pinto, 2011).

Como *características pessoais*, destacamos o *uso do sorriso e do humor*, o *ter esperança*, a *força interior* e o *ver o lado positivo da doença*, fatores pessoais que favorecem a adaptação à doença (Cardoso et al., 2009), bem como fatores promotores da esperança (Pinto, 2011). No que diz respeito a *crenças*, é mencionado o *apelo à religião* e a *superstição*. Índices favoráveis de otimismo e presença de dimensão espiritual induz padrões de respostas mais adaptativos (Ferreira et al., 2011), além da prática religiosa ser também um dos fatores promotores da esperança (Pinto, 2011), que influencia a vivência da transição (Carvalho, 2011). A abordagem positiva ao longo da transição inclui a fé e espiritualidade e promoção da esperança (Duggleby et al., 2015).

Fazer planos (curso de pastelaria, partilha de momentos, ser feliz e ter saúde, e viver um dia de cada vez) procura a relaxação, uma forma construtiva de investir na doença (Wise & Rundell, 2002), que leva à reconstrução da autoidentidade valorizada (Kralik, Visentin & van Loon, 2006) inerente ao processo transitivo, à consciência das mudanças a ocorrer (Meleis, 2010). A imprevisibilidade e a longevidade da doença são auxiliadas pelo sonho (Carvalho, 2011).

Há momentos em que os *recursos para ultrapassar a situação/dificuldades* passam pela necessidade de *ter e proteger o seu espaço, ficando em casa, levando objetos pessoais para o hospital e metendo-se na sua concha*. Trata-se o isolamento, com menos interação e participação no quotidiano (Deters, 2010), um dos sinais de sofrimento psicológico (Cardoso et al., 2009). Esta partilha permitiu a quebra desse isolamento (Pestana, 2010), permitindo uma melhor gestão dessas emoções e suporte no seu próprio espaço (Chung & Kim, 2008). Pode também denunciar o tempo necessitado pela pessoa para incorporação gradual do comportamento e sentimentos do novo papel de ser doente (Meleis, 2010), a consciencialização da situação e envolvimento na transição (Carvalho, 2011), de modo a focar-se nas tarefas de cuidados essenciais (Duggleby et al., 2015).

Entre o *Contacto com o Outro e com a Natureza*, encontramos *Animal como Terapia, Conversar e Conviver com Amigos, Dar um Passeio, Em pensamento ou através de Telefonemas, o Luto de Pessoas e Animais com ou sem doença oncológica, a partilha da sua experiência* e os *Testemunhos de sucesso na doença*. Entre estes destaca-se o *luto de pessoas e animais sem doença oncológica*, havendo distinção do *luto de pessoas e animais com doença oncológica*. Este luto refere-se, principalmente, à perda recente da

mãe; todavia, outros são recordados. Entre as pessoas com doença oncológica são mencionados *bloguers*, figuras públicas, pessoas com doença oncológica que publicaram livros e um dos seus animais de estimação, também vítima de doença oncológica. Este luto é vivido com a partilha de homenagens em textos produzidos por si, por outros, músicas ou vídeos, em dias especiais ou quando a *saudade aberta*. A experiência de perda é um dos fatores pessoais que influencia a adaptação à doença (Cardoso et al., 2009), bem como um fator inibidor de esperança (Pinto, 2011) e pode ser considerada uma mudança na família, que remete para uma transição situacional (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). O *blogue* é utilizado para memorização (Fox, 2011), havendo expressão de um luto doloroso (SFACP, 2000) no caso da mãe, com persistência da *negação emocional da perda* (Rebelo, 2007).

Conversar e Conviver com Amigos e/ou Família, Dar um Passeio e Animal como Terapia são recursos que implicam relações presenciais com pessoas que já faziam parte da vida antes do diagnóstico da doença oncológica e que até podem integrar a comunidade virtual. A sua partilha é expressão de bem-estar em que o convívio é uma estratégia de *coping*, e os amigos e familiares são o recurso suplementar para o luto da sua própria situação (SFACP, 2000), a expressão do uso da sua rede para prevenir o isolamento social (Olsen & Harder, 2010). É dado o uso do *blogue* de partilha de testemunho e fotos de interação com amigos e famílias e em viagens (Suzuki & Beale, 2006). O *animal como terapia* emerge da clara evidência do animal como companhia (Jorgensen, 1997), com vista ao bem-estar físico e pessoal (Wells, 2009). Além do contacto presencial, é mencionado o recurso à rede de familiares e amigos tanto em pensamento, acreditando que estes estão com ela, como através de telefonemas do que estão fisicamente ausentes, mas *presentes* na dificuldade.

Inspirar-se no sucesso dos outros na doença e partilhar o seu triunfo clarificam a noção de ajuda mútua, em que pessoas com situações semelhantes procuram ajudar-se entre si (Wilson, 1986; Silverman, 1990), em que há trocas de cuidados (Silverman, 1990). A vivência do mesmo problema do outro remete para o *rapport* (IGEP Brasil, 2009), em que há harmonia, similaridade ou afinidade, com vista a um clima de participação e confiança (Silva, 2006).

Ao convívio associa-se o *beber vinho, comer doces e comer fora e bem*. É clara a relevância da alimentação nas relações sociais (Daniel & Cravo, 2005), sendo que o comer bem e sem intercorrências, como a náusea e o vómito, é também uma forma de manifestação de bem-estar e de controlo da situação (Wise & Rundell, 2002).

A arte traduzida em *música*, em *fazer teatro*, na *leitura de livros escritos por pessoas com doença oncológica*, na *escrita digital*, no *coleccionismo e trabalhos manuais*, na *televisão e filmes* e no *recurso a artes de outros* (como a poesia, música e filmes). A pintura pode melhorar a qualidade de vida e a depressão (Bozcuk et al., 2017); a música e a poesia potenciam o bem-estar, estando descritos como benéficos na redução da intensidade da dor e da depressão, sendo que a poesia fomenta a esperança (Arruda, Garcia & Garcia, 2016), e o teatro melhora o *eu* de cada um no seu desenvolvimento pessoal (Azevedo, 2015). A leitura de livros escritos por pessoas com doença oncológica aporta-a na ajuda mútua, como esperança e o poder pensar de um modo mais positivo (Charepe, 2006). São estabelecidos laços sociais (Recuero, 2003, 2004b), decorrentes da comunidade virtual criada através das conexões estabelecidas através da escrita digital (Pestana, 2010; Zancheta et al. 2016). O *coleccionismo* ajudou a assegurar modos que asseguram o entretenimento (Sales, 2017). Nos períodos de maior fadiga, os recursos adequados são a *televisão e filmes*.

O *recurso a artes de outros* (*poesia, música e filmes*) englobam partilhas relacionados com os temas da *religião; informação sobre o cancro; amor, casamento e divórcio; amizade e vida*. A crença religiosa é uma das particularidades que identifica a comunidade virtual (Gradim, 2004), sendo também um dos fatores pessoais que influencia a adaptação oncológica (Cardoso et al. 2009) e as transições (Carvalho, 2011). A prática religiosa é um dos fatores promotores da esperança (Pinto, 2011). A partilha de informação sobre o cancro é uma das vantagens apontadas por Zancheta et al. (2016) na participação de uma rede social digital, que permite a ajuda do outro na busca de informação. Temos o uso do *blogue* como meio de comunicação em saúde para disseminar informação (Kim & Chung, 2007). A partilha de *posts* referentes a *amor, casamento e divórcio*, bem como a *amizade*, exprimem a importância atribuída às relações familiares, que podem traduzir o receio de abandono dos seus cuidadores (Cardoso et al., 2009). A valorização da vida é também sobressaída, resultante do estigma pela doença (Faulkner & Maguire, 1995) e do receio de morte prematura (Querido, 2005; Cardoso et al., 2009).

A *vivência da ajuda ao longo da doença* configura-se no *acompanhamento de familiares e profissional*, e no *suporte por amigas bloggers, amigos e família*. A família assume o suporte social (Shumaker & Brownell, 1984; Tilden, Hirsch & Nelson, 1994), sendo facilitador no alcance da transição saudável (Schumacher, 1995, cit. por Meleis, 2010), assumindo a *suplementação de papel* para que haja melhoria da *insuficiência de papel* da

pessoa doente (Meleis, 2010), o que corresponde a uma mudança de papéis na família (Esbeden & Thomé, 2010; Duggleby et al, 2015). Os familiares e os clínicos são considerados facilitadores nas transições por serem parceiros na autogestão do processo (Schulman-Green et al., 2012). Em relação aos profissionais, são enaltecidas características pessoais de alguns profissionais. É feita referência a enfermeiros, médicos e a técnicos de diagnóstico e terapêutica, que procuram o seu bem-estar, nas pequenas coisas, indo além do científico (Hesbeen, 2000). O enfermeiro centra-se na relação interpessoal (OE, 2001) e procura a facilitação da transição saúde e bem-estar (Meleis & Trangestein, 1994, cit. por Meleis, 2010), além de avaliar as necessidades biopsicossociais da pessoa nos períodos de transição de papéis (Meleis, 2010).

O *suporte das amigas bloggers, família e amigos*, ou o apoio, auxílio e presença física ou outra, em momentos decisivos da doença, decorre do estabelecimento de relações de cumplicidade (Rodrigues, 2004) e suporte social (Trammel et al., 2004) com pessoas fora do seu ciclo de amizades (Warschauer, 2006), com interesses comuns (Recuero, 2004a). Impera a ajuda mútua (Wilson, 1986; Silverman, 1990) numa comunidade de doentes, que envolve também familiares associados em grupos de entreajuda. O suporte familiar é promotor da esperança (Pinto, 2011) e induz padrões de resposta mais adaptativas (Ferreira et al., 2011).

A participação na rede social digital tem como benefício para a autora do *blogue* o apoio que promove uma melhor gestão da emoção, ligação e apoio (Zancheta et al., 2016), fazendo com que se sinta melhor e assim tenha maior capacidade de resolução de problemas, aproveitando o saber coletivo dos outros *bloguistas* (Zancheta et al., 2016).

As ***formas de ajuda relevantes nas transições vivenciadas*** passam pela *partilha, apelos, agradecimento/reconhecimento, comunicam e procuram agradar, ajudar e estar*. Já a ***construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue*** passa também pelos quatro primeiros conceitos e pelos *encontros*.

A *partilha* é um dos conceitos relevantes na vivência do processo de doença oncológica. Na ajuda e na rede, partilham-se *experiências e notícias das amigas bloggers, informação, músicas de textos, vídeos com significado para si, de receitas*. Já na construção da rede de ajuda mútua evidencia-se a *partilha de si*, em que se dá a conhecer *a sua experiência na doença* (comum às formas de ajuda), *a situação de saúde, os animais de estimação, de como se sente e é, confidências, família, fotos, hobbies, dia-a-dia e luto*.

A partilha de si visa a mostra da sua identidade social (Zancheta et al., 2016), o que nos permite a perceção com o significado da transição desta mulher (Benoliel, 1985, cit. por Meleis, 2010). A identidade real é adotada e, embora com *nickname*, o nome verdadeiro é apresentado (Rodrigues, 2004). À medida que a rede se vai edificando a informação pessoal identificável aumenta, o que se relaciona também com a reputação perante os pares (Goffman, 1959). Tal produz um efeito de transparência (Rodrigues, 2006), o que também é facilitador da construção da rede de pessoas numa situação delicada, como é a doença oncológica. Esta confiança permite a partilha do que é menos agradável e de confidências, recorrendo-se ao humor característica que consegue reunir um grande número de *bloguistas* e utilizadores (Rodrigues, 2004).

É manifestado o incentivo das relações formais e informais entre as pessoas doentes (Eysenbach, 2008), bem como a sua manutenção (Recuero, 2004a; Gaspar, 2005). Denota-se a cooperação e solidariedade (Silva, 2004), a partilha de informação e suporte emocional sobre o cancro (Ziebland, 2004; Ziebland et al., 2004), o apoio mútuo e criação de empatia (Demiris, 2006), em que um simples *post* sobre o estado de saúde de *um dos seus*, origina uma discussão com os que o leem, o que o torna social (Torio, 2005, Duermyer, 2016) Há um cariz duplo de comunicação (Gurak & Antonijevic, 2008), pois a maior parte dos *posts* são comentados, denotando o espaço de interação e de debate (Recuero, 2004b; Braga, 2009; Lupton, 2012).

Destaque-se a *partilha da sua experiência na doença oncológica e partilha da sua situação de saúde*, pois numa comunidade de doentes procura-se a resolução de problemas semelhantes, partilha de informações e apoio mútuo (Demiris, 2006). Desta forma, a pessoa sintoniza-se com o outro, ou seja, há *rapport* (IGEP Brasil, 2009), que pode ser atingido com o *espelhamento*, pois é dada a possibilidade de utilizar a realidade do outro de um modo que a modifique (Bandler & Grinder, 1982). Há também permuta de recursos e cuidados, que caracteriza a ajuda mútua (Silverman, 1990).

O *apelo à religião* é o mais evidente, sendo que as crenças de cariz religioso influenciam as transições (Carvalho, 2011), integram-se nos fatores pessoais que influenciam a adaptação à doença oncológica (Silva & Santos, 2010) e nos fatores promotores da esperança (Pinto, 2011). A partilha de uma crença religiosa distingue também uma comunidade (Gradim, 2004), desenvolvendo a construção da sua identidade coletiva (Correia, 2003; Gurak & Antonijevic, 2008).

Refira-se ainda a expressão da dimensão pública da doença oncológica (Giddens, 2007), em que são divulgadas *iniciativas de sensibilização para a doença* através de associações

de doentes, muitas delas com natureza de ajuda à pessoa doente. Estas associações refletem a mudança verificada nos grupos tradicionais de prestação de ajuda, refletindo um espírito de solidariedade, o que se traduz na ajuda mútua (Levine & Perkins, 1987).

Emerge também entre os *apelos a sensibilização para a doença através do teatro*. Dado que o grupo de teatro inclui apenas pessoas com doença oncológica e seus familiares, assume um duplo sentido: a autoajuda dos seus intervenientes em que a arte é também terapia (Azevedo, 2015) e a ajuda do outro, da comunidade pela sensibilização da doença. Acresce ainda a intitulação do projeto como promotor da esperança no outro.

Agradece-se a Amigos Presenciais e Internautas, Família, Enfermagem, Jornalista, Voluntários e Sem Especificar, sendo que o destaque vai para os primeiros, confirmando o uso da Internet como comunidade, na forma de grupo de ajuda mútua virtual (Eysenbach, 2003), neste caso numa comunidade virtual de doentes (Demiris, 2006), em que impera o apoio mútuo e a criação de empatia.

A comunicação como *forma de ajuda relevante nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica e como construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue* integra os seguintes conceitos: *escrevem mails, trocam mensagens e posts nos blogues; fazem e dedicam poemas, lamentam a perda; mensagem positiva, otimismo, melhoria, pedem e dão conselhos, telefonam para as amigas; manifestações de afeto e, uso da rede*.

Além destes, a *construção da rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue* integra ainda: *pedem desculpas; clima; posts dirigidos sobre outros blogues/leitores; Saudações; Dias da Semana; Recurso ao humor e, questões informáticas: usos e problemas*. A comunicação virtual assume-se assim como um meio de colaboração e interação entre as pessoas (Leiner et al., 2003). A difusão na rede de poemas e mensagens positivas tem inerente a promoção da esperança no outro, considerado fator promotor de esperança (Pinto, 2011). De referir que mesmo com a comunicação a ser estabelecida através do *blogue*, a mesma não é diferida, pois alguém da rede responde, o que torna viável a interação imediata (Dan Li, 2005; Schiltz, Truyen, Coppens, 2007). Todavia, há necessidade de uma comunicação mais próxima, pelo que se adotam outras formas de comunicação, como os telefonemas, que permitem maior privacidade, podendo também ser uma forma de anteceder o encontro presencial.

Os *abraços, os beijos, os mimos virtuais* indicam a relação de proximidade entre as pessoas da rede, bem como um carinho mútuo que caracteriza o suporte social, bem como

o suporte social, o processo de cuidar entre duas ou mais pessoas (Shumaker & Brownell, 1984; Tilden, Hirsch & Nelson, 1994).

O *uso da rede* como forma de ajuda e na construção da própria rede denota a existência de trocas e estabelecimento de laços sociais (Recuero, 2003, 2004b), em que a ajuda ocorre independentemente da localização geográfica, nomeadamente com a realização do primeiro cartaz de divulgação do Teatro Rosa Esperança.

À medida que a comunidade virtual se vai desenvolvendo, emerge uma *linguagem própria da rede*, que caracteriza a identidade do grupo e representa a união e a cumplicidade entre os seus constituintes. Essa linguagem integra códigos de linguagem e alcunhas, muitos deles, com início em encontros físicos. São utilizados códigos e são atribuídas alcunhas, o que conduz ao *desenvolvimento de união e cumplicidade*. O desenvolvimento da comunidade virtual acompanhou o desenvolvimento das *redes sociais*, tendo emergido o conceito *Passam a comunicar via facebook*, verificando-se a existência de dois grupos secretos no facebook, cujos lemas espelham a identidade dos *blogues* e integram diversos elementos da rede em estudo, sendo que muitos deles foram considerados dominantes na rede.

Destacamos mais uma vez o *recurso ao humor*, como conceito na *construção da rede social*, na forma escrita, o que traduz o progresso na transição (Meleis, 2010). Além disso, cativa o leitor (Hookway, 2008) e cria uma dinâmica de comentários no *blogue*, construindo uma audiência (Kress et al., 2013).

O último conceito proveniente nas formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas é *procuram agradar, ajudar e estar*, o que remete para a entreatada de pares (Demiris, 2006). Do conceito *procuram agradar, ajudar e estar* surgem os conceitos: *fazem comida do agrado do outro; preocupação/disponibilidade em ajudar e estar; Preocupação com os outros bloggers; trocam ações e mimam-se; visitam-se no hospital; voluntariado*. Esta amizade, esta ajuda vai além do virtual, e já envolve presença física (Gaspar, 2005; Giddens, 2007; Schmidt, 2007), dando origem ao conceito *Encontram-se na construção da rede*. Do agendamento virtual, passa-se ao encontro físico, com encontros em diferentes pontos do país organizados pelas *bloguistas*. Estas junções podem também passar por almoços, ou lanches entre as que moram próximo, ou no caso de alguém viajar para um determinado local combinam o encontro. Apesar de mais de dez anos após a criação do primeiro *blogue* na rede em estudo, o grupo permanece unido e com o mesmo propósito: a ajuda mútua da pessoa em situação semelhante.

Os *efeitos da rede social na pessoa e na sociedade* passam, por um lado pelos conceitos *emociona-se e tem saudades; dar sentido positivo à doença e à rede; revê-se na experiência dos outros bloguer; no encarar a doença e ultrapassar as dificuldades; criação de laços de amizade para a vida*; por outro, e em relação à sociedade, *diversas manifestações artísticas, São notícia, Desenvolvem Produtos, Promovem/Participam em Eventos Sociais, e Procuram/Fazem Parcerias*.

A participação na rede digital social permite uma melhor gestão da emoção (Zancheta et al., 2016), a libertação de sentimentos/emoções intensas, criando a oportunidade de verem as reações das outras pessoas (McKenzie, 2008). Assiste-se ao *rapport* e ao *espelhamento*, sendo manifestada a saudade das pessoas da rede fruto da sua coesão. O sentimento de pertença à comunidade leva a que a doença passe a ser vista como positiva, pois de outra forma não se daria a oportunidade de integrar a comunidade *online* de pessoas com doença oncológica (Keim-Malpass & Steeves, 2012). Acresce ainda a influência social sobre a adesão ao tratamento, em que o consenso do tratamento é associado positivamente à perceção da sua eficácia. As pessoas socialmente mais ligadas têm menos probabilidade de serem influenciadas pelo consenso do medicamento (Yan & Tan, 2017).

Os efeitos na sociedade da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do *blogue* integram os conceitos: *diversas manifestações artísticas, São notícia, Desenvolvem Produtos, Promovem/Participam em Eventos Sociais, e Procuram/Fazem Parcerias*. Entre as diversas manifestações artísticas, destaca-se o teatro, emergente de um dos encontros físicos entre bloguistas, de onde nasceu o Projeto Rosa Esperança, que integrou além dos bloguistas os seus familiares. Este projeto, bem como as restantes manifestações artísticas que surgem do grupo de teatro, procurou aliar o humor ao teatro, juntamente com a sensibilização para a doença. A peça de teatro esteve em cena durante três anos, com digressões por todo o país. Associado ao teatro, sucederam-se as produções fotográficas, com exposições, também em diversos pontos do país, e a participação de conceituados fotógrafos com prémios internacionais. Foram realizados vídeos para divulgação do projeto com partilha nos diversos *blogues* e, através de parcerias, foram criados um perfume e um vinho *Rosa Esperança*, organizaram-se eventos como um Jantar de Gala. Estas iniciativas contaram com a participação de figuras públicas, como atrizes, estilistas portuguesas e até um membro do Governo.

O projeto criou o seu próprio *blogue* para divulgação das suas atividades e, à semelhança do voluntariado exercido por alguns dos seus membros no apoio na vivência da doença

oncológica, rapidamente chegou a diversos meios de comunicação social, onde se incluem jornais, rádios e televisões locais, nacionais e internacionais, bem como *sites* informativos, entre os quais relevamos a notícia no Jornal Metro México e Rússia (Moscou e São Petersburgo).

Além destas atividades, foram também promovidos eventos para a promoção da causa, como a participação em corridas, e a organização de encontros que iam além dos bloguistas.

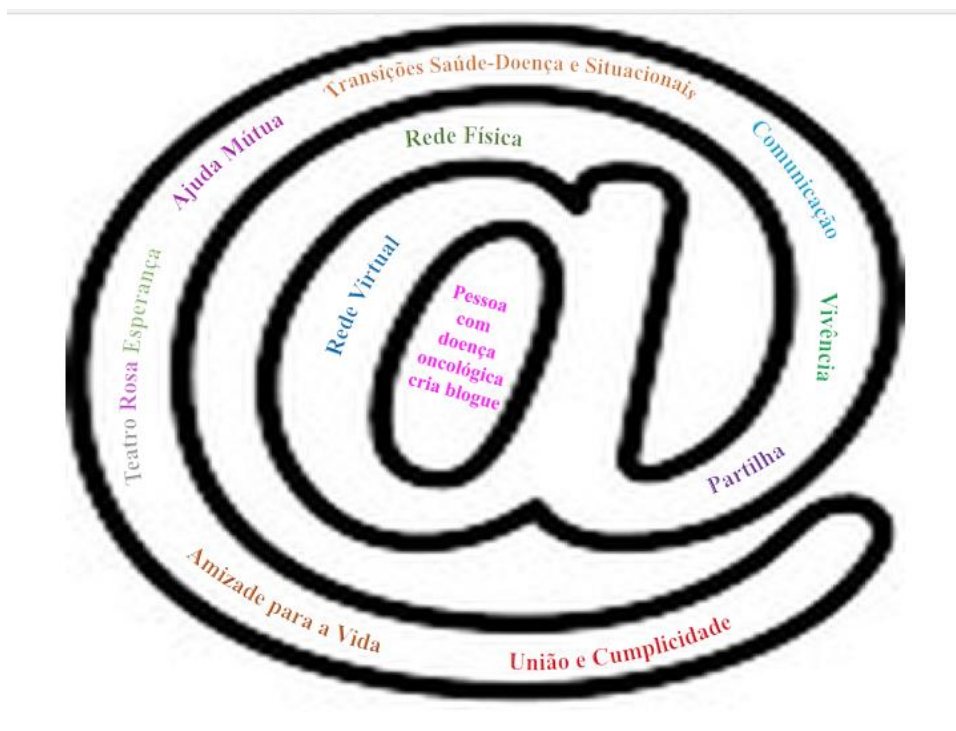
Toda esta articulação na e com a comunidade, que vai além da comunidade virtual, são facilitadores das transições (Meleis et al., 2010) das pessoas com doença oncológica. Esta estrutura social coletivamente criada (Demiris, 2006), desenvolveu uma identidade, com uma ideologia dominante e uma afinidade nas relações sociais estabelecidas (Rodrigues, 2006) e permitiu a entajuda entre pares (Demiris, 2006). A passagem para a rede física veio confirmar os seres vivos são componentes de redes menores, havendo redes dentro de redes (Capra, 1997). A Internet foi o meio de disseminação de informação, sem barreiras geográficas (Leiner et al., 2003), permitindo o estabelecimento de novos relacionamentos (Antunes, Castro & Mealha, 2005).

Como limitação do estudo apontamos o facto de não ter sido feita uma análise mais aprofundada da migração da rede para o facebook e outras redes sociais.

Este estudo centra-se na pessoa com doença oncológica, pelo que seria de interesse estudar se esta realidade ocorre noutras situações de doença.

Ao concluirmos este processo e, de modo a termos um modelo explicativo para a realidade (Chauí, 2000), tendo como centro a construção humana (Charmaz, 1995), procurámos a composição de um modelo paradigmático decorrente da criação da teoria sobre os padrões de ação e interação entre vários tipos de unidades sociais, sobre os processos decorrentes das mudanças ao fenómeno em estudo (Strauss & Corbin, 2015). Este modelo explicativo foi designado por *Modelo @*, pois o início do processo dá-se com a criação de um blogue pela pessoa com doença oncológica, que entra no mundo da *blogosfera*, criando a sua rede virtual. Esta passa a *ser real*, construindo-se a *rede física*. Este processo tem inerente a *partilha* da *vivência* da doença. Através de diferentes formas de *comunicação*, nas diferentes *transições saúde-doença e situacionais*, com vista à *ajuda mútua*. Chega à sociedade através do *Teatro Rosa Esperança*, com uma *amizade para a vida*, que só é possível graças à *união e cumplicidade* que se desenvolveu ao longo de mais de uma década e que ainda persiste (Figura 43).

Figura 43 – Modelo @



Este modelo leva-nos à importância de uma Enfermagem Focada na Rede (*Network-Focused Nursing*) (Olsen & Harder, 2010), onde se poderá intervir para ir ao encontro das necessidades da pessoa com doença oncológica. Ao considerarmos as relações sociais da pessoa doente poderemos intervir junto da mesma, recorrendo a essa rede, ao longo da sua trajetória de doença. Ao compreender como funciona a sua rede social, o enfermeiro pode intervir com a mesma para o suporte social da pessoa e, assim, ser facilitador da transição. Esta forma de intervenção vai além da pessoa e família, com uma abordagem holística do cuidado, podendo interceder em fatores que influenciam a saúde, a recuperação e o bem-estar. Procura-se ser facilitador de conexões entre a pessoa doente e as pessoas significativas da sua rede (Olsen & Harder, 2010). É neste sentido que, em termos de investigações futuras, propomos o desenvolvimento de um projeto de investigação-ação que vise o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem Focada na Rede. Através do recurso à análise de redes sociais, além da família, poder-se-á trabalhar com a egorede dessa pessoa e potenciar as características de cada elemento com vista à transição saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, P. (1994) *O trabalho de projecto e a relação dos alunos com a matemática – a experiência do projecto MAT789*. Lisboa: APM.

Abreu, K. C. K. (2009) *História e usos da Internet*. Biblioteca on-line de ciências da comunicação – bocc. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/abreu-karen-historia-e-usos-da-internet.pdf>

Adler, C.L.; Zarchin, Y.R. (2002) *The "virtual focus group": using the Internet to reach pregnant women on home bed rest*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 31: 418–427.

Aguilar, L. F.; Nunez, F. R. (2017, maio, 29) *Objetivo General y los Objetivos Específicos*. Disponível em: <http://invcualitativa.es.tl/Objetivo-General-y-Especifico.htm>

Ahern, N. (2005) *Using the Internet to conduct research*. Nurse Researcher, 13 (2), 55 - 70

Alaszewski, A. (2006) *Using Diaries for Social Research*. London: Sage Publications

Alves, S. (2013) *É possível rir do cancro? Ex-doente diz que sim*. Jornal de Notícias, 15/05/2013. Disponível em <http://www.jn.pt/sociedade/saude/interior/e-possivel-rir-do-cancro-exdoente-diz-que-sim-3219221.html?id=3219221>

Allen, C. (1996) *What's wrong with the Golden Rule? Conundrums of Conducting Ethical Research in Cyberspace*. The Information Society. 12 (2), 175 – 188.

Amaral, A.; Recuero, R., Montardo (2009) *Blogs: mapeando um objeto*. In: Amaral, A.; Recuero, R., Montardo (Orgs) (2009) *Blogs.com Estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial, p. 27 – 54.

American Nurses Association (ANA) (2001) *Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements*. Disponível em: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf>

American Nurses Association (ANA) (2011) *6 Tips for Nurses Using Social Media*. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/Social-Media/Social-Networking-Principles-Toolkit/6-Tips-for-Nurses-Using-Social-Media-Poster.pdf>

American Psychological Association (APA) (2010) *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Disponível em: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

American Sociological Association (ASA) (1999) *American Sociological Association Code of Ethics and Policies and Procedures of the ASA Committee on Professional Ethics*. Disponível em: <http://www.asanet.org/images/asa/docs/pdf/CodeofEthics.pdf>

Amiguinho, A. (1992) *Formação e inovação. O projecto ECO em Arronches: um estudo de caso centrado na vivência e na apropriação do percurso de formação pelos professores*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Mestrado).

Amorim, P. (2008) *Luta Titânica. Eu e o Cancro....* (2ª Ed.) Coimbra: Palimage.

Anahory, K. (2006) *Os Blogs: uma moda ou um novo meio de comunicação e informação?*. Disponível em http://sol.sapo.pt/blogs/anahory/archive/2006/09/23/Os-Blogs_3A00_-uma-moda-ou-uma-nova-forma-de-comunica_E700E300_o_3F00_.aspx

Antunes, M. J.; Castro, E. A.; Mealha, O. (2001) *Tecnologias da Comunicação e Informação na reconfiguração das redes de relações dos sujeitos*. Biblioteca on-line de ciências da comunicação – bocc. Disponível em <http://bocc.ubi.pt/pag/antunes-maria-joao-reconfiguracao-redes.html>

Antunes, M. J.; Castro, E. A.; Mealha, O. (2005) *Implicações sócio-espaciais das interações on-line*. Livro de Actas – 4º SOPCOM, 1506 – 1518. Biblioteca on-line de ciências da comunicação – bocc. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/antunes-castro-mealha-implicacoes-socio-espaciais-interacoes-on-line.pdf>

Aquino, M. C. (2009) *Os blogs na web 2.0: representação e recuperação coletivas de informação*. In: Amaral, A.; Recuero, R., Montardo (Orgs) (2009) *Blogs.com Estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial, p. 237 – 256.

Arruda, M. A. L. B.; Garcia, M. A.; Garcia, J. B. (2016) *Evaluation of the Effects of Music and Poetry in Oncological Pain Relief: A Randomized Clinical Trial*. Journal of Palliative Medicine, 19 (9), 943 – 948.

Azevedo, M. T. M. (2015) *Teatro-Terapia: Reflexões sobre a Prática Teatral com Jovens com Asperger (Estudo de Caso)*. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Estudos de Teatro. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Disponível em: https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=723449.

Baggio, M. A.; Erdmann, A. L. (2011) *Teoria Fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil*. Revista de Enfermagem Referência, III Série, Nº 3, 177 – 185.

Bakardjeva, M.; Feenberg, A. (2001) *Involving the virtual subject*. Ethics and Information Technology, 2 (4), 233 – 240.

Bakardjeva, M.; Feenberg, A.; Goldie, J. (2004) *User-centred Internet Research: the Ethical Challenge*. In: BUCHANAN, E. (Ed) Readings in virtual research ethics: Issues and Controversies. Hershey, PA: Idea Group Inc., 338 – 350.

Baker, J.; Moore, S. (2011) *Creation and Validation of the Personal Blogging Style Scale*. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14 (6), pp. 379 – 385.

Bakos, A. D.; Hutson, S. P.; Loud, J. T.; Peters, J. A.; Giusti, R. M.; Greene, M. H. (2008) *BRCA mutation-negative women from hereditary breast and ovarian cancer families: a qualitative study of the BRCA-negative experience*. *Health Expectations*, 11 (3), 220 – 231.

Bailyn, L. (2015) *Qualitative/Quantitative: What is the Difference?* In: Walsh, I.; Holton, J.; Bailyn, L.; Fernandez, W.; Levina, N.; Glaser, B. (2015) *What Grounded Theory Is... A Critically Reflective Conversation Among Scholars*. *Organizational Research Methods*, 18 (4), 581 – 599.

Ball, M.; Douglas, J.; Lunin, L. F. (1988) *Informatics and education in the Health Professions*. *Journal of the American Society for Information Science*, 39 (5), 344 – 347.

Baltazar, N. (2009) *Weblogues. Potencialidades e problemáticas na sua utilização no ensino*. Disponível em: http://www.intermidias.com/txt/ed56/Comunicacao_Educacao_Weblogues_Baltazar2.pdf

Bandler, R.; Grinder, J. (1982) *Sapos em príncipes: programação neurolinguística*. São Paulo: Summus.

Baptista, J. (2004) *O Fenómeno dos Blogues em Portugal. Estudo realizado no âmbito da minha Tese de Licenciatura em Comunicação Social, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas*. Disponível em: <http://seminarioinvestigacao.blogspot.com/>

Barbosa, E.; Granado, A. (2004) *Weblogs, Diário de Bordo*. Porto: Porto Editora.

Bardin, L. (2013) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Basto, M. L. (2008) *Investigação em Enfermagem – Temáticas actuais a nível académico*. In: *Colectânea do Projecto ICE, Canárias*.

Bell, J. (1997) *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Berger, J. M. (1985). *Crisis intervention: A drop-in support group for cancer patients and their families*. *Social Work in Health Care*, 10, p. 81–92.

Berners-Lee, T.; Cailliau, R.; Luotonen, A.; Nielsen, H.; Secret, A. (1994). *The World-Wide Web*. *Communications of the ACM*, 37 (8), pp. 76-82.

Bishop, S. M. (2004) *História e Filosofia da Ciência (Capítulo 3)*. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (5ª Ed.) (2004) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teoria de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, 35 – 45.

Blogs Portugal (2017, 27 abril) *Totais da Plataforma*. Disponível em: <https://blogsportugal.com/estatisticas>

Blood, R. (2000) *Weblogs: a history and perspective*. Rebeca's Pocket, 7th September 2000. 25th October 2006. Disponível em http://www.rebeccablood.net/essays/weblog_history.html

Blood, R. (2002) *The weblog handbook: Practical advice on creating and maintaining your blog*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.

Blumer, H. (1978) *Methodological Principles of Empirical Science*. In: DENZIN, N. K. (2006) *Sociological Methods: a Sourcebook*. New York: Mc Graw-Hill.

Blumler, J. G. (1979) *The role of theory in uses and gratifications studies*. *Communication Research*, 6, p. 9 – 36.

Bogdan, R.; Biklen, S. (2013) *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora. ISBN 978-972-0-34112-9

Bourdieu, P. (1980) *Le capital social: notes provisoires*. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, p. 2 – 3.

Borgatti, S.P. (2002) *Netdraw Network Visualization*. Analytic Technologies: Harvard, MA.

Borgatti, S.P., Everett, M.G.; Freeman, L.C. (2002). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.

Boshier, R. (1990) *Socio-psychological factors in electronic networking*. *International Journal of Lifelong Education*, 9 (1), 49 – 64.

Bowker, N.; Tuffin, K. (2004) *Using the Online Medium for Discursive Research about People with Disabilities*. *Social Science Computer Review*, 22 (2): 228 – 241.

Bozcuk, H.; Ozcan, K.; Erdogan, C.; Mutlu, H.; Demir, M.; Coskun, S. (2017) *A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolour painting*. *Complementary Therapies in Medicine*, 30, 67 – 72.

Braga, A. (2009) *Teoria e método na análise de um blog: o caso Mothern*. In: amaral, A.; Recuero, R., Montardo (Orgs) (2009) *Blogs.com Estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial, p. 75 -

Brant, J.; Blaseg, K.; Aders, K.; Oliver, D.; Gray, E.; Dudley, W. (2016) *Navigating the Transition From Cancer Care to Primary Care: Assistance of a Survivorship Care Plan*. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 710-719.

Brooten, D.; Naylor, M. D. (2010) *Chapter 9 Transitional Care Model. 9.2. Transitional Environments*. In: In: Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 465 – 480.

Bruckman, A. (2002) *Ethical guidelines for research online. Version 4/4/2002*. Disponível em: <http://www.cc.gatech.edu/~asb/ethics/>

Bruun, P.; Pedersen, B. D.; Osther, P. J.; Wagner, L. (2010) *Prostate cancer: friend or enemy. Part one, the son*. *International Journal of Urological Nursing*, 4 (2), 62 – 69.

Burr, V. (3rd Ed.) (2015). *An introduction to Social Constructionism*. London: Routledge. ISBN: 978-1-8472-191-3.

Burt, R. S. (1995) *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press.

Büyüktür, A. G.; Ackerman, M. S. (2015) *Issues and opportunities from speciality care: a field study of bone marrow transplant*. Behaviour & Information Technology, 34 (6), 566 – 584.

Calishain, T. (2016) *Blogging. Na old format, still going Strong*. Onlinesearcher.net, May-June, p. 42 – 45.

Campos, Alexandra (2001) *A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19 (1), 77 – 78.

Canavilhas, J. M. (2004) *A Internet como Memória*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/canavilhas-joao-internet-como-memoria.pdf>

Canavilhas, J. (2005) *A Saúde na blogoesfera portuguesa*. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/texto.php?html2=canavilhas-joao-blogues-saude.html#htoc6>

Canavilhas, J. (2006) *Blogues Políticos em Portugal: o dispositivo criou novos actores?* Disponível em http://www.labcom.ubi.pt/agoranet/06/canavilhas_bloguespoliticosportugal.pdf

Capra, F. (1997) *The Web of Life – A New Synthesis of Mind and Matter*. London: Flamingo. ISBN 9780006547518

Capra, F. (2003) *As Conexões Ocultas*. São Paulo: Idesa. Disponível em http://www.abepro.org.br/arquivos/websites/1/AA_Conex%C3%B5es_Ocultas.pdf

Cardoso, G.; Luengo, A.; Trancas, B.; Vieira, C.; Reis, D. (2009) *Aspetos psicológicos do doente oncológico*. Psilogos.2008/2009, 6 (2)/7(1-1), 8 – 18.

Carmo, H.; Ferreira, M. M. (2008) *Metodologia da Investigação. Guia para a auto-aprendizagem*. (2^a Ed.) Lisboa: Universidade Aberta.

Carusi, A. (2008) *Data as representation: beyond anonymity in e-research ethics*. International of Journal of Internet Research Ethics, 1 (1), 37 – 65.

Carvalho, M. A. (Org.) (2008) *Manual de Ferramentas da Web para Professores 2.0*. Lisboa: Ministério da Educação, Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.

Carvalho, M. S. (2011) *A transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical*. Onco.News, Ano V, Nº 17, 9 – 17.

Casmarrinha, M. J. L. (2008) *Familiares do Doente Oncológico em Fim de Vida dos Sentimentos às Necessidades...* Tese de Dissertação do Curso de Mestrado em Oncologia do Instituto Português de Oncologia – Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto e Thomas Jefferson University – USA. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7169>

Castells, M. (2011) *A Sociedade em Rede. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura*. Vol I (4ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-1411-9.

Changrani, J., Lieberman, M., Golant, M., Rios, P., Damman, J.; Gany, F. (2008). Online cancer support groups: experiences with underserved immigrant Latinas. *Primary Psychiatry*, 15(10), 55-62.

Charepe, Z. B. (2006) *O encontro com a ajuda mútua. Percepções de pais de crianças com doença crónica*. (Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde) Lisboa: Universidade Aberta. Disponível em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/7171/LC201.pdf>

Charmaz, Kathy (1995) *Between Positivism and Postmodernism: Implications for methods*. *Studies in Symbolic Interaction*, Vol. 17, 43 – 72

Charmaz; K. (2009) *A Construção da Teoria Fundamentada. Guia Prático para Análise Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Chauí, M. (2000) *Convite à Filosofia*. São Paulo: Editora Ática.

Chaumier, J. (2002) *Les Techniques Documentaires*. Paris, Presses Universitaires France.

Chaumier, J.; Van Dijk, B. (1997) *L'Analyse Documentaire ou la Valorisation des Documents*. *Recherche em soins infirmiers*, 50, 99 – 102.

Cheung, C. (2000) *A home on the web: Presentations of the self in personal homepages*. In: Gauntlett, D. (2000) (Eds) *Web Studies: Rewiring media studies for the digital age*. London: Arnold, 43 – 51.

Chinn, P. L. (1990) *Research Innovations: A contradiction of terms*. *Advances in Nursing Science*, 2 (3), vi.

Chung, D.; Kim, S. (2008) *Blogging Activity Among Cancer Patients and Their Companions: Uses, Gratifications, and Predictors of Outcomes*. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 59(2), 297 – 306.

Clark, P. (2008) *Writing Tools. 50 Strategies for every writer*. USA, New York: Little, Brown and Company. ISBN 978-0-316-01499.

Cobo Romani, C.; Pardo Kukliński, H. (2007) *Planeta Web 2.0. Inteligencia colectiva o medios fast food*. Group de Recerca d'Intercaccions Digitals, Universitat de Vic. Flacso México. Barcelona /México DF. ISBN 978-84-934995-8-7.

Coleman, J. (1988) *Social Capital in the Creation of Human Capital*. American Journal of Sociology, 94, p. 95 – 120.

Comm, J. (2006) *Getting Started with Blogging and Google AdSense*. Disponível em <http://www.adsense-secrets.com/blogging.pdf>

Connell, S., Patterson, C.; Newman, B. (2006). *Issues and concerns of young Australian women with breast cancer*. Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer, 14(5), 419-426

Correia, J. C. (2003) *Alice nas janelas do ecrã: algumas reflexões sobre identidade e género na era da net*. Agora Net – Revista de Novos Media e Cidadania, Nº 3. Disponível em <http://labcom-ifp.ubi.pt/files/agoranet/03/correia-joao-carlos-alice-nas-janelas-do-ecra.pdf>

Cortella, M. S. (2010) *Qual é a tua Obra? Inquietações Propositivas sobre gestão, liderança e ética*. (11ª Ed.). Petrópolis, TJ: Vozes.

Corti, L. (1993, March). Using diaries in social research. *Social Research Update*, Issue 2. Disponível em: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU2.html>

Costa, A.; Almeida, D. V. (2009) *Reflexões sobre as novas configurações espaciais: a emergência do ciberespaço e suas implicações sobre o espaço urbano*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-adenilson-ciberespaco.pdf>

Costa, J. H. (2011) *Entre a estrutura e a ação, melhor a relação: para pensar a análise de redes sociais*. Revista Espaço Acadêmico, Ano X, Nº 117, Fev. 2011, p. 123 – 130.

Costa, M. A. M. (2001) *O Ensino de Enfermagem e o Desenvolvimento da Profissão*. Revista Sinais Vitais, 37, Jul., pp. 8 – 10.

Costa, A. P.; Linhares, R.; Neri de Souza, F. (2012) *Possibilidades de Análise Qualitativa no WebQDA e Colaboração entre Pesquisadores em Educação em Comunicação*. 3º Simpósio Educação e Comunicação. In: Inclusão: Possibilidades de ensinar e aprender. Edição Internacional. 17 a 19 de setembro de 2012. ANAIS: 276 – 286.

Cotton, A. (2003) *The discursive field of Web-Based health Research. Implications for Nursing Research in Cyberspace*. Advances in Nursing Science, 26 (4), 307 – 319.

Crosbie, T. (2006) *Using Activity Diaries: Some Methodological Lessons*. Journal of Research Practice. Vol. 2, Nr. 1, Article D1, 2006. Disponível em: <http://jrp.icaap.org/index.php/jrp/article/view/22/42>

Cruz, S. (2008) *Blogue, YouTube, Flickr e Delicious: Software Social*. In: Carvalho, M. A. (Org.) (2008) *Manual de Ferramentas da Web para Professores 2.0*. Lisboa: Ministério da Educação, Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. p. 15 – 40.

Cruz, S.; Carvalho, A. (2006). *Weblog como Complemento ao Ensino Presencial no 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico*. Revista Prisma.com - Revista de Ciências da Informação e da Comunicação do CETAC, pp. 64 - 87.

Cudney, S.A.; Weinert, C. (2000) *Computer-based support groups: nursing in cyberspace*. Computers in Nursing, 18 (1), 35 – 43.

Damáσιο, C.; Nunes, L.; Sobral, J. M. (2014) *A análise de Redes Sociais no estudo do processo da construção da ajuda mútua da pessoa com doença oncológica com blogue*. REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales, 25 (1), 153 -189.

Damáσιο, C. P.; Nunes, L. (2016) *Recurso a blogues na investigação. Questões éticas e jurídicas*. Disponível na Escrytos, em: <https://www.leyaonline.com/pt/livros/saude/recurso-a-blogues-na-investigacao-ebook/>

Damáσιο, C. S. S. P. (2009) *“Blogue” : uma nova forma de ajuda mútua da pessoa com doença oncológica*. Trabalho realizado para candidatura ao concurso de provas públicas para recrutamento de dois lugares para professor-adjunto, para a área científica de Ciências de Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria, conforme o Edital nº 540/2009, publicado no Diário da República, 2ª Série, Nº 102, de 27 de Maio, páginas 21219 e 21220. Documento policopiado.

Damáσιο, M. J. (2005) *Estratégias de uso e consumo dos novos media: audiências fragmentadas e novas audiências*. Livro de Actas – 4º SOPCOM, p. 1425 – 1435.

Dan Li, B. A. (2005) *Why do you blog: a uses-and-gratification inquiry into bloggers' motivations*. Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School, Marquette University, in Partial Requirements for the Degree of Master of Arts. Disponível em: http://commonsenseblog.typepad.com/common_sense/files/Li_Dan_Aug_2005.pdf

Daniel. J. M. P.; Cravo, V. Z. (2005) *Olhares Antropológicos sobre a alimentação. Valor social e cultural da alimentação*. In: Canesqui, A. M.; Garcia, R. W. D. (Orgs) (2005) *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editira Fiocruz, 57 – 68.

Dantas, C. C.; Leite, J. L.; Lima, S. B. S.; Stipp, M. A. C. (2009) *Teoria Fundamentada nos Dados – Aspetos Conceituais e Operacionais: Metodologia Possível de ser aplicada na pesquisa em Enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17 (4), 573 – 579.

Decreto-Lei nº 104/1998. D.R. I Série A nº 93 (1994 – 04 – 09) 1739 – 1757.

Decreto-Lei nº 244/2002. D.R. I Série A nº 255 (2002 -11 - 5) 7101 – 7103.

Degenne, A.; Forsé, M. (1994) *Les réseaux sociaux: une analyse structurale en sociologie*. Paris: Armand Colin.

Delgado, J. M.; Gutiérrez, J. (3ª Ed.) (1999) *Métodos Y Técnicas Qualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Ed. Síntesis.

Demiris, G. (2006). *The diffusion of virtual communities in health care: concepts and challenges*. Patient Education and Counseling, 62, 178-188.

Demiris, G. (2016) *Consumer Health Informatics: Past, Present and Future of a Rapidly Evolving Domain*. Yearbook of Medical Informatics, Suppl 1S42_S47. Doi: 10.15265/iYS-s005.

Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (2005) *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. USA: Sage Publications.

Dey, I. (1999) *Grounding Grounded Theory. Guidelines for Qualitative Inquiry*. USA: Academic Press

Deroy-Pineau, F. (1994) *Reseaux Sociaux: bibliographie commentée*. Montréal: Université de Montréal.

Deshaies, B. (1997) *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Deters, G. E. (2010) *Cancro*. In: Monahan, Sands, Neighbors, Marek, Green. (2010) *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspectivas de Saúde e Doença*. Lisboa: Lusociência, 525 – 580.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2017, maio, 16) *Transição*. Disponível em: <https://www.priberam.pt/DLPO/transi%C3%A7%C3%A3o>

Dickerson, S. S.; Feitshans (2003) *Internet Users Becoming Immersed in the Virtual World*. Computers, Informatics, Nursing, 21 (6), 300 – 308.

Direção Geral da Saúde (2013) *Portugal. Doenças Oncológicas em Números – 2013. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015) *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

Doumit, M., Huijter, H., Kelley, J., El Saghir, N., Nassar, N. (2010). *Coping with breast cancer: a phenomenological study*. Cancer Nursing, 33(2), E33-E39.

Draucker, C.; Martsolf, D.; Ross, R.; Rusk, T. (2007) *Theoretical Sampling and Category Development in Grounded Theory*. Qualitative Health Research, Vol. 17, Nr 8, Oct. 2007, 1137 – 1148

Dubos, R. (1963) *La santé et la condition humaine*. Prospective, Nº 10, Déc. 1963, p. 39 – 56.

Duermyer, R. (2016, 2th November) *Blogging – What is it?*. The balance. Disponível em: <https://www.thebalance.com/blogging-what-is-it-1794405>

Duffy, M. E. (2002) *Methodological Issues in Web-based research*. Journal of Nursing Scholarship, 34 (1), 83 – 88.

Duggleby, w.; Thomas, J.; Montford, K. S; Thomas, R.; Nekolaichuck, C.; Ghosh, S.; Cumming, C.; Tonkin, K. (2015) *Transitions of male partners of women with breast cancer: hope, guilt, and quality of life*. Oncology Nursing Forum, 42 (2), 134 – 141.

Ekwall, E.; Ternestedt, B.; Sorbe, B. (2010) *Chaptar 7 Health and Illness Transitions. 7.4. Recurrence of Ovarian Cancer – Living in limbo*. In: Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 347 - 358.

Elliot, H. (1997) *The use of Diaries in Sociological Research on Health Experience*. Sociological Research Online, 2 (2), Disponível em: <http://www.socresonline.org.uk/2/2/7.html>

Emerton, M. (2003) *Ethical and Methodological Problems in Online Research*. Disponível em: <http://www.cddc.vt.edu/aoir/ethics/public/ethmed.pdf>

Esbensen, B. A.; Thomé, B. (2010) *Being next of kin to an elderly person with cancer*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24, 648 – 654.

Esposito, A. (2012) *Research ethics in emerging forms of online learning: issues arising from a hypothetical study on a MOOC*. Eletronic Journal of e-Learning. Vol. 10, Issue 3, p. 315 - 325

Euler, L. (1736) *Solutio problematic ad Geometriam Situs*. Disponível em: <http://www.math.dartmouth.edu/~euler/docs/originals/E053.pdf>

Eysenbach, G. (2003). *The impact of the Internet on cancer outcomes*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 53, 356-371.

Eysenbach, G. (2008). *Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and openness*. Journal of Medical Internet Research, 10(3) e 22.

Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C. e Stern, A. (2004). *Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions*. BMJ, 328, 1166-1172.

Eysenbach, G.; Till, J. E. (2001) *Ethical Issues in qualitative research on internet communities*. British Medical Journal, 323, 1103 – 1105.

Faulkner, A.; Maguire, P. (1995) *Talking to Cancer Patients and their Relatives*. UK: Oxford University Press.

Fernandes, E.; Maia, A. (2001) *Grounded Theory*. In: Fernandes, E. M.; Almeida, L. S. (2001) *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia. p. 49-76. ISBN 972-8098-98-7

Fernandez, W. (2015) *How can we take advantage of the GT Methodology?*. In: Walsh, I.; Holton, J.; Bailyn, L.; Fernandez, W.; Levina, N.; Glaser, B. (2015) *What Grounded Theory Is... A Critically Reflective Conversation Among Scholars*. *Organizational Research Methods*, 18 (4), 581 – 599.

Ferreira, I. (2001) *Retórica na época da Internet*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/ferreira-ivone-retorica-internet.pdf>

Ferreira, J. C. F. F. (2008) *Mutações Sociais e Novas Tecnologias: O potencial radical da Web*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/felz-jorge-potencial-radical-da-web.pdf>

Ferreira, L. M.; Pereira, F.M.; Santos, C. S. M.; Almeida, B. S. (2011) *Indicadores de Resultado Clinicamente úteis no Contexto das Estratégias Terapêuticas Promotoras da Adaptação em Doentes com Cancro da Mama*. *OncoNews*, Ano V, Nº 18, 8 – 14.

Finfgeld, D.L. (2000). *Therapeutic groups online: the good, the bad, and the unknown*. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 241-255.

Flórez, R.; Tobón, A. (2003) *Investigación Educativa y Pedagógica*. Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill.

Foddy, W. (1996) *Como perguntar*. Oeiras: Celta Editora.

Forjaz, M. (2014) *Nunca te distraias da vida*. (2ª Ed.) Alfragide: Oficina do Livro.

Foucault, M. (2008) *A Arqueologia do Saber*. (7ª Ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Fox, S. (2002) *Vital Decisions: How Internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick*. Disponível em: http://www.pewinternet.org/PPF/r/59/report_display.asp

Fox, S. (2005) *Health Information Online: Eight in ten internet users have looked for health information online, with increased interest in diet, fitness, drugs, health insurance, experimental treatments, and particular doctors and hospitals*. Disponível em: http://www.pewinternet.org/PPF/r/156/report_display.asp

Fox, S. (2006a) *Finding Answers Online in Sickness and in Health*. Disponível em: http://www.pewinternet.org/PPF/r/183/report_display.asp

Fox, S. (2006b) *Online Health Search 2006: Most internet users start at a search engine when looking for health information online. Very few check the source and date of the information they find*. Disponível em: http://www.pewinternet.org/PPF/r/190/report_display.asp

Fox, S. (2007) *E-patients With a Disability or Chronic Disease*. Disponível em: http://www.pewinternet.org/PPF/r/222/report_display.asp

Fox, S. (2011) *The social life of health information, 2011*. Pew Internet & American Life Project. Disponível em: http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2011/PIP_Social_Life_of_Health_Info.pdf

Francisco, M. F. R. (2008) *Abordagem não farmacológica no controlo das náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia*. Onco.News, II (6), 12 – 16.

Frank, O. (1978) *Sampling and Estimation in Large Networks*. Social Networks, 1 (1), 91 - 101

Freire, P. (2003) *Educação e mudança*. 27ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freixo, M. J. V. (2010) *Metodologia Científica. Fundamentos, Métodos e Técnicas*. (2ª Ed.) Lisboa: Instituto Piaget

Friesen, P.; Pepler, C.; Hunter, P. (2002) *Interactive Family Learning Following a Cancer Diagnosis*. Oncology Nurse Forum, 29 (6), 981 – 987.

Frost, N. (2011) *Qualitative Research Methods in Psychology. Combining Core Approaches*. Glasgow: Mc Graw Hill.

Gaspar, A. F. (2005) *O blogue e a sua dimensão organizacional. Análise de um objeto empírico*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/gaspar-ana-blogue-dimensao-organizacional.pdf>

Gauthier, B. (2003). *Investigação social - Da problemática à colheita de dados* (3ª Ed.). Loures: Lusociência.

Germano, R. (2009a, abril, 4) *Inauguração da exposição de fotografias – Domingo de Páscoa pelas 15.00h no Cineteatro – Casa da Cultura de Rio Maior*. Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/search?updated-max=2009-04-10T13:12:00%2B01:00>

Germano, R. (2009b, março, 9) *Obrigado!* Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/2009/03/#2427846353311946523>

Germano, R. (2009c, novembro, 8) *Rosa Esperança em Benavente com a nossa Madrinha Lai Lai, a atriz Adelaide João*. Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/2009/11/#4698555425977829529>

Germano, R. (2010, setembro, 10) *Vinho “Rosa Esperança” – Uma parceria com a Casa Ermelinda Freitas*. Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/2010/09/#4796374795183153746>

Germano, R. (2011, novembro, 30) *Vista TR Tinto 2008 apoia o Cancro da Mama*. Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/2011/11/#7900936450405159368>

Germano, R. (2012, abril, 12) *'Nascente' uma obra dos Diarte para Rosa Esperança – Projeto mulheres e o cancro da mama*. Disponível em: <http://equemnaotemcao.blogspot.pt/2012/04/#3547942422412033963>

Ghiglione, R.; Matalon, B. (2001) *O inquérito: teoria e prática*. 4ª Ed. Oeiras: Celta Editora.

Giddens, A. (2007) *Sociologia*. (5ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gillet, J. (2003). *Media activism and internet use among people with HIV/AIDS*. *Sociology of Health and Illness*, 25, p. 608-624.

Gillet, J. (2007) *Internet Web Logs as Cultural Resistance. A Study of the SARS Arts Project*. *Journal of Communication Inquiry*. Vol.31, Nr 1, Jan. 2007, p. 28 – 43.

Glaser, B. G. (1965) *The constant comparative method of qualitative analysis*. *Social Problems*, 12, 436-445.

Glaser, B. (1978) *Theoretical Sensitivity: Advances in grounded theory*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.

Glaser, B. G. (2002) *Constructivist Grounded Theory?*. *Forum: Qualitative Social research*, (3) 3, Art 12.

Glaser, B. G. (2005). *The grounded theory perspective III: Theoretical coding*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B. (2015) *GT as the Discovery of Patterns*. In: Walsh, I.; Holton, J.; Bailyn, L.; Fernandez, W.; Levina, N.; Glaser, B. (2015) *What Grounded Theory Is... A Critically Reflective Conversation Among Scholars*. *Organizational Research Methods*, 18 (4), 581 – 599.

Glaser, B.; Strauss, A. (7th Ed.) (2012) *The discovery of grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Transaction. ISBN: 978-0-202-30260-7.

Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (1967) - *The discovery of grounded theory: strategies for research qualitative*. New York : Aldine de Gruyter.

Goffman, E. (1959) *Presentation of self in everyday life*. Garden City (NY): Doubleday Anchor Books, 1959. Disponível em: http://clockwatching.net/~jimmy/eng101/articles/goffman_intro.pdf

Góis, C. M. V. C. (2004) *A fadiga no doente oncológico*. In: Bilro, M. E.; Cruz, A. G. (Coord.) *Enfermagem Oncológica*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda, p. 125 – 135.

Goldsborough, R. (2003) *Blogs: Latest option in raising your voice online*. *Black Issues in Higher Education*, 20 (7), 40.

Golan, N. (1981) *Passing through transitions*. New York: Free Press.

Gould, J., Grassau, P., Manthorne, J., Gray, R., Fitch, M. (2006). *'Nothing fit me': nationwide consultations with young women with breast cancer*. Health Expectations: An International Journal of Public Participation In Health Care And Health Policy, 9(2), 158-173.

Gradim, A. (2004) *Nós partilhamos um só corpo. identidade e role-playing nas comunidades virtuais*. Livro de Atas do 4º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação (SOPCOM), p. 199 – 209. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/sopcom/article/view/3158/2927>

Grange, C., Matsuyama, R., Ingram, K., Lyckholm, L., Smith, T. (2008). *Identifying supportive and unsupportive responses of others: perspectives of African American and Caucasian cancer patients*. Journal of Psychosocial Oncology, 26(1), 81-99.

Graves, L. (2007) *Affordances of Blogging: A Case Study in Culture and Technological Effects*. Journal of Communication Inquiry, 31 (4), p. 331 – 346.

Griffiths, M.; Whitty, M. (2010) *Online behavioural tracking in Internet gambling research: Ethical and methodological issues*. International Journal of Internet Research Ethics, 3 (12), 104 – 117.

Grimes, J. M.; Fleischman, K.; Jaeger, P. (2009) *Virtual Guinea Pigs: Ethical Implications of Human Subjects Research in Virtual Worlds*. International Journal of Internet Research Ethics, Vol. 2 (1), February 2009, p. 38 – 56.

Grodzinsky, F. S.; Tavani, H. T. (2010) *Applying the “Contextual Integrity” Modelo f Privacy to Personal Blogs in the Blogosphere*. International Journal of Internet Research Ethics, Vol. 3,12/21010, p. 38 - 47

Guadagno, R. E.; Okdie, B.; Eno, C. A. (2008) *Who blogs? Personality predictors of blogging*. Computers in Human Behavior, 24 (5), 1993 – 2004.

Gurak, L.; Antonijevic, S. (2008) *The psychology of Blogging. You, Me and Everyone in Between*. American Behavioral Scientist, (52) 1, p. 60 – 68.

Haigh, C.; Jones, N. (2005) *An overview of the ethics of cyber-space research and the implication for nurse educators*. Nurse Education Today, 25, 3 – 8.

Hanneman, R. A.; Riddle, M. (2005) *Introduction to social network methods*. Riverside, CA: University of California, Riverside

Hardey, M. (2002). *The story of my illness: Personal accounts of illness on the internet*. Health, 6, p. 31-46.

Harrison, S.; Barlow, J.; Williams, G. (2007) *The content and interactivity of health support group websites*. Health Education Journal, 66 (4), 371 – 381.

- Hébert, J.; Fillion, L. (2017) *Évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et pré-test de l'utilité d'un plan de soins de suivi (PSS) auprès de femmes atteintes du cancer de l'endomètre lors de la transition de la fin du traitement actif vers la survie au cancer*. Canadian Oncology Nursing Journal, 27 (2), 142 – 163.
- Heilferty, C. M. (2009) *Toward a theory of online communication in illness: concept analysis of illness blogs*. Journal of Advanced Nursing, 65 (7), 1539 – 1547.
- Henwood, K., Nicolson, P. (1995) *Qualitative Research*. The psychologist, March, 109 – 110.
- Herring, S. C.; Scheidt, L.A.; Wright, E. (2006) *A longitudinal content analysis of weblogs: 2003 – 2004*. In: Tremayne, M. (Ed) (2006) *Blogging, citizenship., and the future of media*. London: Routledge, 3- 20.
- Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Hessler, R.; Downing, I.; Beltz, C.; Pelliccio, A.; Powel, M. & Vale, W. (2003) *Qualitative Research on Adolescent Risk Using Email: A Methodological Assesment*. Qualitative Sociology, 26 (1), 111 – 124.
- Hewson, C.; Yule, P.; Laurent, D.; Vogel, C. (2003) *Internet Research Methods*. London: Sage Publications
- Holton, J. A. (2011) *The autonomous creativity of Barney G. Glaser: Early influences in the emergence of classic grounded theory methodology*. In A. Gynnild & V. Martin (Eds.) (2011) *Grounded theory: The philosophy, method and work of Barney Glaser*, 201-223. Boca Raton, FL: BrownWalker Press.
- Holton, J. (2015) *The Genesis of GT*. In: Walsh, I.; Holton, J.; Bailyn, L.; Fernandez, W.; Levina, N.; Glaser, B. (2015) *What Grounded Theory Is... A Critically Reflective Conversation Among Scholars*. Organizational Research Methods, 18 (4), 581 – 599.
- Hookway, N. (2008) *“Entering the blogosphere”: some strategies for using blogs in social research*. Qualitative Research, (8) 1, 91 – 113.
- Hutchinson, R. (2001) *Dangerous Liaisons? Ethical Considerations in Conducting Online Sociological Research*. TASA 2001 Conference. The University of Sydney, 13 – 15 December 2001. Disponível em: http://www.tasa.org.au/docs/conferences/2001_12/031201%20Hutchinson.pdf
- Im, E. O.; Chee, W. (2004) *Issues in Internet Survey Research Among Cancer Patients*. Nursing Research, 51 (4), 266 – 269.
- Im, E. O.; Chee, W. (2008) *The Use of Internet Cancer Support Groups by Ethnic Minorities*. Journal of Transcultural Nursing, Vol. 19 No. 1, January 2008, p. 74-82.
- Im, E. O.; Chee, W.; Tsai, H. M.; Lin, L.C.; Cheng, C. Y. (2005) *Internet Cancer Support Groups. A Feminist Analysis*. Cancer Nursing, 28 (1), p. 1 – 7

- Instituto de Gestão Estratégica de Pessoas do Brasil (IGEP Brasil) (2009, Maio, 22) *Sintonia*. Disponível em: <http://www.igepbrasil.com/pdf/sintonia.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2011) *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- International Council of Nurses (ICN) (2012) *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_brazilian_portuguese.pdf
- Irish Council for Bioethics (2004) *Operational Procedures for Research Ethics Committees: Guidance 2004*. Dublin: The Irish Council for Bioethics. Disponível em: http://www.dohc.ie/working_groups/Current/nacb/Operational_Procedures.pdf?direct=1
- Jones, S.; Fox, S. (2009) *Generations Online 2009*. Disponível em: <http://www.pewinternet.org/Reports/2009/Generations-Online-in-2009.aspx>
- Johnson, J.; Bytheway, B. (2001) *An Evaluation of the Use of Diaries in a Study of Medication in Later Life*. International Journal of Social Research Methodology, 4 (3), 183 – 204.
- Jorgenson, J. (1997) *Therapeutic use of companion animals in health care*. Journal of Nursing Scholarship, 29 (3): 249-254.
- José, H. M. G. (2008) *Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Jung, T.; Youn, H.; McClung, S. (2007) *Motivations and self-presentation strategies on Korean-based "Cyworld" weblog format personal homepages*. CyberpsycholBehav, 2007, Feb. 10 (1), 24 – 31
- Keim-Malpass, J.; Steeves, R. H. (2012) *Talking with death at a diner: Young Women's Online Narratives of Cancer*. Oncology Nursing Forum, 39 (4), 373 – 406.
- Kennedy, E. T. (2008) *Implementing Ethically-Sound Research on Online Health-Related Support Groups*. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 6 (4), 1 – 8.
- Kiesler, S.; Sproull, L. (1992) *Group Decision Making and Communication Technology*. Organizational Behaviour and Human Decision Processes, 52, 96 – 123.
- Kim, S. (2009) *Content analysis of cancer blog posts*. Journal of the Medical Library Association, 97 (4), 260 - 266
- Kim, S.; Chung, D. S. (2007) *Characteristics of cancer blog users*. Journal of the Medical Library Association, 95 (5), 445 - 450
- Kim, J. Y. (2011) *Life Experience of Inpatients with Recurrent Breast Cancer*. Journal of Korean Academy of Nursing, 41 (2), 214 – 224.

Kralik, D.; Visentin, K.; van Loon, A. (2006) *Transition: a literature review*. Journal of Advanced Nursing, 55 (3), 320 – 329.

Kraut, R.; Olson, J.; Banaji, M.; Bruckman, A.; Cohen, J. (2004) *Psychological Research Online: Report on Board of Scientific Affairs' Advisory group on the Conduct of Research on the Internet*. American Psychologist, 59 (2), 105 -117.

Kress, G.; Jewitt, C.; Domingo, M.; Adami, E. (2013) *Analyzing food blogs: developing means of understanding online communication*. Methods News, Spring 2013, 4. Disponível em: <http://eprints.ncrm.ac.uk/3066/>

Krostoski, A. (2010) *Introduction to the Special Issue: Research ethics in online communities*. International Journal for Internet Research Ethics. 3 (1), 1 - 5

Laranjeira, C. (2013) *The role of narrative and metaphor in the cancer life story: a theoretical analysis*. Med Health Care and Philos, 16, 469 – 481.

Larkin, P.; De Catelelér, B. D.; Schotsmans, P. (2010) *Chapter 7 Health and Illness Transitions. 7.8. Transition toward end of life in palliative care: an exploration of its meaning for advanced cancer patients in Europe*. In: Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 396 – 410.

Latimer, J. (Ed.) (2003) *Advanced Qualitative Research for Nursing*. UK: Blackwell Publishing.

Lei nº 32/2015. D.R. I Série. 80 (2015-04-24) 2055 – 2056.

Lei nº 111/2009. D.R. I Série.180 (2009 – 09 – 16) 6528 – 6550.

Lei nº 156/2015, D.R. I Série. 185 (2015 – 09 – 16) 8059 – 8105.

Leiner, B. et al. (2003) *Histories of the Internet*. Disponível em: <http://www.isoc.org/internet/history/brief.shtml>

Lemieux, V.; Ouimet, M. (2006) *Análise Estrutural das Redes Sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lemos, A. (2009) *Prefácio*. In: Amaral, A.; Recuero, R., Montardo (Orgs) (2009) *Blogs.com Estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial, 7 – 20.

Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (2008) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 9789896590642

Levina, N. (2015) *Going Back to Quantitative Data*. In: Walsh, I.; Holton, J.; Bailyn, L.; Fernandez, W.; Levina, N.; Glaser, B. (2015) *What Grounded Theory Is... A Critically Reflective Conversation Among Scholars*. Organizational Research Methods, 18 (4), 581 – 599.

Levine, M.; Perkins, D. (1987). *Principles of Community Psychology - Perspectives and Applications*. New Jersey: Oxford University Press

Lévy, P. (1997) *A inteligência Colectiva*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lévy, P. (2000) *Cibercultura*. Lisboa: Instituto Piaget.

Liamputtong, P.; Ezzy, D. (2005) *Qualitative Research Method*. Melbourne: Oxford University Press.

Lincoln, Y. S.; Guba, E. G. (1985) *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.

Lipnack, J.; Stamps, J. (1992) *Networks, redes de conexão. Pessoas conectando-se com pessoas*. São Paulo: Aquarela.

Lisboa, S. S. M. (2011) *Autoridade, reputação e credibilidade: definição e relações entre os conceitos em pesquisas sobre blogs*. Revista Eletrônica do Programa de Pós-graduação da Faculdade Cásper Líbero, 1 (3), 1 – 10.

Lisboa, S.; Pereira, N. H. (2014) *Nunca Desistas de Viver. Um Diagnóstico Dramático. Uma Cura Milagrosa*. (2ª Ed.) Alfragide: Lua de Papel.

Löcke, J. (2000) *Can a sense of community flourish in cyberspace?* The Guardian, 11th March. Disponível em: <http://www.guardian.co.uk/theguardian/2000/mar/11/debate>

Lupton, D. (2012) *Digital Sociology: An Introduction*. Sydney: University of Sydney.

Machado, J. P. (1977) *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Lisboa: Livros Horizonte. Vol. V, p. 325.

Madge, C. (2007) *Developing a geographer's agenda for online research ethics*. Progress in Human Geography, October 2007, 31, 654-674.

Mann, C.; Stewart, F. (2000) *Internet Communication and Qualitative Research: A Handbook for Researching Online*. London: Sage Publications.

Marcos, L. R. (2012) *Superar a Adversidade. O poder da resiliência*. Lisboa: Booket.

Markham, A.; Buchanan, E. (2012) *Ethical Decision-Making and Internet Research*. Recommendations from the Association of Internet Researchers (AoIR) Ethics Working Committee (Version 2.0). Disponível em: <http://www.aoir.org/reposrts/ethics2.pdf>

Marteletto, R. (2001) *Análise de Redes Sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação*. Ci. Inf., Brasília, V. 30, Nº1, p. 71 – 81, jan./abr. 2001.

Marques, A. E. (2004) *O essencial sobre... A INTERNET*. Porto: Porto Editora.

Marques, M. A. (2013) *Uma Porção de Vida*. Lisboa: Chiado Editora.

Matheson, K.; Zanna, M. P. (1990). *Computer-mediated communications: The focus is on me*. *Social Science Computer Review*, 8 (1), 1-12.

May, K. (2007) *Conhecimento Abstracto: O Caso para Magia no Método*. In: Morse, J. (2007) *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau. p. 21 – 31. ISBN 978-972-8485-98-4

Maya-Jariego, I. (2016) *7 Usos del análisis de redes em la intervención comunitária*. *REDES. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 27(2): 1 – 10.

Mays; N.; Pope, C. (2007) (3rd Ed.) *Qualitative Health Research in Health Care*. London: BMJ.

McCullagh, K. (2008) *Blogging: Self-presentation and privacy*. *Information & Communication Technology Law* 2008; 17: 3 – 23.

McKenzie, H. (2008) *Why Blogging? Motivations for Adults in the United States to Maintain a Personal Journal Blog*. Thesis submitted to the Graduate Faculty of North Carolina State University in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Science. Disponível em: <https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.16/2825/final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

McKinnon, M. (2001) *King of the Blogs*. *Shift (Summer)*, 64-69.

McNeill, L. (2003) *Teaching an old genre new tricks: the diary on the internet*. *Biography*, 26 (1), 24 – 47.

Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. H.; Schumaker, K. (2000) *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), 12 – 28.

Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. H.; Schumaker, K. (2010) *Chapter 2 Transition Theory. 2.1. Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory*. In Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 52 – 64.

Meleis, A. I.; Swendsen, L.; Jones, D. (2010) *Chapter 10 Role Supplementation Models. 10.1. Preventive Role Supplementation: A Grounded Conceptual Framework*. In: Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 514 – 523.

Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994) *Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission*, *Nursing Outlook*, 42 (6), p. 255 – 259.

Mello, J. (2017, Maio, 23) *Curso Básico de PNL – Módulo 1, Lição 2*. Disponível em: http://www.brasilpnl.com.br/cursos/PNL/pnl_basico2.pdf

Merriam, S. (2009) *Case Study Research in Education. A qualitative approach*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Mieszkowski, C. (2000, Agosto, 31) *Cynthia Typaldos, president and CEO of RealCommunities, has built a site for aspiring community builders. Does your community meet her standards?*. Fast Company Magazine, September 2000. Disponível em: <https://www.fastcompany.com/41268/community-standards>

Mikkelsen, T., Sondergaard, J., Jensen, A.; Olesen, F. (2008). *Cancer rehabilitation: psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital?*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 26(4), 216-221.

Miles, M.; Huberman, A. M.; Saldana, J. (2014) *Qualitative Data Analysis*. (3rd Ed.) Thousand Oaks, Ca: Sage.

Miller, J. F. (2000) *Coping with Chronic Illness – Overcoming Powerlessness*. (3rd Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Milliken, P.J.; Schreiber, R. S. (2001) *Can You “Do” Grounded Theory Without Symbolic Interactionism?*. In: Schreiber, R.S.; Stern, P. N. (eds) (2001) *Using Grounded Theory in Nursing*. New York (USA): Springer Publishing Company, 177 - 190

Ministério da Saúde; Alto Comissariado da Saúde; Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2007) *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). Orientações Programáticas*. Disponível em: http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/PNPCDO_2007_Versaofinal%281%29.pdf

Miniwatts Marketing Group (2017) *INTERNET WORLD STATS. Internet Usage Statistics. The Internet Big Picture- World Internet Users and 2017 Population Stats*. Disponível em: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>

Mira, S.; Lee, J. S. (2015) *Return to Work Experience among Military Officers with Cancer*. J Korean Acad Nurs, 45(1), 147-156.

Mitra, A.; Cohen, E. (1999) *Analysing the web. Directions and Challenges*. In: Jones, S. (Eds) *Doing Internet Research: Critical Issues and methods for examining the Net*. Sage: Thousand Oaks, Chapter IX.

Mittilä, T.; Mäntymäki, M. (2004) *Conducting online community research*. In: Karmakar, N.; Isaias, P. (2004) *IADIS International Conference e-Commerce 2004*, 470 – 474. ISBN: 972-987947-8-7.

Monteiro, M. F. R. (2004) *O Doente submetido a radioterapia*. In: Bilro, M. E.; Cruz, A. G. (Coord.) *Enfermagem Oncológica*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda., p. 71 – 82.

Montford, K. S.; Duggleby, W.; Cumming, C.; Thomas, R.; Nekolaichuk, C.; Ghosh, S.; Tonkin, K. (2016) 'All I can do is help': *Transitions experiences of male spouse caregivers of women with breast cancer*. Canadian Oncology Nursing Journal, 26 (1), 312 – 324.

Morais, C. (2016, 29 de outubro) *Blogosfera está 'viva, de boa saúde e até já arrecada prémios*. Diário de Notícias. Disponível em: <http://www.dn.pt/media/interior/blogosfera-esta-viva-de-boa-saude-e-ate-ja-arrecada-premios-5470059.html>

Morrow, R. A. (1994). *Critical theory and methodology*. London: Sage Publications. ISBN 9780803946835

Morse, J. (2001) *Situating Grounded Theory Within Qualitative Inquiry*. In: Schreiber, R.S.; Stern, P. N. (eds) (2001) *Using Grounded Theory in Nursing*. New York (USA): Springer Publishing Company, p. 1 - 13.

Morse, J. (2007a) *Investigação Qualitativa: factos ou fantasia?*. In: Morse, J. (2007) *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau, 12 – 18.

Morse, J. (2007b) 'Emergindo dos Dados'. *Os Processos Cognitivos de Análise na Investigação Qualitativa*. In: Morse, J. (2007) *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau, 33 – 51.

Morse, J. M.; Field, P. A. (2nd Ed.) (1995) *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage.

Mota, D. (2013). *A Família em Luto e os Cuidados Paliativos - avaliação do luto nos familiares de doentes acompanhados por uma Unidade de Cuidados Paliativos*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Murad, A. M.; Katz, A. (1996) *Oncologia: Bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Murphy, K.; Collins, M. (1997) *Communication conventions in instructional electronic chats*. First Monday, 2 (11), 3rd November 1997. Disponível em: <http://pear.accu.uic.edu/ojs/index.php/fm/article/view/558/479>

Nardi, B. A.; Schiano, D.J.; Gumbrecht, M. & Schwartz, L. (2004) *Why we blog*. Communication of the ACM, 47 (12), 41 – 46.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (NCPHSBBR, 1978) *Belmont Report*. Disponível em: http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf

National Research Council of the National Academies (2012) *Continuing Innovation in Information Technology*. Committee on Depicting Innovation in Information Technology, Computer Science and Telecommunications Board, Division on Engineering and Physical Sciences. USA, Washington D.C.: The National Academic Press. ISBN 978-0-309-25962-0

Neri de Souza, F. (2010) *Internet: Florestas de dados ainda por Explorar*. Internet Latent Corpus Journal, 1 (1), 2 – 4.

Neri de Souza, F.; Costa, P.; Moreira, A.; Souza, D. N. (2013) *WebQDA®. Manual do Utilizador. Versão em Atualização/Verificação*. Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN: 978-989-97392-3-9.

Neri de Souza, F.; Almeida, P. (2009) *Investigação em Educação e Ciência baseada em dados provenientes da Internet*. XIII Encontro Nacional de Educação em Ciências. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Castelo Branco, 24 -26 de setembro. Disponível em: http://ilcj.weebly.com/uploads/2/8/5/8/2858075/neri-almeida_corpus_latente_internet_2009.pdf

Neri de Souza, F.; Costa, A. P.; Moreira, A. (2011) *Análise de Dados Qualitativos Suportada pelo Software WeQDA*. Atas da VII Confeência Internacional de TIC na Educação: Perspetivas de Inovação (CHALLENGES2011), 49 – 56. Braga, 12 e 13 de Maio, (CD-ROM, ISBN: 978-972-08456-9-7).

Neri de Souza, F.; Costa, A. P.; Moreira, A.; Neri de Souza, N.; Freitas, F. (2016) *WebQDA®. Manual de Utilização Rápida*. Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN: 978-972-789-490-1. Disponível em: [http://app.webqda.net/Fontes/Manual de Utilizacao webQDA.pdf](http://app.webqda.net/Fontes/Manual_de_Utilizacao_webQDA.pdf)

Nissenbaum, Helen (2010) *Privacy in context: Technology, policy, and the integrity of social life*. Stanford: Stanford University Press.

Nolas, S. (2011) *Grounded Theory Approaches*. In: FROST, N. (2011) *Qualitative Research Methods in Psychology. Combining Core Approaches*. Glasgow: Mc Graw Hill, 16 – 43.

NuclearMed (2017) *Angiografia de Radionúclidos de Equilíbrio (ARNE)*. Disponível em: <http://www.nuclearmed.pt/angiografia-radionuclidos-equilibrio/>

Nunes, Lucília (2012) *Incontornável necessidade da ética e da bioética*. Revista bioética, 20 (2), p. 209 – 218.

Nunes, L. (2013a) *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem. Disponível em: [http://www.academia.edu/4064758/Consideracoes eticas na investigacao academica e m enfermagem](http://www.academia.edu/4064758/Consideracoes_eticas_na_investigacao_academica_em_enfermagem)

Nunes, Lucília (2013b) *História das Comissões de Ética*. Conferência de Abertura, Reunião Nacional das Comissões de Ética, Hospital da Luz, 22 de março de 2013. [Documento WWW] URL http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica_LN_2013.pdf

Nunes, L. (2016) *Ética no Fim de Vida. E Quando eu não puder decidir?* Lisboa: Fundação Manuel dos Santos e Lucília Nunes.

Nunes, R. (2004) *Principais Efeitos Secundários da Hormonoterapia, Imunoterapia e Quimioterapia*. In: Bilro, M. E.; Cruz, A. G. (Coord.) *Enfermagem Oncológica*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda, p. 85 – 102.

Oatman, E. (2005). *Blogomania!*. School Library Journal. Disponível em: <http://www.schoollibraryjournal.com/article/CA632382.html>

Ojala, M. (2005) *Blogging: For Knowledge sharing, management and dissemination*. Business Information Review, Vol. 22, Nr 4, p. 269 – 276.

Oliveira, J. A. (2006) *A In-tenção na Internet*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/oliveira-jair-intencao-internet.pdf>

Oliveira, Simone de (2003) (4ª Ed.) *Nunca Ninguém Sabe. A Batalha contra o Cancro*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Oliveira, S. M. (2011). *O funcionamento da autoria nos blogs de divulgação científica*. Linguagem em (Dis)curso, 11 (3), 607-629. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1518-76322011000300008>

Olsen, P., R.; Harder, I. (2010) *network-Focused Nursing. Development of a new Concept*. Advances in Nursing Science, 33 (4), 272 – 284.

Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010, Abril, 21) *A evolução histórica da profissão de Enfermagem em Portugal*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>

Orihuela, J. L.; Santos, M L. (2004) *Los weblogs como herramienta educativa: experiencias con bitácoras de alumnos*. Disponível em: http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloIU.visualiza&articulo_id=7751&PHPSESSID=085f3dd10215ef632a02a7887514e6db

Paccagnella, L. (1997) *Getting the Seats of Your Pants Dirty: Strategies for Ethnographic Research on Virtual Communities*. Journal of Computer-Mediated Communication, 3 (1). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.1997.tb00065.x/full>

Pais, F. (2004) *O impacto da doença oncológica no doente e família*. In: Bilro, M.E.; Cruz, A. G. (coord.) (2004) *Enfermagem Oncológica*. 1ª Ed. Coimbra: Formasau, p. 23 – 38.

Papacharissi, Z. (2004, May). The blogger revolution? Audiences as media producers. In *annual meeting of the International Communication Association, New Orleans, LA* (Vol. 20).

Papacharissi, Z. (2007) *Audiences as Media Producers: Content Analysis of 260 Blogs*. In: Tremayne, M. (Ed.) (2007) *Blogging, citizenship, and the future media*, New York: Routledge, 21 – 38.

Parkes, C. M. (1998) *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.

Parsons; T. (1952) *The social system*. London: Tavistock.

Parsons, T. (1969) *Research with human subjects and the 'professional complex'*. *Daedalus: Journal of American Academy of Arts and sciences*, 98 (2), p. 325 – 359.

Pascoe, E. (2000) *Can a sense of community flourish in cyberspace?* *The Guardian*, 11th March. Disponível em: <http://www.guardian.co.uk/theguardian/2000/mar/11/debate>

Passerino, L. M.; Montardo, S. P.; Benkenstein, A. (2007) *Análise de Redes Sociais em Blogs de Pessoas com Necessidades Especiais*. *Novas Tecnologias na Educação*, V. 5, Nº 2, Dez. 2007., p. 1 – 11.

Patton, M. Q. (2015) *Qualitative Research & Evaluations Methods*. (4th Ed.). USA: Sage Publications. ISBN 9781412972123

Pereira, M. A. G. (2008) *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau

Pereira, M. G.; Lopes, C. (2005) *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pérez, M. G. (2008) *Objetivos de investigación en las ciencias sociales*. Disponível em: <https://www.gestiopolis.com/objetivos-de-investigacion-en-las-ciencias-sociales/>

Perseus Development Company (2003) *The Blogging Iceberg: Of 4.12 Million Weblogs, Most Little Seen and Quickly Abandoned; According to Perseus Survey*. Disponível em: <http://www.businesswire.com/news/home/20031006005562/en/Blogging-Iceberg-4.12-Million-Weblogs-Quickly-Abandoned>

Pestana, S. E. F. S. C. (2010) *Saúde Web 2.0 – O papel das comunidades virtuais de doentes na área da saúde: Um Estudo de Caso para Portugal*. Dissertação de Mestrado em Estatística e Gestão da Informação. Universidade Nova de Lisboa: Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5369/1/TEGI0272.pdf>

Pina, A. R. B.; Neri de Sousa, F.; Leão, M. C. (2013) *Investigación Educativa a partir de la información latente en Internet*. Revista Eletrônica de Educação, 7 (2), 301 – 316.

Pinto, S. M. O. (2011) *A Espiritualidade e a Esperança da pessoa com doença oncológica. Estudo numa população de doentes em quimioterapia*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63765/2/Sara%20PintoMCPDisserta8710o.pdf>

Pires, M. (2006) *Pequeno Dossier sobre o conceito de blog*. Disponível em: <http://nunoquintaneirromartins.blogspot.com/2006/01/pequeno-dossier-sobre-o-conceito-de.html>

Pittenger, D. J. (2003) *Internet Research: An Opportunity to Revisit Classic Ethical Problems in Behavioral Research*. Ethics and Behaviour, 13 (1), 45 – 60.

Postmes, T. (2015) *As Dimensões Psicológicas da Ação Coletiva Online*. In: Miranda, G. L. (org) (2015) *Psicologia dos Comportamentos Online*. Lisboa: A Sociedade Digital, 227 – 265.

Póvoa, M. (2005) *O poder dos blogues*. Disponível em: <http://webinsider.uol.com.br/index.php/2005/07/19/o-poder-dos-blogs/>

Pozzo, M. I. (2017, maio, 29) *Formulación de objetivos de investigación*. Disponível em: <http://www.fhumyar.unr.edu.ar/escuelas/3/materiales%20de%20catedras/trabajo%20de%20campo/maisabel.htm>

Primo, A. F.T.; Recuero, R. C. (2003) *Hipertexto Cooperativo: Uma Análise da Escrita Coletiva a partir dos Blogs e da Wikipédia*. Revista da FAMECOS, Nº 23, p. 54 – 63, Dez. 2003.

Putnam, R. (1993) *The Prosperous Community: Social Capital and Economic Growth*. Current, 356, p. 4 – 6.

Queirós, M. J. (1999) *O Luto*. In: Portela, J. L.; Neto, I. G. (1999) *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Querido, A. I. F. (2005) *A Esperança em Cuidados Paliativos*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/120/1/A%20Esperan%C3%A7a%20em%20Cuidados%20Paliativ.pdf>

Querido, A. I. F. (2013) *A promoção da esperança em fim de vida: avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica avançada e progressiva*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13418>

Querido, P.; Ene, L. (2003) *Blogs*. Lisboa: Centro Atlântico.

Querubim, L. (2009/09/07) *Exame ARNE o que é...* Disponível em: <http://brilhodosanjos.blogspot.pt/2009/09/exame-arne-o-que-e.html>

Quiggin, J. (2006) *Blogs, wikis and creative innovation*. International Journal of Cultural Studies, 9 (4), 481 – 496.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rains, S. (2014) *Health Information Seeking and the World Wide Web: An Uncertainty Management Perspective*. Journal of Health Communication, 19, 1296 – 1307.

Rayburn, J. D.; Palmgreen, P.; Acker, T. (1984) *Media gratifications and choosing a morning news program*. Journalism Quarterly, 61, 149 – 156.

Rebello, J. E. (2007) *Desatar o nó do luto*. (3ª Ed.) Cruz Quebrada: Casa das Letras.

Recuero, R. C. (2003) *Weblogs, Webrings e Comunidades Virtuais*. Disponível em: <http://www.raquelrecuero.com/webrings.pdf>

Recuero, R. C. (2004a) *Redes sociais na Internet: Considerações Iniciais*. Disponível em: <http://bocc.ubi.pt/pag/recuero-raquel-redes-sociais-na-internet.pdf>

Recuero, R. C. (2004b) *Weblogs, webrings e comunidades virtuais*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/recuero-raquel-weblogs-webrings-comunidades-virtuais.pdf>

Recuero, R. (2012) *A conversação em Rede. Comunicação mediada pelo computador e redes sociais na Internet*. Porto Alegre: Sulina. OSBN: 978-85-205-0650-9

Reese, S. ; Rutigliano, L. ; Hyun, K. ; Jeong, J. (2007) *Mapping the global blogosphere: Professional and citizen-based media in the global news arena*. Journalism, 8 (3), p. 235 - 261.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. Diário da República – I Série – A, Nº 205, p. 2959 – 2962. (com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, Diário da República nº 93/1998, Série I – A, p. 1739 – 1757.

Reichertz, J. (2007) *Abduction: The Logic of Discovery in Grounded Theory*. In: Bryant, A.; Charmaz, K. (2007) *Handbook of Grounded Theory*. London, England: Sage Publications, pp. 214 – 228.

Reid, E. (1996) *Informed Consent in the Study of On-Line Communities: A Reflection on the Effects of Computer-Mediated Social Research*. The Information Society: Na International Journal, 12 (2), 169 – 174.

Rheingold, H. (1996) *Comunidade Virtual*. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, L. (1993) *Comunicação global: a mágica da influência*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Riessman, F.; Gartner, A. (1987) *The surgeon general and the selfhelp ethos*. Social Policy 18, 23 -25.

Rios, A. O. (2010) *Movimentos Sociais na Internet: Possibilidades e Desafios*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-oliveira-mov-sociais.pdf>

Rodrigues, A.; Albuquerque, C.H.L.; Bento, C.A.C.; Vieira, J.M.A. & Silva, J.G.A.O.B. (2004) *Grounded Theory: "Problemas de Alicerçagem"*. Disponível em: http://arodrigues.alfarod.net/docs/articles/2004_GroundedTheory.pdf

Rodrigues, C. (2004) *Blogs: uma Ágora na Net*. Disponível em: <http://www.labcom.ubi.pt/agoranet/04/rodrigues-catarina-blogs-agora-na-net.pdf>

Rodrigues, C. (2006) *Blogs e a fragmentação do espaço público*. Covilhã: Livros LabCom.

Rodrigues, P. (2012) *A avaliação curricular*. In: Avaliações em Educação: Novas perspectivas. Porto: Porto Editora. ISBN 978-972-0-34109-9

Rodrigues, R. P. M. (2012) *Notícias positivas e negativas: implicações na atitude, comportamento e memória*. Dissertação de Mestrado em Marketing. Porto: Faculdade de Economia, Universidade do Porto. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=137630.

Royal College of Nursing (2011) *Research Ethics*. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-003138>

Rubin, A. M.; Perse, E. M. (1987) *Audience activity and television news gratifications*. Communication Research, 14 (1): 58 – 84.

Ruedenberg, L.; Danet, B.; Rosenbaum-Tamari, Y. (1995) *Virtual virtuosos: play and performance at the computer keyboard*. Electronic Journal of Communication, 5 (4). Disponível em: <http://www.cios.org/EJCPUBLIC/005/4/00542.HTML>

Sales, M. (2017) *Colecionismo une família em luta contra cancer*. Folhaweab, 24/5/2017. Disponível em: <http://www.folhabv.com.br/noticia/Colecionismo-une-familia-em-luta-contra-cancer-/28672>

Sam, A. (2016) *Relationship Between Illness Perception and Fear of Cancer Recurrence and Psychological Distress Among Survivors of Gynecologic Cancer*. JONS-online.com, 7 (3): 12 – 21.

Sampaio, J. (2007) *Prefácio*. Lisboa. In: COELHO, J.D. (2007) *Sociedade da Informação – O Percurso Português – Dez Anos de Sociedade da Informação – Análise e Perspectivas*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Silabo.

Sampieri, R.; Collado, C.; Lucio, p. (2006) *Metodologia de Pesquisa*. 3º Ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.

Sánchez, P. M.; Peña, R. F. (2017) *Utilidad del Análisis de Redes Sociales para la Enfermería*. *Metas Enferm*, 20 (5): 3.

Sandelowski, M. (2002) *Visible Humans, Vanishing Bodies, and Virtual Nursing: Complications of Life, Presence, Place and Identity*. *ANS – Advanced Nursing Science*, 24 (3): 58 – 70.

Sandelowski, M.; Barroso, J. (2007) *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Spring Publishing Company.

Santos, C. (2006) *Doença Oncológica. Representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau, EsenfSJ.

Santos, Eurico (2012) *Código do Direito de Autor e Direitos Conexos. Texto Atualizado*. Disponível em: <http://homepagejuridica.net/attachments/article/853/C%C3%B3digo%20do%20Direito%20de%20Autor%20e%20Direitos%20Conexos%20dezembro%202012.pdf>

Sasso, L. ; Stievano, A. ; Jurado, M. G.; Rocco, G. (2008) *Code of Ethics and Conduct for European Nursing*. *Nursing Ethics*, 15 (6): 821 – 836.

Schiltz, M.; Truyen, F.; Coppens, H. (2007) *Cutting the Trees of Knowledge: Social Software, Information Architecture and Their Epistemic Consequences*. *Thesis Eleven*, 89: 94 – 114.

Schmidt, J. (2007) *Blogging Practices: An Analytical Framework*. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12 (4): 1409 – 1427.

Schmidt, J. (2009) *Práticas de blogging em língua alemã: resultado da pesquisa ‘Wie ich blogge?’*. In: Amaral, A.; Recuero, R., Montardo (Orgs) (2009) *Blogs.com Estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial, 109 – 131.

Schreiber, R. S. (2001) *The “How To” of Grounded Theory: Avoiding the Pitfalls*. In: Schreiber, R.S.; Stern, P. N. (eds) (2001) *Using Grounded Theory in Nursing*. New York (USA): Springer Publishing Company, 55 - 83

Schulman-Greenm D.; Bradley, E.; Nicholson, N.; George, E.; Indeck, A.; McCorkle, R. (2012) *One Step at a time: Self-management and Transitions Among Women With Ovarian Cancer*. *Oncology Nursing Forum*, 39 (2), 354 – 360.

Schwandt, T. A. (2007) *Dictionary of qualitative inquiry*. (3rd Ed.) Thousand Oaks, CA: SAGE.

Scott, C. (2009) *Grounded Theory*. In: Littlejohn, S. W.; Foss, K. (2009) *Encyclopedia of Communication Theory*. USA: Sage, pp. 447 – 450

Seale, C.; Ziebland, S.; Charteris-Black, J. (2006) *Gender, cancer experience and internet use: A comparative analysis of interviews and online cancer support groups*. *Social Science and Medicine*, 62, 2577 – 2590.

- Serra, M. (2005) *Aprender a ser doente*. Loures: Lusociência.
- Serra, P. (2006a) *A credibilidade da informação na web*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/serra-paulo-credibilidade-web.pdf>
- Serra, P. (2006b) *Web e credibilidade – O caso dos blogs*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/serra-paulo-web-credibilidade-blogs.pdf>
- Serrano, F. (2013) *Também há Finais Felizes*. (3ª Ed.) Alfragide: Oficina do Livro.
- Sette, D. M.; Ribeiro, H. (2011) *Interações entre o clima, o tempo e a saúde humana*. INTERFACEHS. Revista de Saúde Meio Ambiente e Sustentabilidade, 6 (2), 37 – 51.
- Shumaker, S. A.; Brownell, A. (1984) *Toward a theory of social support: closing conceptual gaps*. Journal of Social Issues. 1984;40 (4), 11 – 36.
- Shuster, E. (1997) *Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code*. New England Journal of Medicine, November 13, 1436 - 1440
- Sifry, D. (2007) *The State of the Live Web, April 2007*. Disponível em: <http://www.sifry.com/alerts/archives/000493.html>
- Silva, A. (2004) *Mundos Reais, Mundos Virtuais. Os jovens nas salas de chat*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/silva-adelina-mundos-reais-mundos-virtuais.pdf>
- Silva, B.; Fernandes, J.; Reis, S.; Nunes, L. (2008) *Representação Social da Profissão de Enfermagem na Blogosfera Portuguesa no Ano de 2007, na perspectiva dos Enfermeiros*. Relatório de Monografia apresentado no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Silva, G.; Santos, M. (2010) *Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo*. Rev. Latino-Americano. Enfermagem, 18(4): [08 telas].
- Silva, H. N. (2005) *Blogues. Experiência Portuguesa*. Disponível em: <http://blog.lisbonlab.com/estudos/blogues-experiencia-portuguesa/>
- Silva, L. J. O. L. (1999) *A Internet – a geração de um novo espaço antropológico*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/silva-lidia-oliveira-Internet-espaco-antropologico.pdf>
- Silva, M. J. L. (2002) *Perspetivas Weberianas da Sociedade Rede*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/silva-lobes-perspectivas-weberianas.pdf>
- Silva, S.V. (2008) *Catedral*. (3ª Ed.) Lisboa: Prime Books.

Silva, W. B. (2006) *A Pedagogia Dialógica De Paulo Freire e as Contribuições da Programação Neurolinguística: uma reflexão sobre o papel da comunicação na Educação Popular*. Dissertação apresentada ao curso de Pósgraduação, Mestrado em Educação da Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <http://www.ce.ufpb.br/ppge/Dissertacoes/dissert06/Walberto%20Barbosa/Disserta%E7%E3o%20de%20Walberto%20Barbosa.pdf>

Silverman, P. (1990). *An Introduction to Self-Help Groups, The Self-Help Sourcebook: finding and forming mutual aid self-help groups*. New Jersey: B. White e E. Mandara Editors.

Silverman, D. (2001) *Interpreting qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text, and Interaction*. London: Sage Publications.

Simpson, J. (2007) *Aspetos Éticos na Etnografia*. In: Morse, J. (2007) *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau. 325 – 346.

Sixsmith, J.; Murray, C. D. (2001) *Ethical Issues in the documentary analysis of e-mail posts and archives*. *Qualitative Health Research*, 11 (3), 423 – 432.

Slater, D. (2012) *Social Relationships and Identity Online and Offline*. In: Lievrouw, L.; Livingstone, S. (2012) *The Handbook of New Media. Social Shaping and Consequences os ICTs*. London: Sage Publications, 296.

Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos (SFAP) (2000) *Desafios de enfermagem em cuidados paliativos «cuidar»: ética e práticas*. Loures: Lusociência.

Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) (2011) *Grau de conhecimento, percepções e comportamentos face às doenças oncológicas – Resultados Nacionais*. Disponível em: <http://www.sponcologia.pt/wp-content/uploads/2011/11/Estudo-SPO.pdf>

Solomon, M. (2003) *Illness narratives: Sharing stories and support online*. Master Thesis, Calgary: University of Calgary (Canadá) Disponível em: <http://www.cjc-online.ca/index.php/journal/thesis/view/28>

Son, M.; Lee, J. S. (2015) *Return to Work Experience among Military Officers with Cancer*. *Journal of Korean Academic Nursing*, 45 (1), 147 - 156

Spears, R.; Lea, M.; Corneliussenn, R. A.; Postmes, T.; Teer Haar, W. (2002) *Computer-mediated communication as a channel for social resistance – the strategic side of SIDE*. *Small Group Research*, 33 (5), 555 – 574.

Sperber, D: (1968) *Le structuralisme en anthropologie*. In: Ducrot, O. (dir.) (1968) *Qu'est-ce que le structuralisme?*. Paris: Seuil, 167 – 238.

Stake, R. E. (2010) *Qualitative Research. Studying how things work*. New York: The Guilford Press.

Stangor, C. (2011) *Principles of Social Psychology*. Disponível em: <http://bernard.pitzer.edu/~hfairchi/courses/Spring2015/Psych%20103/Principles-of-Social-Psychology-1st-International-Edition-1415042666.pdf>

Starks, H.; Trinidad, S. B. (2007) *Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory*. *Qualitative Health Research*, (17) 10, 1372-1380.

Stephens, M. (2006) *Blogs*. *Library Technology Reports*; July – Aug 2006, (42) 4, ProQuest research Library, 15 – 35.

Strauss, A. L. (1987) *Qualitative Analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press.

Strauss, A.; Corbin, J. (2008) *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada*. (2ª Ed.) Porto Alegre : Artmed.

Strauss, A.; Corbin, J. (2015) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (4th Ed) Thousand Oaks CA: Sage. ISBN 978-1-4129-9746-1.

Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (5th Ed.) (2011) *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 97807817960020781796008

Sullivan, C. (2003) *Gendered Cybersupport: A Thematic Analysis of Two Online Cancer Support Groups*. *Journal of Health Psychology*, Vol, 8 (1), p. 83–103.

Suzuki, L. K.; Beale, I. L. (2006) *Personal Web Pages of Adolescents With Cancer: Self-Presentation, Information Dissemination, and Interpersonal Connection*. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, (23) 3, 152 – 161.

Suzuki, L. K.; Kato, P. M. (2003) *Psychosocial Support for Patients in Pediatric Oncology: The Influences of Parents, schools, Peers and Technology*. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, (20) 4, 159 – 174.

Sveningsson, M. (2004) *Ethics in Internet ethnography* In: Buchanan, E. (Ed.) (2004) *Readings in Virtual Research Ethics: Issues and Controversies*. Hershey, USA: Idea Group Inc., 45 – 61.

Swanson, J.; Chapman, L. (2007) *Dentro da Caixa Preta: Aspectos Teóricos e Metodológicos na Condução de Avaliação Utilizando uma Abordagem Qualitativa*. In: MORSE, J. (2007) *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau. p.73 – 99. ISBN 978-972-8485-98-4

Tanis, M.; Postmes, T (2005) *A social identity approach to trust: intrapersonal perception, group membership and trusting behavior*. *European Journal of Social Psychology*, 35, 413 – 424.

Taylor, A. J. W.; Frazer, A.G. (1982) *The stress of post disaster body handling and victim identification work*. *Journal of Human Stress*, 8, 4 – 22.

Technorati (2011) *State of the Blogosphere 2011*. Disponível em <http://technorati.com/state-of-the-blogosphere-2011/>

Terreno, M. E. M. (2000) *Expectativas do doente que recorre pela primeira vez a uma consulta de cirurgia geral no IPOFG – CRL*. Enfermagem Oncológica, 13,

Thompson, C. (1999) *Qualitative Research Into Nursing Making: Factors for Consideration in Theoretical Sampling*. Qualitative Health Research, Vol. 9, Nr 6, Nov. 1999, p. 815 – 828

Thorne, S. (1997) *Phenomenological positivism and other problematic trends in health science research*. Qualitative Health Research, 7 (2), p. 287 – 293.

Tickle-Degnen, L.; Rosenthal, R. (1990) *The nature of rapport and its nonverbal correlates*. Psychological Inquiry, 1 (4), 285 - 294.

Tilden V. P.; Hirsch, A.M.; Nelson, C.A. (1994) *The Interpersonal Relationship Inventory: continued psychometric evaluation*. J Nurs Meas. 1994;2(1): 63Y78.

Toms, E.G.; Duff, W. (2002) *I spent 1 ½ hours sifting through one large box...: Diaries as Information Behaviour of the Archives User: Lessons Learned*. Journal of the American Society for Information Science and Technology, 53 (4), 1232 – 1238.

Torio, J. (2005) *Blogs. A Global Conversation. A Master's Thesis on the Social Phenomenon of Blogs*. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Advertising Design in the Graduate School of Syracuse University. Disponível em: <http://iml.jou.ufl.edu/projects/spring08/Omachonu/blogging.pdf>

Trammell, K. D.; Tarkowski, A.; Hofmokl, J. (2004) *Rzeczpopospolita blogów: Identifying the uses & gratifications of Polish bloggers*. Paper presented at the meeting of the Association of Internet Researchers anual conference, Brighton, United Kingdom, 19th – 22nd September 2004. Disponível em <http://gsb.haifa.ac.il/~sheizaf/AOIR5/199.html>

Träsel, M. (2009) *A vitória de Pirro dos blogs: ubiquidade e dispersão conceitual na web*. In: Amaral, A.; Recuero, R., Montardo (Orgs) (2009) *Blogs.com Estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial, 93 – 108.

Trigueiros, A.; Santos, N. (1994) *Doença e família*. In: Sampaio, D.; Resina, T. (1994) *Família: Saúde e Doença*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

Tripp-Reimer, T.; Soroman, T.; Peters, J.; Waterman, J. E. (2007) *Equipas de Investigação: Possibilidades e Dificuldades na Investigação Qualitativa em Colaboração*. In: Morse, J. (2007) *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau, 311 – 323.

Trochim, W. (2006) *Research Methods. Knowledge Base*. Disponível em <http://www.socialresearchmethods.net/kb/index.php>

Turato, E. R. (2005) *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*. Revista de Saúde Pública, 39 (3): 507 – 514.

United Nations (UN) (1948) *Universal declaration of Human Rights*. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf

Van Sell; S. L.; Kalofissudis, I. (2nd Ed) (2010) *The Evolving of the Science of Nursing: A complexity Integration Nursing Theory*. Chania, Crete Greece: The Authors.

Verbrugge, L. (1980) *Health Diaries*. Medical Care, 18 (1), 73 – 95.

Viana, L. H.; Prado, M.; Santos, R. (2009) *Blogosfera: produção e consumo de informação*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/viana-prado-santos-blogosfera-producao-consumo-informacao.pdf>

Walker, J. (2003) *Final version of weblog definition*. Disponível em [http://jilltxt.net/archives/blog_theorising/final version of weblog definition.html](http://jilltxt.net/archives/blog_theorising/final_version_of_weblog_definition.html)

Walther, J. B. (2002) *Research Ethics in the Internet-Enabled Research: Human Subjects Issues and Methodological Myopia*. Ethics and Information Technology, 4, 205-216.

Walsh, I. (2014) *Using quantitative data in mixed-design grounded theory studies: An enhanced path to formal grounded theory in information systems*. European Journal of information Systems. Advance online publication (26 August 2014), 1 - 27

Walsh, I. (2015) *Introduction*. In: Walsh, I.; Holton, J.; Bailyn, L.; Fernandez, W.; Levina, N.; Glaser, B. (2015) *What Grounded Theory Is... A Critically Reflective Conversation Among Scholars*. Organizational Research Methods, 18 (4), 581 – 599.

Wang, X.; Jiang, T.; Ma, F. (2010) *Blog-supported scientific communication: An exploratory analysis based on social hyperlinks in a Chinese blog community*. Journal of Information Science 36 (6), 690 – 704.

Warschauer, M. (2006) *Tecnologia e Inclusão Social: a exclusão digital em debate*. São Paulo: Senac.

Wasserman, S.; Faust, K. (1999) *Social Network Analysis: methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

Waskul, D.; Douglas, M. (1996) *Considering the Electronic Participant: Some Polemical Observations on the Ethics of On-line Research*. The Information Society 12 (2): 129 – 139.

Watson, J. (2012) *The rise of Blogs in Nursing Practice*. Clinical Journal of Oncology Nursing. 16 (2): 215 – 217.

Watts, D. (2003) *Six Degrees. The Science of a Connected Age*. New-York: W.W. Norton & Company.

Weeden, M. R.; Williams, G. (2012) *Ethics and On-Line Research Methodology*. Journal of Social Work Values & Ethics, Spring 2012, 9 (1), 40 – 51.

Weiss, M. et al. (2010) *Chapter 4. Situational Transitions: Discharge and Relocation. 4.1 Perceived Readiness Discharge in Adult Medical-Surgical Patients*. In: In Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 153 – 170.

Wellman, B.; Quan-Haase, A.; Boase, J.; Chen, W. (2003) *The Social Affordances of the Internet for Networked Individualism*. Journal of Computer-Mediated Communication. Vol. 8, Nr 3, April 2003. [Documento WWW] URL [http://homes.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/social affordances of the internet for networked individualism/social affordances of the internet for networked individualism.pdf](http://homes.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/social%20affordances%20of%20the%20internet%20for%20networked%20individualism/social%20affordances%20of%20the%20internet%20for%20networked%20individualism.pdf)

Wells, D. L. (2009) *The effects of animal on human health and well-being*. Journal of Social Issues, 65 (3): 523- 543

Wennman-Larsen, A.; Tishelman, C. (2002) *Advanced home care for patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16 (3), pp. 240-247.

Whiteman, N. (2012) *Undoing Ethics: Rethinking Practice in Online Research*. London: Springer.

Wijnia, E. (2004) *Understanding Weblogs: a communicative perspective*. In: Burg, T. (Ed.), *BlogTalks 2.0: The European conference on weblogs*, 38-82.

Wikipédia (2017, fevereiro, 13) *Blog*. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Blog>

Wilson, J. (1986). *Self-Help Groups: Getting Started - Keeping Going*. Great Britain: Longman Group.

Wise, M. G.; Rundell, J. R. (2002) *The American Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. (2nd Ed.), The American Psychiatric Press: 771-804, 808-809.

World Health Organization (WHO) (2001) *Declaration of Helsinki. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (4), 373 – 374.

World Medical Association (WMA) (2013) *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Wortham, J. (2007) *After 10 Years of Blogs, the Future's Brighter Than Ever*. Disponível em: http://www.wired.com/entertainment/theweb/news/2007/12/blog_anniversary

Wuest, J. (2001) *Precarious Ordering: Toward a formal theory of women's caring*. Health Care for Women International, 22, 167 – 193.

Wynn, E.; Katz, J. E. (1997) *Hyperbole over Cyberspace: Self-presentation and Social Boundaries in Internet Home Pages and Discourse*. The Information Society, 13 (4), 297 - 327

Yan, L.; Tan, Y. (2017) *The Consensus Effect in Online Health-Care Communities*. Journal of Management Informations Systems, 34 (1), 11 – 39.

Zago, G. S. (2009) *Dos blogs aos microblogs: aspetos históricos, formatos e características*. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/zago-gabriela-dos-blogs-aos-microblogs.pdf>

Zancheta, M.S.; Cognet, M.; Lam-Kin-Teng, M. R.; Dumitriu, M. E.; Renaud, L.; Rhéaume, J. (2016) *From early detection to rehabilitation in the community: reading beyond the blog testimonies of survivors' quality of life and prostate cancer representation*. Health and Quality of Life Outcomes, 14 (1), 171.

Ziebland, S. (2004) *The importance of being expert: the quest for cancer information on te Internet*. Social Science & Medicine, 59 (9), 17783 – 1793.

Ziebland, S., Chapple, A., Dumelow, C., Evans, J., Prinjha, S., & Rozmovits, L. (2004). *How the Internet affects patients' experience of cancer: A qualitative study*. British Medical Journal, 328 (7439), 564–570.

Zilstra, G. (1979) *Networks in public policy: Nuclear energy in the Netherlands*. Social Networks (1) 4, 359 – 389.

APÊNDICES

Apêndice I
Guião da Entrevista

Guião da Entrevista Semi-estruturada

TEMA: *Construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue*

OBJETIVOS: Identificar a Rede Social Física

Explorar aspetos pouco desenvolvidos nas fases anteriores

Blocos Temáticos

Bloco A – Apresentação e legitimação da entrevista

Bloco B – Motivação para a criação do blogue

Bloco C – Profissionais de Saúde e Apoio Psicológico

Bloco D – Linguagem própria da rede

Bloco E – Efeitos da rede social na pessoa

Bloco F – Rede Social Física

| Blocos Temáticos | Objectivos Específicos | Formulário de Questões | Tópicos |
|--|--|---|--|
| <u>A</u> Apresentação e legitimação da entrevista | <ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista - Motivar o entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os objetivos da pesquisa: <i>conhecer o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem blogue</i> - Dar a conhecer à entrevistada a dinâmica do trabalho de investigação (Fases do estudo) - Garantir a confidencialidade da informação prestada. | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar, na medida do possível, dirigir a entrevista, de modo a não influenciar as respostas |
| <u>B</u> Motivação para a criação do blogue | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as motivações para a criação do blogue | <ul style="list-style-type: none"> - Fale-me sobre o que a levou a criar o blogue | <ul style="list-style-type: none"> - Relacionado com a doença - Necessidade de informação sobre a doença - Registo sobre a sua vivência - Necessidade de partilha |
| <u>C</u> Profissionais de Saúde e Apoio Psicológico | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os profissionais marcantes no processo de doença - Conhecer a necessidade de recurso a apoio psicológico. - Conhecer o papel do <i>blogue</i> nesta tomada de decisão | <ul style="list-style-type: none"> - Que profissionais que cuidaram de si foram marcantes no seu processo de doença - Teve necessidade de apoio psicológico? - O que a levou a ter/ou não ter apoio psicológico? - O facto de ter <i>blogue</i> influenciou o ter ou não apoio psicológico | <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais marcantes no processo de doença - Necessidade ou não de ter apoio psicológico - Influência do <i>blogue</i> na tomada de decisão de ter ou não apoio psicológico |
| <u>D</u> Linguagem Própria da Rede | <ul style="list-style-type: none"> - Validar a existência de uma linguagem própria da rede - Conhecer a origem das alcunhas <i>gosma, gosma-mor ou meia-gosma</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhece a existência de uma linguagem própria da rede de blogues? - Qual a origem das alcunhas <i>gosma, meia-gosma</i> ou <i>meia-gosma</i>? | <ul style="list-style-type: none"> - Existência de linguagem própria da rede - Origem das alcunhas <i>gosma, meia-gosma</i> ou <i>meia-gosma</i> |
| <u>E</u> Efeitos da Rede Social na Pessoa | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os efeitos da rede social na pessoa | <ul style="list-style-type: none"> - Quais os efeitos que a rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através dos blogues, teve em si? | <ul style="list-style-type: none"> Efeitos que a rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através dos blogues, teve na pessoa |

| Blocos Temáticos | Objectivos Específicos | Formulário de Questões | Tópicos |
|--|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">F</p> <p>Rede Social Física</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o Processo de construção da rede social física - Identificar a Rede Social Física | <ul style="list-style-type: none"> - Dos blogues passaram ao contacto físico. Como surgiu a rede física? - Quem integra a rede social física? | <ul style="list-style-type: none"> - Processo de construção da rede social física - - Elementos constituintes da rede social física |

Apêndice II
Consentimento Informado

Consentimento Informado

Caro/a Bloguista,

O meu nome é Carla Damásio, sou enfermeira, professora de Enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Estou a realizar Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa e encontro-me a desenvolver uma investigação sobre a *Construção da rede de ajuda mútua da pessoa com doença oncológica*, orientada pela Professora Doutora Lucília Nunes e coorientada pelo Professor Doutor José Manuel Sobral.

O estudo tem como objetivo geral conhecer o processo de construção da rede de ajuda mútua ao longo das transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica que tem *blogue*. Especificamente, pretende-se:

- Estudar a motivação para a criação do blogue;
- Estudar a perceção do seu estado de saúde;
- Identificar os recursos e as estratégias para ultrapassar a situação/dificuldades ao longo da doença;
- Desvelar a vivência da ajuda ao longo da doença;
- Identificar formas de ajuda mútua relevantes nas transições vivenciadas pela pessoa com doença oncológica;
- Perceber como é construída a rede social decorrente da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue;
- Analisar os efeitos, na pessoa e na sociedade, da rede social construída a partir da ajuda mútua emergente da relação estabelecida através do blogue.

Para atingir estes objetivos, propõe-se realizar a colheita de dados através dos *posts* do seu blogue, que serão posteriormente analisados. Alguns dos participantes do estudo poderão ser contactados posteriormente para uma entrevista.

Quanto ao consentimento concreto para as colheitas de dados, assinale a sua disponibilidade:

- a) pode utilizar os textos do blogue
- b) estou disponível para ser entrevistado(a), se for necessário

Ao divulgar a obra do autor, mas de forma anónima, a investigadora é representante do autor. Os dados serão publicados na dissertação, prevendo-se também publicações de cariz científico.

No que diz respeito ao anonimato e porque está em causa a autoria de textos ou imagens: **(Assinale com X apenas uma opção)**

- a) Aceito a utilização de excertos de posts ou imagens do meu blogue, recorrendo-se a um nome fictício, criado especificamente para o estudo (por exemplo, B1)
- b) Aceito a utilização de excertos de posts ou imagens do meu blogue, recorrendo-se ao nome utilizado no blogue (nick name)
- c) Aceito a utilização de excertos de posts ou imagens do meu blogue, recorrendo-se à minha identidade real

A sua participação é voluntária e pode ser suspensa em qualquer momento, sem qualquer repercussão. Caso sinta que esta investigação provocou alguma dificuldade, pode contactar a investigadora para ser encaminhado/a para ajuda especializada.

O seu envolvimento neste estudo assume grande importância no desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e estamos ao dispor para o informar dos resultados da investigação, caso o deseje, manifestando interesse para o mail carlapdamasio@gmail.com. Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir ao longo da investigação, através do referido endereço de email, bem como através dos telemóveis XXXXXXXXXX. Poderá enviar sms ou email a solicitar contacto.

_____, ____ de _____ de _____
(Localidade) (Dia) (Mês) (Ano)

(Assinatura Legível do Bloguista)

(Investigadora)

Apêndice III

Artigo publicado na REDES:

A Análise de Redes Sociais no estudo do processo da construção da ajuda mútua da pessoa com doença oncológica com blogue

A Análise de Redes Sociais no estudo do processo da construção da ajuda mútua da pessoa com doença oncológica com blogue¹

Carla Damásio – Instituto Politécnico de Leiria²

Lucília Nunes – Instituto Politécnico de Setúbal

José Manuel Sobral – Universidade de Lisboa

Resumo

Os recentes desenvolvimentos na saúde, sociedade e tecnologia, têm conduzido a novas formas de estar. Encarar hoje a doença oncológica (DO) é enfrentar um desafio. A comunicação, também sofreu evolução e a Internet assume um espaço crescente na sociedade. O *blogue* revolucionou a partilha de experiências, como é o caso da vivência da DO, podendo ser gerador de um processo de construção de ajuda mútua. Emergiu a questão: *Quais os blogueiros mais ativos e dominantes numa rede de pessoas com doença oncológica com blogue?* Este artigo tem como objetivos: Identificar as pessoas com DO com blogue; Identificar as pessoas mais ativas e as pessoas dominantes na rede, recorrendo à Análise Estrutural da Rede Social.

Para selecionar a amostra recorreu-se ao método de amostragem não probabilística, intencional, em bola de neve.

A rede encontrada constitui-se por 32 blogues, com 1602 ligações (720 com pessoas com DO e 434 na rede), dos quais foram selecionados 17 blogues.

A rede estudada tem uma boa *densidade* (0,438), pelo que a informação se difunde com facilidade entre os nós, cujos atores têm altos níveis de *capital social*.

Palavras-chave: Análise de Redes Sociais – Blogue – Doença Oncológica – Ajuda Mútua.

Abstract

Recent developments in health, society and technology have led to new ways of being. Looking today at oncologic disease (OD) is facing a challenge. The communication also suffered evolution and the Internet takes on a growing space in society. The blog revolutionized the sharing of experiences, such as the experience of OD, and may have been generator of a process of building mutual aid. Emerged the question *What are the most active and dominant in a people with oncological disease with blog network?* This paper aimed to: Identify people with OD with blog; Identify the more active and dominant people in the network, using the Structural Analysis of Social Networking

To select the sample we used the non-probability sampling method, intentionally, in snowball. The founded network consists of 32 blogs, establish 1602 connections (of which 720 are with people with OD and 434 in the network), of which blogs 17 were selected. The studied network has a good density (0.438), by which

¹ Este artigo resultou de uma comunicação realizada no "2º SUMMER COURSE EN ANÁLISIS DE REDES SOCIALES y 2º WORKSHOP DE INVESTIGACIÓN – Relaciones y Networks: Materializando lo invisible" na Universidad de León, Ponferrada

² Contacto: carlapdamasio@gmail.com; carla.damasio@ipleiria.pt . Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Campus 2 - Morro do Lena - Alto do Vieiro - Apartado 4137, 2411 - 901 Leiria.



information spreads easily among the nodes, whose actors have high levels of social capital.

Key words: Social Network Analysis – Blog – Oncologic Disease – Mutual Help.

Introdução e Justificação

Este artigo tem como objetivo: apresentar parte de um projeto de investigação a decorrer no programa de Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa (Portugal), no que diz respeito a *identificar os blogues mais ativos e dominantes no grupo de pessoas com doença oncológica que tem blogue*. A pessoa com doença oncológica vive situações dramáticas (Carvalho, 2007), por ter um impacto negativo extremo pelo seu estigma social. Ouvir a palavra "Cancro" desperta na pessoa receios e incertezas (Barroso, 2007). São doenças de curso silencioso, que a sociedade considera como ameaça à vida, sendo sinónimo de morte (Santos, 2006) ou de mutilação (Deters, 2003) e associadas a um sofrimento atroz (Pais, 2004). O *stress*, o *coping*, a depressão e o suporte social refletem-se no sistema imunitário, influenciando o aparecimento e a evolução do cancro, havendo complexidade entre as ligações estabelecidas entre os aspetos psicológicos e o cancro (Reynaert, Libbert & Janne, 2000).

O apoio social, que pode ser afetivo-emocional, material ou informativo, não é exclusivo da rede pessoal informal dos sujeitos. É importante que nessa rede se incorporem elementos que favoreçam a sua criação, bem como o seu potencial. Tratam-se dos Grupos de Ajuda Mútua (GAM's) como fontes de apoio social (Cañameras, 2011). Os grupos de ajuda mútua são definidos como grupos de duas ou mais pessoas que partilham uma experiência ou problema, que estão juntos para prestar ajuda específica ao problema e apoiarem-se uns aos outros (Humphreys, 2004). Os próprios membros criam os grupos sem envolvimento profissional. As pessoas podem frequentar os GAM's tão intensamente e pelo tempo que desejem (Kelly & Yeterian, 2008). Os membros dos grupos de ajuda mútua proporcionam uma rede de relações sociais, que não estariam disponíveis de outro modo para uma pessoa que enfrenta desqualificações sociais derivadas da condição que a levou ao grupo. O aumento das redes sociais relaciona-se com a ajuda concreta proporcionada pelos membros, com base emocional e na partilha de problemas ou de sucessos. O apoio social aos membros é um elemento chave no funcionamento destes grupos (Levine & Perkins, 1987).

Vários investigadores têm-se referido aos benefícios na saúde da ajuda mútua e da participação em GAM's (Sullivan, 2003). Estes benefícios incluem mudança

favorável de sintomas, recuperação marcada e respostas adaptativas ao diagnóstico da doença (Berger, 1985; Spiegel, Bloom, Kraemer e Gottheil, 1989). Os resultados de investigação de GAM's sugerem que os mesmos podem promover *coping*, reduzir respostas emocionais adversas ao cancro e ajudar os participantes a retomarem as suas atividades anteriores à doença (Youssef, 1984). A rede social serve como uma forma de passar informação sobre as práticas de cuidados de saúde, especialmente para aqueles sem acesso aos mesmos, ou para os que não estão educados sobre o sistema de cuidados (Ashing-Giwa et al., 2006).

O aparecimento da World Wide Web alterou a forma como se acede à informação. As novas tecnologias são, cada vez mais, o recurso da população para a resolução dos seus problemas do dia-a-dia (Sampaio, 2007; Silva et al., 2008). A Internet permite a produção, o consumo e a comunicação de conteúdos seguindo, de forma não exclusiva, os contactos sociais (Molina, 2011). A emergência da nova tecnologia da informação modificou a unidirecionalidade do fluxo da informação dos meios de comunicação para a audiência, tornando possível a interação imediata (Dan Li, 2005).

A mediação da comunicação através do computador pode ser muito eficiente no estabelecimento dos laços sociais por facilitar a sua manutenção (Recuero, 2004). As redes sociais presentes no ciberespaço distinguem-se das do espaço *offline*, pois as trocas sociais são arquiváveis e recuperáveis, a própria representação no ciberespaço altera o grupo em si, podendo ser representadas através de diversas ferramentas (onde se incluem os blogues). Por não se desgastarem com a falta de contacto, sofrem menos com a temporalidade das relações pessoais, sendo por isso mais estáveis, complexas e compreendem uma pluralidade de relações mais ampla (Recuero, 2012). Os cibercontactos podem evoluir para o desenvolvimento de amizades exclusivamente online ou resultarem mesmo em encontros face-a-face (Giddens, 2007).

O conceito formal de *Weblogue*, *blog*, ou em português *blogue*, pode ser considerado um diário na Web, cuja informação está organizada da mais recente para a mais antiga (em *post*), frequentemente atualizado com opiniões, emoções, factos, imagens, entre outros. Disponibiliza um índice de entrada e pode conter apontadores para outros sites. Os seus autores podem ser pessoas em nome individual e/ou coletivos, podendo estar abertos a todos ou afetos a uma comunidade fechada, discutindo temas específicos de interesse para esse grupo. Resumidamente, um *blogue* pode ser considerado um diário, mas em formato

eletrónico (Rodrigues, 2004; Pires, 2006; Gurak & Smijana, 2008; Baltazar, 2009), com baixo custo e facilidade de manuseamento (Canavilhas, 2006).

A função básica das hiperligações, inerente aos *blogues*, foi expandida a muitos outros usos, que podem formar uma comunidade baseada em interesses mútuos (Dan Li, 2005). A *blogoesfera* é definida como uma comunidade e conteúdos que constituem os *blogues*; isto é, o conjunto de quem faz (*bloguista*, em Portugal; *blogueiro*, no Brasil) de quem disponibiliza e de quem lê os *blogues* (Pires, 2006). Os *blogues* permitem que determinados assuntos se debatam num período de tempo considerável e que as discussões entre *bloguistas* se tornem uma prática corrente, estabelecendo-se relações de cumplicidade ou discórdia. São partilhadas e adicionadas ideias e opiniões entre os vários participantes. Criam-se círculos que originam uma rotina e uma comunidade, em que o leitor de um determinado *blogue* acaba por ir espreitar outros, ler o que dizem e se for também autor de um desses *sites*, talvez até comente determinadas situações que vê num *espaço vizinho* (Rodrigues, 2004). As conexões não são feitas de modo aleatório, mas de modo intencional, em que os laços sociais são estabelecidos sob prismas muito específicos de interesses comuns (Recuero, 2004).

Os assuntos abordados nos *blogues* capacita-os para agregar uma rede à sua volta (Rodrigues, 2004). Estas redes sociais são facilitadas quando nos referimos à *blogosfera*, pois a criação de pequenas redes entre os *blogues* funciona como uma marca distintiva de um determinado grupo temático (Canavilhas, 2006), neste caso a doença oncológica. Na medida em que cada *weblogue* ou *fotoblogue* representa um indivíduo (ou um grupo) e está inerente a exposição da sua individualidade, os mesmos podem representar redes sociais (Primo & Recuero, 2003). O trabalho em redes de conexões pode dar origem a uma perspetiva global, baseada na experiência pessoal (Lipnack & Stamps, 1992).

Os *blogues* têm sido considerados por inúmeras pessoas doentes como uma forma benéfica de desabafar e dividir com outras pessoas as suas experiências. Além de criar um espaço virtual de ajuda mútua, informando e sensibilizando os leitores que enfrentam o mesmo problema, ao escrever sobre os seus sentimentos, a pessoa doente sente-se aliviada. Para a presidente do Portal Oncoguia, psico-oncologista e especialista em Bioética, Dra. Luciana Holtz, os *blogues*, de maneira geral, têm ação benéfica no tratamento do doente.

"As comunidades e os blogs funcionam como grupos de apoio virtuais alimentados em forma de depoimentos e comentários. Essa interação faz com que o paciente se sinta amparado, acolhido e compreendido já que, na

maioria das vezes, ele interage com uma pessoa que está passando (ou já passou) pelo mesmo que ele. (...) Além de atuarem como uma rede de apoio entre os pacientes, eles também agem como fonte de conscientização sobre a doença já que os blogueiros/ pacientes contam detalhadamente a sua história, quais eram os sintomas e o que ajudou e atrapalhou no processo do diagnóstico do cancer” (Oncoguia, 2009).

Apresenta-se em seguida um esquema diagramático dos conceitos em uso e sua relação, no estudo.



Figura 1 – Relação entre Conceitos

As redes de ajuda mútua *on-line* têm um potencial considerável para promover saúde, bem-estar e *empowerment*. Reconhecendo esta realidade, os investigadores começaram a avaliar a natureza, função e efeitos dos GAM's *on-line* (Klaw, Huebsch e Humphreys, 2000; Maya Jariego, 2001; Montardo & Passerino, 2010). Estima-se que existam mais de 400 000 grupos de ajuda mútua *online* de pessoas com doença oncológica (Im et al., 2005). Connel, Patterson e Newman (2006) sugerem a existência de suporte adicional com recurso à tecnologia, nomeadamente tele e videoconferência e salas de *chat* na Internet para promover ligações sem restrições geográficas. Estas redes tornaram-se um recurso importante para investigadores que trabalham com pessoas com doença oncológica que residem em diferentes áreas geográficas nacionais e internacionais (Im et al., 2005).

Além dos estudos sobre os grupos de ajuda *online*, de referir também estudos em grupos de ajuda mútua em que foi utilizada a Análise de Redes Sociais (ARS) (Maya Jariego, 2001; Montardo & Passerino, 2010; Cañameras, 2011). Maya Jariego (2001) procurou descrever um grupo de autoajuda *online* e explorar as possíveis diferenças dos grupos face a face. Para tal, examinou o conteúdo de mensagens trocadas por um grupo de utilizadores de um grupo online de auto-ajuda da Alzheimer's Association, aberto a doentes, cuidadores e todo o tipo de pessoas interessadas no tema, distinguindo cinco tipos gerais de resposta: intercâmbios de apoio; comunicação das experiências pessoais; aspetos organizacionais e de grupo; temas reivindicativos e de sensibilização; e outros conteúdos. Posteriormente, e para descrever as relações de apoio entre o grupo, realizou uma ARS a partir das respostas aos pedidos de informação ou de alívio emocional, em que tinha sido possível identificar emissor e recetor do comportamento de ajuda, recorrendo aos indicadores de centralidade – *degree*, *closeness* e *betweenness* dos participantes. O investigador verificou tratar-se de um grupo pouco estruturado, contendo um pequeno núcleo com maior centralidade e influência, responsável pela quantidade e qualidade da participação. Este foi composto por 5 sujeitos, em torno dos quais se organizam os contributos ocasionais do resto dos participantes. Após uma análise 2-clan, quatro destes aparecem também como integrantes do agrupamento mais significativo. Contudo, dois deles devem a sua centralidade ao elevado número de respostas que suscitam os seus pedidos de ajuda, pelo que ficam três os dinamizadores do grupo, sendo um deles reconhecido formalmente como secretário. Estes três contribuem com um maior número de mensagens e têm um papel crucial como prestadores de apoio. Todos os participantes-chave são mulheres.

O autor conclui que o grupo de auto-ajuda proporciona um ambiente positivo, que permite a partilha aberta dos problemas pessoais e obtenção de informação sobre a doença, sendo este grupo comparável com as características e conteúdos dos grupos de auto-ajuda face a face. O investigador destaca o facto deste grupo estar vinculado a uma associação que organiza reuniões presenciais, supondo por isso haver maior probabilidade da existência de um conjunto de pessoas que assumam a responsabilidade de manutenção do grupo. Este estudo veio confirmar que os grupos de apoio eletrónico podem funcionar de modo semelhante aos grupos presenciais, sendo a internet e outras redes eletrónicas viáveis para estabelecer novos contactos, aceder a laços débeis, partilhar apoio de modo recíproco, desenvolver relações íntimas e formar grupos de interesses partilhados. Para pessoas com doenças crónicas e seus cuidadores, com uma participação social

limitada pela sua condição, os grupos eletrónicos podem também ser uma alternativa potencialmente benéfica para os seus níveis de implicação comunitária e bem-estar psicológico (Maya Jariego, 2001).

A investigação de Montardo e Passerino (2010) centra-se num estudo de caso de blogues sobre autismo e síndrome de Asperger, em que se recorreu à ARS, procurando responder à questão *como se dá a inclusão social de pais de pessoas com necessidades especiais em blogues temáticos?* Estas autoras consideram todas as ferramentas de socialização *online* como alternativas de grupos de ajuda mútua, sobretudo para os pais que não têm condições de o frequentar, por falta de tempo ou impossibilidade de se deslocarem. Os blogues foram objeto de pesquisa por permitirem disponibilização de muitas informações, bem como a possibilidade de diálogo através dos comentários, que pode ser acedido pelos familiares ou pelas próprias pessoas com necessidades especiais quando lhes for mais conveniente.

Numa amostra de treze blogues, cujos autores deram o seu consentimento para a participação no estudo, foram realizados diversos mapas que identificaram *links* (*blogroll*, comentários, *posts*) que unem a rede, recorrendo ao *software CMap Tools*. Foi realizada uma análise de todos os *posts* e comentários de dez blogues, privilegiando-se a estrutura da rede, à luz de Recuero (2005). Verificou-se haver diferenças entre as publicações sobre o autismo de acordo com o género, sendo que os pais/homens abordam predominantemente aspetos objetivos relacionados com as necessidades especiais indicadas, como a descrição da rotina, congressos, descobertas, tratamentos, leis; enquanto que as mães/mulheres privilegiam mais o subjetivo a respeito desses mesmos assuntos, havendo um destaque na sua angústia com as dificuldades e esperança decorrente das vitórias na educação dos filhos. Foi proposta uma interpretação de laços fortes e fracos que combina a sua definição com a noção de capital social. Verificou-se que nas mulheres predomina capital social relacional, pois os *links* comportam apoio, emoção e identificação e, como tal, são considerados fortes. Já, para os homens, os laços sociais são fortes quando provêm de socialização em torno de capital social cognitivo. Contudo, os laços fracos não deixam de ter a sua importância na inclusão social. Para os homens trazem apoio e elogios à iniciativa de manter um blogue; para as mulheres, trazem informações, o que leva as autoras a concluírem que laços fortes e fracos são relevantes na inclusão social em blogues. Muitos dos promotores de inclusão social nesta rede colocam-se mais numa posição de dadores, do que recetores de informação (capital social cognitivo) e de apoio (capital social relacional). Verificou-se também que a presença de *links* no *blogroll* pode também

ser importante para apontar um fluxo de possível navegação e de socialização entre pessoas interessadas no tema discutido; contudo, não sinaliza necessariamente a socialização nesses blogues, sendo considerado pelas autoras que o mesmo é efetivado através dos comentários (Montardo & Passerino, 2010).

O estudo de Cañameras (2011) centrou-se nos padrões de mudança nas famílias com crianças com cardiopatias congénitas e tinha como objetivo demonstrar a importância que as relações sociais adquirem no âmbito da saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, não experimental, baseado num estudo longitudinal de casos, que teve como participantes pais, mães de/e pessoas com cardiopatia congénita, recrutados através da Associação de Ajuda dos Doentes com Cardiopatias Infantis da Catalunha. Além do questionário, o autor considerou a entrevista e a observação como as principais técnicas de recolha de dados. Das técnicas de análise de dados, destacamos a Análise de Redes Sociais, com recurso ao *Egonet*, como *software*. O SPSS foi o *software* eleito para a análise dos dados.

Foram realizadas duas redes, em momentos distintos, para cada informante. Foi descrita a estrutura da rede, a sua função e as medidas de centralidade. O *blockmodels* ou a análise de grupos que constituem a rede proporcionou o apuramento das causas de comunicação com cada *alteri*. Face à cardiopatia congénita, em termos de redes, o investigador detetou quatro estratégias, não exclusivas entre si: a *rede normalizada*, a *rede natural*, a *rede institucionalizada* e a *rede medicalizada*. A *rede normalizada* é a rede que não sofreu modificações na sua estrutura como consequência da doença. No entanto, podem existir modificações quanto à função na rede. Já a *natural* é aquela rede em que se incorporam pais/mães e/ou afetados por uma cardiopatia congénita sem a intervenção de nenhuma associação de cardiopatias congénitas. O objetivo das pessoas que integram estas redes é o contacto com *iguais*, socializando-se desta forma com a doença. A *rede institucionalizada* incorpora distintos *alteri* relacionados com uma associação de cardiopatias congénitas. Estes *alteri* podem ser, tanto pessoal técnico da associação, como pais, mães e pessoas com cardiopatia congénita, cuja relação se estabeleceu através da própria associação, podendo mesmo existir duas ou mais associações. Por fim, a *rede medicalizada* é aquela rede em que se incorporam profissionais de saúde e de serviço social, tendo uma função de prestadores de informação.

Face ao exposto, verificamos que os blogues revolucionaram a partilha de experiências e informações, proporcionando ajuda e apoio social. Com o presente artigo procurou-se:

- 1) Identificar as pessoas com doença oncológica com blogue;
- 2) Identificar as pessoas mais ativas na rede;
- 3) Identificar as pessoas dominantes na rede, recorrendo à Análise Estrutural da Rede Social.

Material e Método

De modo a dar resposta à questão formulada no presente artigo, recorreremos à Análise Estrutural de Redes Sociais com o objetivo de fundamentar a escolha dos atores do estudo, como sendo os mais ativos e dominantes na rede. Recuero (2005) propôs um modelo de análise de redes sociais na Internet, constituído por três elementos fundamentais: organização, estrutura e dinâmica. A organização refere-se à interação social num grupo; a estrutura ao resultado das trocas empreendidas nesse grupo, em termos de laços sociais e de capital social; e a dinâmica trata das modificações sofridas numa rede ao longo do tempo. Com base nesta autora, podemos afirmar que a presente análise centrar-se-á na estrutura.

Identificação das Pessoas com Doença Oncológica com blogue

Os dados foram colhidos em vinte e uma semanas, no período compreendido entre 26 de fevereiro e 13 de julho de 2012.

A seleção da amostra foi realizada de acordo com o método de amostragem não probabilística, intencional, em bola de neve (*snowballing*) (Trochim, 2006), que segundo Gauthier (2003, p. 215) "*consiste em juntar a um núcleo de indivíduos todos os que estão em relação com eles e assim por diante*". O processo deve ser repetido até que o número de novos atores se torne limitado (Frank, 1978; Lemieux & Ouimet, 2006).

A partir do blogue da pesquisa anterior (Damásio, 2009), em que estudámos as experiências de doença de uma pessoa com doença oncológica, expressas no seu blogue pessoal, e a forma como o seu blogue influencia a sua vivência em relação à situação de doença, identificámos os *blogues* com os quais esta pessoa tinha ligações, tanto através do seu perfil, como na coluna lateral do blogue, podendo alguns dos *blogues* estar em ambos. A ligação com o blogue designada no perfil como *Blogues que estou a seguir* (para os Blogspot), *Blogues que sigo* (na Wordpress) ou *Os que sigo* (no Sapo) surge através de convites feitos pelos outros *blogguers* para se tornarem membros. Já os que surgem na coluna lateral dos

blogues da *Blogspot* ou do *Sapo*, são colocados e organizados pelo próprio autor do *blogue*, com designações atribuídas também pelo mesmo. Na *Wordpress*, os blogues da coluna lateral decorrem da *blogroll*. A rede obtida na colheita de dados na Internet é, de acordo com Recuero (2014), associativa ou de filiação, pois decorre de relações de seguidores, pelo que são consideradas relações de certa forma estáveis, mantidas pelas ferramentas.

A codificação foi uma necessidade ao longo do processo de recolha de dados. Para tal recorremos a números, sendo que o *blogue* de partida foi codificado com o número um e a cor amarelo torrado. Consideramos que a atribuição de código numérico facilitaria a análise estrutural da rede social (Fase 2) e o de cores a identificação dos vários níveis.

Identificados os blogues com que o *blogue* de partida se ligava, organizados por ordem alfabética, incluímos apenas os que referiam claramente ou que nos seus *posts* expressavam que o seu autor(a) era portador de doença oncológica.

A leitura flutuante do conteúdo dos blogues, bem como a pesquisa no conteúdo do *blogue* de palavras-chave como *cancro*, *doença*, *hospital*, *quimioterapia* e *radioterapia* facilitaram a identificação no discurso dos autores dos blogues como sendo ou não portadores de doença oncológica. Com um total de doze, os *blogues* foram codificados com a cor verde e constituem o nível II da amostra.

Tal como mencionado por Patton (2002), convergiram nomes chave, neste caso, *blogues*, que são mencionados vezes repetidas. Para termos uma maior perceção do número de vezes que cada um dos *blogues* surgia nas ligações de todos os *blogues*, realizámos um contador de frequências dos *blogues* de pessoas com doença oncológica, calculando também a média de frequência de cada nível. Deste modo, poderíamos verificar com maior facilidade os que apareciam com número superior à média dos restantes.

Cada *blogue* identificado como sendo de pessoa com doença oncológica seria incluído no contador. Tal procedimento vai ao encontro do mencionado por Rodrigues et al. (2004) que defendem que aquando da recolha inicial de dados, há necessidade de uma cobertura total dos dados.

Para cada um dos doze *blogues* que constituem o nível II da "bola de neve", foram identificados os *blogues* com os quais cada um tem ligações, recorrendo ao mesmo método, que é designado por Hanneman e Riddle (2005) como *método de bola de neve de dois estádios* (*two-stage snowball method*).

Após a identificação de todos os blogues com que os doze blogues se ligavam, termos seleccionado os que tinham como autores pessoas com doença oncológica, dos mesmos terem sido inseridos no contador de frequências, comparámos as frequências obtidas pelos novos *blogues* emergentes neste nível, com a frequência média dos doze e treze blogues, já constituintes da rede. Desta forma, estabelecemos como critério para a definição do nível seguinte a frequência média dos blogues incluídos na rede, distinguindo-se o cálculo com o blogue de partida e sem o mesmo. O procedimento repetiu-se de nível em nível até obtermos um valor médio de frequência que não fosse relevante para a fase seguinte (nesta situação 11).

| Nível | Nº do Blogue |
|-------|--------------|
| I | 1 |
| II | 2 |
| | 3 |
| | 4 |
| | 5 |
| | 6 |
| | 7 |
| | 8 |
| | 9 |
| | 10 |
| | 11 |
| | 12 |
| | 13 |
| | III |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 21 | |
| 22 | |
| IV | 23 |
| | 24 |
| | 25 |
| | 26 |
| | 27 |
| V | 28 |
| | 29 |
| VI | 30 |
| | 31 |
| | 32 |

Quadro 1 – Codificação da Amostra por nível, cor e número

A amostra ficou assim constituída por trinta e dois blogues de pessoas com doença oncológica, sendo que trinta (93,75%) são individuais e dois (6,25%) são de grupo. Entre os blogues individuais, vinte e sete (90%) são de pessoas do género feminino, três são de pessoas do género masculino (10%). Entre os blogues de grupo, um (28) tem especificado os seus participantes, sendo sete pessoas do

género feminino. Refira-se que uma destas sete participantes, é também autora de um blogue individual. O outro blogue (32) não tem especificado os seus participantes, mas representa um grupo de teatro, em que diversas autoras dos blogues individuais que integram a rede (5, 13, 16, 21, 22, 30) têm ou tiveram um papel ativo como participantes em peças de teatro, juntamente com alguns dos seus familiares. O blogue 29, embora tenha a contribuição de uma outra pessoa além da sua criadora inicial, considerámos que seria individual, pois a participação da segunda pessoa é muito subtil e surge já numa fase adiantada do processo de doença em que a sua proprietária deixa de ter condição de saúde que lhe permita atualizar o blogue.

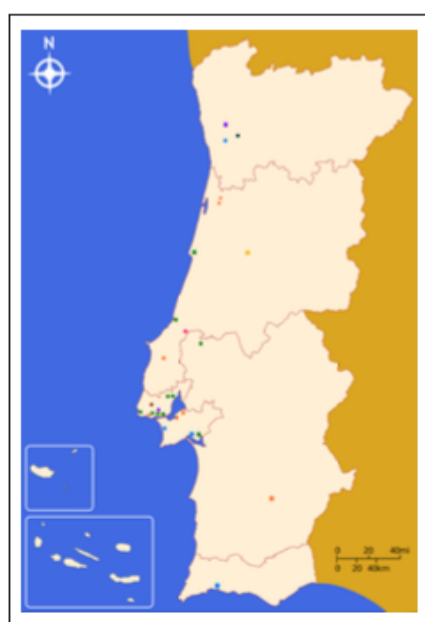


Figura 2 – Distribuição dos Blogues com localização em Portugal nas 7 Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS)

Adaptado de: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Portugal_NUTS_II.svg

No que diz respeito ao país, apenas um dos blogues (28) não tem especificado a sua localização, por ser de grupo e ter vários autores. Entre os restantes 31, 29 referem no seu perfil como país de localização, Portugal, um refere Brasil (7) e um outro (25) Angola. Entre os 29 com localização em Portugal, 27 especificam a

localidade, tendo sido realizada a sua distribuição, com as cores de cada nível, no mapa da Figura 2, de acordo com as matrizes de delimitação geográfica da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), Nível II, definidas no DL 244/2002, de 05/11, que estabelece a divisão de Portugal em sete unidades: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve; Açores e Madeira. Verificaram-se três blogues no Norte (12, 27, 29), sete no Centro (1, 2, 13, 15, 18, 21, 32), dois no Alentejo (5, 20), catorze em Lisboa (3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 22, 26, 30, 31) e um no Algarve (24). Os Blogues 19 e 23 não especificam a região.

A localização do *bloguer* de Angola tem como cidade Luanda (25); do Brasil, o Rio de Janeiro (7).

A Análise Estrutural da Rede

A *rede social* é definida como um conjunto de participantes autónomos, que unem ideias e recursos em torno de valores e interesses comuns e partilhados, em que se valorizam os elos informais e as relações, em detrimento das estruturas hierárquicas. Apesar de emergirem de uma esfera informal de relações sociais, os efeitos das redes podem ser percebidos fora do seu espaço, nas relações com o Estado, a sociedade e noutras instituições (Martelete, 2001). A cultura promove a identidade dos membros da rede social (Capra, 2003). As redes não param no tempo nem no espaço, são dinâmicas e estão sempre em transformação (Watts, 2003). Uma rede não se restringe à soma de relações e a sua forma exerce influência sobre cada relação (Degenne & Forse, 1994).

A Análise Estrutural das Redes Sociais refere-se à forma das relações entre os atores sociais e tem como objetivo analisar as relações entre os atores e não tanto entre os atributos. Trata-se de uma maneira, entre outras, de abordar os fenómenos sociais (Lemieux & Ouimet, 2006). As pessoas são pensadas, além do que são, considerando-se que através das conexões e das situações desenvolvidas a partir dessas mesmas relações, posicionam-se na vida social com maior agilidade (Martelete, 2001).

Ao longo desta Análise Estrutural, temos em consideração os objetivos da mesma que são: identificar as pessoas (que integram os blogues) mais ativas na rede e identificar as pessoas (que integram os blogues) dominantes na rede.

Caracterização e Análise da Rede

A rede encontrada é constituída por 32 blogues (30 individuais e 2 de grupo). Estes 32 blogues estabelecem 1602 ligações, das quais 720 são com pessoas com doença oncológica e 434 com pessoas incluídas na rede. Destacam-se os blogues **13** (130 ligações), **6** (119 Ligações), **27** (113 ligações), **3** (108 ligações) que se ligam com mais de 100 blogues. Pelo contrário, os blogues **11, 18, 24 e 32** não têm qualquer ligação com os blogues identificados. Com poucas ligações, considerámos os blogues com menos de trinta ligações, sendo estes o **2, 12, 19, 28 e 31**.

O número de ligações diminui de nível para nível, o que se explica pelo facto do número de atores diminuir à medida que progredimos no nível, à exceção dos níveis V e VI em que ambos compreendem dois atores. Assim, em termos de ligações temos: Nível I, com 14 ligações; Nível II, com 162 ligações; Nível III, com 110 ligações; Nível IV, com 94 ligações; Nível V, com 28 ligações e Nível VI, com 26 ligações.

O grafo resultante deste conjunto de relações é representado na Figura 3, e foi realizado através dos programas informáticos *UCINET® 6 for Windows®*, na Versão 6.421 (Borgatti, Everett & Freeman, 2002) e *Netdraw 2.123®* (Borgatti, 2002). Estes programas, bastante reconhecidos por analistas de redes, foram especialmente desenvolvidos para esta função de elaboração e manipulação de matrizes reticulares. O *Netdraw®*, incluído no pacote do *UCINET®*, permite a visualização dos grafos a duas dimensões (Passerino, Montardo & Benkenstein, 2007).



Figura 3 – Grafo resultante da relação entre os atores³

³ De modo a facilitar a leitura, mantivemos a codificação da cor para cada nível. Os blogues individuais são representados com um quadrado e os de grupo com um círculo.

De entre as possibilidades metodológicas oferecidas pelo software utilizado, foram selecionados os conceitos densidade, reciprocidade, medidas de centralidade de Freeman (*outdegree* e *indegree*), coeficiente de variação e egoredes, cujas medidas vão ao encontro do objetivo da análise.

Hanneman e Riddle (2005) recomendam que se inicie o enfoque da análise na rede como um todo, no número de atores, número de ligações possíveis e o número de ligações presentes. Foram também analisados os *casos negativos*, de modo a procurar informantes cujas experiências não confirmam a hipótese emergente ou que possa refutar a teoria emergente e conceitos (Milliken & Schreiber, 2001; Patton, 2002; Schreiber, 2001).

Encontrámos uma densidade de **0,438**, o que significa que são estabelecidas 43,8% das relações possíveis e lógicas, com um valor médio de 13,563, pelo que podemos afirmar que estamos perante uma rede com uma boa densidade. A **reciprocidade híbrida** obtida na rede é de 0,6074. Em todos os pares de atores que têm qualquer conexão, 60,74% têm uma conexão recíproca, o que sugere um grau considerável de conexões horizontais entre os seus membros. Tal como referem Hanneman e Riddle (2005) uma rede com uma predominância de laços recíprocos através de conexões assimétricas pode ser uma rede mais "igual" ou "estável" do que uma com uma predominância de ligações assimétricas, que pode ser uma hierarquia. Tal resultado vem complementar a igualdade de valor obtido no valor médio de *in-degree* e *out-degree* (13,563).

Ao analisarmos a **acessibilidade**, em que, para cada par de nós, o algoritmo indica se existe um caminho de qualquer comprimento que os liga, verificamos que todos os blogues têm acesso uns aos outros, à exceção dos blogues **6, 11, 18, 24 e 32**, que não dispõem de ligações *outdegree*. Quando alguns atores numa rede possam não aceder uns aos outros, há a possibilidade de uma divisão da rede. Ou pode indicar que a rede que estamos a estudar seja composta por mais do que uma sub-população (Hanneman & Riddle, 2005).

O **poder** é uma propriedade fundamental das estruturas sociais. A abordagem das redes realça que o poder é inerentemente relacional. Um indivíduo não tem poder no abstrato, tem poder porque pode dominar outros (Hanneman & Riddle, 2005). A margem de decisão da pessoa inserida numa determinada rede social relaciona-se com a distribuição do poder com a estrutura da dependência e das tensões no interior do seu grupo. A influência do ator sobre os outros pode ser grande, mas a autonomia da rede em que ela age é mais forte (Marteletto, 2001).

No que diz respeito à **centralidade**, obtivemos um mínimo de 0 e 27 de máximo, o valor médio de *outdegree* é 13,563, com um desvio-padrão de 7,933. Na nossa rede verificamos que os atores com um *out-degree* mais elevado de 27 são o **3**, o **13** e o **21** (9,375%), o que significa que estes são os que têm um maior potencial de ser influentes na rede. Muito perto destes, com 25 e 21 ligações, temos os blogues **7** e **15** (6,25%), respetivamente. Em oposição, com um *out-degree* de zero, ou seja, sem possuir qualquer ligação com os outros, e assim com pouco potencial de influência na rede temos os blogues **6, 11, 18, 24 e 32** (15,625%). Os atores no *meio* serão influentes se estiverem ligados com os atores certos (neste caso o **3**, o **13** e o **21**) (Hanneman & Riddle, 2005). No *meio*, e com 6 a 10 ligações, temos os blogues **2, 9, 12, 14, 19 e 28** (18,75%); com 11 a 15 ligações temos os blogues **1, 23, 26, 29, 31** (15,625%), com 16 a 20 ligações temos os blogues **4, 5, 8, 10, 16, 17, 20, 22, 25, 27, 30** (34,375%) (Quadro 2).

Sintetizando o potencial de influência na rede, verifica-se que, apenas os cinco blogues periféricos (**6, 11, 18, 24 e 32**), que representam 15,625% da rede, têm pouco potencial de influência na rede. Em oposição, os blogues **3, 7, 13, 15 e 21**, ou 15,625% têm um grande potencial de influência na rede. Os restantes 22 blogues (**1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31**), ou 68,75% têm um potencial de influência médio na rede.

Estes dados vêm reforçar a ideia de se tratar de uma rede em que a informação tem pouca dificuldade de circulação.

Os atores que se ligam a quase toda a gente, ou os que não têm ligações com quase ninguém, são mais *previsíveis* no seu comportamento com qualquer outro ator do que aqueles com números intermédios de ligações (Hanneman & Riddle, 2005). Neste sentido, atores com muitas ligações (no centro da rede) (**3, 13, 21**) e atores na periferia da rede (com poucas ligações) (**6, 11, 18, 24, 32**) têm padrões de comportamento que são mais contidos e previsíveis. Os atores apenas com algumas ligações podem variar mais no seu comportamento (**2, 9, 12, 14, 19 e 28**), dependendo de com quem se ligam.

| Nível | Blogue | Total de Ligações Out-Degree | % de blocques da Rede | Potencial de Influência na Rede | | |
|-------|--------|------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------|-------|
| II | 3 | 27 | 15,625 | GRANDE | | |
| | 13 | | | | | |
| III | 21 | | | | | |
| II | 7 | 25 | | | | |
| III | 15 | 21 | | | | |
| II | 4 | ≥16 e ≤20 | | | 68,75 | MÉDIO |
| II | 5 | | | | | |
| | 8 | | | | | |
| | 10 | | | | | |
| III | 16 | | | | | |
| | 17 | | | | | |
| | 20 | | | | | |
| IV | 22 | | | | | |
| | 25 | | | | | |
| | 27 | | | | | |
| V | 30 | | | | | |
| I | 1 | ≥11 e ≤15 | 68,75 | MÉDIO | | |
| IV | 23 | | | | | |
| | 26 | | | | | |
| V | 29 | | | | | |
| VI | 31 | | | | | |
| II | 2 | ≥6 e ≤10 | | | 68,75 | MÉDIO |
| | 9 | | | | | |
| | 12 | | | | | |
| III | 14 | | | | | |
| | 19 | | | | | |
| IV | 28 | | | | | |
| | 28 | | | | | |
| II | 6 | | 0 | 15,625 | | |
| | 11 | | | | | |
| III | 18 | | | | | |
| IV | 24 | | | | | |
| VI | 32 | | | | | |

Quadro 2 – Potencial de Influência na Rede de acordo com o total de ligações *out-degree*

É também útil analisarem-se as estatísticas para o *in-degree* (Hanneman & Riddle, 2005). Marteleto (2001) refere que um indivíduo é central em relação à informação, quando, devido ao seu posicionamento, recebe informações vindas da maior parte do ambiente da rede, o que o torna uma fonte estratégica.

Ao analisarmos os dados da nossa rede verificamos que todos os atores recebem informação, sendo que os que recebem mais informação são os blogues **3** e **13** com 22 ligações (9,375%). Entre 6 a 10 ligações *in-degree* temos os blogues **9, 12, 14, 24, 27** (15,625%), 14 blogues (**1, 4, 7, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 26, 29, 30, 31, 32**) (43,375%) recebem entre 11 a 15 ligações, 8 dos blogues (**5, 8, 10, 16, 20, 21, 25, 28**) (25%) são recetores de 16 e 20 ligações. Os que recebem menos são os blogues **2, 6** e **11** (9,375%) com cinco ligações, pelo que no grafo (Figura 2) são representados na periferia.

No entanto, o blogue **2** não ocupa um lugar tão periférico pelo facto de ter um *outdegree* de dez (10), estabelecendo por isso ligações com outros atores. Estes atores são designados pelos autores como *outsiders* ou *marginais*, que tentam ser influentes mas sem intenção. A informação importante chega mesmo aos que têm poucas ligações, mas quando é importante ter acesso à informação conseguem-na saber através das poucas ligações que recebem. Refira-se que, em ambos os casos (**6** e **11**), os blogues que se ligam aos mesmos têm um número elevado de ligações *in* e *out degree* (Quadro 3).

Face ao exposto, podemos afirmar tratar-se de uma rede bastante equilibrada com um valor médio de *in-degree* e *out-degree* igual (13,563). Os atores comunicam entre eles de forma muito idêntica, com diferenças pouco significativas (desvio-padrão de 7,933 para o *out-degree* e 4,394 para o *in-degree*). Todavia, quando alguma informação quer ser passada, recorre-se aos mais influentes (**3, 13** e **21**).

Se analisarmos também as ligações *out-degree* e *in-degree* dos blogues **28** e **32**, de natureza grupal, em que o **28** é constituído por diversas mulheres com cancro da mama, sendo uma também autora de um outro blogue que integra a rede (blogue **22**), e o **32** constituído por um grupo de teatro, onde algumas das mulheres autoras de alguns dos blogues fazem teatro, verifica-se um potencial de influência baixo na rede de ambos. Contudo, e apesar de não se ligarem ou ligarem pouco, ligam-se com os mesmos 13 blogues (40,625%) no caso do blogue **32**, e **17** blogues (53,125%), no caso do blogue **28**. Por estes motivos, graficamente o blogue **28** é menos periférico que o **32** (Figura 2). Verificamos, então, que mais de 40% dos sujeitos que integram a rede estão ligados aos blogues de natureza grupal.

| Nível | Bloque | Total de Ligações In-Degree | % de bloques da Rede |
|-------|--------|-----------------------------|----------------------|
| II | 3 | 22 | 6,25 |
| | 13 | | |
| | 5 | | |
| | 8 | | |
| III | 10 | ≥16 e ≤20 | 25 |
| | 16 | | |
| | 20 | | |
| IV | 21 | | |
| | 25 | | |
| I | 28 | | |
| II | 1 | | |
| | 4 | | |
| III | 7 | | |
| | 15 | | |
| | 17 | | |
| | 18 | | |
| IV | 19 | | |
| | 22 | | |
| | 23 | | |
| V | 26 | | |
| | 29 | | |
| VI | 30 | | |
| | 31 | | |
| II | 32 | ≥6 e ≤10 | 15,625 |
| | 9 | | |
| III | 2 | | |
| | 14 | | |
| IV | 24 | | |
| | 27 | | |
| II | 2 | 5 | 9,375 |
| | 6 | | |
| | 11 | | |

Quadro 3 – Total de ligações *in-degree*

O **coeficiente de variação** para o *outdegree* é de 58,49% e para o *in-degree* é de 32,40%, o que significa que se trata de um grupo homogêneo em vez de proeminente (Hanneman & Riddle, 2005).

Os dados recolhidos através do método de bola de neve têm uma estrutura de dados que é constituída por um conjunto de redes. Sendo os atores de cada rede pessoas diferentes, há a necessidade de tratar as redes como separadas, através

das matrizes ator por ator como conjunto de dados diferentes. Se pretendemos compreender a variação no comportamento dos indivíduos, precisamos de ter um olhar mais próximo nas suas circunstâncias locais. Descrever e relacionar a variação entre os indivíduos na forma como está integrado nas estruturas sociais locais é objetivo da análise das **egoredes** (Hanneman & Riddle, 2005). Ao analisarmos *as medidas de densidade da egorede*, verificamos que o tamanho das egoredes varia entre 5 dos blogues **6** e **11** (já identificados anteriormente como periféricos), 28 do blogue **3** e 27 dos blogues 13 e 21 que, como vimos, assumem uma posição de dominância (Quadro 4).

De modo a selecionar os atores a incluir na fase seguinte, tomámos também como referência a dimensão da rede pessoal, considerando-se assim quem tem a maior rede, ou seja, quem tem egorede superior a 20: os blogues **3, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 20** e **21**. Estes são os blogues mais fortes na rede.

Os três blogues com o número de laços mais elevado são o **blogue 3**, com 362 laços (egorede de 28 blogues), seguido do **blogue 21** (egorede de 27 blogues), com 350 laços e do **blogue 13** (egorede de 27 blogues), com 328 laços.

Quantos mais sujeitos integram a egorede, maior a possibilidade de pares. Sendo o **blogue 3**, o que tem maior número de sujeitos (28), será também aquele que tem maior possibilidade de ter maior número de pares ($28^2 - 28 = 756$). O cálculo do número de pares é imprescindível para o cálculo da **densidade da egorede**, que se relaciona com o conceito de **capital social** (Bourdieu, 1980; Coleman, 1988; Putnam, 1993).

Sobre a **densidade da egorede** aprez destacar o valor mais elevado do **blogue 24**, com 91,11%, quando tem apenas 10 blogues na sua egorede, com 82 laços em 90 pares possíveis. Apesar de ter apenas 10 ligações *in-degree* e zero *out-degree*, está conectado com os atores mais centrais na rede, tendo acesso à informação através dos blogues **3, 4, 7, 8, 13, 15, 17, 19, 21** e **27**. Trata-se do blogue com maior **capital social**, pois vai receber muita solidariedade, muito apoio de quem estabelece ligações consigo. O mesmo se passa com os blogues **31, 18, 32** e **6**, com densidades superiores a 80, tendo redes com tamanhos que variam entre 5 e 13.

Os **blogues 3** e **13**, apesar de terem as maiores egoredes com 28 e 27 sujeitos, 362 e 328 ligações, 756 e 702 pares possíveis respetivamente, contam apenas com densidades de 47,88% e 46,72%, o que significa que têm um **capital social** baixo, com pouca possibilidade de entreeajuda, dando mais do que recebem.

| Nível | Bloque | Tamanho da Egorede | Nº de Laços | Nº de Pares | Densidade |
|-------|--------|--------------------|-------------|-------------|-----------|
| II | 3 | 28 | 362 | 756 | 47,88 |
| | 13 | | 328 | | 46,72 |
| III | 21 | 27 | 350 | 702 | 49,86 |
| II | 7 | 25 | 317 | 600 | 52,83 |
| | 10 | 24 | 307 | 552 | 55,62 |
| | 5 | 21 | 233 | 420 | 55,48 |
| | 8 | | 217 | | 51,67 |
| 15 | 247 | | 58,81 | | |
| 20 | 257 | | 61,19 | | |
| II | 4 | 19 | 180 | 342 | 52,63 |
| IV | 28 | | 219 | | 64,04 |
| V | 30 | | 231 | | 67,51 |
| III | 17 | 18 | 154 | 306 | 50,33 |
| I | 1 | 17 | 144 | 272 | 52,94 |
| III | 16 | | 214 | | 78,68 |
| IV | 22 | | 207 | | 76,10 |
| | 23 | | 174 | | 63,97 |
| | 25 | | 207 | | 76,10 |
| | 26 | | 193 | | 70,96 |
| V | 27 | | 165 | | 60,66 |
| V | 29 | 16 | 165 | 240 | 68,75 |
| III | 19 | 13 | 111 | 156 | 71,15 |
| VI | 31 | | 138 | | 88,46 |
| | 32 | | 132 | | 84,62 |
| II | 12 | 12 | 66 | 132 | 50 |
| III | 14 | | 99 | | 75 |
| II | 2 | 11 | 44 | 110 | 40 |
| III | 18 | | 97 | | 88,18 |
| II | 9 | | 43 | | 47,78 |
| IV | 24 | 10 | 82 | 90 | 91,11 |
| II | 6 | | 5 | | 16 |
| | 11 | 10 | | 50 | |

Quadro 4 – Tamanho de Rede, Nº de Laços, Nº de Pares e Densidade das Egoredes

Ao considerarmos o **número de componentes fracos**, verifica-se que não há ninguém isolado na rede, pois todos os blocos têm apenas uma ligação fraca, sendo que todas as outras são ligações fortes por terem reciprocidade entre si.

Nesta análise destacamos ainda os **blogues 18 e 24** que, apesar de terem redes com apenas 11 e 10 blogues, respetivamente, têm densidades elevadas (88,18% e 91,11%), não têm laços fracos, têm grande facilidade de acesso aos outros nós (100,00%), sem necessitar de recorrer a intermediários para aceder à informação, o que significa grande proximidade em relação aos restantes elementos da rede, pelo que consideramos incluí-los na fase seguinte. Esta proximidade pode ser mais facilmente visualizada nos grafos resultantes de cada uma das egoredes (Figura 4).

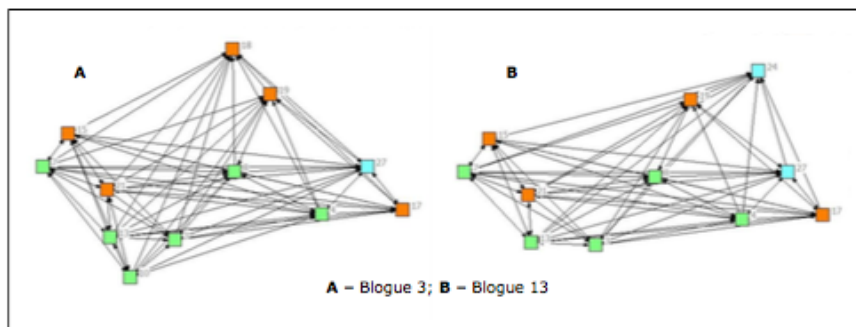


Figura 4 – Grafos das egoredes dos Blogues 3 e 13

Os atores estão também incorporados em *unidades sociais categóricas ou sub-populações*, definidos ou por atributos comuns ou por participação compartilhada. A divisão dos atores em grupos e sub-estruturas pode ser um aspeto muito importante na estrutura social, para compreender como se comporta a rede num todo. Olhando para toda a rede, pode-se pensar nas sub-estruturas como áreas do grafo que parecem ser localmente densas, mas separadas, de alguma forma, do resto do grafo (Hanneman & Riddle, 2005).

Nos nossos dados, encontramos 53 sub-grafos máximos completos. Temos o mínimo de 3 blogues por clique, o máximo de 10 blogues por clique, a moda de 6 blogues, com uma média de 5,943 e desvio-padrão de 1,517. O maior *clique* é composto por 10 dos 32 blogues (**3, 13, 16, 20, 22, 25, 26, 29, 30, 31**), e 5 dos mais pequenos são compostos por 3 blogues, sendo que nem todos os cliques têm alguma sobreposição com o maior. No entanto, se analisarmos os *cliques* com maior número de blogues, ou seja, com 8, 9 e 10 blogues, verificamos que há uma sobreposição dos mesmos, sendo que há blogues comuns em todos eles, e o **13**

está em todos eles. Os blogues **3, 20, 25, 29** e **31** estão em 4 dos 5 cliques com mais blogues (Quadro 5).

| Cliques | Nº dos Blogues | | | | | | | | | | Total Blogues |
|-----------|----------------|----|----|----|----|----|----|----|------|------|---------------|
| 1 | 3 | 4 | 7 | 8 | 13 | 15 | 17 | 27 | ---- | ---- | 8 |
| 11 | 3 | 13 | 16 | 20 | 22 | 25 | 26 | 29 | 30 | 31 | 10 |
| 13 | 3 | 10 | 13 | 16 | 20 | 25 | 29 | 31 | ---- | ---- | 8 |
| 25 | 13 | 16 | 20 | 21 | 22 | 25 | 29 | 30 | 31 | ---- | 9 |
| 31 | 10 | 13 | 16 | 20 | 21 | 25 | 29 | 31 | ---- | ---- | 8 |

Quadro 5 – Distribuição dos Blogues pelos Cliques com 8 ou mais blogues

Neste sentido, podemos afirmar que entre os maiores cliques que surgem na nossa rede, os blogues que estão mais proximamente e intimamente ligados uns com os outros são os **13, 3, 20, 25, 29** e **31**.

De acordo com o *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*, os blogues **3** e **13** estão *juntos* e considerados próximos por partilharem membros em 24 dos 53 cliques. Analisando os diversos níveis, constata-se que surgem, em termos de proximidade, por partilha dos mesmos elementos dos cliques, quatro grupos, cada um constituído pelos seguintes blogues:

- A.** 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 e 31;
- B.** 4, 7, 8 e 27;
- C.** 5, 15 e 22;
- D.** 1 e 12 (Quadro 6).

| NÍVEL | Nº dos Blogues que partilham membros dos cliques | | | |
|--------------|--|--------------------|------------------|--------------|
| 24,000 | 3, 13 | | | |
| 18,333 | 3,13,16 | | | |
| 12,533 | 3,13, 16, 25 | | | |
| 10,857 | 3,10, 13,16, 25 | | | |
| 9,381 | 3, 10, 13, 16, 21, 25 | | | |
| 9,000 | 3, 10, 13, 16, 21, 25 | 7, 8 | | |
| 8,143 | 3, 10, 13, 16, 21, 25, 29 | 7, 8 | | |
| 6,471 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 7, 8 | | |
| 6,000 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 7, 8 | 15, 22 | |
| 5,667 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 4, 7, 8 | 15, 22 | |
| 4,333 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29 | 4, 7, 8 | 5, 15, 22 | |
| 4,011 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31 | 4, 7, 8 | 5, 15, 22 | |
| 4,000 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31 | 4, 7, 8 | 5, 15, 22 | 1, 12 |
| 3,500 | 3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31 | 4, 7, 8, 27 | 5, 15, 22 | 1, 12 |
| GRUPO | A | B | C | D |

Quadro 6 – Blogues que partilham membros dos cliques de acordo com o Nível determinado através do *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*

O primeiro grupo, constituído por nove blogues (**3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31**), além de ser o maior, é também aquele que integra os blogues com maior dominância na rede. Além disso, define-se de forma mais precoce em relação à partilha de membros entre os 53 cliques identificados (Quadro 6).

Ao examinarmos os 4 grupos emergentes da *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*, verificamos que cada grupo emergente, tem datas de escrita do primeiro *post* muito semelhantes, o Grupo A tem os seus blogues a serem constituídos maioritariamente em 2007, o B em 2008 e 2009, o C e o D em 2008. De referir que o *blogue* pioneiro é o 16, em 2006, e o mais recente em 2009, é o *blogue* 27. Destaque-se também os blogues 13, 16 e 21 do Grupo A, bem como os blogues 15 e 22 do Grupo C, que integraram o Grupo de Teatro do *Blogue* 32 (Quadro 7).

| Grupo | Blogue | Início dos Posts | Grupo de Teatro |
|-------|--------|------------------|-----------------|
| A | 3 | 5/5/2008 | Não |
| | 10 | 15/2/2007 | Não |
| | 13 | 5/8/2007 | SIM |
| | 16 | 19/2/2006 | SIM |
| | 20 | 30/5/2007 | Não |
| | 21 | 27/12/2007 | SIM |
| | 25 | 31/7/2007 | Não |
| | 29 | 22/5/2007 | Não |
| | 31 | 23/10/2007 | Não |
| B | 4 | 2/3/2008 | Não |
| | 7 | 28/4/2008 | Não |
| | 8 | 1/1/2009 | Não |
| | 27 | 14/3/2009 | Não |
| C | 5 | 2/8/2008 | SIM |
| | 15 | 14/6/2008 | Não |
| | 22 | 9/4/2008 | SIM |
| D | 1 | 9/2/2008 | Não |
| | 12 | 21/8/2008 | Não |

Quadro 7 – Grupos emergentes do Hierarchical Clustering of Overlap Matrix

Se voltarmos a centrar-nos nos *cliques*, destacam-se 3 cliques que nos parecem merecer particular destaque à luz dos blogues identificados como tendo por detrás pessoas que integraram o grupo de teatro (5, 13, 16, 21 e 22). Além destes, surgem os blogues 25 e 30, no clique 27; os blogues 8 e 15, no clique 29. O clique 30 não inclui o blogue 5 (que nem sempre esteve no grupo de teatro), mas inclui o blogue 20. Esta análise vem reforçar a importância dos blogues 5, 13, 16, 21 e 22 na rede (Quadro 8).

| Cliques | Nº dos Blogues | | | | | | | Total Blogues |
|---------|----------------|----|----|----|----|----|----|---------------|
| | 5 | 13 | 16 | 21 | 22 | 25 | 30 | |
| 27 | 5 | 13 | 16 | 21 | 22 | 25 | 30 | 7 |
| 29 | 5 | 8 | 13 | 15 | 16 | 21 | 22 | 7 |
| 30 | 13 | 15 | 16 | 20 | 21 | 22 | | 6 |

Quadro 8 – Distribuição dos Blogues pelos Cliques que incluem os blogues das pessoas que integram o Grupo de Teatro Quem não tem Cão (blogue 32)

Ao analisarmos a *Actor-by-Actor Clique Co-Membership Matrix*, verificamos que os **blogues 6, 11, 18, 24 e 32** não se encontram em nenhum dos 53 *cliques* encontrados, o que se poderá explicar pelo facto destes blogues terem apenas ligações *in-degree* e não terem ligações *out-degree*. Esta definição de *clique*

pressupõe que todos os outros membros ou um sub-grupo tenha ligação direta com os outros membros (Figura 5).

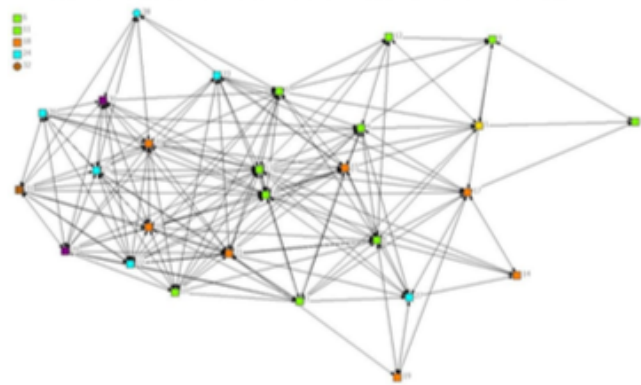


Figura 5 – Grafo representativo do Actor by Actor Clique Co-Membership Matrix

CONCLUSÕES

Ao optarmos pela Análise de Redes Sociais, a mesma não seria possível sem a *delimitação prática do número de atores do sistema em análise* (Soczka, 2005: 84). A rede foi determinada de acordo com o método de amostragem não probabilística, intencional, em bola de neve (Trochim, 2006), sendo constituída por 32 blogues (30 individuais e 2 de grupo).

Os blogues oferecem benefícios substantivos para a investigação social, dando oportunidades semelhantes mas mais alargadas do que a investigação qualitativa diária *offline* paralela. Aos investigadores é permitido superar questões de encontrar e aceder a diários pessoais não solicitados, não estando *contaminados* pelo interesse do investigador (Hookway, 2008), permitindo também aceder a populações que, de outra forma, estariam geograficamente ou socialmente inacessíveis ao investigador (Ahern, 2005; Cotton, 2003; Hookway, 2008).

As relações entre os sujeitos na comunicação através dos blogues não são aleatórias, pois os laços sociais são estabelecidos sob aspetos muito específicos dos interesses comuns de cada nó (Recuero, 2004), sendo que, no presente estudo o interesse comum é a vivência da doença oncológica.

Com base na presente análise estrutural, que teve como objetivos identificar as pessoas (que integram os blogues) mais ativas na rede e identificar as pessoas

(que integram os blogues) dominantes na rede, verificou-se que estamos perante uma rede com uma boa **densidade** (0,438). A informação difunde-se com facilidade entre os nós, cujos atores têm altos níveis de *capital social* (Hanneman & Riddle, 2005). Sendo uma rede cujas ligações têm uma boa **reciprocidade híbrida** (0,674), há um grau considerável de conexões horizontais, tratando-se de uma rede *mais igual* ou *estável*, com predominância de laços recíprocos (Hanneman & Riddle, 2005).

Todos os blogues têm acesso uns aos outros, à exceção dos blogues **6, 11, 18, 24** e **32** sem ligações *out-degree*, o que pode sugerir uma divisão da rede ou a composição da rede por mais de uma sub-população (Hanneman & Riddle, 2005).

A **análise baseada nas medidas básicas da centralidade** desenvolvidas por Freeman, ao considerarmos o *out-degree* que dá o *como influente* o ator pode ser (Hanneman & Riddle, 2005), leva-nos a afirmar que os **blogues 3, 7, 13, 15 e 21** têm um grande potencial de influência na rede, ao contrário dos que não apresentam ligações *out-degree* (**6, 11, 18, 24 e 32**). Os restantes 22 blogues têm um potencial de influência médio, pelo que a comunicação é realizada de forma facilitada. Quanto às ligações *in-degree*, diz-nos que são os **blogues 3 e 13** com estas características. Com menos ligações *in-degree* surgem os **blogues 2, 6 e 11** com cinco ligações, sendo por isso considerados periféricos. Destes, o **blogue 2** é o menos periférico por ter um *out-degree* de 10; o **6** e o **11** ligam-se a blogues com elevado número de ligações *in* e *out-degree*. De referir também que mais de 40% dos blogues que integram a rede se ligam aos dois blogues de natureza grupal – **28** e **32** – em que o primeiro tem apenas oito ligações *out-degree* e o segundo não tem nenhuma. Os **valores do coeficiente de variação** de 58,49% para o *out-degree* e de 32,40% para o *in-degree* leva-nos a reafirmar a homogeneidade desta rede (Hanneman & Riddle, 2005).

Os **blogues 3, 13 e 21** surgem novamente com posição de dominância quando centramos a análise no **tamanho**, no **número de laços** e de **pares** da sua **egorede**. Ao considerarmos os blogues mais fortes na rede, os que têm uma egorede superior a 20 blogues, surgem além destes, os **blogues 5, 7, 8, 10, 15 e 20**. No entanto, apesar do elevado número de ligações, os **blogues 3 e 13** têm um *capital social* mais baixo, por apresentarem uma *densidade* inferior a 50%. Já os blogues **6, 18, 24, 31 e 32**, que contam apenas com o máximo de treze blogues na sua egorede, contam com uma densidade superior a 80%, por estarem conectados com os atores mais centrais na rede.

Os blogues **18** e **24** com egoredes de 11 e 10 blogues, todavia com densidades elevadas (> 88%) não necessitam de intermediários para o acesso à rede, tendo grande proximidade com os elementos da sua egorede.

Quando nos centramos nos cliques, ou no número máximo de atores que têm todas as ligações presentes entre eles próprios (Hanneman & Riddle, 2005), destacam-se os **blogues 3, 13, 20, 25, 29 e 31**.

Dos blogues que integram os quatro grupos emergentes da Hierarchical Clustering of Overlap Matrix (HCOM), destaca-se o grupo A, formado mais precocemente e constituído por alguns dos blogues mais dominantes da rede (**3, 10, 13, 16, 20, 21, 25, 29, 31**). No entanto, ao procurarmos fazer a relação da constituição destes sub-grupos com o início dos *posts* e a pertença ou não ao Grupo de Teatro *Quem não tem Cão* (Blogue 32), vemos que o grupo A e C integram elementos deste Grupo, com os **blogues 13, 16, 21, 5 e 22**. Ao voltarmos aos cliques, encontramos 3 que integram quase todos estes blogues, o que reforça a importância destes blogues na rede.

Após a exploração, e de acordo com os objetivos da análise, foram escolhidos os seguintes critérios para selecionar os blogues mais dominantes:

- maior egorede;
- maior *in* e *out-degree*;
- dominância;
- maior densidade;
- cliques e N-cliques e,
- *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix*.

Não escolhemos exclusivamente a dominância (dominância, *in* e *out-degree*) porque esta nos daria seis blogues (**3, 10, 13, 20, 21 e 28**). Os restantes critérios (maior egorede, maior densidade, cliques, N-cliques e Hierarchical Clustering Overlap Matrix) foram agregados, tendo sido considerados por terem maior posição para a difusão/receção de informação. Ao associarmos os critérios, além da dominância, teremos um grupo mais consistente, coeso, com mais relações, que irá contribuir para atingir os objetivos, não só da fase, mas do trabalho.

Face ao exposto, detalhado para uma melhor compreensão, a análise estrutural da rede social do presente estudo, indicou-nos como as pessoas mais ativas e dominantes, os membros participantes dos blogues:

- **3 e 13**, por terem as maiores egoredes, o maior número de ligações *in* e *out-degree* e maior proximidade dos outros blogues quando centramos a análise nos cliques. O **blogue 13** revelou-se ainda útil no que diz respeito à *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix* e cliques, integrando também o Grupo de Teatro *Quem não tem cão*, do blogue 32;
- **5, 8, 19** por estarem entre os blogues com maior egorede. O **blogue 5** teve um período de envolvimento no Grupo de Teatro já mencionado, pelo que o considerámos como importante na rede;
- **7**, por ter dos maiores números de ligações *out-degree* e estar entre os que têm maior egorede;
- **10, 20** por terem uma posição de dominância e estarem entre os blogues que têm maior egorede. Ao analisarmos os cliques, o **blogue 20** evidenciou também maior proximidade;
- **15**, por estar entre os blogues com maior número de ligações *out-degree* e com maior egorede;
- **16 e 22**, que apesar de não estarem entre os blogues com maior número de ligações *in* e *out-degree*, têm valores médios, que tem como consequência estar entre os blogues que não se destacam como casos ricos de informação, exceto em relação a *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix* e cliques. Acresce ainda o facto das pessoas que estão por trás destes blogues serem elementos-chave no Grupo de Teatro *Quem não tem cão*, do **blogue 32**. Refira-se ainda que entre os cliques que incluem os blogues das pessoas que integram este grupo, o **blogue 16** foi pioneiro no início dos *posts*;
- **18 e 24**, por terem as densidades mais elevadas da rede;
- **21**, por ter elevado número de ligações *out-degree*, e se ter revelado importante no cruzamento da informação da *Hierarchical Clustering of Overlap Matrix* e cliques, integrando também o Grupo de Teatro *E quem não tem cão*.
- **28**, por ser um blogue de natureza grupal por ter dos valores mais elevados de ligações *in-degree* e ter uma densidade superior a 50%;
- **31**, por estar entre os blogues com densidades mais elevadas da rede, entre os blogues com um número considerável de ligações *in* e *out-degree*, com maior proximidade quando nos referimos aos cliques;

- **32**, por ser um bloague de natureza grupal, que apesar de não ter ligações *out-degree* tem um número considerável de ligações *in-degree* e estar entre os blogues com densidade mais elevada (Quadro 9).

Apesar de ter uma densidade de rede elevada e de ter mais de cem ligações entre os blogues identificados, o **bloague 6** fica excluído por ter uma egorede de cinco, zero ligações *out-degree* e encontrar-se na periferia extrema.

Neste sentido, para a fase seguinte do trabalho, escolhemos os blogues **3, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 28, 31 e 32**, que perfaz o total de 17 blogues entre os 32 da rede.

| Nível | Nº do Bloque | Total de Ligações nos blocos identificados | Ligações out-degree na rede | Ligações in-degree na rede | Tamanho Egorede | Densidade | Caminho na rede | Brokerage | Cliques | HCOM, Cliques, 1ºs Posts e Teatro | N-Clique e N-Clan |
|-------|--------------|--|-----------------------------|----------------------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|---------------|-----------------------------------|----------------------------|
| I | 1 | | | | | | | | | | |
| | 2 | < 30 | 10 | 5 | | | | | | | |
| II | 3 | >100 | 27 | 22 | 28 | < 50 | | > 100 | > proximidade | | |
| | 4 | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | 21 | | | | | Importante | |
| | 6 | >100 | 0 | 5 | 5 | >80 | > | < 10 | | Periférico | Excluído N-clique e N-clan |
| | 7 | | 25 | | 25 | | | >100 | | | |
| | 8 | | | | 21 | | | >100 | | | |
| | 9 | | | | | | | | | | |
| | 10 | | | | 24 | | | >100 | | | |
| | 11 | 0 | 0 | 5 | 5 | | | < 10 | | Periférico | |
| | 12 | < 30 | | | | | | | | | |
| | 13 | >100 | 27 | 22 | 27 | < 50 | | >100 | > proximidade | Importante | |
| | 14 | | | | | | | | | | |
| | III | 15 | | 21 | | 21 | | | | | |
| 16 | | | | | | | > | | | Importante | Excluído N-clique |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | 0 | 0 | | | > 80 | < | < 10 | | Periférico | |
| 19 | | < 30 | | | 21 | | | | | | |
| 20 | | | | | 27 | | > | | > proximidade | | Excluído N-clique |
| 21 | | | 27 | | | | | >100 | | Importante | |
| IV | 22 | | | | | | > | | | Importante | Excluído N-clique |
| | 23 | | | | | | | | | | |
| | 24 | 0 | 0 | 10 | 10 | 91,11 | < | < 10 | | Periférico | |
| | 25 | | | | | | > | | > proximidade | | Excluído N-clique |
| | 26 | | | | | | | | | | |
| | 27 | >100 | | | | | | | | | |
| V | 28 | < 30 | 8 | 17 | | 64,04 | | | | | |
| | 29 | | | | | | | | | | |
| | 30 | | | | | | | | > proximidade | | |
| VI | 31 | < 30 | 12 | 13 | | > 80 | > | < 10 | > proximidade | | Excluído N-clique |
| | 32 | 0 | 0 | 13 | | >80 | > | | | Periférico | Excluído N-clique |

Quadro 9 – Síntese dos resultados mais relevantes da Análise Estrutural da Rede

O cruzamento dos vários aspetos considerados na nossa análise estrutural permitiu verificarmos que nem sempre os que possuem mais conexões são os mais dominantes na rede, pois tal como refere Recuero (2004) o mecanismo de "ricos mais ricos" falha na formação de grupos sociais na Internet, pois as conexões surgem por motivos específicos e não simplesmente porque possuem mais ligações. A autora acrescenta ainda que o mecanismo pode funcionar no sentido de "fama", mas não necessariamente de número de conexões.

A Análise da Rede Social deu-nos indicação de quais as pessoas (que integram os blogues) mais ativas na rede e as pessoas (que integram os blogues) dominantes na rede. E é a partir destes resultados que continuaremos a trabalhar para identificar o processo de construção da rede de ajuda mútua das pessoas com doença oncológica que têm blogue.

Considerando que estas duas etapas, como descritas, configuram uma abordagem inovadora no recurso aos blogues como fontes de dados, objetivam igualmente uma rigorosa e fundamentada seleção de amostra.

Bibliografia

- AHERN, N. (2005) *Using the Internet to conduct research*. Nurse Researcher, 13, 2, p. 55 – 70.
- ASHING-GIWA, K., PADILLA, G., BOHÓRQUEZ, D., TEJERO, J., & GARCIA, M. (2006). *Understanding the breast cancer experience of Latina women*. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 24(3), 19-52.
- BALTAZAR, N. (2009) *Weblogues. Potencialidades e problemáticas na sua utilização no ensino*. [Documento WWW] URL http://www.intermidias.com/txt/ed56/Comunicacao_Educacao_Weblogues_Baltazar_2.pdf
- BARROSO, S. (2007) *A pessoa com cancro*. Coleção "Conhecer para vencer". Vol. 2. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Oncologia.
- BERGER, J. M. (1985). *Crisis intervention: A drop-in support group for cancer patients and their families*. *Social Work in Health Care*, 10, p. 81-92.
- BORDIEU, P. (1980) *Le capital social: notes provisoires*. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, p. 2 – 3.

- BORGATTI, S.P. (2002) *Netdraw Network Visualization*. Analytic Technologies: Harvard, MA.
- BORGATTI, S.P., EVERETT, M.G.; FREEMAN, L.C. (2002). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- BURT, R. S. (1995) *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press.
- CAÑAMERAS, Jaime Llopis (2011) *Corazones de Papel: Patrones de Cambio en las familias con niños con cardiopatías congénitas*. Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Filosofia i Lletres, Departament d'Antropologia social i cultural, tesis doctoral.
- CANAVILHAS, J. (2006) *Blogues Políticos em Portugal: o dispositivo criou novos actores?* [Documento WWW] URL http://www.labcom.ubi.pt/agoranet/06/canavilhas_bloguespoliticosportugal.pdf
- CAPRA, F. (2003) *As Conexões Ocultas*. São Paulo: Idesa. [Documento WWW] URL http://www.abepro.org.br/arquivos/websites/1/AA_Conex%C3%B5es_Ocultas.pdf
- CARVALHO, T. (2007) *Aprender sobre o cancro*. Coleção "Conhecer para vencer". Vol. 1. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Oncologia.
- COLEMAN, J. (1988) *Social Capital in the Creation of Human Capital*. *American Journal of Sociology*, 94, p. 95 – 120.
- CONNELL, S., PATTERSON, C.; NEWMAN, B. (2006). *Issues and concerns of young Australian women with breast cancer*. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 14(5), 419-426.
- COTTON, A. (2003) *The discursive field of Web-Based health Research. Implications for Nursing Research in Cyberspace*. *Advances in Nursing Science*, Vol. 26, Nº4, p. 307 – 319.
- DAMÁSIO, C. S. S. P. (2009) *"Blogue": uma nova forma de ajuda mútua da pessoa com doença oncológica*. Trabalho realizado para candidatura ao concurso de provas públicas para recrutamento de dois lugares para professor-adjunto, para a área científica de Ciências de Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria, conforme o Edital nº 540/2009, publicado no Diário da República, 2ª Série, Nº 102, de 27 de Maio, páginas 21219 e 21220. Documento policopiado.

DAN LI, B. A. (2005) *Why do you blog: a uses-and-gratification inquiry into bloggers' motivations*. Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School, Marquette University, in Partial Requirements for the Degree of Master of Arts. [Documento WWW] URL

http://commonsenseblog.typepad.com/common_sense/files/Li_Dan_Aug_2005.pdf

DECRETO-LEI Nº 244/2002. D.R. I Série A. 255 (2002-11-05) 7101 – 7103.

DEGENNE, A.; FORSÉ, M. (1994) *Les réseaux sociaux: une analyse structurale en sociologie*. Paris: Armand Colin.

DETERS, G. (2003) *Cancro*. In: PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. (2003) *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Ed. Vol. 1. Loures: Lusociência, p. 287 – 361.

FRANK, O. (1978) *Sampling and Estimation in Large Networks*. Social Networks, 1.

GAUTHIER, B. (2003). *Investigação social - Da problemática à colheita de dados* (3ª Ed.). Loures: Lusociência.

GIDDENS, A. (2007) *Sociologia*. 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GURAK, L.; SMIJANA, A. (2008) *The psychology of Blogging. You, Me and Everyone in Between*. American Behavioral Scientist, (52) 1, p. 60 – 68.

HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M. (2005) *Introduction to social network methods*. Riverside, CA: University of California, Riverside.

HOKWAY, N. (2008) "Entering the blogosphere": some strategies for using blogs in social research. Qualitative Research, (8) 1, p. 91 – 113.

HUMPHREYS, K. (2004) *Circles of Recovery: Self-Help Organizations dor Addictions*. UK: Cambridge University Press.

IM, E. O.; CHEE, W.; TSAI, H. M.; LIN, L.C.; CHENG, C. Y. (2005) *Internet Cancer Support Groups. A Feminist Analysis*. Cancer Nursing, 28 (1), p. 1 – 7.

KELLY, J. F.; YETERIAN, J.D. (2008) *Mutual help groups for dually diagnosed individuals: Rationale description, and review of the evidence*. Journal of Groups in Addiction and Recovery, 3 (3), p. 217 – 242.

KLAW, E.; HUEBSCH, P. D.; HUMPHREYS, K. (2000) *Communication Patterns in an on-line Mutual Help Group for Problem Drinkers*. Journal of Community Psychology, Vol. 28, Nr 5, pp. 535 – 546.

LEMIEUX, V.; OUIMET, M. (2006) *Análise Estrutural das Redes Sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.

- LEVINE, M.; PERKINS, D. (1987). *Principles of Community Psychology - Perspectives and Applications*. New Jersey: Oxford University Press.
- LESSARD-HERBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1994) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LIPNACK, J.; STAMPS, J. (1992) *Networks, redes de conexão. Pessoas conectando-se com pessoas*. São Paulo: Aquarela.
- MARTELETO, R. (2001) *Análise de Redes Sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação*. Ci. Inf., Brasília, V. 30, Nº1, p. 71 - 81, jan./abr. 2001.
- MAYA JARIEGO, I. (2001) *Psycho-social aspects in an on-line self-help group pf Alzheimer's patients and caregivers*. In: F. Casas y Saurina, C. (Eds.): *Proceedings of the Third Conference of the International Society for Quality of Life Studies*. Pp. 923 - 936.
- MILLIKEN, P.J.; SCHREIBER, R. S. (2001) *Can You "Do" Grounded Theory Without Symbolic Interacionism?*. In: SCHREIBER, R.S.; STERN, P. N. (eds) (2001) *Using Grounded Theory in Nursing*. New York (USA): Springer Publishing Company, p. 177 - 190
- MOLINA, J.L. (2011) *Los cambios culturales provocados por el software social*. Cuadernos de La Fundación General CSIC, Nº 7, Diciembre 2011, pp. 64 - 69.
- MONTARDO, Sandra Portella; PASSERINO, Liliana Maria (2010) *Implicações de redes temáticas em blogs na Análise de Redes Sociais (ARS): estudo de caso de blogs sobre autismo e síndrome de Asperger*. Interface, Comunicação e Saúde, 14 (35), Dezembro 2010, p. 921 - 931. [Documento WWW] URL <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1810.pdf>
- ONCOGUIA (2009, 21 de Maio) *Artigo Especial Oncoguia: Terapia do Blog*. [Documento WWW] URL <http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=57&id=1415&menu=54>
- PAIS, F. (2004) *O impacto da doença oncológica no doente e família*. In: BILRO, M.E.; CRUZ, A. G. (coord.) (2004) *Enfermagem Oncológica*. 1ª Ed. Coimbra: Formasau, p. 23 - 38.
- PASSERINO, L. M.; MONTARDO, S. P.; BENKENSTEIN, A. (2007) *Análise de Redes Sociais em Blogs de Pessoas com Necessidades Especiais*. Novas Tecnologias na Educação, V. 5, Nº 2, Dez. 2007., p. 1 - 11.

- PATTON, M. Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluations Methods*. (3rd Ed.). USA: Sage Publications.
- PIRES, M. (2006) *Pequeno Dossier sobre o conceito de blog*. [Documento WWW] URL <http://nunoquintaneiomartins.blogspot.com/2006/01/pequeno-dossier-sobre-o-conceito-de.html>
- PRIMO, A. F.T.; RECUERO, R. C. (2003) *Hipertexto Cooperativo: Uma Análise da Escrita Coletiva a partir dos Blogs e da Wikipédia*. Revista da FAMECOS, Nº 23, p. 54 – 63, Dez. 2003.
- PUTNAM, R. (1993) *The Prosperous Community: Social Capital and Economic Growth*. Current, 356, p. 4 – 6.
- RECUERO, R. C. (2004) *Redes sociais na Internet: Considerações Iniciais*. [Documento WWW] URL <http://bocc.ubi.pt/pag/recuero-raquel-redes-sociais-na-internet.pdf>
- RECUERO, Raquel da Cunha (2005) *Comunidades virtuais em redes sociais: uma proposta de estudo*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional da PUC/RS, em novembro de 2005, Porto Alegre/RS. Trabalho publicado na Ecompos, Internet, v. 4, n. Dez 2005. [Documento WWW] URL <http://www.raquelrecuero.com/seminario2005.pdf>
- RECUERO, Raquel (2012) *A conversação como apropriação na comunicação mediada por computador*. In: Dulcília Schroeder Buitoni, Roberto Chiachiri. (Org.). *Comunicação, Cultura de Rede e Jornalismo*. 1ed.Sao Paulo: Almedina, 2012, v. 1, p. 259-274. [versão rascunho/draft] [Documento WWW] URL <http://www.raquelrecuero.com/arquivos/raquelrecueroolivrocasper.pdf>
- RECUERO, Raquel (2014) *Contribuições da Análise de Redes Sociais para o Estudo das Redes Sociais na Internet: O caso da hashtag #Tamojuntodilma e #CalabocaDilma*. [versão preprint] (publicada com a autorização da revista) - Revista Fronteiras (Online), v. 16, p. 1, 2014. [Documento WWW] URL <http://www.raquelrecuero.com/fronteirasrecuero2014.pdf>
- REYNAERT, C.; LIBERT, Y.; JANNE, P. (2000) *Psychogenèse du cancer; entre mythes, abus et réalité*. Bull Cancer, 87, p. 655 – 664.
- RODRIGUES, A.; ALBUQUERQUE, C.H.L.; BENTO, C.A.C.; VIEIRA, J.M.A. & SILVA, J.G.A.O.B. (2004) *Grounded Theory: "Problemas de Alicerçagem"*.

- | Documento | WWW] | URL |
|--|------|--|
| | | http://arodrigues.alfarod.net/docs/articles/2004_GroundedTheory.pdf |
| RODRIGUES, C. (2004) <i>Blogs: uma Ágora na Net.</i> [Documento WWW] | | URL http://www.labcom.ubi.pt/agoranet/04/rodrigues-catarina-blogs-agora-na-net.pdf |
| SAMPAIO, J. (2007) <i>Prefácio.</i> Lisboa. In: COELHO, J.D. (2007) <i>Sociedade da Informação – O Percurso Português – Dez Anos de Sociedade da Informação – Análise e Perspectivas.</i> 1ª Edição. Lisboa: Edições Silabo. | | |
| SANTOS, C. (2006) <i>Doença Oncológica. Representação, coping e qualidade de vida.</i> Coimbra: Formasau, EsenfSJ. | | |
| SCHREIBER, R. S. (2001) <i>The "How To" of Grounded Theory: Avoiding the Pitfalls.</i> In: SCHREIBER, R.S.; STERN, P. N. (eds) (2001) <i>Using Grounded Theory in Nursing.</i> New York (USA): Springer Publishing Company, p. 55 – 83. | | |
| SILVA, B.; FERNANDES, J.; REIS, S.; NUNES, L. (2008) <i>Representação Social da Profissão de Enfermagem na Blogosfera Portuguesa no Ano de 2007, na perspectiva dos Enfermeiros.</i> Relatório de Monografia apresentado no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. | | |
| SOCZKA, L. (2005) <i>Modelos de Análise de Redes Sociais e Limitações do Modelo de Equilíbrio Estrutural de Heider.</i> Interações, Nº 8, pp. 83 – 122. | | |
| SPIEGEL, D. S.; BLOOM, J. R.; KRAEMER, H. C.; GOTTHEIL, E., (1989). <i>Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer.</i> Lancet, 14 October, p. 888–891. | | |
| SULLIVAN, C. (2003) <i>Gendered Cybersupport: A Thematic Analysis of Two Online Cancer Support Groups.</i> Journal of Health Psychology, Vol, 8 (1), p. 83–103. | | |
| TROCHIM, W. (2006) <i>Research Methods. Knowledge Base.</i> [Documento WWW] | | URL http://www.socialresearchmethods.net/kb/index.php |
| WATTS, D. (2003) <i>Six Degrees. The Science of a Connected Age.</i> New-York: W.W. Norton & Company. | | |
| YOUSSEF, F. A. (1984). <i>Crisis intervention: A group-therapy approach for hospitalized breast cancer patients.</i> Journal of Advanced Nursing, 9, p. 307–313. | | |

Apêndice IV
Output Densidade da Rede

DENSITY / AVERAGE MATRIX VALUE

Input dataset: Matriz_Adjacente1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1)
Output dataset: Matriz_Adjacente1-density (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1-density)

| | 1 | 2 | 3 |
|---------------------|---------|---------|---------|
| | Density | No. of | Avg Deg |
| | | Ties | ree |
| 1 Matriz_Adjacente1 | 0.438 | 434.000 | 13.563 |

1 rows, 3 columns, 1 levels.

Running time: 00:00:01
Output generated: 23 Set 12 10:54:32
UCINET 6.421 Copyright (c) 1992-2012 Analytic Technologies

Apêndice V
Output Reciprocidade da Rede

Input dataset: Matriz_Adjacente1_1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1_1)
 Method: Hybrid
 Diagonal valid? No
 Output dataset: GroupReciprocity (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\GroupReciprocity)

Hybrid Reciprocity: 0.6074

In the hybrid method, the overall and node-level reciprocity values are the same as in the dyad-based model.
 I.e., $\text{Num}(x_{ij}>0 \text{ and } x_{ji}>0) / \text{Num}(x_{ij}>0 \text{ or } x_{ji}>0)$

Node-level Reciprocity Statistics -- All values are Proportions

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Symmetric | Non-Symme | Out/NonSy | In/NonSym | NonSym/Ou | NonSym/In |
| 1 | 0.529 | 0.471 | 0.375 | 0.625 | 0.250 | 0.357 |
| 2 | 0.364 | 0.636 | 0.857 | 0.143 | 0.600 | 0.200 |
| 3 | 0.750 | 0.250 | 0.857 | 0.143 | 0.222 | 0.045 |
| 4 | 0.789 | 0.211 | 1.000 | 0.000 | 0.211 | 0.000 |
| 5 | 0.714 | 0.286 | 0.333 | 0.667 | 0.118 | 0.211 |
| 6 | 0.000 | 1.000 | 0.000 | 1.000 | | 1.000 |
| 7 | 0.560 | 0.440 | 1.000 | 0.000 | 0.440 | 0.000 |
| 8 | 0.762 | 0.238 | 0.800 | 0.200 | 0.200 | 0.059 |
| 9 | 0.600 | 0.400 | 0.500 | 0.500 | 0.250 | 0.250 |
| 10 | 0.583 | 0.417 | 0.400 | 0.600 | 0.222 | 0.300 |
| 11 | 0.000 | 1.000 | 0.000 | 1.000 | | 1.000 |
| 12 | 0.583 | 0.417 | 0.400 | 0.600 | 0.222 | 0.300 |
| 13 | 0.815 | 0.185 | 1.000 | 0.000 | 0.185 | 0.000 |
| 14 | 0.417 | 0.583 | 0.429 | 0.571 | 0.375 | 0.444 |
| 15 | 0.667 | 0.333 | 1.000 | 0.000 | 0.333 | 0.000 |
| 16 | 0.882 | 0.118 | 0.500 | 0.500 | 0.063 | 0.063 |
| 17 | 0.667 | 0.333 | 0.833 | 0.167 | 0.294 | 0.077 |
| 18 | 0.000 | 1.000 | 0.000 | 1.000 | | 1.000 |
| 19 | 0.308 | 0.692 | 0.222 | 0.778 | 0.333 | 0.636 |
| 20 | 0.714 | 0.286 | 0.333 | 0.667 | 0.118 | 0.211 |
| 21 | 0.630 | 0.370 | 1.000 | 0.000 | 0.370 | 0.000 |
| 22 | 0.824 | 0.176 | 1.000 | 0.000 | 0.176 | 0.000 |
| 23 | 0.647 | 0.353 | 0.667 | 0.333 | 0.267 | 0.154 |
| 24 | 0.000 | 1.000 | 0.000 | 1.000 | | 1.000 |
| 25 | 0.882 | 0.118 | 0.500 | 0.500 | 0.063 | 0.063 |
| 26 | 0.588 | 0.412 | 0.429 | 0.571 | 0.231 | 0.286 |
| 27 | 0.588 | 0.412 | 1.000 | 0.000 | 0.412 | 0.000 |
| 28 | 0.316 | 0.684 | 0.154 | 0.846 | 0.250 | 0.647 |
| 29 | 0.813 | 0.188 | 0.667 | 0.333 | 0.133 | 0.071 |
| 30 | 0.632 | 0.368 | 0.714 | 0.286 | 0.294 | 0.143 |
| 31 | 0.923 | 0.077 | 0.000 | 1.000 | 0.000 | 0.077 |
| 32 | 0.000 | 1.000 | 0.000 | 1.000 | | 1.000 |

"Symmetric" gives proportion of ego's *undirected* contacts with whom ego has reciprocated ties.

"Non-Symmetric" is 1 - Symmetric

"Out/Non-Sym" gives proportion of ego's non-symmetric ties that are outgoing

"In/Non-Sym" gives proportion of ego's non-symmetric ties that are incoming

"NonSym/Out" gives proportion of ego's outgoing ties that are not reciprocated

"Non-Sym/In" gives proportion of ego's incoming ties that are not reciprocated

Group reciprocity table saved as dataset: GroupReciprocity

Node-level reciprocity saved as dataset: NodeReciprocity

Apêndice VI
Output Acessibilidade

Apêndice VII
Output Conectividade

POINT CONNECTIVITY

Input dataset: Matriz_Adjacente1_1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1_1)
 Output connectivity: PointConnectivity (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\PointConnectivity)

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|----|----|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 1 | 1 | 0.000 | 5.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 5.000 | 10.000 | 10.000 | 8.000 | 10.000 | 5.000 | 10.000 | 10.000 | 9.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 |
| 2 | 2 | 8.000 | 0.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 5.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 5.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 |
| 3 | 3 | 14.000 | 5.000 | 0.000 | 15.000 | 18.000 | 5.000 | 14.000 | 17.000 | 8.000 | 20.000 | 5.000 | 10.000 | 22.000 | 9.000 | 14.000 | 16.000 | 13.000 | 11.000 | 11.000 | 19.000 | 17.000 | 14.000 | 13.000 |
| 4 | 4 | 14.000 | 5.000 | 16.000 | 0.000 | 16.000 | 5.000 | 14.000 | 17.000 | 8.000 | 15.000 | 5.000 | 10.000 | 16.000 | 9.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 | 11.000 | 11.000 | 13.000 | 15.000 | 13.000 | 13.000 |
| 5 | 5 | 13.000 | 5.000 | 16.000 | 13.000 | 0.000 | 5.000 | 14.000 | 14.000 | 8.000 | 16.000 | 5.000 | 10.000 | 16.000 | 9.000 | 14.000 | 16.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 16.000 | 16.000 | 14.000 | 13.000 |
| 6 | 6 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 7 | 7 | 13.000 | 5.000 | 21.000 | 15.000 | 17.000 | 5.000 | 0.000 | 16.000 | 8.000 | 20.000 | 5.000 | 10.000 | 21.000 | 9.000 | 14.000 | 16.000 | 13.000 | 11.000 | 11.000 | 19.000 | 17.000 | 14.000 | 13.000 |
| 8 | 8 | 13.000 | 5.000 | 17.000 | 15.000 | 16.000 | 5.000 | 14.000 | 0.000 | 8.000 | 16.000 | 5.000 | 10.000 | 17.000 | 9.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 11.000 | 11.000 | 16.000 | 17.000 | 14.000 | 13.000 |
| 9 | 9 | 6.000 | 5.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 5.000 | 6.000 | 6.000 | 0.000 | 6.000 | 5.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 |
| 10 | 10 | 13.000 | 5.000 | 17.000 | 15.000 | 17.000 | 5.000 | 14.000 | 16.000 | 8.000 | 0.000 | 5.000 | 10.000 | 17.000 | 9.000 | 14.000 | 15.000 | 12.000 | 11.000 | 11.000 | 17.000 | 17.000 | 14.000 | 13.000 |
| 11 | 11 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 12 | 12 | 8.000 | 5.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 5.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 5.000 | 0.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 |
| 13 | 13 | 13.000 | 5.000 | 22.000 | 15.000 | 18.000 | 5.000 | 14.000 | 16.000 | 8.000 | 20.000 | 5.000 | 10.000 | 0.000 | 9.000 | 14.000 | 16.000 | 13.000 | 11.000 | 11.000 | 18.000 | 17.000 | 14.000 | 13.000 |
| 14 | 14 | 8.000 | 5.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 5.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 5.000 | 8.000 | 8.000 | 0.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 |
| 15 | 15 | 13.000 | 5.000 | 18.000 | 15.000 | 16.000 | 5.000 | 14.000 | 15.000 | 8.000 | 18.000 | 5.000 | 10.000 | 18.000 | 9.000 | 0.000 | 16.000 | 12.000 | 11.000 | 10.000 | 18.000 | 17.000 | 14.000 | 13.000 |
| 16 | 16 | 12.000 | 5.000 | 16.000 | 13.000 | 14.000 | 5.000 | 14.000 | 13.000 | 8.000 | 16.000 | 5.000 | 10.000 | 16.000 | 9.000 | 14.000 | 0.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 16.000 | 16.000 | 14.000 | 13.000 |
| 17 | 17 | 14.000 | 5.000 | 14.000 | 14.000 | 14.000 | 5.000 | 14.000 | 14.000 | 8.000 | 14.000 | 5.000 | 10.000 | 14.000 | 9.000 | 14.000 | 13.000 | 0.000 | 11.000 | 11.000 | 13.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 18 | 18 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 19 | 19 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 5.000 | 0.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 |
| 20 | 20 | 12.000 | 5.000 | 15.000 | 13.000 | 13.000 | 5.000 | 13.000 | 13.000 | 8.000 | 15.000 | 5.000 | 10.000 | 15.000 | 9.000 | 13.000 | 15.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 0.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 |
| 21 | 21 | 14.000 | 5.000 | 22.000 | 15.000 | 18.000 | 5.000 | 14.000 | 17.000 | 8.000 | 20.000 | 5.000 | 10.000 | 22.000 | 9.000 | 14.000 | 16.000 | 13.000 | 11.000 | 11.000 | 19.000 | 0.000 | 14.000 | 13.000 |
| 22 | 22 | 12.000 | 5.000 | 16.000 | 13.000 | 14.000 | 5.000 | 14.000 | 13.000 | 8.000 | 16.000 | 5.000 | 10.000 | 16.000 | 9.000 | 14.000 | 16.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 16.000 | 16.000 | 0.000 | 13.000 |
| 23 | 23 | 13.000 | 5.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 5.000 | 14.000 | 14.000 | 8.000 | 15.000 | 5.000 | 10.000 | 15.000 | 9.000 | 14.000 | 14.000 | 12.000 | 10.000 | 10.000 | 15.000 | 15.000 | 14.000 | 0.000 |
| 24 | 24 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 25 | 25 | 12.000 | 5.000 | 15.000 | 13.000 | 13.000 | 5.000 | 14.000 | 13.000 | 8.000 | 15.000 | 5.000 | 10.000 | 15.000 | 9.000 | 13.000 | 15.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 15.000 | 15.000 | 14.000 | 13.000 |
| 26 | 26 | 12.000 | 5.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 5.000 | 12.000 | 12.000 | 8.000 | 12.000 | 5.000 | 10.000 | 12.000 | 9.000 | 12.000 | 12.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 |
| 27 | 27 | 13.000 | 5.000 | 14.000 | 14.000 | 14.000 | 5.000 | 14.000 | 15.000 | 8.000 | 14.000 | 5.000 | 10.000 | 14.000 | 9.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 | 11.000 | 11.000 | 13.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 28 | 28 | 7.000 | 5.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 5.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 5.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 |
| 29 | 29 | 12.000 | 5.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 | 5.000 | 13.000 | 13.000 | 8.000 | 14.000 | 5.000 | 10.000 | 14.000 | 9.000 | 13.000 | 14.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 14.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 |
| 30 | 30 | 12.000 | 5.000 | 16.000 | 13.000 | 15.000 | 5.000 | 14.000 | 13.000 | 8.000 | 16.000 | 5.000 | 10.000 | 16.000 | 9.000 | 14.000 | 16.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 16.000 | 16.000 | 14.000 | 13.000 |
| 31 | 31 | 12.000 | 5.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 5.000 | 12.000 | 12.000 | 8.000 | 12.000 | 5.000 | 10.000 | 12.000 | 9.000 | 12.000 | 12.000 | 11.000 | 10.000 | 10.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 |
| 32 | 32 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

Output actor-by-actor point connectivity matrix saved as dataset PointConnectivity

Running time: 00:00:01
 Output generated: 23 Set 12 11:29:14
 UCINET 6.421 Copyright (c) 1992-2012 Analytic Technologies

POINT CONNECTIVITY

Input dataset: Matriz_Adjacente1_1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1_1)
 Output connectivity: PointConnectivity (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\PointConnectivity)

| | | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |
|----|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 |
| 1 | 1 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 |
| 2 | 2 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 |
| 3 | 3 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 10.000 | 17.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 4 | 4 | 10.000 | 13.000 | 14.000 | 10.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 |
| 5 | 5 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 6 | 6 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 7 | 7 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 10.000 | 17.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 8 | 8 | 10.000 | 14.000 | 14.000 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 9 | 9 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 |
| 10 | 10 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 11 | 11 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 12 | 12 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 |
| 13 | 13 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 10.000 | 17.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 14 | 14 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 | 8.000 |
| 15 | 15 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 10.000 | 17.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 16 | 16 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 17 | 17 | 10.000 | 13.000 | 13.000 | 10.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 |
| 18 | 18 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 19 | 19 | 5.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 | 4.000 |
| 20 | 20 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 21 | 21 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 10.000 | 17.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 22 | 22 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 23 | 23 | 10.000 | 14.000 | 14.000 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 24 | 24 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 25 | 25 | 10.000 | 0.000 | 14.000 | 10.000 | 15.000 | 14.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 26 | 26 | 10.000 | 12.000 | 0.000 | 10.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 13.000 |
| 27 | 27 | 10.000 | 13.000 | 13.000 | 0.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 | 13.000 |
| 28 | 28 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 0.000 | 7.000 | 7.000 | 7.000 | 8.000 |
| 29 | 29 | 10.000 | 14.000 | 14.000 | 10.000 | 14.000 | 0.000 | 14.000 | 13.000 | 13.000 |
| 30 | 30 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 10.000 | 16.000 | 14.000 | 0.000 | 13.000 | 13.000 |
| 31 | 31 | 10.000 | 12.000 | 12.000 | 10.000 | 12.000 | 12.000 | 0.000 | 12.000 | 12.000 |
| 32 | 32 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

Output actor-by-actor point connectivity matrix saved as dataset PointConnectivity

Running time: 00:00:01
 Output generated: 23 Set 12 11:29:14
 UCINET 6.421 Copyright (c) 1992-2012 Analytic Technologies

Apêndice VIII
Output Distância Geodésica

Output dataset: Matriz_Adjacente1_1-geo (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1_1-geo
 Transformation: No transformation
 Undefined distances: Largest distance + 1

Frequencies

| value | Freq | Prop |
|-------|------|-------|
| 1 | 434 | 0.438 |
| 2 | 391 | 0.394 |
| 3 | 12 | 0.012 |
| 4 | 155 | 0.156 |

Average: 1.9
 Std Dev: 1.0

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | |
|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | |
| 3 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 4 | 4 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| 5 | 5 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | |
| 6 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| 7 | 7 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 8 | 8 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| 9 | 9 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | |
| 10 | 10 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 11 | 11 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| 12 | 12 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| 13 | 13 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 14 | 14 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 15 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 16 | 16 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 17 | 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 18 | 18 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 19 | 19 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 20 | 20 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 21 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 22 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 23 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 24 | 24 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 25 | 25 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | 26 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 27 | 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 28 | 28 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | 29 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 30 | 30 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 31 | 31 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 32 | 32 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 |

32 rows, 32 columns, 1 levels.

Apêndice IX
Output Número de Caminhos Geodésicos
entre pares de pontos

OF GEODESIC PATHS BETWEEN PAIRS OF POINTS

Input dataset:

Matriz_Adjacente1_1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1_1)

of Geodesic Paths

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | | | |
|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | | | | |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 7 | 6 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 3 | 3 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | | |
| 3 | 3 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 4 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 | 13 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 10 | 8 | 7 | 7 | 7 | | |
| 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 11 | 1 | 3 | 10 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 7 | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 10 | 5 | 1 | 10 | 1 | 10 | 1 | | |
| 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 7 | 7 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 1 | 3 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 8 | 8 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 7 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1 | 11 | 10 | 1 | 1 | 8 | 10 | 9 | 9 | 9 | | |
| 9 | 9 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 29 | 1 | | |
| 10 | 10 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 3 | 7 | 1 | 1 | 11 | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | 1 | 7 | 1 | 10 | 8 | 1 | 1 | 11 | 1 | 9 | | | |
| 11 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 12 | 12 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 7 | 3 | 1 | 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 6 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | | |
| 13 | 13 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 14 | 14 | 5 | 2 | 1 | 6 | 6 | 1 | 5 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 | 1 | 7 | 4 | 1 | 6 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 6 | 4 | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | | |
| 15 | 15 | 11 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 7 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 1 | 12 | 1 | |
| 16 | 16 | 7 | 1 | 1 | 9 | 1 | 23 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 6 | 1 | 6 | 1 | 1 | 6 | 7 | 6 | 1 | 1 | 1 | 10 | 6 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | | |
| 17 | 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | 4 | 8 | 1 | 1 | 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | 9 | 9 | 6 | 1 | 1 | 6 | 5 | 1 | 7 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | | |
| 18 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 19 | 19 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 2 | 3 | 14 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 20 | 20 | 6 | 1 | 1 | 1 | 11 | 21 | 10 | 8 | 3 | 1 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 1 | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 21 | 21 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 22 | 22 | 7 | 1 | 1 | 9 | 1 | 23 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 6 | 1 | 6 | 1 | 1 | 6 | 7 | 6 | 1 | 1 | 1 | 10 | 6 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 23 | 23 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 11 | 11 | 6 | 1 | 3 | 6 | 1 | 6 | 1 | 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 7 | 1 | 9 | 7 | 1 | 1 | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | |
| 24 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 25 | 25 | 7 | 1 | 1 | 8 | 1 | 21 | 1 | 8 | 3 | 1 | 2 | 5 | 1 | 5 | 10 | 1 | 5 | 5 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 26 | 26 | 4 | 1 | 1 | 1 | 8 | 15 | 8 | 6 | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 | 4 | 7 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 10 | 1 | 8 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 27 | 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 7 | 1 | 3 | 7 | 1 | 1 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 28 | 28 | 3 | 13 | 7 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 6 | 1 | 1 | 7 | 36 | 1 | 6 | 1 | 1 | 41 | 1 | 6 | 6 | 5 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 29 | 29 | 6 | 1 | 1 | 8 | 11 | 18 | 1 | 7 | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 5 | 9 | 1 | 5 | 5 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 30 | 30 | 1 | 2 | 1 | 9 | 1 | 2 | 9 | 9 | 5 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 9 | 1 | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 31 | 31 | 4 | 1 | 1 | 6 | 9 | 14 | 8 | 6 | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 7 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 8 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | |
| 32 | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |

Output matrix of geodesic counts saved as dataset GeodesicsCount

Running time: 00:00:02

Output generated: 24 Set 12 23:57:39

Copyright (c) 2002-12 Analytic Technologies

Apêndice X
Output Medidas de Grau de Centralidade de
Freeman

Diagonal valid? NO
 Model: ASYMMETRIC
 Input dataset: Matriz_Adjacente1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1)

| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|----|-----------|----------|-----------|----------|
| | | OutDegree | InDegree | NrmOutDeg | NrmInDeg |
| 21 | 21 | 27.000 | 17.000 | 87.097 | 54.839 |
| 3 | 3 | 27.000 | 22.000 | 87.097 | 70.968 |
| 13 | 13 | 27.000 | 22.000 | 87.097 | 70.968 |
| 7 | 7 | 25.000 | 14.000 | 80.645 | 45.161 |
| 15 | 15 | 21.000 | 14.000 | 67.742 | 45.161 |
| 8 | 8 | 20.000 | 17.000 | 64.516 | 54.839 |
| 4 | 4 | 19.000 | 15.000 | 61.290 | 48.387 |
| 10 | 10 | 18.000 | 20.000 | 58.065 | 64.516 |
| 22 | 22 | 17.000 | 14.000 | 54.839 | 45.161 |
| 30 | 30 | 17.000 | 14.000 | 54.839 | 45.161 |
| 17 | 17 | 17.000 | 13.000 | 54.839 | 41.935 |
| 20 | 20 | 17.000 | 19.000 | 54.839 | 61.290 |
| 5 | 5 | 17.000 | 19.000 | 54.839 | 61.290 |
| 27 | 27 | 17.000 | 10.000 | 54.839 | 32.258 |
| 16 | 16 | 16.000 | 16.000 | 51.613 | 51.613 |
| 25 | 25 | 16.000 | 16.000 | 51.613 | 51.613 |
| 23 | 23 | 15.000 | 13.000 | 48.387 | 41.935 |
| 29 | 29 | 15.000 | 14.000 | 48.387 | 45.161 |
| 26 | 26 | 13.000 | 14.000 | 41.935 | 45.161 |
| 31 | 31 | 12.000 | 13.000 | 38.710 | 41.935 |
| 1 | 1 | 12.000 | 14.000 | 38.710 | 45.161 |
| 2 | 2 | 10.000 | 5.000 | 32.258 | 16.129 |
| 12 | 12 | 9.000 | 10.000 | 29.032 | 32.258 |
| 14 | 14 | 8.000 | 9.000 | 25.806 | 29.032 |
| 28 | 28 | 8.000 | 17.000 | 25.806 | 54.839 |
| 9 | 9 | 8.000 | 8.000 | 25.806 | 25.806 |
| 19 | 19 | 6.000 | 11.000 | 19.355 | 35.484 |
| 18 | 18 | 0.000 | 11.000 | 0.000 | 35.484 |
| 24 | 24 | 0.000 | 10.000 | 0.000 | 32.258 |
| 6 | 6 | 0.000 | 5.000 | 0.000 | 16.129 |
| 11 | 11 | 0.000 | 5.000 | 0.000 | 16.129 |
| 32 | 32 | 0.000 | 13.000 | 0.000 | 41.935 |

DESCRIPTIVE STATISTICS

| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | | OutDegree | InDegree | NrmOutDeg | NrmInDeg |
| 1 | Mean | 13.563 | 13.563 | 43.750 | 43.750 |
| 2 | Std Dev | 7.933 | 4.394 | 25.591 | 14.175 |
| 3 | Sum | 434.000 | 434.000 | 1400.000 | 1400.000 |
| 4 | Variance | 62.934 | 19.309 | 654.876 | 200.922 |
| 5 | SSQ | 7900.000 | 6504.000 | 82206.039 | 67679.500 |
| 6 | MCSSQ | 2013.875 | 617.875 | 20956.035 | 6429.500 |
| 7 | Euc Norm | 88.882 | 80.647 | 286.716 | 260.153 |
| 8 | Minimum | 0.000 | 5.000 | 0.000 | 16.129 |
| 9 | Maximum | 27.000 | 22.000 | 87.097 | 70.968 |
| 10 | N of obs | 32.000 | 32.000 | 32.000 | 32.000 |

Network Centralization (Outdegree) = 46.237%
 Network Centralization (Indegree) = 29.032%

Apêndice XI
Output Medidas de densidade da egorede

EGO NETWORKS

Input dataset: Matriz_Adjacente1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1)

Density Measures

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|----|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | Size | Ties | Pairs | Densit | AvgDis | Diamet | nweakC | pweakC | 2StepR | ReachE | Broker | nBroke | EgoBet | nEgoBe |
| 1 | 1 | 17.00 | 144.00 | 272.00 | 52.94 | | | 1.00 | 5.88 | 100.00 | 10.13 | 64.00 | 0.47 | 16.11 | 5.92 |
| 2 | 2 | 11.00 | 44.00 | 110.00 | 40.00 | | | 1.00 | 9.09 | 100.00 | 18.67 | 33.00 | 0.60 | 13.67 | 12.42 |
| 3 | 3 | 28.00 | 362.00 | 756.00 | 47.88 | | | 1.00 | 3.57 | 100.00 | 6.31 | 197.00 | 0.52 | 45.39 | 6.00 |
| 4 | 4 | 19.00 | 180.00 | 342.00 | 52.63 | | | 1.00 | 5.26 | 100.00 | 8.91 | 81.00 | 0.47 | 25.41 | 7.43 |
| 5 | 5 | 21.00 | 233.00 | 420.00 | 55.48 | | | 1.00 | 4.76 | 100.00 | 7.79 | 93.50 | 0.45 | 33.01 | 7.86 |
| 6 | 6 | 5.00 | 16.00 | 20.00 | 80.00 | 1.20 | 2.00 | 1.00 | 20.00 | 80.65 | 36.76 | 2.00 | 0.20 | 0.00 | 0.00 |
| 7 | 7 | 25.00 | 317.00 | 600.00 | 52.83 | | | 1.00 | 4.00 | 100.00 | 6.81 | 141.50 | 0.47 | 17.52 | 2.92 |
| 8 | 8 | 21.00 | 217.00 | 420.00 | 51.67 | | | 1.00 | 4.76 | 100.00 | 8.01 | 101.50 | 0.48 | 26.63 | 6.34 |
| 9 | 9 | 10.00 | 43.00 | 90.00 | 47.78 | | | 1.00 | 10.00 | 100.00 | 19.02 | 23.50 | 0.52 | 7.90 | 8.78 |
| 10 | 10 | 24.00 | 307.00 | 552.00 | 55.62 | | | 1.00 | 4.17 | 100.00 | 7.00 | 122.50 | 0.44 | 30.67 | 5.56 |
| 11 | 11 | 5.00 | 10.00 | 20.00 | 50.00 | 1.70 | 3.00 | 1.00 | 20.00 | 100.00 | 36.05 | 5.00 | 0.50 | 0.00 | 0.00 |
| 12 | 12 | 12.00 | 66.00 | 132.00 | 50.00 | | | 1.00 | 8.33 | 100.00 | 14.49 | 33.00 | 0.50 | 12.94 | 9.80 |
| 13 | 13 | 27.00 | 328.00 | 702.00 | 46.72 | | | 1.00 | 3.70 | 100.00 | 6.62 | 187.00 | 0.53 | 50.42 | 7.18 |
| 14 | 14 | 12.00 | 99.00 | 132.00 | 75.00 | 1.29 | 3.00 | 1.00 | 8.33 | 100.00 | 11.97 | 16.50 | 0.25 | 1.24 | 0.94 |
| 15 | 15 | 21.00 | 247.00 | 420.00 | 58.81 | | | 1.00 | 4.76 | 100.00 | 7.65 | 86.50 | 0.41 | 16.57 | 3.95 |
| 16 | 16 | 17.00 | 214.00 | 272.00 | 78.68 | 1.21 | 2.00 | 1.00 | 5.88 | 96.77 | 8.57 | 29.00 | 0.21 | 4.97 | 1.83 |
| 17 | 17 | 18.00 | 154.00 | 306.00 | 50.33 | | | 1.00 | 5.56 | 100.00 | 9.94 | 76.00 | 0.50 | 26.19 | 8.56 |
| 18 | 18 | 11.00 | 97.00 | 110.00 | 88.18 | 1.12 | 2.00 | 1.00 | 9.09 | 100.00 | 12.92 | 6.50 | 0.12 | 0.00 | 0.00 |
| 19 | 19 | 13.00 | 111.00 | 156.00 | 71.15 | | | 1.00 | 7.69 | 100.00 | 12.11 | 22.50 | 0.29 | 1.85 | 1.19 |
| 20 | 20 | 21.00 | 257.00 | 420.00 | 61.19 | | | 1.00 | 4.76 | 96.77 | 7.59 | 81.50 | 0.39 | 21.08 | 5.02 |
| 21 | 21 | 27.00 | 350.00 | 702.00 | 49.86 | | | 1.00 | 3.70 | 100.00 | 6.46 | 176.00 | 0.50 | 36.31 | 5.17 |
| 22 | 22 | 17.00 | 207.00 | 272.00 | 76.10 | | | 1.00 | 5.88 | 96.77 | 8.67 | 32.50 | 0.24 | 4.23 | 1.56 |
| 23 | 23 | 17.00 | 174.00 | 272.00 | 63.97 | 1.36 | 3.00 | 1.00 | 5.88 | 100.00 | 9.09 | 49.00 | 0.36 | 7.99 | 2.94 |
| 24 | 24 | 10.00 | 82.00 | 90.00 | 91.11 | 1.09 | 2.00 | 1.00 | 10.00 | 100.00 | 14.35 | 4.00 | 0.09 | 0.00 | 0.00 |
| 25 | 25 | 17.00 | 207.00 | 272.00 | 76.10 | | | 1.00 | 5.88 | 96.77 | 8.77 | 32.50 | 0.24 | 5.77 | 2.12 |
| 26 | 26 | 17.00 | 193.00 | 272.00 | 70.96 | | | 1.00 | 5.88 | 100.00 | 9.25 | 39.50 | 0.29 | 5.72 | 2.10 |
| 27 | 27 | 17.00 | 165.00 | 272.00 | 60.66 | | | 1.00 | 5.88 | 100.00 | 9.63 | 53.50 | 0.39 | 8.51 | 3.13 |
| 28 | 28 | 19.00 | 219.00 | 342.00 | 64.04 | | | 1.00 | 5.26 | 100.00 | 8.66 | 61.50 | 0.36 | 8.17 | 2.39 |
| 29 | 29 | 16.00 | 165.00 | 240.00 | 68.75 | | | 1.00 | 6.25 | 100.00 | 9.94 | 37.50 | 0.31 | 11.89 | 4.95 |
| 30 | 30 | 19.00 | 231.00 | 342.00 | 67.54 | | | 1.00 | 5.26 | 100.00 | 8.40 | 55.50 | 0.32 | 7.49 | 2.19 |
| 31 | 31 | 13.00 | 138.00 | 156.00 | 88.46 | 1.12 | 2.00 | 1.00 | 7.69 | 96.77 | 10.95 | 9.00 | 0.12 | 2.62 | 1.68 |
| 32 | 32 | 13.00 | 132.00 | 156.00 | 84.62 | 1.15 | 2.00 | 1.00 | 7.69 | 96.77 | 10.91 | 12.00 | 0.15 | 0.00 | 0.00 |

1. Size. Size of ego network.
2. Ties. Number of directed ties.
3. Pairs. Number of ordered pairs.
4. Density. Ties divided by Pairs.
5. AvgDist. Average geodesic distance.
6. Diameter. Longest distance in egonet.
7. nweakComp. Number of weak components.
8. pweakComp. NweakComp divided by size.
9. 2StepReach. # of nodes within 2 links of ego.
10. ReachEffic. 2StepReach divided size.
11. Broker. # of pairs not directly connected.
12. Normalized Broker. Broker divided by number of pairs.
13. Ego Betweenness. Betweenness of ego in own network.
14. Normalized Ego Betweenness. Betweenness of ego in own network.

Apêndice XII
Output e Quadro dos Cliques

CLIQUE

Minimum Set Size: 3
Input dataset: Matriz_Adjacente1_1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1_1)

NOTE: Directed graph. You may prefer to symmetrize first.
53 cliques found.

- 1: 3 4 7 8 13 15 17 27
- 2: 1 3 4 7 8 13
- 3: 3 4 7 8 10 13
- 4: 3 7 8 13 15 16 22
- 5: 3 7 8 10 13 16
- 6: 3 5 8 13 15 16 22
- 7: 3 5 8 10 13 16
- 8: 1 3 5 8 12 13
- 9: 1 3 4 8 12 13
- 10: 3 8 13 14 17 27
- 11: 3 13 16 20 22 25 26 29 30 31
- 12: 3 13 15 16 20 22
- 13: 3 10 13 16 20 25 29 31
- 14: 3 4 10 13 20 23
- 15: 3 4 13 15 20 23
- 16: 3 4 13 20 26
- 17: 3 10 13 20 23 25 29
- 18: 3 5 10 13 23 25
- 19: 3 5 13 15 23
- 20: 3 4 13 15 17 23
- 21: 3 7 13 16 22 25 29
- 22: 3 5 13 16 22 25 30
- 23: 3 7 10 13 16 25 29
- 24: 3 5 10 13 16 25
- 25: 13 16 20 21 22 25 29 30 31
- 26: 7 13 16 21 22 25 29
- 27: 5 13 16 21 22 25 30
- 28: 7 8 13 15 16 21 22
- 29: 5 8 13 15 16 21 22
- 30: 13 15 16 20 21 22
- 31: 10 13 16 20 21 25 29 31
- 32: 7 10 13 16 21 25 29
- 33: 5 10 13 16 21 25
- 34: 7 8 10 13 16 21
- 35: 5 8 10 13 16 21
- 36: 4 7 8 13 15 21 27
- 37: 4 13 15 20 21 23
- 38: 4 7 8 10 13 21
- 39: 4 10 13 20 21 23
- 40: 10 13 20 21 23 25 29
- 41: 5 10 13 21 23 25
- 42: 5 13 15 21 23
- 43: 1 2 9
- 44: 2 9 17
- 45: 1 4 9 12
- 46: 4 9 17
- 47: 1 5 9 12
- 48: 8 19 21 27
- 49: 8 17 19 27
- 50: 20 25 28 30 31
- 51: 15 20 28
- 52: 5 25 28 30

Clique Participation Scores: Prop. of clique members that each node is adjacent to

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 0.625 | 1.000 | 0.833 | 0.571 | 0.667 | 0.571 | 0.667 | 1.000 | 1.000 | 0.500 | 0.200 | 0.333 | 0.250 | 0.500 | 0.500 | 0.600 | 0.286 | 0.500 | 0.600 | 0.500 | 0.429 | 0.429 | 0.429 | 0.500 | 0.111 | 0.286 | 0.286 | 0.429 |
| 2 | 0.125 | 0.167 | 0.167 | 0.000 | 0.167 | 0.000 | 0.167 | 0.167 | 0.167 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.125 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.143 | 0.167 | 0.000 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.143 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 3 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| 4 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.714 | 0.833 | 0.571 | 0.667 | 0.833 | 1.000 | 0.833 | 0.400 | 0.667 | 0.500 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.714 | 0.667 | 0.800 | 1.000 | 0.429 | 0.286 | 0.571 | 0.500 | 0.333 | 0.429 | 0.286 | 0.714 |
| 5 | 0.500 | 0.667 | 0.667 | 0.857 | 0.833 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.833 | 0.500 | 0.600 | 0.833 | 0.625 | 0.667 | 0.667 | 0.400 | 0.714 | 1.000 | 1.000 | 0.667 | 0.714 | 1.000 | 0.714 | 1.000 | 0.667 | 0.714 | 1.000 | 0.857 |
| 6 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 7 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.857 | 0.833 | 0.667 | 0.833 | 0.833 | 0.600 | 0.833 | 0.750 | 0.667 | 0.667 | 0.600 | 0.714 | 0.667 | 0.600 | 0.833 | 1.000 | 0.714 | 1.000 | 0.833 | 0.667 | 1.000 | 0.714 | 1.000 |
| 8 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.400 | 0.833 | 0.500 | 0.667 | 0.667 | 0.600 | 0.429 | 0.667 | 0.800 | 0.833 | 0.714 | 0.714 | 0.714 | 0.833 | 0.444 | 0.714 | 0.714 | 1.000 |
| 9 | 0.250 | 0.333 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.143 | 0.167 | 0.500 | 0.500 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.167 | 0.167 | 0.200 | 0.000 | 0.167 | 0.200 | 0.333 | 0.000 | 0.143 | 0.000 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.143 | 0.000 |
| 10 | 0.625 | 0.833 | 1.000 | 0.714 | 1.000 | 0.714 | 1.000 | 0.667 | 0.667 | 0.500 | 0.700 | 0.667 | 1.000 | 1.000 | 0.833 | 0.800 | 1.000 | 1.000 | 0.800 | 0.667 | 0.857 | 0.714 | 1.000 | 1.000 | 0.778 | 0.857 | 0.714 | 0.714 |
| 11 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 12 | 0.500 | 0.833 | 0.667 | 0.429 | 0.500 | 0.571 | 0.667 | 1.000 | 1.000 | 0.500 | 0.200 | 0.333 | 0.250 | 0.500 | 0.500 | 0.600 | 0.286 | 0.500 | 0.600 | 0.500 | 0.286 | 0.429 | 0.286 | 0.500 | 0.111 | 0.143 | 0.286 | 0.286 |
| 13 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| 14 | 0.625 | 0.500 | 0.500 | 0.429 | 0.500 | 0.429 | 0.500 | 0.500 | 0.500 | 1.000 | 0.200 | 0.333 | 0.250 | 0.333 | 0.333 | 0.400 | 0.286 | 0.333 | 0.400 | 0.500 | 0.286 | 0.286 | 0.286 | 0.333 | 0.111 | 0.143 | 0.143 | 0.286 |
| 15 | 1.000 | 0.833 | 0.833 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.667 | 0.667 | 0.833 | 0.500 | 1.000 | 0.500 | 0.833 | 1.000 | 0.800 | 0.571 | 0.667 | 1.000 | 1.000 | 0.714 | 0.714 | 0.571 | 0.667 | 0.556 | 0.714 | 0.714 |
| 16 | 0.625 | 0.667 | 0.833 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.667 | 0.500 | 0.500 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.667 | 0.667 | 0.800 | 0.857 | 0.833 | 0.800 | 0.500 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| 17 | 1.000 | 0.833 | 0.833 | 0.714 | 0.667 | 0.571 | 0.500 | 0.500 | 0.667 | 0.500 | 0.200 | 0.500 | 0.250 | 0.667 | 0.667 | 0.600 | 0.429 | 0.500 | 0.800 | 1.000 | 0.429 | 0.286 | 0.429 | 0.333 | 0.111 | 0.286 | 0.143 | 0.571 |
| 18 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 19 | 0.375 | 0.167 | 0.167 | 0.143 | 0.167 | 0.143 | 0.167 | 0.167 | 0.167 | 0.500 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.111 | 0.143 | 0.286 |
| 20 | 0.500 | 0.600 | 0.667 | 0.714 | 0.667 | 0.714 | 0.667 | 0.333 | 0.500 | 0.333 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.833 | 0.800 | 0.833 | 0.857 | 0.857 | 0.857 | 0.833 | 1.000 | 0.857 | 0.857 | 0.714 |
| 21 | 0.750 | 0.567 | 0.833 | 0.857 | 0.833 | 0.857 | 0.833 | 0.500 | 0.500 | 0.500 | 0.800 | 0.833 | 0.875 | 0.833 | 0.833 | 0.600 | 0.857 | 0.833 | 0.800 | 0.667 | 0.857 | 0.857 | 0.857 | 0.833 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| 22 | 0.625 | 0.667 | 0.667 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.833 | 0.667 | 0.500 | 0.500 | 1.000 | 1.000 | 0.875 | 0.500 | 0.667 | 0.800 | 0.714 | 0.667 | 0.800 | 0.500 | 1.000 | 1.000 | 0.857 | 0.833 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| 23 | 0.625 | 0.500 | 0.667 | 0.429 | 0.500 | 0.571 | 0.667 | 0.500 | 0.500 | 0.500 | 0.500 | 0.667 | 0.750 | 1.000 | 1.000 | 0.800 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.571 | 0.571 | 0.714 | 0.833 | 0.556 | 0.571 | 0.571 | 0.429 |
| 24 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 25 | 0.375 | 0.500 | 0.667 | 0.714 | 0.833 | 0.714 | 0.833 | 0.500 | 0.333 | 0.333 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.833 | 0.667 | 0.800 | 1.000 | 1.000 | 0.800 | 0.500 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.714 |
| 26 | 0.375 | 0.500 | 0.500 | 0.571 | 0.500 | 0.571 | 0.500 | 0.333 | 0.500 | 0.333 | 1.000 | 0.833 | 0.875 | 0.667 | 0.667 | 1.000 | 0.714 | 0.500 | 0.400 | 0.500 | 0.857 | 0.857 | 0.714 | 0.667 | 0.889 | 0.714 | 0.714 | 0.429 |
| 27 | 1.000 | 0.833 | 0.833 | 0.714 | 0.667 | 0.571 | 0.500 | 0.500 | 0.667 | 1.000 | 0.200 | 0.500 | 0.250 | 0.500 | 0.667 | 0.600 | 0.286 | 0.333 | 0.600 | 0.833 | 0.429 | 0.286 | 0.429 | 0.333 | 0.222 | 0.429 | 0.286 | 0.714 |
| 28 | 0.125 | 0.000 | 0.000 | 0.143 | 0.000 | 0.286 | 0.167 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.400 | 0.333 | 0.375 | 0.167 | 0.333 | 0.200 | 0.286 | 0.333 | 0.400 | 0.167 | 0.143 | 0.429 | 0.143 | 0.333 | 0.444 | 0.143 | 0.429 | 0.143 |
| 29 | 0.375 | 0.500 | 0.667 | 0.714 | 0.833 | 0.571 | 0.667 | 0.333 | 0.333 | 0.333 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.833 | 0.667 | 0.800 | 1.000 | 0.833 | 0.600 | 0.500 | 1.000 | 0.857 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 1.000 | 0.857 | 0.714 |
| 30 | 0.250 | 0.333 | 0.333 | 0.571 | 0.500 | 0.714 | 0.667 | 0.500 | 0.333 | 0.333 | 1.000 | 0.833 | 0.875 | 0.500 | 0.500 | 0.800 | 0.714 | 0.667 | 0.600 | 0.333 | 0.857 | 1.000 | 0.714 | 0.833 | 1.000 | 0.857 | 1.000 | 0.571 |
| 31 | 0.250 | 0.333 | 0.500 | 0.571 | 0.667 | 0.571 | 0.667 | 0.333 | 0.333 | 0.333 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.667 | 0.500 | 0.800 | 0.857 | 0.667 | 0.400 | 0.333 | 0.857 | 0.857 | 0.857 | 0.833 | 1.000 | 0.857 | 0.857 | 0.571 |
| 32 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

| | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 0.429 | 0.167 | 0.125 | 0.286 | 0.333 | 0.500 | 0.500 | 0.571 | 0.333 | 0.667 | 0.333 | 0.143 | 0.333 | 0.400 | 1.000 | 0.667 | 1.000 | 0.667 | 1.000 | 0.250 | 0.250 | 0.000 | 0.000 | 0.250 | 0.333 |
| 2 | 0.000 | 0.000 | 0.125 | 0.143 | 0.167 | 0.167 | 0.167 | 0.000 | 0.000 | 0.167 | 0.167 | 0.143 | 0.167 | 0.000 | 1.000 | 1.000 | 0.500 | 0.667 | 0.500 | 0.000 | 0.250 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 3 | 0.857 | 0.833 | 0.875 | 0.857 | 0.833 | 0.833 | 0.833 | 0.857 | 0.833 | 0.833 | 0.833 | 0.857 | 0.833 | 0.800 | 0.333 | 0.333 | 0.750 | 0.667 | 0.750 | 0.500 | 0.750 | 0.800 | 0.667 | 0.750 | 0.667 |
| 4 | 0.571 | 0.667 | 0.500 | 0.571 | 0.500 | 0.833 | 0.667 | 1.000 | 0.000 | 1.000 | 1.000 | 0.714 | 0.667 | 0.800 | 0.667 | 0.667 | 1.000 | 1.000 | 0.750 | 0.750 | 0.200 | 0.667 | 0.000 | 0.333 | |
| 5 | 1.000 | 0.833 | 0.625 | 0.714 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.571 | 0.667 | 0.667 | 0.667 | 0.714 | 1.000 | 1.000 | 0.667 | 0.333 | 0.750 | 0.333 | 1.000 | 0.500 | 0.250 | 0.600 | 0.667 | 1.000 | 1.000 |
| 6 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| 7 | 0.857 | 0.833 | 0.750 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.833 | 1.000 | 0.667 | 1.000 | 0.667 | 0.714 | 0.667 | 0.600 | 0.333 | 0.333 | 0.500 | 0.667 | 0.250 | 0.750 | 0.750 | 0.200 | 0.333 | 0.250 | 0.333 |
| 8 | 1.000 | 0.833 | 0.500 | 0.714 | 0.833 | 1.000 | 1.000 | 0.000 | 0.667 | 1.000 | 0.667 | 0.429 | 0.667 | 0.800 | 0.333 | 0.333 | 0.750 | 0.667 | 0.750 | 1.000 | 1.000 | 0.000 | 0.333 | 0.250 | 0.667 |
| 9 | 0.143 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.167 | 0.000 | 0.167 | 0.143 | 0.167 | 0.167 | 0.167 | 0.000 | 0.167 | 0.200 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.000 | 0.250 | 0.000 | 0.000 | 0.250 | 0.333 |
| 10 | 0.714 | 0.667 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.714 | 0.833 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 0.800 | 0.333 | 0.333 | | | | | | | | | |

Apêndice XIII
Output dos *N-Cliques*

N-CLIQUE

Max Distance (n-): 2
Minimum Set Size: 3
Input dataset: Matriz_Adjacente1_1 (G:\VARIOS\Doutoramento\Tese\Trabalho\Fase2\Matriz_Adjacente1_1)

WARNING: Directed graph. Direction of arcs ignored.

32
2 2-cliques found.

1: 1 2 3 4 5 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32
2: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 17 18 19 21 23 24 26 27 28 29 30

Adjacency matrix table with 32 rows and 32 columns. Row 1: 1 2 3 4 5 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32. Row 2: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 17 18 19 21 23 24 26 27 28 29 30.

HIERARCHICAL CLUSTERING OF OVERLAP MATRIX

Table showing hierarchical clustering results. Columns: 6 1 3 4 5 2 7 8 9 0 1 2 3 4 5 4 7 8 9 8 1 0 3 6 9 7 6 0 2 5 1 2. Rows: Level, 2.000, 1.000, 0.963.

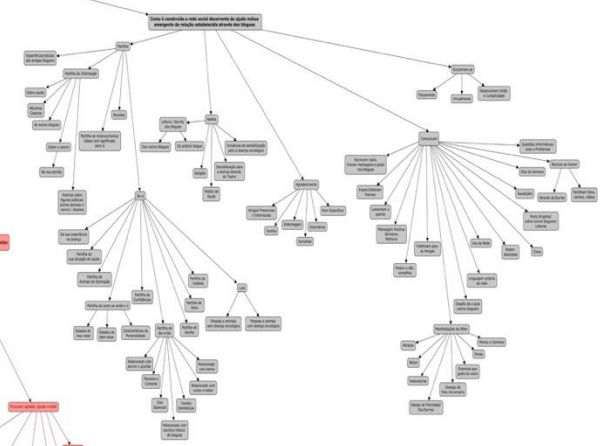
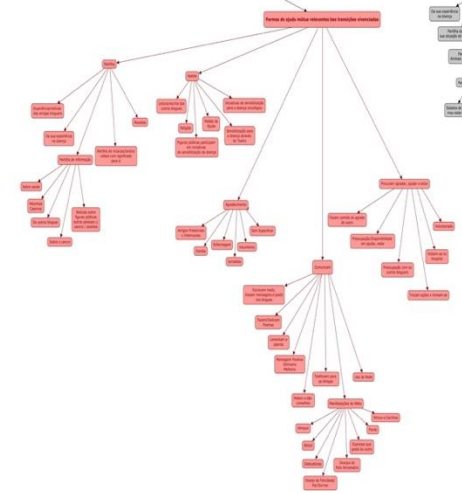
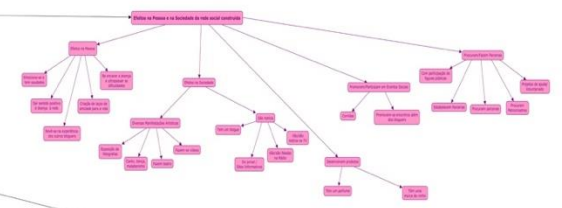
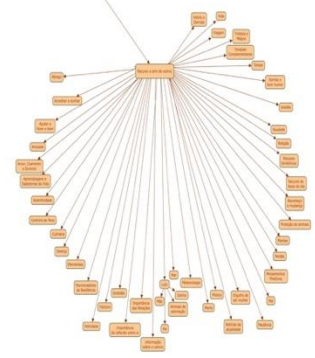
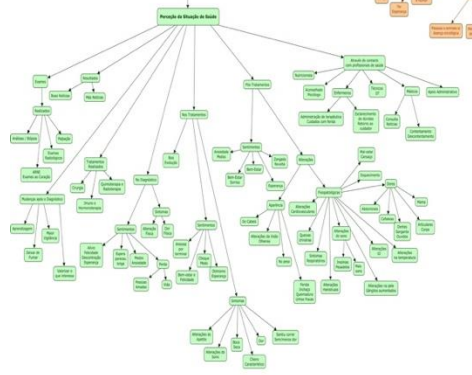
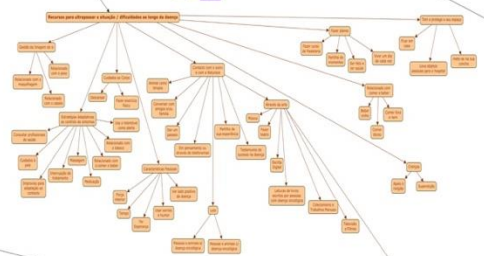
Group indicator matrix saved as dataset NClqSets
Group co-membership matrix saved as dataset NClqover
Group co-membership partition-by-actor indicator matrix saved as dataset NClqPart

Running time: 00:00:07
Output generated: 21 Out 12 03:34:45
UCINET 6.421 Copyright (c) 1992-2012 Analytic Technologies

Apêndice XIV
Output dos *N-Clans*

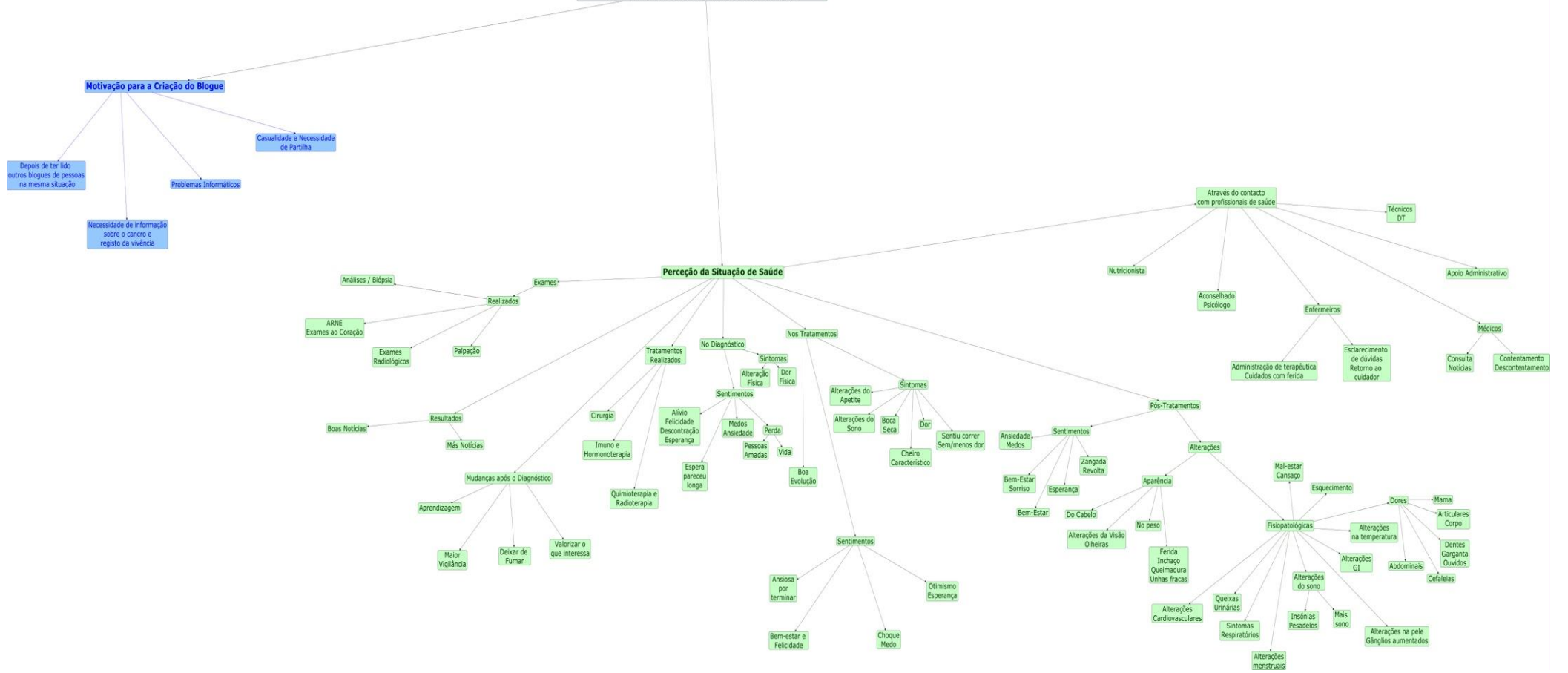
Apêndice XV
Árvore de Conceitos resultante da
codificação dos dados do *blogue*

Processos de Construção da Ajuda Mútua em Pessoas com Doenças Oncológicas que têm ligação



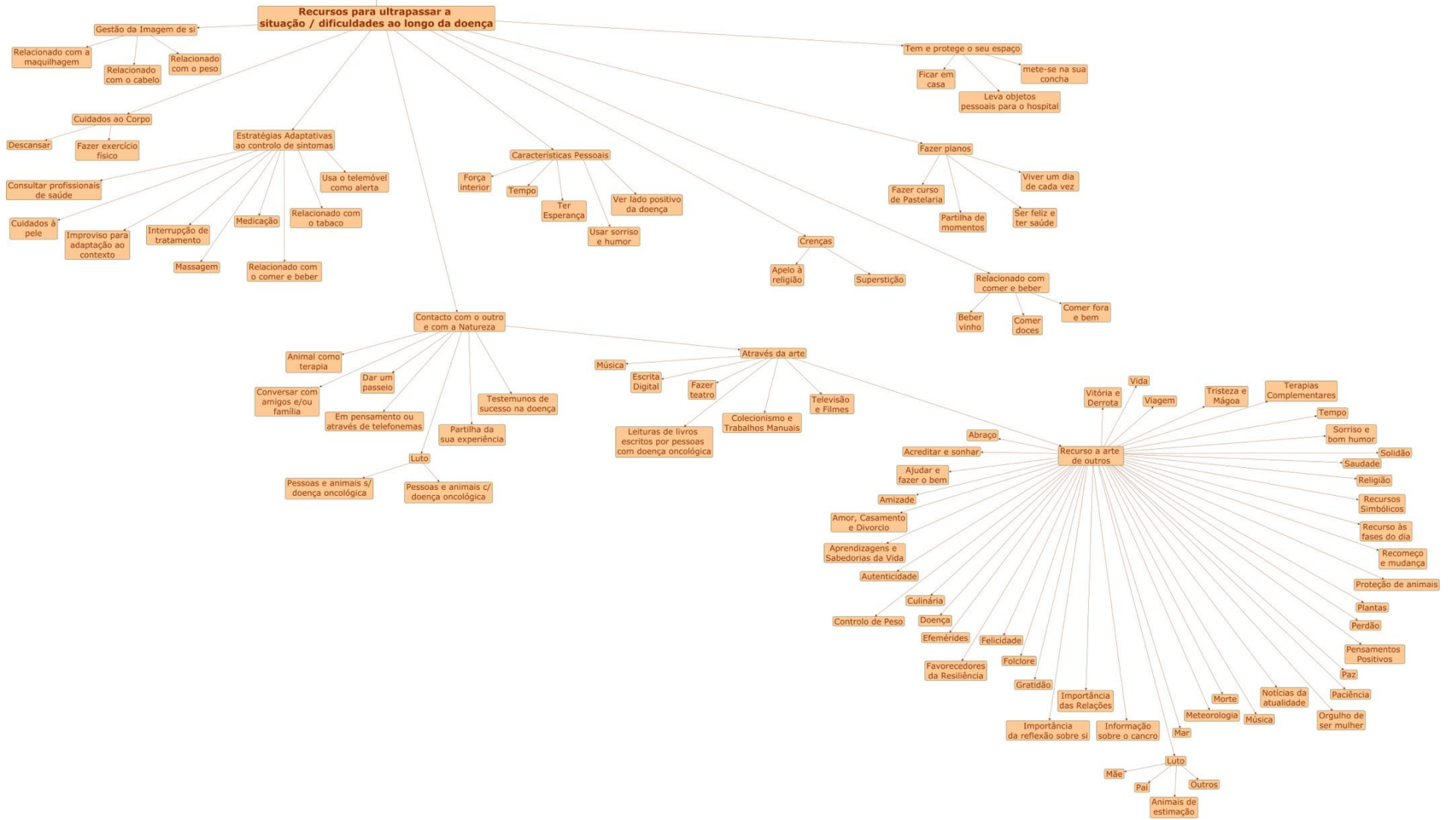
Parte I

Processo de Construção da Ajuda Mútua da Pessoa com Doença Oncológica que tem Blogue



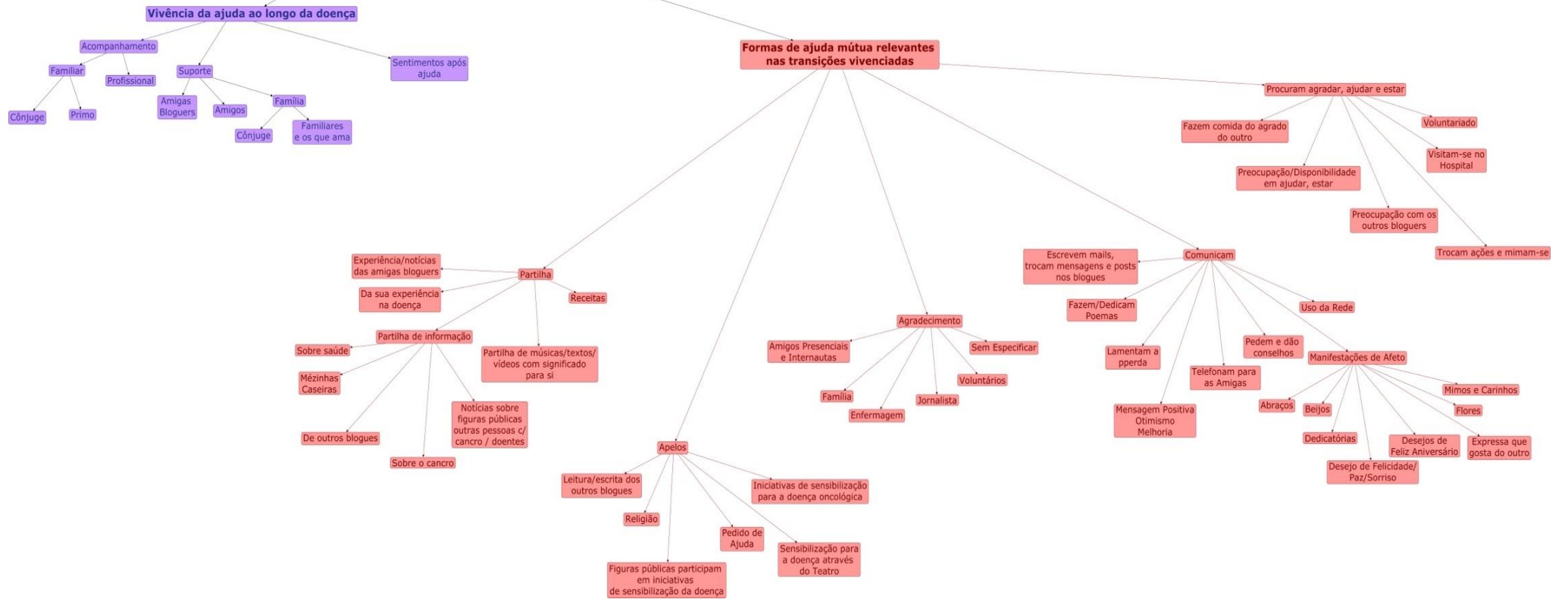
Parte II

Processo de Construção da Ajuda Mútua da Pessoa com Doença Oncológica que tem blogue



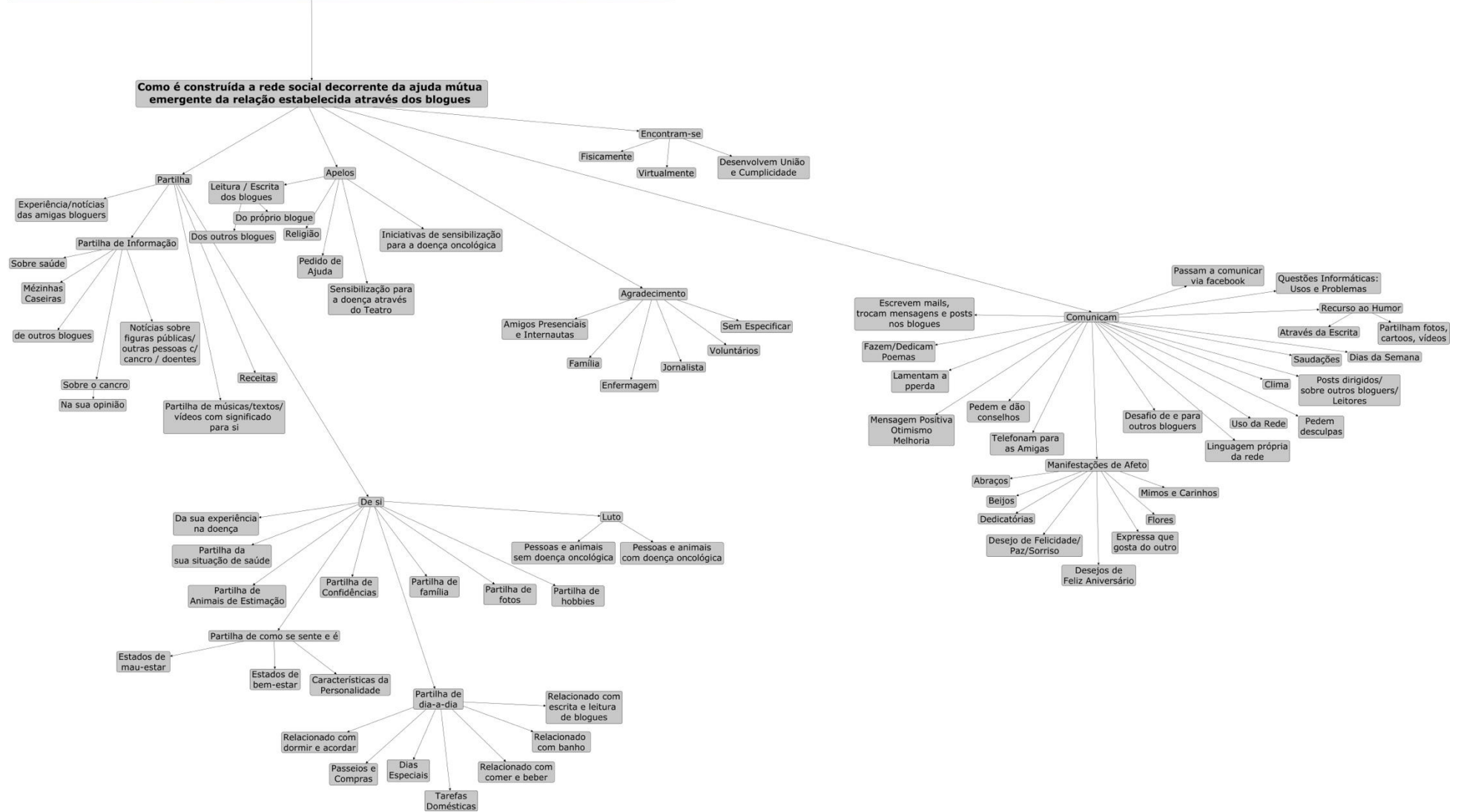
Parte III

Processo de Construção da Ajuda Mútua da Pessoa com Doença Oncológica que tem blogue



Parte IV

Processo de Construção da Ajuda Mútua da Pessoa com Doença Oncológica que tem blogue



Parte V

Processo de Construção da Ajuda Mútua da Pessoa com Doença Oncológica que tem blogue

