



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**RELAÇÕES ENTRE CRENÇAS CENTRAIS, ESTILO DE
RUMINAÇÃO, EXPRESSÃO EMOCIONAL, SINTOMAS
DE PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO, E
CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO EM MULHERES
COM CANCRO DA MAMA**

MARCELO MARQUES LOPES

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Lisboa, 2014

Dissertação de mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal e coorientação da Mestre Catarina Ramos, apresentada ao ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao António Lopes e à Leónia Lopes por me darem a possibilidade de explorar a ritmo próprio os caminhos que me têm feito sentido.

Com semelhante importância, agradeço à Ana Rodrigues pela força que me tem dado ao longo dos últimos dois anos, por ter acreditado em mim, e pela compreensão de tudo o que significa o processo de aprendizagem académica.

À Mestre Catarina Ramos, por me incluir no seu projeto de investigação, e pela disponibilidade para me transmitir os seus conhecimentos e partilhar material de estudo.

À Professora Doutora Isabel Leal, pelo acompanhamento ao longo de toda esta jornada.

À Ana Moreira, pelo acompanhamento complementar ao longo da análise dos dados.

Ao ISPA, especialmente ao corpo docente do mestrado em Psicologia da Saúde, por me abrir portas no mundo da investigação.

A todas as guerreiras que participaram nesta investigação, e que, na verdade, a tornaram possível, pela partilha das suas experiências consequentes da luta contra o cancro da mama.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento como pessoa e profissional.

RESUMO

Objetivos: A literatura carece de estudos sobre a influência das crenças centrais, estilo de ruminação, e expressão emocional entre si e como preditoras de Crescimento Pós-Traumático (CPT) em populações oncológicas. Além disso, a relação entre sintomas de perturbação pós-stress traumático (PPST) e CPT não é consistente ao longo da literatura, pelo que se torna pertinente investigar neste sentido.

Método: Foram testados três modelos de equações estruturais através de análise de trajetórias numa amostra de 105 mulheres com cancro da mama.

Resultados: O terceiro modelo apresentou o melhor ajustamento aos dados. A disrupção das crenças centrais demonstrou estar associada a ambos os estilos de ruminação, à expressão emocional, e ao CPT. Os estilos de ruminação estiverem relacionados entre si, embora relacionados de diferentes formas com o CPT. A ruminação intrusiva relacionou-se positivamente com os sintomas de PPST e negativamente com o CPT, ainda que tenha tido um efeito indireto positivo. A ruminação deliberada relacionou-se positivamente com o CPT. A expressão emocional relacionou-se positivamente com o CPT e mediou parcialmente a relação entre a disrupção das crenças centrais e o CPT. Os sintomas de PPST não estiverem significativamente relacionados com o CPT. O modelo demonstrou explicar 49% da variabilidade do CPT, sendo que a disrupção das crenças centrais e a expressão emocional foram responsáveis por 44% deste efeito.

Conclusões: O processo de CPT ocorreu de acordo com o padrão geral observado em outras populações. A expressão emocional poderá apresentar algumas implicações práticas para a intervenção dirigida ao ajustamento psicossocial das pacientes.

Palavras-Chave: Crescimento Pós-Traumático, processos cognitivos, expressão emocional, cancro da mama

ABSTRACT

Objectives: Literature lacks empirical evidence regarding the relationships of core beliefs, rumination style, and emotional disclosure to each other and as predictors of Post Traumatic Growth (PTG). Moreover, the relationship between posttraumatic stress symptoms (PTSS) and PTG is not clear among the literature, as it can be important to investigate this way.

Method: Three structural equation models were tested through path analysis in a sample of 105 breast cancer women.

Results: The third model presented the best fit to the data. Disruption to core beliefs showed to be related to both rumination styles, emotional disclosure, and PTG. Rumination styles were related to each other, although differently related to PTG. Intrusive rumination was positively related to PTSS and negatively to PTG, though an indirect positive effect to PTG was observed. Deliberate rumination was positively related to PTG. Emotional disclosure related positively to PTG and partially mediated the relationship between core belief disruption and PTG. PTSS were not significantly related to PTG. The model explained 49% of PTG variability, where disruption to core beliefs and emotional disclosure accounted for 44% of this effect.

Conclusions: The process of PTG occurred according to the general pattern observed among other populations. Emotional disclosure may present some practical implications to interventions concerning patient psychosocial adjustment.

Keywords: posttraumatic growth, cognitive processes, emotional disclosure, breast cancer

ÍNDICE

Introdução	1
Método	
Delineamento	10
Participantes	10
Procedimento	11
Material	12
Análise Estatística	14
Resultados	
Estatística Descritiva e Correlações	17
Análise de Trajetórias	18
Discussão	25
Conclusão	29
Referências	30
Anexos	
Anexo A – Material	39
Anexo B – Análise Estatística Complementar	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	– Estatística descritiva, fiabilidade, e correlações entre as variáveis analisadas	17
Tabela 2	– Índices de ajustamento dos modelos testados	21
Tabela 3	– Sumário dos efeitos para o modelo final (modelo 3)	22
Tabela 4	– Efeito de mediação da variável expressão emocional	24
Tabela 5	– Tolerância e VIF das variáveis independentes	48
Tabela 6	– Teste de Normalidade da variável grupo	49
Tabela 7	– Resultados do Teste T	50
Tabela 8	– Valores de IDPT em função do grupo	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Valores estandarizados dos <i>regression weights</i> e dos R^2 para o Modelo 1	26
Figura 2 – Valores estandarizados dos <i>regression weights</i> e dos R^2 para o Modelo 2	27
Figura 3 – Valores estandarizados dos <i>regression weights</i> e dos R^2 para o Modelo 3	28

INTRODUÇÃO

Enfrentar um acontecimento de vida traumático ou altamente stressante, como um acidente ou o diagnóstico de uma doença grave, torna evidente a imprevisibilidade da vida, a vulnerabilidade, e a iminência da morte, podendo provocar um conjunto de respostas psíquicas e fisiológicas na pessoa que o experiencia (Calhoun & Tedeschi, 2006; Taku, Cann, Tedeschi, & Calhoun, 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996). Segue-se frequentemente um período de tempo em que a pessoa se sente perturbada, apresentando respostas negativas como *distress* psicológico e, embora com menor frequência, correndo o risco de desenvolver perturbações psiquiátricas como depressão ou perturbação pós-stress traumático (PPST) (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009; Calhoun & Tedeschi, 2013; Linley, Joseph, & Goodfellow, 2008).

A PPST é uma perturbação que ocorre após acontecimentos intensamente stressantes ou ameaçadores, e está descrita no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) entre as perturbações psicológicas relacionadas com o trauma e o stress (American Psychiatric Association, 2013). A maioria das pessoas expostas a traumas não desenvolve a perturbação, mas é frequente que apresente alguns dos sintomas adjacentes (Ehlers & Clark, 2000). Os sintomas incluem reexperiência indesejada ou recorrente do acontecimento traumático, evitamento dos estímulos associados ao acontecimento, cognições e humor negativos, e alterações na ativação psíquica e fisiológica (APA, 2013).

Compreensivelmente, as consequências negativas do trauma tiveram um maior foco de atenção por parte dos clínicos e dos investigadores, sustentado pela necessidade de auxiliar a pessoa a lidar com o seu sofrimento (Calhoun & Tedeschi, 2013). Sabe-se, no entanto, que nos contextos que provocam desconforto, dor ou sofrimento, podem surgir oportunidades para experienciar mudanças positivas e crescimento pessoal (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013). A confrontação com o sofrimento e a adversidade tem o potencial de gerar na pessoa a consciência de que a vida pode acarretar o inesperado e o incontrolável, conduzindo frequentemente a uma percepção de vulnerabilidade acompanhada pela descoberta de recursos pessoais anteriormente desconhecidos (Calhoun & Tedeschi, 2006; Janoff-Bulman, 2006).

A ideia de crescimento através do confronto com a adversidade não é algo recente, estando já documentada desde os escritos ancestrais – o que é recente é a investigação científica deste fenómeno (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013). Nesta linha, a literatura tem

demonstrado que muitas pessoas que enfrentam circunstâncias adversas podem experienciar mudanças psicossociais positivas como resultado (Affleck & Tennen, 1996; Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Park, Cohen, & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996). Estas mudanças positivas têm sido descritas sob diversas designações, como crescimento pós-traumático, percepção de benefícios, crescimento relacionado com o stress, entre outros (Affleck & Tennen, 1996; Bostock, Sheikh, & Barton, 2009; Helgeson et al., 2006; Linley & Joseph, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004). O crescimento pós-traumático (CPT; Tedeschi & Calhoun, 1996) é o conceito mais utilizado e o que permite uma melhor compreensão do fenômeno, dada a sua perspectiva de trauma como um acontecimento simultaneamente disruptivo e transformador (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004).

O CPT pode ser definido como a percepção de mudanças positivas resultantes dos esforços cognitivos realizados ao enfrentar o acontecimento de vida traumático e a nova realidade posterior ao mesmo (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Durante este processo, as pessoas podem passar por mudanças a vários níveis (Tedeschi & Calhoun, 1996). A experiência tende a refletir-se em cinco dimensões: força individual, relação com os outros, novas possibilidades, apreciação da vida, e mudança espiritual (Taku, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996). Estas dimensões podem introduzir-se em três categorias conceptuais: mudanças na percepção de si mesmo, mudanças na percepção da relação com os outros, e mudanças na filosofia de vida (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013). Ao nível da auto-percepção, as mudanças podem incluir uma maior percepção de vulnerabilidade, paradoxalmente acompanhada pela percepção de pontos fortes e recursos anteriormente desconhecidos para lidar com o sofrimento e com futuros desafios inerentes ao acontecimento traumático. As mudanças a nível relacional podem incluir uma maior profundidade nas relações com as pessoas significativas, um maior sentido de compaixão por quem experiencia sofrimento, e uma maior liberdade de expressão para com os outros. Por último, as mudanças na filosofia de vida podem compreender maior apreciação da vida, alteração nas prioridades, e integração de elementos religiosos, espirituais, ou existenciais (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013).

Ainda que o CPT se verifique num número elevado de pessoas que atravessam circunstâncias críticas, não há garantia de que o fenômeno seja universal, além de que nem sempre se faz acompanhar por uma diminuição do sofrimento (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013). Calhoun e Tedeschi apresentam um conjunto de fatores que podem determinar a experiência de CPT, os quais têm sido objeto de investigação contínua (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Atualmente, sabe-se que o CPT é

influenciado por fatores como características de personalidade, fatores ambientais, e processos cognitivos (Ramos & Leal, 2013).

Um dos fatores mais importantes para o processo de CPT consiste no impacto que o acontecimento traumático tem sobre a pessoa e sobre o seu “mundo assumptivo” (Janoff-Bulman, 2004). O mundo assumptivo assenta no conjunto de crenças que o indivíduo possui como base para compreender e organizar a realidade, o seu funcionamento, e a forma como nela se insere (Janoff-Bulman, 2004, 2006). Quando o impacto do acontecimento envolve um nível de *distress* disruptivo, a pessoa pode ser forçada a questionar ou rever as suas crenças numa tentativa de fazer sentido da sua experiência (Cann, Calhoun, Tedeschi, Kilmer, Gil-Rivas, Vishnevsky, & Danhauer, 2010; Janoff-Bulman, 2006). Um número significativo de estudos tem vindo a demonstrar que o grau de disrupção das crenças centrais é um elemento chave para o processo de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006; Cann et al., 2010; Danhauer, Russel, Tedeschi, Jesse, Vishnevsky, Daley, Carroll, Triplett, Calhoun, Cann, & Powell, 2013; Janoff-Bulman, 2006; Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013; Su & Chen, 2014; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve, 2012). É durante o subsequente processo de redefinição que novas crenças emergem, permitindo que a realidade permaneça compreensível e que a experiência traumática seja acomodada nos novos esquemas cognitivos (Janoff-Bulman, 2004, 2006). Como resultado deste processo, podem verificar-se mudanças expressas nas várias dimensões do CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Quando o acontecimento não envolve um grau de *distress* suficientemente disruptivo, ou, por outro lado, se o mundo assumptivo do indivíduo permite uma compreensão satisfatória do acontecimento, o CPT será mínimo ou inexistente pois as crenças centrais não entrarão em ruptura e o processo de reconstrução cognitiva não acontecerá (Calhoun & Tedeschi, 2013; Lindstrom et al., 2013).

O trabalho cognitivo necessário para a redefinição das crenças assenta principalmente em processos de ruminação (Calhoun & Tedeschi, 2006; Janoff-Bulman, 2006; Lindstrom et al., 2013). A ruminação reflete o pensamento repetitivo acerca de um acontecimento e surge no processo de CPT como consequência da disrupção das crenças centrais (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000; Triplett et al., 2012). Este tipo de pensamento pode ser conceptualmente diferenciado em dois processos fundamentais, um de natureza intrusiva e disruptiva, e o outro de natureza deliberada e construtiva (Calhoun & Tedeschi, 2004; Cann, Calhoun, Tedeschi, Triplett, Vishnevsky, & Linstrom, 2011; Taku et al., 2009a). A ruminação intrusiva é experienciada através de intrusões espontâneas e

repetitivas, compostas por pensamentos ou imagens referentes ao acontecimento traumático, sendo o seu conteúdo frequentemente descrito como negativo e desagradável (Calhoun & Tedeschi, 2013). A ruminação deliberada aproxima-se de uma revisão da narrativa de vida, permitindo a construção de novas crenças centrais que poderão acomodar a experiência traumática (Calhoun & Tedeschi, 2013; Triplett et al., 2012; Stockon, Hunt, & Joseph, 2011). Embora os pensamentos intrusivos ocorram normalmente numa fase inicial, é esperado que os mesmos deem lugar a tentativas deliberadas de compreensão ou atribuição de significado relativamente à experiência traumática (Cann et al., 2011; Triplett et al., 2012). Ambos os tipos de ruminação aparentam contribuir positivamente para o processo de CPT, ainda que de formas diferentes. A ruminação deliberada demonstrou estar diretamente associada ao CPT (Morris & Shakespeare-Finch, 2011; Stockon et al., 2011; Su & Chen, 2014) e mais fortemente associada ao CPT que a ruminação intrusiva (Hallam & Morris, 2013; Lindstrom et al., 2013; Taku et al., 2009a). No entanto, em alguns estudos a ruminação intrusiva não esteve significativamente associada ao CPT (Stockon et al., 2011; Triplett et al., 2012).

Por outro lado, a persistência da ruminação intrusiva poderá estar associada a um elevado grau de *distress*, nomeadamente maiores níveis de sintomas de PPST (Taku, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2008; Taku et al., 2009a; Triplett et al., 2012). Defende-se que algum *distress* seja necessário para que o acontecimento seja suficientemente disruptivo e conduza ao processamento cognitivo apropriado e, conseqüentemente, ao CPT (Cann et al., 2011; Taku et al., 2008a; Taku et al., 2009a). Contudo, níveis extremos de *distress* poderão oprimir os recursos cognitivos necessário da pessoa e invalidar o processamento da experiência (Calhoun & Tedeschi, 2006). A relação entre *distress* e CPT apresenta-se através de resultados mistos e contraditórios (Calhoun & Tedeschi, 2006; Stanton, Bower, & Low, 2006), o que poderá dever-se, em parte, a disparidades na conceptualização da variável *distress* entre diferentes estudos. Em alguns estudos o *distress* é conceptualizado e mensurado como englobando medidas de depressão, ansiedade e sintomas de PPST (ver Dekel, Ein-Dor, & Solomon, 2012), enquanto noutros é mensurado quanto a sintomas de PPST e depressão (ver Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2003), e noutros apenas quanto a sintomas de PPST (ver Triplett et al., 2012). Especificamente, os sintomas de PPST constituem uma variável amplamente estudada no contexto do CPT (Dekel et al., 2012; Zoellner & Maercker, 2006).

Contudo, a relação entre sintomas de PPST e CPT também não é uniforme ao longo da literatura, verificando-se resultados contraditórios (Zoellner & Maercker, 2006). Alguns estudos apontam para a ausência de correlações significativas entre CPT e sintomas de PPST,

assumindo-se que as variáveis podem coexistir independentemente (Chan, Ho, Tedeschi, e Leung, 2011; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Cordova, Giese-Davis, Golant, Kronenwetter, Chang, & Spiegel, 2007; Groleau, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2013; Ho et al., 2011; Koutrouli, Anagnostopoulos, & Potamianos, 2012; Triplett et al., 2012). Por outro lado, alguns estudos verificaram que níveis mais elevados de sintomas de PPST estiveram associados a valores mais elevados de CPT (Bluvstein, Moravchick, Sheps, Schreiber, & Bloch, 2013; Cadell et al., 2003; Dekel et al., 2012; Hussain & Bhushan, 2011; Resende, Sendas, & Maia, 2008; Solomon & Dekel, 2007), substanciando a perspectiva de que uma maior percepção de trauma pode potencializar o CPT (Calhoun & Tedeschi, 2004). Dekel et al. (2012) verificaram ainda que, a nível longitudinal, os níveis de sintomas de PPST permitiram prever o CPT, enquanto o contrário não se verificou. Em contraste, a experiência de mudanças positivas permitiu prever um menor número de sintomas de PPST num outro estudo longitudinal (Linley, Joseph, & Goodfellow, 2008), na medida em que o processo de reconstrução cognitiva poderá permitir ultrapassar o impacto disruptivo do trauma e, conseqüentemente, levar a uma diminuição da sintomatologia traumática. Um dos focos desta investigação irá incidir sobre a influência que os sintomas de PPST e CPT exercem entre si, com o objetivo de clarificar a relação entre as variáveis.

A expressão emocional tem tido um foco crescente na literatura sobre o CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013). Perante um acontecimento traumático, a expressão emocional permite a partilha de emoções associadas ao *distress* e contribui para uma melhor gestão das mesmas (Lepore, Fernandez-Berrocal, Ragan, & Ramos, 2004). Alguns autores defendem que a expressão emocional pode facilitar o processamento cognitivo da experiência, considerando que a partilha emocional com pessoas significativas possibilita a integração de novas perspetivas (Calhoun & Tedeschi, 2013; Lepore et al., 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004). É de notar que níveis superiores de CPT ocorrem em indivíduos que percebem ou procuram uma rede de suporte social satisfatória, fator facilitador de expressão (Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2003; Danhauer, Case, Tedeschi, Russel, Vishnevsky, Triplett, Ip, & Avis, 2013; Hallam & Morris, 2013; Prati & Pietrantonio, 2009; Su & Chen, 2014). Em concordância, vários estudos demonstraram uma associação positiva entre maior expressão emocional e níveis superiores de CPT (Linley, Felus, Gillett, & Joseph, 2011; Pietruch & Jobson, 2012; Slavin-Spenny, Cohen, Oberleitner, & Lumley, 2011; Smyth, Hockemeyer, & Tulloch, 2008; Taku, Tedeschi, Cann, & Calhoun, 2009). Similarmente, verificou-se uma associação positiva entre a expressão emocional e a ruminação deliberada (Lindstrom et al., 2013), o que corrobora a ideia de que a expressão

facilita o processamento cognitivo da experiência. Adicionalmente, dois estudos demonstraram que a expressão emocional não influenciou os níveis de sintomas de PPST, embora tenha contribuído positivamente para o CPT (Slavin-Spenny et al., 2011; Smyth et al., 2008). No entanto, parte destes estudos avaliou a expressão emocional com apenas alguns itens isolados, ou verificou exclusivamente se tinha ou não ocorrido expressão. Apenas Pietruch & Jobson (2012) utilizaram um instrumento especificamente desenvolvido para avaliar a expressão emocional.

Este conjunto de evidências permite compreender melhor o papel da expressão emocional no âmbito do processo de CPT. Contudo, são necessários mais estudos que avaliem esta variável através de instrumentos específicos, de modo a que haja uniformidade na evidência encontrada e conclusões sólidas possam ser fundamentadas. Além disso, as relações entre a expressão emocional e as restantes variáveis envolvidas no processo de CPT não são ainda claras, pelo que se torna importante investigá-las em conjunto.

CPT em mulheres com cancro da mama

Um diagnóstico de cancro pode constituir um acontecimento traumático, considerando a ameaça que representa para a própria vida e o impacto disruptivo que pode ter sobre as crenças centrais (Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan, & Redd, 1995; Kangas, Henry, & Bryant, 2002). Tal como acontece em outros traumas, poderão verificar-se resultados psicológicos positivos e negativos ao enfrentar o diagnóstico e o tratamento do cancro da mama (Koutrouli et al., 2012). Estima-se que 1% a 58% dos pacientes com cancro apresenta sintomas de PPST (Kangas et al., 2002), sendo a prevalência para mulheres com cancro da mama entre 5% a 20% (Cordova et al., 1995; O'Connor, Christensen, Jensen, Møller, & Zachariae, 2011). Todavia, estes resultados negativos podem ser acompanhados por CPT em pacientes oncológicos (Stanton, Bower, & Low, 2006; Yu, Peng, Tang, Chen, Li, & Wang, 2014), e especificamente em mulheres com cancro da mama (Chan et al., 2011; Ho et al., 2011; Weiss, 2004). Verifica-se a ocorrência de benefícios encontrados em 83% (Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003) e CPT em 98% das mulheres com cancro da mama (Weiss, 2002). Como resultados positivos da sua experiência, as mulheres com o cancro da mama podem apresentar maior apreciação da vida, maior satisfação consigo mesmas, alterações ao nível das suas prioridades, maior satisfação com as relações interpessoais, e mudanças positivas nas suas crenças religiosas e/ou espiritualidade (Cordova et al., 2007). Deste modo, verifica-se uma estrutura dimensional de CPT

consonante com outras amostras de estudo (Brunet, McDonough, Hadd, Crocker, & Sabiston, 2010; Tedeschi & Calhoun, 1996).

A relação entre CPT sintomas de PPST não é ainda clara em populações de mulheres com cancro da mama, observando-se que as variáveis podem ocorrer em simultâneo sem estarem correlacionadas entre si (Chan et al., 2011; Cordova et al., 2007; Ho et al., 2011; Koutrouli et al., 2012; Silva, Moreira, & Canavarro, 2012). No entanto, verifica-se que quanto maior a percepção do cancro da mama como um stressor traumático, maior também o crescimento e a percepção de mudanças positivas (Cordova et al., 2007; Tomich & Helgeson, 2004).

A disrupção do mundo assumptivo pode ser uma consequência decorrente da confrontação com um diagnóstico de cancro da mama. Apenas dois estudos verificaram a disrupção das crenças centrais como consequência do cancro (Cann et al., 2010; Danhauer et al., 2013b). No estudo de Cann et al. (2010), a disrupção esteve diretamente associada ao CPT. Deste modo, verifica-se uma carência na literatura sobre o impacto desta variável no CPT em pacientes com cancro e, especificamente, com cancro da mama.

A ocorrência de ruminação intrusiva pode ser elevada em mulheres com cancro da mama, podendo estar associada a um mau ajustamento à doença (Butler, Koopman, Classen, & Spiegel, 1999; Steiner, Wagner, Bigatti, & Storniolo, 2014). No entanto, a literatura sobre a associação entre ruminação e consequências positivas é escassa. Tanto a ruminação intrusiva como a deliberada estiveram diretamente associadas ao CPT num estudo realizado em pacientes com cancro, verificando-se uma associação entre ambos os tipos de ruminação, e uma associação mais forte entre a ruminação deliberada e o CPT (Morris & Shakespeare-Finch, 2011). Num estudo realizado com mulheres com cancro da mama, a ruminação demonstrou ser um fator interveniente no processo de CPT (Chan et al., 2011). Nesse estudo, a ruminação positiva relacionada com o cancro correlacionou-se positivamente com o CPT e com os sintomas de PPST, enquanto a ruminação negativa esteve mais relacionada com sintomas de PPST (Chan et al., 2011). A evidência demonstrada é pertinente, embora seja necessário aprofundar o estudo da influência do estilo de ruminação no CPT e sintomas de PPST em mulheres com cancro da mama.

Um crescente corpo de literatura tem vindo a demonstrar que a expressão emocional está envolvida no ajustamento ao cancro da mama (Lieberman, 2007; Low, Stanton, & Danoff-Burg, 2006; Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Kirk, Sworowski, & Twillman, 2000; Stanton, Danoff-burg, Sworowski, Collins, Branstetter, Rodriguez-Hanley, Kirk, & Austenfeld, 2002), tal como no ajustamento a outros cancros (Arden-Close, Gidron,

Bayne, & Moss-Moris, 2013; Park, Bharadwaj, & Blank, 2011). Estima-se que um maior nível de *distress* poderá conduzir a uma maior necessidade de expressão emocional em mulheres com cancro da mama (Henderson, Davidson, Pennebaker, Gatchel, & Baum, 2002). Por outro lado, a expressão emocional pode levar a uma diminuição no *distress* em mulheres com cancro da mama, enquanto a não expressão tem um efeito contrário (Iwamitsu et al., 2003) e está associada a uma redução no bem estar das pacientes (Figueiredo, Fries, & Ingram, 2004). Em dois estudos realizados com sobreviventes de cancro, a existência de suporte emocional demonstrou estar positivamente relacionada com o CPT (Nenova, DuHamel, Zemon, Rini, & Redd, 2013) e com a percepção de mudanças positivas (Schroevers et al., 2010). No entanto não existe evidência sobre a relação específica entre CPT e expressão emocional em populações de mulheres com cancro da mama. Uma relação indireta poderá ser contemplada no estudo de Cordova et al. (2007), em que a variável aparenta ser mediada pelo suporte social. Assim, pretende-se aprofundar o conhecimento sobre o papel da expressão emocional no processo de crescimento desta população.

Objetivos e Hipóteses de Estudo

O presente estudo tem como objetivo a análise das relações entre as variáveis crenças centrais, estilo de ruminação, expressão emocional, sintomas de PPST, e CPT numa população de mulheres com cancro da mama. Os dois principais focos assentam na influência da expressão emocional no processo de CPT, e na relação entre CPT e sintomas de PPST. Constituem também objetivos fundamentais a clarificação da influência da disrupção das crenças centrais e da ruminação no processo de CPT nesta população. De acordo com a literatura revista, este é o primeiro estudo a analisar a influência da expressão emocional, da disrupção das crenças, e do estilo de ruminação no processo de CPT em mulheres com cancro da mama. Assim, pretende-se contribuir para uma compreensão mais clara do fenómeno e dos processos adjacentes nesta população específica.

Considerando a evidência recolhida, algumas hipóteses serão colocadas. Em primeiro lugar, prevê-se que um maior nível de disrupção das crenças centrais esteja diretamente associado a níveis mais elevados de ruminação intrusiva, de ruminação deliberada, e de CPT, e indiretamente ao aumento de sintomas de PPST. Um maior nível de ruminação intrusiva é previsto como estando diretamente associado ao aumento de ruminação deliberada, e sintomas de PPST, e indiretamente ao aumento de CPT. Contudo, não será estabelecida uma hipótese concreta quanto à sua relação direta com o CPT, dado existir evidência contraditória neste âmbito. Um maior nível de ruminação deliberada é

previsto como estando diretamente associado a um valor mais elevado de CPT. A expressão emocional é prevista como variável preditora de CPT, e como mediadora da relação entre as crenças centrais e o CPT. Pretende-se ainda verificar qual o impacto dos sintomas de PPST no CPT, ainda que não se coloquem hipóteses específicas, considerando a disparidade na literatura relativa à relação entre estas variáveis.

MÉTODO

Delineamento

O presente estudo é um estudo descritivo, transversal, e correlacional, em que serão analisadas as relações entre cinco variáveis psicossociais. Estas variáveis correspondem a crenças centrais, estilo de ruminação, expressão emocional, sintomas de PPST e CPT, manifestas num grupo de mulheres com cancro da mama. Pretende-se verificar como se relacionam estas variáveis num modelo de equações estruturais.

Os dados em análise foram recolhidos no âmbito de um estudo de delineamento mais complexo. Torna-se importante referir que esse estudo compreende variáveis que não são pertinentes para a presente investigação, entre as quais a existência de dois grupos, um grupo ativo e um grupo de controlo, dos quais se esperam diferenças ao nível do processo de CPT. De modo a verificar se esta variável constitui uma limitação para o presente estudo, serão realizadas as devidas análises estatísticas.

Participantes

As participantes são mulheres adultas, com idades a partir dos 18 anos, diagnosticadas com cancro da mama não metastático em estágio I a IV de desenvolvimento da doença, e com diagnóstico desde Janeiro de 2011. Um total de 105 participantes foram seleccionadas para participar na presente investigação. Todas as participantes são de nacionalidade portuguesa, excepto uma de nacionalidade brasileira. A idade das participantes situa-se entre os 34 e os 82 anos de idade (Média = 54.94 anos, DP = 9.843 anos). Relativamente ao nível de escolaridade, 1.9% das participantes completaram o 3º ano do ensino primário, 24.8% o 4º ano, 2.9% o 6º ano, 2.9% o 7º ano, 17.1% o 9º ano, 1% o 10º ano, 1.9% o 11º ano, 15.2% o 12º ano, 1.9% um curso complementar ao 12º ano, 8.6% um bacharelato, 15.2% uma licenciatura, 1% uma pós-graduação, 2.9% um mestrado, e 2.9% um doutoramento. Relativamente ao estado civil, 7.6% das participantes encontram-se solteiras, 66.7% casadas, 3.8% em união de facto, 14.3% divorciadas, e 6.7% viúvas. Quanto ao número de filhos, 17.3% das participantes não têm filhos, 30.8% têm 1 filho, 42.3% têm

2 filhos, 8.7% têm 3 filhos, e 1% tem 5 filhos. A nível de situação profissional, 50.5% das participantes encontram-se ativas, 17.1% desempregadas, 25.7% reformadas, 4.8% são domésticas, e 1.9% encontram-se em situação de pré-reforma. O rendimento anual familiar situa-se abaixo dos 10000€ em 38.8% das participantes, entre 10001€ e 20000€ em 31.6%, entre 20001€ e 37500€ em 19.4%, entre 37501€ e 70000€ em 5.1%, e acima de 70001€ em 5.1%. O período de tempo entre o diagnóstico de cancro da mama e o início da participação no estudo varia entre 1 mês e 70 meses (Média = 14.77, DP = 11.121). Quanto ao estadió do cancro, 3.4% das participantes encontram-se em estadió 0, 19% em estadió I, 48.3% em estadió II, 24.1% em estadió III, 5.2% em estadió IV. Relativamente ao processo de cirurgia, 54.3% das participantes realizaram cirurgia conservadora, e 41.9% realizaram mastectomia. Quanto ao tratamento, 83.8% das participantes realizaram quimioterapia, 63.8% realizaram radioterapia externa, 6.7% realizaram radioterapia interna, 68.6% realizaram terapia hormonal, e 23.8% realizaram terapêutica dirigida.

Procedimento

A recolha de dados desenvolveu-se em instituições de Lisboa – Serviço de Oncologia do Hospital São Francisco Xavier, Serviço de Oncologia do Hospital da Luz, e Movimento Vencer e Viver do Núcleo Regional Sul – e do Porto – Centro de Mama do Centro Hospitalar de São João, e Serviço de Oncologia do Hospital de Santo António do Centro Hospitalar do Porto. Os dados foram recolhidos através de uma bateria de testes, preenchida presencialmente, na presença de um profissional. Foram excluídas da amostra as participantes que apresentassem metástases, doença oncológica prévia ou diagnóstico de outra doença grave, física ou psicológica, que condicionasse a participação nesta investigação. Após o preenchimento do consentimento informado, as participantes foram submetidas a um momento de avaliação, no qual, a par de uma entrevista psicológica, foram administrados os questionários posteriormente descritos para a avaliação de variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

Material

Questionário Sociodemográfico. As questões incluídas visam a obtenção de informações relativas à idade, nacionalidade, residência, habilitações literárias, situação profissional atual, profissão, estado civil, filhos, rendimento anual familiar, e informações clínicas relacionadas com a obtenção do diagnóstico, estágio da doença, tratamentos, e história familiar.

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT; Silva, Moreira, Pinto, & Canavarro, 2009). O IDPT corresponde à versão validada para a população portuguesa do *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996), e avalia o grau de mudanças psicológicas positivas percebidas pelo indivíduo após uma experiência traumática ou altamente stressante. Na sua versão original (Tedeschi & Calhoun, 1996), o instrumento consiste num inventário de autopreenchimento composto por 21 itens, distribuídos por 5 dimensões que correspondem às esferas em que os indivíduos tendem a experienciar mudanças positivas (Relação com os outros, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual, e Apreciação da Vida). Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 6 pontos com amplitude de 0 a 5, em que 0 corresponde a “Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença”, e 5 a “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença”. O instrumento demonstrou um valor muito bom de consistência interna (α de Cronbach = .90) e um valor bom de fidelidade teste-reteste ($r = .71$). A pontuação pode ser obtida para cada uma das escalas, embora a pontuação total seja normalmente mais utilizada. Quanto mais elevada a pontuação, maior o valor de CPT.

A versão portuguesa (Silva et al., 2009) é constituída pelos mesmos 21 itens, que são igualmente avaliados através de uma escala de 0 a 5 pontos, embora estejam distribuídos por 4 dimensões (Percepção de Recursos e Competências Pessoais, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, Fortalecimento das Relações Interpessoais e Desenvolvimento Espiritual). O instrumento demonstrou um valor muito bom de consistência interna (α de Cronbach = .937). O estudo de validação foi realizado com uma amostra constituída por dois grupos, um grupo com mulheres diagnosticadas com cancro da mama, e um grupo com mulheres da população normal, sendo, por isso, válida a sua utilização no presente estudo.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C; Marcelino & Gonçalves, 2012). A PCL-C consiste na versão validada para a população portuguesa da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993 cit. por Marcelino & Gonçalves, 2012). A PCL-C é um instrumento de autopreenchimento constituído por 17 itens correspondentes aos sintomas de PPST, reexperienciar, evitamento, e hiperativação, descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2002). Na versão original, os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 6 pontos com amplitude de 0 a 5, em que 0 corresponde a “nada”, e 5 a “extremamente”. Pontuações iguais ou superiores a 3 indicam a existência de sintomas de PPST. O instrumento demonstrou um valor muito bom de consistência interna (α de Cronbach = .96).

A versão portuguesa (Marcelino & Gonçalves, 2012) apresenta a mesma estrutura fatorial e um valor muito bom de consistência interna (α de Cronbach = .94). Embora a PPST tenha sido anteriormente caracterizada à luz do novo DSM-5 (APA, 2013), a avaliação realizada no presente estudo baseia-se na conceptualização apresentada no DSM-IV-TR (APA, 2002), utilizada na construção da PCL-C, que corresponde à medida mais atual de PPST.

Core Beliefs Inventory (CBI; Cann et al., 2010). O CBI consiste num inventário de autopreenchimento constituído por 9 itens que avaliam o grau de disrupção do mundo assumptivo como consequência de uma experiência altamente stressante, e inclui a avaliação das crenças centrais do individuo sobre si mesmo, os outros, e o mundo. Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 6 pontos com amplitude de 0 a 5, em que 0 corresponde a “nada”, e 5 a “bastante”. O instrumento demonstrou bons indicadores de consistência interna (α de Cronbach = .82) e de fidelidade teste-reteste ($r = .69$). O processo de validação do instrumento para a população portuguesa encontra-se em progresso.

Event Related Rumination Inventory (ERRI; Cann et al., 2011). O ERRI é um inventário de autopreenchimento constituído por 20 itens que avaliam pensamentos repetitivo acerca de uma experiência altamente stressante, sendo que 10 itens avaliam a ruminação intrusiva, e os restantes 10 avaliam a ruminação deliberada. Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos com amplitude de 0 a 3, em que 0 corresponde a “nunca” e 3 a “quase sempre”. O instrumento demonstrou um valor muito bom de consistência interna para a ruminação intrusiva (α de Cronbach = .94) e bom para a

ruminação deliberada (α de Cronbach = .88). O processo de validação do instrumento para a população portuguesa encontra-se em progresso.

Distress Disclosure Index (DDI; Kahn & Hessling, 2001). O DDI é um inventário unidimensional de autopreenchimento, constituído por 12 itens que avaliam a tendência pessoal para expressar informações perturbadoras. Os itens são avaliados numa escala de *Likert* de 6 pontos com amplitude de 0 a 5, em que 0 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”. O instrumento demonstrou um valor médio muito bom de consistência interna (α de Cronbach = .92) e um valor médio bom de fidelidade teste-reteste ($r = .80$) (Kahn, Hucke, Bradley, Glinski, & Malak, 2012). O processo de validação do instrumento para a população portuguesa encontra-se em progresso.

O conjunto de instrumentos utilizado na presente investigação poderá ser consultado no Anexo A.

Análise Estatística

A análise de dados foi realizada através dos programas IBM SPSS Statistics 22 e AMOS 21. As relações entre as variáveis intervenientes no processo de CPT foram primeiramente testadas através de correlações de Pearson, e posteriormente através do método de análise de trajetórias. A análise de trajetórias é uma aplicação particular da Análise de Equações Estruturais utilizada para estudar relações estruturais entre variáveis manifestas, incluindo efeitos diretos, efeitos indiretos, efeitos totais, e hipóteses de mediação (Marôco, 2010). Todos os parâmetros e os respetivos níveis de significância foram calculados através do processo de reamostragem *Bootstrap* do AMOS, gerados a partir de 5000 amostras, com simulação de Montecarlo. Este processo permite a utilização de um número elevado de amostras com a mesma dimensão da amostra original para calcular a probabilidade de ocorrência das estatísticas de interesse (Marôco, 2010). O processo de reamostragem *Bootstrap* apresenta elevada precisão e não está sujeito a pressupostos teóricos sobre as variáveis, exigindo apenas a normalidade da amostra (Marôco, 2010). Todos os fatores foram estandardizados através da fixação das suas variações no valor 1.00.

Antes de proceder à análise de trajetórias foi necessário analisar as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, de modo a verificar se os respetivos valores totais

poderiam ser utilizados como variáveis manifestas. Todas as variáveis apresentaram valores de assimetria (*sk*) e curtose (*ku*) adequados, o que confirma a distribuição normal da amostra. Os valores de consistência interna (α de Cronbach) são excelentes para as medidas IDPT, ERRI-I, ERRI-D, e PCL-C, e bons para as medidas CBI, e DDI. Assim, o modelo de análise de trajetórias poderá ser construído com os valores totais das medidas como variáveis manifestas. Também, a verificação da normalidade da amostra permitirá a utilização da simulação de Montecarlo no processo de reamostragem *Bootstrap*. As qualidades psicométricas nos instrumentos encontram-se na Tabela 1, juntamente com as correlações entre as variáveis correspondentes.

Foi também necessário verificar os pressupostos de multicolinearidade com o objetivo de averiguar a independência das variáveis psicossociais predictoras, realizando-se para o efeito regressões lineares múltiplas. Verificou-se ausência de multicolinearidade entre as variáveis predictoras através de valores de tolerância superiores a .20 e valores de VIF inferiores a 5 em todas as regressões efetuadas, e através dos valores das correlações de Pearson inferiores a .90 (Tabela 1). Os cálculos relativos à multicolinearidade podem ser consultados na secção de estatística complementar, correspondente ao Anexo B.

No processo de análise de trajetórias, foram testados três modelos concorrentes em que a variável CPT foi tida como variável dependente, representada pelo total do instrumento IDPT. Após selecionar o modelo com melhor ajustamento, foi averiguado o efeito mediador da variável expressão emocional, representada pelo total do instrumento DDI, entre a variável independente CBI e a variável dependente IDPT.

De modo a analisar o ajustamento dos modelos testados foram utilizados os seguintes índices de ajustamento: teste do qui-quadrado (χ^2 e χ^2/gl), *Tucker-Lewis index* (TLI), *comparative fit index* (CFI), e *root mean square error of approximation* (RMSEA). O índice χ^2/gl é indicador de bom ajustamento quando o seu valor é igual ou inferior a 2, e ajustamento aceitável para valores entre 2 e 5 (Marôco, 2010). Os índices TLI e CFI indicam bom ajustamento quando os respetivos valores são iguais ou superiores a .90, e muito bom ajustamento quando para valores iguais ou superiores a .95 (Arbuckle, 2012). O valor de RMSEA indica bom ajustamento quando o seu valor é igual ou superior a .05, e sofrível para valores entre .05 e .10, sendo contudo recomendado que o valor seja inferior a .08 (Arbuckle, 2012; Marôco, 2010).

Finalmente, foi realizado um teste T para verificar a influência da variável grupo no valor de IDPT. Confirmou-se que o valor de IDPT é significativamente superior no grupo

experimental, o que pode constituir uma limitação para o presente estudo, na medida em que este valor é, em parte, explicado pela intervenção realizada com as participantes correspondentes a esse grupo. No entanto, as participantes pertencentes ao grupo de controlo também demonstraram valores elevados de IDPT, o que poderá minimizar o impacto desta limitação. Os valores de IDPT verificados em ambos os grupos são comparáveis aos valores encontrados em outros estudos realizados em mulheres com cancro da mama (Cordova et al., 2001; Danhauer et al., 2013a; Ho et al., 2011; Weiss, 2002). Deste modo, ainda que o efeito de grupo exerça alguma influência nas análises posteriores, o nível de CPT é elevado em toda a presente amostra. Além disso, o número de participantes no grupo de controlo (N=68) é superior ao número de participantes no grupo experimental (N=37). Os cálculos relativos ao efeito da variável grupo podem também ser consultados no Anexo B.

RESULTADOS

Estatística Descritiva e Correlações

Os resultados da análise descritiva das variáveis psicossociais, os respectivos valores de consistência interna (α de Cronbach), e as correlações entre as mesmas são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1.

Estatística descritiva, fiabilidade, e correlações entre as variáveis analisadas.

	M	DP	Sk	Ku	α	1	2	3	4	5
1. CBI	3.12	1.086	-.747	.413	.874					
2. ERRI-I	1.25	.840	.566	-.537	.964	.402**				
3. ERRI-D	1.27	.755	.209	-.714	.908	.461**	.656**			
4. DDI	3.02	.917	-.234	-.368	.865	.203*	-.075	.114		
5. PCL-C	2.41	.977	.679	-.578	.938	.367**	.766**	.538**	-.058	
6. IDPT	3.26	1.061	-.514	-.448	.936	.597**	.211*	.442**	.403**	.284**

Notas.

N = 105.

* $p < .05$ e ** $p < .01$.

O valor médio de IDPT corresponde a 3.26, sendo superior ao valor encontrado por Triplett et al. (2012) no se estudo realizado numa amostra com traumas diversos.

Os resultados das correlações demonstram que o valor de IDPT apresenta uma correlação positiva forte com o valor de CBI, e correlações positivas moderadas com os valores de ERRI-D, DDI, e PCL-C. Estes dados vão de encontro às hipóteses iniciais, excepto a correlação encontrada entre os valores de IDPT e de PCL-C. O valor de CBI apresenta correlações positivas moderadas com os valores de ERRI-I, ERRI-D, e PCL-C, de acordo com as hipóteses iniciais. Os valores de ERRI-I e ERRI-D apresentam uma correlação positiva forte entre si, seguindo também as hipóteses colocadas. Finalmente, o valor de PCL-C apresenta uma correlação positiva muito forte com o valor de ERRI-I, de acordo com o previsto, e positiva forte com o valor de ERRI-D, relação não contemplada nas hipóteses iniciais.

Análise de Trajetórias

Os modelos apresentados partem de uma base comum em que existe uma associação positiva entre a disrupção das crenças centrais e ambos os estilos de ruminação, especialmente a ruminação intrusiva, considerando que é o abalo do mundo assumptivo que gera a necessidade do processamento cognitivo para acomodar a nova realidade. Os modelos preveem também que esta disrupção esteja positiva e diretamente associada ao CPT, considerando que é necessária a existência de disrupção para que ocorra crescimento posterior, tendo esta relação sido observada no estudo de Triplett et al. (2012). Estabelece-se uma associação positiva entre a ruminação intrusiva e a ruminação deliberada, considerando que pensamentos intrusivos poderão gerar tentativas deliberadas de compreender o impacto do acontecimento traumático. A ruminação intrusiva é ainda associada aos sintomas de PPST, dado que um maior grau de pensamentos intrusivos pode predizer maior gravidade dos sintomas da perturbação, e associada ao CPT, embora não se coloque uma hipótese específica quanto a esta relação, considerando a falta de consenso quanto ao facto de esta associação ser positiva ou negativa. A influência que os sintomas de PPST exercem no CPT será também averiguada sem se estabelecer uma hipótese, dado que a literatura sobre esta relação apresenta grande inconsistência. A ruminação deliberada é prevista como tendo uma associação direta e positiva com o CPT, considerando que é o processamento deliberado da informação que permitirá a construção de novas crenças. A expressão emocional é também prevista como variável direta e positivamente influente no CPT, considerando que a partilha dos pensamentos deliberados com uma rede de pessoas significativas pode facilitar o processo de CPT.

Uma vez que a literatura sobre a expressão emocional no processo de CPT é escassa, torna-se difícil conceber teoricamente qual o processo cognitivo que lhe antecede. Calhoun e Tedeschi (2013) preveem que a expressão ocorra durante o processamento cognitivo do acontecimento, existindo evidência de que a variável exerça uma influência direta e positiva no CPT (Taku et al., 2009b). Assim, três modelos serão testados de modo a verificar qual a variável que poderá estar diretamente associada à expressão emocional. Os modelos concorrentes apenas diferem entre si na trajetória associada à expressão emocional. Os resultados relativos ao ajustamento dos modelos encontram-se sumarizados na Tabela 2.

Seguindo estas hipóteses, o primeiro modelo (Figura 1) propõe uma relação entre a ruminação deliberada e a expressão emocional, considerando os dados encontrados por Lindstrom et al. (2013) que defendem uma associação positiva entre as variáveis.

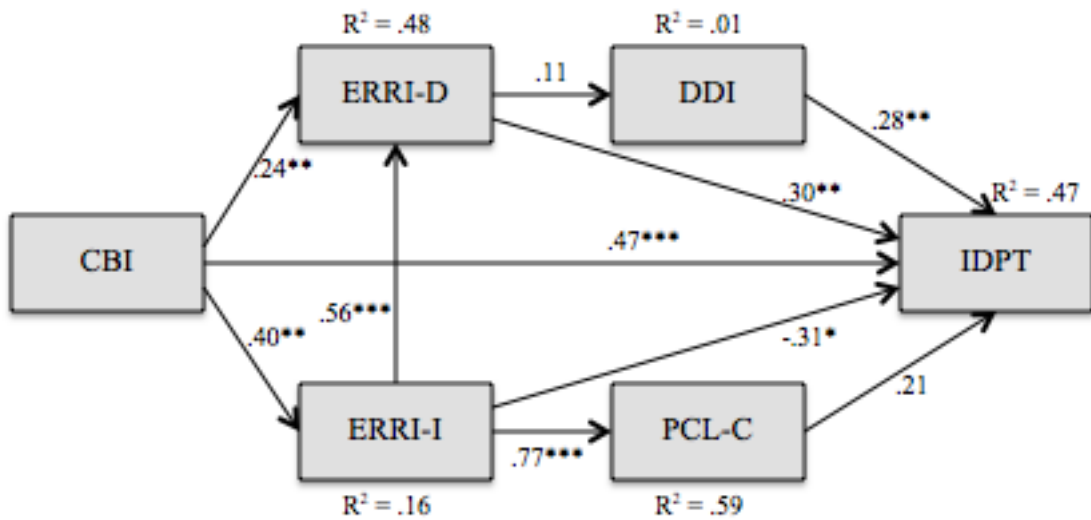


Figura 1. Valores estandardizados dos *regression weights* e dos R^2 para o Modelo 1.

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados da análise deste modelo indicam um bom ajustamento: $\chi^2/gl = 2.033$, TLI = .937, CFI = .979, RMSEA = .100, $p(\text{RMSEA}) = .150$. Contudo, ainda que os valores de χ^2/gl , TLI, e CFI de sejam adequados, e o valor de RMSEA encontra-se acima do valor recomendado na literatura (< .080).

O segundo modelo (Figura 2) propõe uma relação entre a ruminação intrusiva e a expressão emocional, seguindo os pressupostos teóricos que defendem que a expressão emocional pode facilitar o processamento cognitivo deliberado do acontecimento traumático (Calhoun & Tedeschi, 2013). Neste caso, poderá conjecturar-se que a expressão emocional ocorra após a ruminação intrusiva, e facilite a posterior ruminação deliberada.

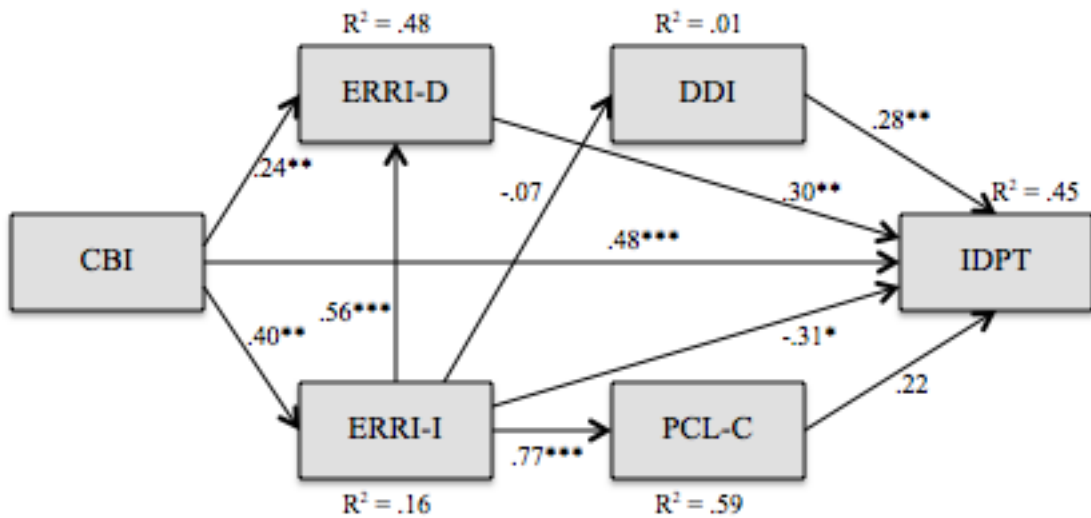


Figura 2. Valores estandardizados dos *regression weights* e dos R² para o Modelo 2.

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados da análise deste modelo indicam um bom ajustamento: $\chi^2/gf = 2.186$, TLI = .928, CFI = .976, RMSEA = .107, $p(\text{RMSEA}) = .120$. Ainda que os valores de χ^2/gf , TLI, e CFI sejam adequados, e o valor de RMSEA encontra-se acima do recomendado na literatura ($< .080$).

O terceiro modelo (Figura 3) propõe uma relação entre o abalo das crenças centrais e a expressão emocional, assumindo que esta expressão ocorre como forma de gerir a disrupção resultante do trauma (Calhoun & Tedeschi, 2013; Lepore et al., 2004). Aqui, a expressão emocional funcionaria como facilitadora da integração das novas perspetivas ao atuar diretamente no CPT, em paralelo com os processos de ruminação.

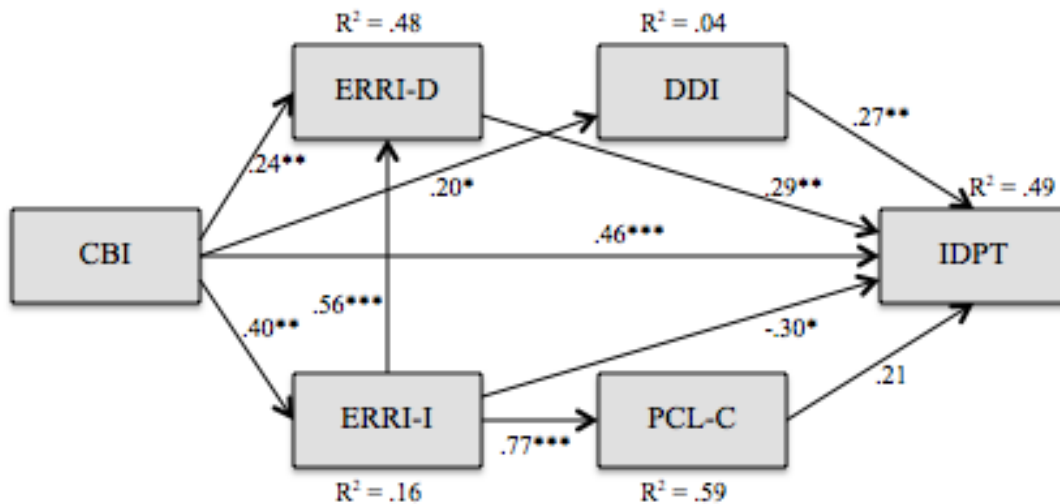


Figura 3. Valores estandardizados dos *regression weights* e dos R² para o Modelo 3.

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados da análise deste modelo indicam um bom ajustamento: $\chi^2/\text{gl} = 1.430$, TLI = .974, CFI = .991, RMSEA = .064, $p(\text{RMSEA}) = .341$. Todos os índices sugerem um ajustamento muito bom, à exceção do valor de RMSEA que sugere um ajustamento aceitável.

Tabela 2.

Índices de ajustamento dos modelos testados.

Modelo	χ^2	$p(\chi^2)$	gl	χ^2/gl	TLI	CFI	RMSEA
Modelo 1	10.167	.071	5	2.033	.937	.979	.100
Modelo 2	10.929	.053	5	2.186	.928	.976	.107
Modelo 3	7.148	.210	5	1.430	.974	.991	.064

Após a análise dos três modelos, escolheu-se o terceiro como o melhor modelo, considerando que, comparativamente aos anteriores, apresentou os melhores valores de ajustamento. Os resultados dos efeitos de cada variável encontram-se sumarizados na Tabela 3.

Tabela 3.

Sumário dos efeitos para o modelo final (modelo 3).

	ERRI-I	ERRI-D	DDI	PCL-C	IDPT
CBI					
- Efeito total	.40**	.46**	.20*	.31***	.59**
- Efeito direto	.40**	.24**	.20*		.46***
- Efeito indireto		.22***		.31***	.13*
ERRI-I					
- Efeito total		.56***		.77***	.02
- Efeito direto		.56***		.77***	-.30*
- Efeito indireto					.32**
ERRI-D					
- Efeito total					.29**
- Efeito direto					.29**
- Efeito indireto					
DDI					
- Efeito total					.27**
- Efeito direto					.27**
- Efeito indireto					
PCL-C					
- Efeito total					.21
- Efeito direto					.21
- Efeito indireto					

Notas.

Os *regression weights* apresentados correspondem aos valores estandardizados.* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Todos os efeitos da variável CBI sobre as restantes são positivos e significativos, confirmando as hipóteses estabelecidas. Entre as mesmas, verifica-se o efeito significativo indireto e positivo sobre PCL-C. Confirmou-se também a principal hipótese em estudo no modelo, verificando-se o efeito significativo da variável CBI sobre DDI. A variável CBI demonstrou ainda atuar de forma direta e indireta sobre IDPT. A variável ERRI-I

demonstrou ter efeitos significativos diretos e positivos sobre ERRI-D e PCL-C, e indiretos e positivos sobre IDPT, confirmando também as hipóteses colocadas. Demonstrou ainda ter um efeito significativo direto e negativo sobre IDPT, sendo este um resultado esclarecedor, tendo em conta que não foi formulada uma hipótese prévia. A variável ERRI-D demonstrou um efeito significativo direto e positivo sobre IDPT. Um dos principais resultados consiste na confirmação de que a variável DDI demonstrou um efeito significativo direto e positivo sobre IDPT. Finalmente, a variável PCL-C não demonstrou efeito significativo sobre IDPT. No geral, os resultados obtidos através da análise de trajetórias são consonantes com os resultados das correlações, exceptuando o último resultado, referente à relação entre PCL-C e IDPT.

O valor de IDPT foi adequadamente explicado pelo modelo, verificando-se um valor de R^2 de .49, o que significa que 49% da variância ocorrida na variável IDPT é explicada pelo modelo.

Verificando-se um melhor ajustamento no terceiro modelo, calculou-se o efeito de mediação da variável DDI entre a CBI e IDPT, apresentando-se seguidamente a esquematização das respectivas relações entre as variáveis (Figura 4).

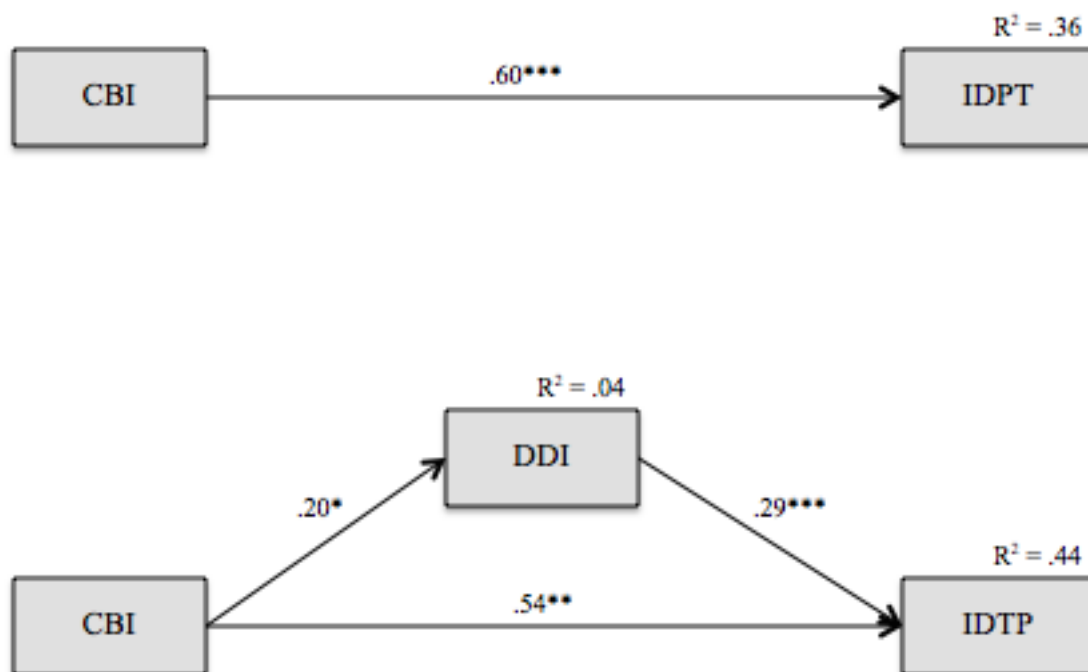


Figura 4. Valores estandardizados dos *regression weights* e dos R^2 para as relações de mediação entre CBI, DDI, e IDPT. Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados demonstram que a variável CBI têm um efeito significativo direto e positivo sobre IDPT, sendo responsável por 36% da sua variância. Ao inserir-se a variável DDI, verifica-se que a mesma é responsável por uma redução no efeito da variável CBI sobre IDPT, e que CBI apresenta um efeito indireto baixo mas significativo, correspondente a $\beta = .06$. Assim, verifica-se a existência de um efeito significativo indireto e positivo da variável CBI sobre IDPT, o que indica a existência de mediação parcial. Estes resultados encontram-se sumarizados na Tabela 4.

Tabela 4.

Efeito de mediação da variável expressão emocional.

Trajetória	Efeito direto sem v. mediadora	Efeito direto com v. mediadora	Efeito indireto	Tipo de Mediação Observada
CBI – DDI – CPT	.60***	.54**	.06*	Parcial

Notas.

Os *regression weights* apresentados correspondem aos valores estandardizados.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os *regression weights* obtidos, assim como os respectivos níveis de significância, são muito semelhantes aos obtidos no Modelo 3, o que indica a estabilidade das relações observadas. Além disso, é de salientar que a variância explicada apenas pelas variáveis CBI e DDI é de 44%, o que é muito elevado, tendo em conta que o Modelo 3 explica 49% da sua variância, apenas mais 5%. Deste modo, os dados sugerem que estas variáveis são responsáveis pela quase totalidade do poder explicativo do Modelo 3.

DISCUSSÃO

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar as relações entre um conjunto de variáveis influente no processo de CPT, de modo a obter um quadro mais explícito do fenômeno. Os resultados obtidos através do modelo estrutural final permitiram uma melhor compreensão destas relações. A disrupção das crenças centrais permitiu explicar 36% da variabilidade observada no CPT, entre 49% no modelo total, demonstrando ser a variável mais influente no processo. Este resultado está em linha com estudos anteriores que apontam para a disrupção das crenças como o maior preditor de CPT (Cann et al., 2010; Danhauer et al., 2013b; Lindstrom et al., 2013; Su & Chen, 2014; Triplett, et al., 2012). O estudo de Cann et al. (2010) foi realizado em pacientes com cancro, o que sugere a estabilidade da influência da variável no processo de CPT em diferentes populações. Esta relação faz sentido sobretudo quando contextualizada nos pressupostos teóricos de Janoff-Bulman (2004, 2006) em que um abalo significativo nas crenças centrais pode conduzir à redefinição das mesmas, sendo esse processo posterior de redefinição que vai permitir que a realidade permaneça compreensível para o indivíduo. São as novas crenças que possibilitam a percepção de mudanças positivas decorrentes do acontecimento traumático (Calhoun & Tedeschi, 2013).

A disrupção das crenças centrais esteve também relacionada com ambos os estilos de ruminação, ainda que mais fortemente associada à ruminação intrusiva, corroborando evidência anteriormente encontrada (Calhoun et al., 2000; Triplett et al., 2012), que suporta a ideia de que o envolvimento cognitivo conducente ao CPT é gerado pelo abalo do mundo assumptivo (Calhoun & Tedeschi, 2013; Janoff-Bulman, 2006). Assim, verifica-se que a disrupção causada pela confrontação com o cancro da mama precede o subsequente trabalho cognitivo, necessário à construção de novas crenças, tal como acontece em outras amostras. Quanto à maior associação entre a disrupção e a ruminação intrusiva, é esperado que a ocorrência de pensamentos intrusivos sejam um primeiro resultado do abalo do mundo assumptivo (Calhoun & Tedeschi, 2013).

Um último resultado associado à disrupção das crenças centrais consistiu na sua associação positiva com a expressão emocional, o que constitui um novo dado para a literatura. Da mesma forma como dá início aos processos ruminativos (Triplett et al., 2012), a disrupção das crenças aparenta gerar a necessidade de expressão sobre o acontecimento e o seu impacto. Henderson et al. (2002) propõem que uma maior necessidade de expressão

emocional em mulheres com cancro da mama pode derivar de um maior nível de *distress*, o que constitui uma perspetiva útil para este caso, em que a expressão aparentou derivar de um maior grau de disrupção.

Simultaneamente, a expressão emocional revelou um efeito mediador na relação entre a disrupção das crenças e o CPT. Este efeito pode indicar que alguns dos conteúdos expressados pelas pacientes estejam relacionados com a disrupção associada à percepção de ameaça (e.g. a iminência da morte como consequência da doença). Esta ideia segue as linhas teóricas defensoras de que a expressão emocional pode ajudar a gerir o abalo resultante do acontecimento traumático (Calhoun & Tedeschi, 2013; Lepore et al., 2004).

Este estudo investigou também a relação direta entre a expressão emocional e a ocorrência de CPT, tendo verificado uma associação forte e muito significativa. De facto, a expressão emocional foi responsável por 8% da variabilidade do CPT. Outros estudos verificaram esta relação (Linley et al., 2011; Slavin-Spenny et al., 2011; Smyth et al., 2008; Taku, et al., 2009) embora apenas Pietruch & Jobson (2012) tenham mensurado a expressão emocional através de um instrumento específico e não apenas com alguns itens. Este dado vai de encontro à proposta de Calhoun & Tedeschi (2013), que defendem que a expressão emocional pode facilitar a integração das novas perspetivas através da sua partilha com pessoas significativas. Além disso, uma das dimensões do CPT consiste na percepção de mudanças na relação com os outros, e a expressão emocional pode contribuir para uma maior valorização destas relações. Ao atuar diretamente no CPT, mas sem demonstrar uma relação com os processos ruminativos, a expressão emocional estabelece-se com um processo paralelo com a mesma importância para o resultado final.

Relativamente aos processos de ruminação, ambos demonstraram estar relacionados com o CPT, embora de formas diferentes. Enquanto a ruminação deliberada apresentou uma relação positiva com o CPT, como em outros estudos (Hallam & Morris, 2013; Lindstrom et al., 2013; Morris & Shakespeare-Finch, 2011; Stockon et al., 2011; Su & Chen, 2014; Taku et al., 2009a), a ruminação intrusiva apresentou uma relação negativa. Este resultado não foi previsto, e está em desacordo com resultados de outros estudos em que a ruminação intrusiva contribuiu positivamente para o CPT (Lindstrom et al., 2013; Taku et al., 2009a) ou não esteve relacionada (Triplett et al., 2012). No entanto, Calhoun & Tedeschi (2006) defendem que níveis demasiado elevados de *distress* podem oprimir os recursos cognitivos essenciais ao processamento conducente ao CPT. De modo semelhante, é possível que um nível mais elevado de ruminação intrusiva possa inibir a o processamento apropriado da experiência, embora isto seja apenas uma suposição. Por outro lado, a ruminação intrusiva

contribuiu positivamente para o CPT através de um efeito indireto, provavelmente transportado pela ruminação deliberada. A associação entre os dois tipos de ruminação tem sido observada ao longo de vários estudos (Cann et al., 2011; Triplett et al., 2012), e a teoria defende que pensamentos disruptivos conduzem progressivamente a tentativas deliberadas de processar novas perspectivas (Calhoun & Tedeschi, 2013). Quanto à ruminação deliberada, o seu efeito esteve fortemente associado ao CPT, suportando a ideia de que o processamento deliberado da experiência permite a reconstrução de novas crenças (Calhoun & Tedeschi, 2013; Cann et al., 2011). Um outro resultado consistiu na associação entre a ruminação intrusiva e os sintomas de PPST, um dado estavelmente verificado em outros estudos (Taku et al., 2008a; Taku et al., 2009a; Triplett et al., 2012). Os resultados relativos às relações que ambos os tipos de ruminação estabelecem entre si e as restantes variáveis sugerem que estes processos ocorrem uniformemente com os verificados em populações distintas e mais generalizadas quanto ao tipo de trauma.

Por fim, a relação observada entre sintomas de PPST e CPT não foi significativa na análise de trajetórias, o que está em acordo com a maioria dos estudos que investigaram esta relação, e que defendem que as variáveis podem ocorrer em simultâneo sem estarem correlacionadas entre si (Chan et al., 2011; Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007; Ho et al., 2011; Groleau et al., 2013; Koutrouli et al., 2012; Silva et al., 2012; Triplett et al., 2012). Desses estudos, dois foram realizados em populações de mulheres com cancro da mama, o que sugere que a ausência de correlação entre sintomas de PPST e CPT verificada nesta população específica ocorre em concordância com o observado em populações com diferentes tipos de trauma. De facto, alguns indivíduos reportam a percepção de crescimento paralelamente ao sofrimento sentido (Calhoun & Tedeschi, 2006). Ainda que a relação entre as variáveis tenha sido significativa nas correlações de Pearson, o resultado da análise de trajetórias prevalece por apresentar maior rigor estatístico. Os modelos de equações estruturais permitem uma análise mais completa das relações entre as variáveis, dado que permitem conjugar os efeitos de múltiplas variáveis independentes entre si e sobre uma mesma variável dependente. No modelo final do presente estudo, o efeito dos sintomas de PPST surge na sequência de outros processos, e ausência da significância do seu efeito pode ser explicado por isso. No entanto, estudos futuros de delineamento semelhante são necessários para suportar este resultado.

A ideia de que uma maior percepção do acontecimento como stressor traumático pode ser necessária à ocorrência de um grau de interrupção suficiente para despoletar o processo de CPT (Cordova et al., 2007; Tomich & Helgeson, 2004) não aparenta estar

relacionada com os sintomas de PPST. É possível que a percepção de trauma despolete simultaneamente a sintomatologia traumática e o CPT, e que tal aconteça através da disrupção das crenças e dos processos ruminativos. Na realidade, a disrupção aparenta ser causadora de pensamentos intrusivos, que por sua vez se associam aos sintomas de PPST. Não há evidência de que, contrariamente, os sintomas sejam responsáveis pelo grau de disrupção do acontecimento. Contudo, seria necessário avaliar discriminadamente cada uma destas variáveis, e relacioná-las entre si de modo a chegar a conclusões sólidas relativamente a esta questão.

Este estudo tem algumas aplicações práticas úteis para a intervenção dirigida à promoção de um melhor ajustamento ao cancro da mama. Uma intervenção focada no encorajamento da expressão emocional e do processamento de diferentes perspetivas poderá facilitar a reconstrução das crenças, essenciais ao novo mundo assumptivo e à percepção de mudanças positivas. Da mesma forma, se a intervenção facilitar a transição entre o período de ruminação intrusiva e o de ruminação deliberada, poderá estar a favorecer o crescimento e, simultaneamente, a contribuir para a redução dos sintomas de PPST.

Algumas limitações devem ser apontadas. Em primeiro lugar, as participantes revelaram uma tendência para as respostas centrais ao longo do preenchimento dos instrumentos. Isto poderá ser indicador de uma compreensão dos itens, o que pode ter repercussões nos resultados obtidos através dos instrumentos, e das posteriores relações entre as variáveis correspondentes. Esta tendência poderá, em parte, ser explicada pelo nível de diferenciação reduzido das participantes, sendo que cerca de metade da população possui entre o 4º e o 9º ano de escolaridade. Em segundo lugar, o efeito significativo da variável grupo no nível de CPT, variável pertinente para o estudo em que a presente investigação se insere, pode também comprometer os resultados encontrados relativos às associações entre as restantes variáveis e o CPT. Contudo, os valores de CPT de cada um dos grupos estão compreendidos entre os valores encontrados em estudos anteriores realizados em populações de mulheres com cancro da mama, o que poderá diminuir o impacto desta limitação. Ambos os grupos manifestaram a ocorrência de níveis elevados de CPT, embora o grupo experimental tenha atingido resultados superiores. Por último, este estudo seguiu um delineamento transversal, pelo que captou apenas um momento particular do processo de CPT. Seria desejável avaliar novamente as relações entre as variáveis ao longo intervalo de tempo, uma vez que o processo aparenta ser dinâmico, e determinadas variáveis podem ser intervir significativamente em diferentes momentos.

CONCLUSÃO

Os objetivos deste estudo foram cumpridos, tendo a maior parte das hipóteses sido confirmadas. Os resultados obtidos permitem clarificar as relações entre as variáveis intervenientes no processo de CPT em mulheres com cancro da mama, que ocorrem em uniformidade com outras populações, com a particularidade de inserir a expressão emocional entre as mesmas. O modelo estrutural de onde foram extraídos os resultados, que permitiu explicar grande parte da variabilidade do CPT, fornece evidência nova quanto a esta variável e ao processo em si, que poderá contribuir para investigações futuras e para aplicações práticas no âmbito da intervenção no ajustamento psicossocial de mulheres com cancro da mama. Ao verificar a influência da expressão emocional, poderá ser útil dirigir a intervenção para a facilitação desta expressão não só em contexto clínico, mas também no contexto social das pacientes, no sentido de encorajar o fortalecimento das redes de suporte e a partilha com pessoas significativas.

O estudo da expressão emocional no âmbito do CPT tem vindo a ser efetuado de modo pouco estruturado, com recurso a apenas alguns itens ao invés da utilização de instrumentos específicos. Assim sendo, estudos futuros deverão avaliar esta variável através de instrumentos próprios, e não de itens, de modo a reunir evidência mais sólida em torno deste aspeto. Salienta-se também a necessidade de estudos longitudinais para verificar a influência da expressão emocional no processo de CPT a longo prazo, de modo a compreender qual o período em que o encorajamento dessa expressão pode ser mais útil para facilitar o processo. Por outro lado, os estudos longitudinais permitirão clarificar a relação entre os sintomas de PPST e o CPT, que poderá não ser uniforme ao longo do tempo (ver Linley et al., 2008). Sugere-se ainda que estudos futuros incluam simultaneamente medidas de *distress*, de sintomas de PPST, e de percepção de trauma associada ao acontecimento, de modo a discriminar de que forma cada uma destas variáveis se relaciona com o CPT. Considerando que constituem variáveis distintas entre si, poderá esperar-se diferentes resultados a este nível. Por outro lado, sugere-se que a análise da relação entre estas medidas e o CPT seja realizada em ambas as direções, isto é, verificar o impacto que o CPT pode ter sobre as mesmas como variáveis dependentes. Mesmo que o *distress* ou os sintomas de PPST não influenciem o resultado de CPT, o inverso pode acontecer.

REFERÊNCIAS

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899–922.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª edição, texto revisto. Lisboa: Clempsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, Fifth Edition.. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arbuckle, J. L. (2012). *IBM SPSS Amos 21: User's Guide*. Chicago, IBM.
- Arden-Close, E., Gidron, Y., Bayne, L., & Moss-Moris, R. (2013). Written emotional disclosure for women with ovarian cancer and their partners: randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22, 2262–2269.
- Bluvstein, I., Moravchick, L., Sheps, D., Schreiber, S., & Bloch, M. (2013). Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress Symptoms and Mental Health Among Coronary Heart Disease Survivors. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*, 20, 164–172.
- Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 281–296.
- Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Crocker, P. R. E., & Sabiston, C. M. (2010). The Posttraumatic Growth Inventory: an examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 830–838.
- Butler, L. D., Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1999). Traumatic Stress, Life Events, and Emotional Support in Women With Metastatic Breast Cancer: Cancer-Related Traumatic Stress Symptoms Associated With Past and Current Stressors. *Health Psychology*, 18(6), 555–560.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279–287.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521–527.

- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93–102.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G., *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1–23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2013). The Process of Posttraumatic Growth in Clinical Practice. In Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G., *Posttraumatic growth in clinical practice* (pp. 1–22). New York, NY US: Routledge/Taylor&Francis Group.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23, 19–34.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 1–20.
- Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. L. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 544–552.
- Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A., & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981–986.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308–319.
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russel, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. H., & Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 1–15.
- Danhauer, S. C., Russel, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., Carroll, S., Triplett, K. N., Calhoun, L. G., & Cann, A., & Powell, B. L. (2013). A

- Longitudinal Investigation of Posttraumatic Growth in Adult Patients Undergoing Treatment for Acute Leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 13–24.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma*, 4(1), 94–101.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Figueiredo, M. I., Fries, E., & Ingram, K. M. (2004). The role of disclosure patterns and Unsupportive social interactions in the Well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 96–105.
- Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2013). The Role of Centrality of Events in Posttraumatic Distress and Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 477–483.
- Hallam, W. & Morris, R. (2013). Post-traumatic growth in stroke carers: A comparison of theories. *British Journal of Health Psychology*, 19, 619–635.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit-finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797–816.
- Henderson, B., Davidson, K., Pennebaker, J., Gatchel, R. & Baum, A. (2002). Disease disclosure patterns among breast cancer patients. *Psychology and Health*, 17(1), 51–62.
- Ho, S. M. Y., Chan, M.W. Y., Yau, T. K., & Yeung, R. M. W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology & Health*, 26(3), 269–285.
- Hussain, D. & Bhushan, B. (2011). Posttraumatic Stress and Growth Among Tibetan Refugees: The Mediating Role of Cognitive-Emotional Regulation Strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 720–735.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 289–294.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.

- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth. In Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G., *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81–99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kahn, J. & Hessling, R. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 41–65.
- Kahn, J. H., Huckle, B. E., Bradley, A. M., Glinski, A. J., & Malak, B. L. (2012). The Distress Disclosure Index: A Research Review and Multitrait–Multimethod Examination. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 134–149.
- Kangas, M., Henry, J., Bryant, R. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499–524.
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F. & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Women & Health*, 52, 503–516.
- Lepore, S., Fernandez-Berrocal, P., Ragan, J. & Ramos, N. (2004). It's not that bad: social challenges to emotional disclosure enhance adjustment to stress. *Anxiety, Stress, and Coping*, 17(4), 341–361.
- Lieberman, M. (2007). The Role Of Insightful Disclosure In Outcomes For Women In Peerdirected Breast Cancer Groups: A Replication Study. *Psycho-Oncology*, 16, 961–964.
- Lindstrom, C., Cann, A., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2013). The Relationship of Core Belief Challenge, Rumination, Disclosure, and Sociocultural Elements to Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma*, 5(1), 50–55.
- Linley, P. A., Felus, A., Gillett, R., & Joseph, S. (2011). Emotional Expression and Growth Following Adversity: Emotional Expression Mediates Subjective Distress and is Moderated by Emotional Intelligence. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 387–401.
- Linley, P. A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive Changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 877–891.
- Low, C. A, Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2006). Expressive Disclosure and Benefit Finding Among Breast Cancer Patients: Mechanisms for Positive Health Effects. *Health Psychology*, 25(2), 181–189.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71–75.

- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações*. Pero Pinheiro. ReportNumber, Lda.
- Morril, E., Brewer, N., O'Neill, S., Lillie, S., Dees, E., Carey, L. & Rimer, B (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17, 948–953.
- Morris, B. A. & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modeling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 1176–1183.
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C., & Redd, W. H. (2013). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 195–202.
- O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A. B., Møller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104, 419–426.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71–105.
- Park, C. L. Bharadwaj, A. K., & Blank, T. O. (2011). Illness centrality, disclosure, and well-being in younger and middle-aged adult cancer survivors. *British Journal of Health Psychology*, 16, 880–889.
- Pietruch, M., & Jobson, L. (2012). Posttraumatic growth and recovery in people with first episode psychosis: an investigation into the role of self-disclosure. *Psychosis*, 4(3), 213–223.
- Prati, G., & Peitroni, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364–388.
- Ramos, C. & Leal, I. (2013). Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. *Psychology Community & Health*, 2(1), 43–54.
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, Ângela (2008). Estudo das Características Psicométricas do *Postraumatic Growth Inventory* – PTGI – (Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a População Portuguesa. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Rancho, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 46–53.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the Emerald City: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487–497.
- Silva, S. I. M., Moreira, H. T. C., Pinto, S. M. A., & Canavarro, M. C. C. S. P. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (*Posttraumatic Growth Inventory*) numa amostra de mulheres da população Portuguesa [Breast cancer and relational and personal development: Study of the psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Portuguese women]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105–133.
- Silva, S. M., Moreira, H. C., & Canavarro, M. C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, 21, 409–418.
- Slavin-Spenny, O. M., Cohen, J. L., Oberleitner, L. M., & Lumley, M. A. (2011). The Effects of Different Methods of Emotional Disclosure: Differentiating Post-Traumatic Growth From Stress Symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 993–1007.
- Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., & Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. *British Journal of Health Psychology*, 13, 85–93.
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 303–312.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G., *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 138–175). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Stanton, A. L., Danoff-burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S. B., & Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, Controlled Trial of Written Emotional Expression and Benefit Finding in Breast Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 160–168.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875–882.
- Steiner, J. L., Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2014). Depressive Rumination and Cognitive Processes Associated with Depression in Breast Cancer Patients and Their Spouses. *Families, Systems, & Health, 1–11*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000066>.
- Stockon, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive Processing, Rumination, and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress, 24*(1), 85–92.
- Su, Y. & Chen, S. (2014). Emerging Posttraumatic Growth: A Prospective Study With Pre- and Posttrauma Psychological Predictors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1–9*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000008>.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies, 32*, 428–444.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The Factor Structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A Comparison of Five Models Using Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 158–164.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, stress, and coping, 22*(2), 129–36.
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Calhoun, L. G. (2009). The Culture of Disclosure: Effects of Perceived Reactions to Disclosure on Posttraumatic Growth and Distress in Japan. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*(10), 1226–1243.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*(1), 16–23.

- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic Growth, Meaning in Life, and Life Satisfaction in Response to Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(4), 400–410.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65–80.
- Weiss, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth In Married Breast Cancer Survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746.
- Yu, Y., Peng, L., Tang, T., Chen, L., Li, M., & Wang, T. (2014). Effects of emotion regulation and general self-efficacy on posttraumatic growth in Chinese cancer survivors: assessing the mediating effect of positive affect. *Psycho-Oncology*, 23, 473–478.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653.

ANEXOS

Anexo A – Material

INVESTIGAÇÃO: CANCRO DA MAMA E CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

Questionário sócio-demográfico

A preencher pela investigadora responsável:

Número de identificação: _____ Grupo: _____

1. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.1. Idade: _____

2. Nacionalidade: _____

3. Naturalidade: _____

4. Residência (Concelho): _____

5. Habilitações literárias completas:

Sem escolaridade 4ª classe 7º ano 9º ano 12º ano

Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

Outro _____

6. Situação Profissional:

Activa Desempregada Reformada Outro _____

7. Profissão: _____

8. Estado Civil:

Solteira Casada União de Facto Divorciada Viúva

8.1. Actualmente, mantém uma relação amorosa/casamento? Sim ___ Não ___

8.1.1. Se sim, qual a duração da relação amorosa/ casamento: _____

9. Filhos: _____

10. Rendimento anual familiar:

inferior a 10.000€ entre 10.001 e 20.000€ entre 20.001 e 37.500€

entre 37.501 e 70.000€ [Questionário clínico

1. Indique, por favor, a data na qual obteve o diagnóstico: _____

2. Qual o estadio do cancro da mama:

estadio 0 estadio I estadio II estadio III estadio IV

3. Já iniciou o tratamento? Sim___ Não___

3.1. Se sim, indique qual (quais):

Cirurgia Conservadora Mastectomia Quimioterapia

Radioterapia Externa Radioterapia Interna (por ex. braquiterapia)

Terapêutica Hormonal Terapêuticas Dirigidas (anticorpos ou moléculas)

3.2. Indique, por favor, qual a fase actual do tratamento:

4. Já terminou o último tratamento (incluindo Terapêutica Hormonal e/ou Dirigida)?
Sim___ Não___

4.1. Se sim, indique, por favor, quando terminou o último tratamento:

5. Encontra-se a utilizar ou utilizou terapêuticas alternativas/complementares (por ex. produtos naturais, acupuntura, meditação, etc.)? Sim___ Não___

5.1. Se sim, qual (quais)? _____

6. Já teve alta médica/clínica? Sim___ Não___

6.1. Se sim, indique, por favor, a data de alta: _____

7. Este foi o seu primeiro diagnóstico de cancro da mama? Sim___ Não___

8. Tem ou teve alguém na família com o diagnóstico de cancro? Sim___ Não___

8.1. Se sim, qual o grau de parentesco? _____

9. Tem ou teve outra doença física? Sim___ Não___

9.1. Se sim, qual (quais)? _____

10. Tem ou teve uma doença mental (por ex. depressão, pert de ansiedade, etc.)?
Sim___ Não___

10.1. Se sim, qual (quais)? _____

10.2. Tem ou teve acompanhamento psicológico/ psiquiátrico? Sim___ Não___

11. Na vida, há diferentes acontecimentos que podem ter um impacto positivo ou negativo nas diversas áreas da vida da mulher. Por favor, refira qual (quais) o (s) acontecimento (s) com forte impacto na sua vida:

	Muito negativo	Negativo	Neutro	Positivo	Muito positivo
a)	1	2	3	4	5
b)	1	2	3	4	5
c)	1	2	3	4	5
d)	1	2	3	4	5
e)	1	2	3	4	5

12. Determinados acontecimentos significativos, como por exemplo, o diagnóstico e o tratamento de uma doença, a perda de alguém significativo, uma situação de desemprego, um acidente, entre outros, podem implicar importantes mudanças para a mulher. De seguida irá encontrar alguns questionários referentes somente à **experiência pessoal de cancro da mama**, compreendido como um acontecimento significativo. Por favor responda a TODAS as questões. Não existem respostas certas nem erradas.

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida *desde que tomou conhecimento da sua doença*. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar, com uma cruz (X), a resposta que melhor traduz o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença
- 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado da minha doença
- 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado da minha doença
- 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.						
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.						
3. Desenvolvi novos interesses.						
4. Sinto que posso contar mais comigo própria.						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.						
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade.						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.						
8. Sinto-me mais próxima das outras pessoas.						
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.						
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.						
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.						
13. Consigo apreciar melhor cada dia.						
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.						
15. Tenho mais compaixão para com os outros.						
16. Dedico-me mais às minhas relações.						
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.						
18. Tenho uma maior fé religiosa.						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.						
21. Aceito melhor necessitar dos outros.						

PCL-C

Segue-se, em baixo, uma lista de queixas e problemas que podem surgir como resposta à doença oncológica. De acordo com a sua experiência pessoal de *cancro da mama*, por favor, assinale com uma cruz (X), o algarismo 1, 2, 3, 4, ou 5, para indicar o quanto cada item se aplicou a si no *último mês*.

Nada	Pouco	Moderado	Muito	Bastante	
1	2	3	4	5	
1- Memórias, pensamentos ou imagens repetidas e desagradáveis da minha doença.	1	2	3	4	5
2- Sonhos repetidos e desagradáveis sobre quando estive doente.	1	2	3	4	5
3- Sentimentos idênticos aos que tive quando estive doente (como se estivesse a reviver outra vez).	1	2	3	4	5
4- Senti-me muito aborrecida por terem havido circunstâncias que me fizeram lembrar a minha doença.	1	2	3	4	5
5- Ter reacções físicas (ex: suores, palpitações, dificuldade em respirar).	1	2	3	4	5
6- Ter de me esforçar para evitar pensar, falar ou sentir sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
7- Evitar actividades ou situações que me recordam a minha doença.	1	2	3	4	5
8- Não me lembrar de partes importantes de quando estive doente.	1	2	3	4	5
9- Desinteressei-me de actividades que costumava apreciar.	1	2	3	4	5
10- Senti-me distante ou afastada de outras pessoas.	1	2	3	4	5
11- Senti-me emocionalmente desanimada ou incapaz de ter sentimentos afectuosos por pessoas que me são próximas.	1	2	3	4	5
12- Senti que o meu futuro vai ser curto.	1	2	3	4	5
13- Tive dificuldades em adormecer ou dormir.	1	2	3	4	5
14- Senti-me irritável ou com explosões de raiva.	1	2	3	4	5
15- Tive dificuldade em concentrar-me.	1	2	3	4	5
16- Estive “super alerta” e vigilante.	1	2	3	4	5
17- Senti-me agitada e facilmente sobressaltada.	1	2	3	4	5

DDI

Por favor leia cada um dos seguintes itens com atenção. Indique, assinalando com uma cruz (X), o quanto concorda ou discorda com cada item, de acordo com a escala de classificação abaixo:

	Discordo totalmente 1	2	3	4	Concordo totalmente 5
1. Quando estou chateado(a), confidencio com os meus amigos.	1	2	3	4	5
2. Prefiro não falar sobre os meus problemas.	1	2	3	4	5
3. Quando me acontece alguma coisa desagradável, costumo procurar alguém com quem possa falar.	1	2	3	4	5
4. Normalmente não converso sobre coisas que me chateiam.	1	2	3	4	5
5. Quando me sinto deprimido(a) ou chateado(a), tendo a guardar esses sentimentos para mim próprio(a).	1	2	3	4	5
6. Tento procurar alguém com quem falar sobre os meus problemas.	1	2	3	4	5
7. Quando estou de mau humor, falo sobre isso com os meus amigos.	1	2	3	4	5
8. Se tiver um dia mau, a última coisa que quero é falar sobre isso.	1	2	3	4	5
9. Quando tenho um problema, raramente procuro alguém com quem falar.	1	2	3	4	5
10. Quando estou com stresse não falo com ninguém sobre isso.	1	2	3	4	5
11. Quando estou de mau humor, costumo procurar alguém com quem possa falar.	1	2	3	4	5
12. Estou disposto(a) a contar aos outros os pensamentos que me preocupam.	1	2	3	4	5

CBI

Alguns acontecimentos podem ser tão poderosos, que “agitam o mundo” dos indivíduos, podendo levá-los a analisar as crenças centrais acerca de si próprios, dos outros, do mundo e do seu futuro. Por favor, pense acerca do acontecimento que está a reportar e indique, o quanto a levou a examinar seriamente cada uma das seguintes crenças centrais.

	Nada	Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Bastante
	0	1	2	3	4	5
1 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são justas.	0	1	2	3	4	5
2 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são controláveis.	0	1	2	3	4	5
3 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca de como as outras pessoas pensam ou se comportam de determinada forma.	0	1	2	3	4	5
4 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas relações com as outras pessoas.	0	1	2	3	4	5
5 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas capacidades, forças e fraquezas.	0	1	2	3	4	5
6 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas expectativas para o futuro.	0	1	2	3	4	5
7 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do significado da minha vida.	0	1	2	3	4	5
8 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças espirituais ou religiosas.	0	1	2	3	4	5
9 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do meu valor enquanto pessoa.	0	1	2	3	4	5

Pensamentos Relacionados com o Acontecimento

Parte 1

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, dão por si a ter pensamentos acerca da experiência, mesmo sem tentarem pensar nela. Indique, por favor, para os seguintes itens quantas vezes teve as experiências descritas, durante as duas últimas semanas.

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3

1 - Eu pensei no acontecimento, mesmo sem querer.	0	1	2	3
2 - Pensamentos acerca do acontecimento vieram-me à mente e eu não consegui parar de pensar neles.	0	1	2	3
3 - Os pensamentos acerca do acontecimento distraíram-me ou impediram-me de me concentrar.	0	1	2	3
4 - Eu não consegui evitar que imagens ou pensamentos acerca do acontecimento me viessem à mente.	0	1	2	3
5 - Pensamentos, memórias, ou imagens acerca do acontecimento vieram-me à mente, mesmo quando eu não os queria.	0	1	2	3
6 - Pensamentos acerca do acontecimento fizeram-me reviver a minha experiência.	0	1	2	3
7 - Lembranças do acontecimento trouxeram-me pensamentos acerca da minha experiência.	0	1	2	3
8 - Dei por mim a pensar, automaticamente, acerca do que tinha acontecido.	0	1	2	3
9 - Outras coisas levaram-me a pensar na minha experiência.	0	1	2	3
10 - Eu tentei não pensar no acontecimento mas não consegui afastar os pensamentos da minha mente.	0	1	2	3

Parte 2

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, passam tempo a pensar, de forma deliberada e intencional na sua experiência. Indique, por favor, quantas vezes passou tempo a pensar, de forma deliberada, nas questões abaixo indicadas, durante as duas últimas semanas.

Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3

1 – Eu pensei se poderia encontrar um significado à minha experiência.	0	1	2	3
2 – Eu pensei se as mudanças que ocorreram na minha vida vieram de lidar com o acontecimento.	0	1	2	3
3 – Obriguei-me a pensar sobre os meus sentimentos acerca da minha experiência.	0	1	2	3
4 – Eu pensei se teria aprendido alguma coisa como resultado da minha experiência.	0	1	2	3
5 – Eu pensei em como a experiência mudou as minhas crenças acerca do mundo.	0	1	2	3
6 – Eu pensei sobre o que a experiência poderia significar para o meu futuro.	0	1	2	3
7 – Eu pensei sobre se a minha relação com os outros mudou após a minha experiência.	0	1	2	3
8 – Obriguei-me a lidar com os meus sentimentos acerca do acontecimento.	0	1	2	3
9 – Eu pensei, de forma deliberada, em como o acontecimento me tinha afetado.	0	1	2	3
10 – Eu pensei acerca do acontecimento e tentei compreender o que se passou.	0	1	2	3

Anexo B – Análise Estatística Complementar

Multicolinearidade

A existência de multicolinearidade pode ser verificada através das correlações entre as variáveis, e dos valores de tolerância (T) e VIF, obtidos por regressão linear. Os resultados apresentados na Tabela 1 demonstram que todas correlações possuem valores inferiores a .90, pelo que não há indicação de multicolinearidade. Os valores de tolerância e VIF, calculados para todas as relações contempladas nos três modelos de análise de trajetórias, encontram-se apresentados na tabela seguinte.

Tabela 5.
Tolerância e VIF das variáveis independentes.

	Tolerância	VIF
CBI	.838	1.193
ERRI-I	.838	1.193
Variável dependente: ERRI-D		
CBI	.838	1.193
ERRI-I	.838	1.193
Variável dependente: CPT		
CBI	.787	1.271
ERRI-D	.787	1.271
Variável dependente: CPT		
CBI	.959	1.043
DDI	.959	1.043
Variável dependente: CPT		
ERRI-I	.570	1.754
ERRI-D	.570	1.754
Variável dependente: CPT		
ERRI-I	.413	2.419
PCL-C	.413	2.419
Variável dependente: CPT		

ERRI-I	.994	1.006
DDI	.994	1.006
Variável dependente: CPT		
ERRI-D	.987	1.013
DDI	.987	1.013
Variável dependente: CPT		

Verificou-se ausência de multicolinearidade entre as variáveis preditoras através de valores de tolerância superiores a .20 e valores de VIF inferiores a 5 em todas as regressões efetuadas.

Efeito de Grupo

Considerando que o presente estudo se insere num estudo de delineamento mais complexo, no qual existem dois grupos em que se espera diferenças a nível da variável dependente, torna-se necessário realizar um Teste T. Especificamente, espera-se que o nível de CPT varie em função de dois grupos distintos, um grupo de controlo e grupo experimental. O Teste T permitirá verificar se a diferença na pontuação total de CPT (IDPT) em função dos dois grupos é ou não significativa. Para o presente estudo, seria ideal que esta diferença não fosse significativa, de modo a poder avaliar com mais precisão as relações entre o CPT e as restantes variáveis. Para a realização do Teste T é necessário que se verifique primeiramente a normalidade da amostra para as variáveis. Seguidamente, apresenta-se a tabela com os resultados do Teste de Normalidade.

Tabela 6.

Teste de Normalidade da variável grupo.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov		
		estatística	gl	sig.
IDPT	Grupo de Controlo	.106	68	.055
	Grupo Experimental	.078	37	.200

Uma vez que o resultado do Teste de Normalidade realizado apresenta um valor de $p > .05$, verifica-se a normalidade da amostra para as variáveis em análise. Apresentam-se agora os resultados do Teste T, com igualdade das variâncias não assumida.

Tabela 7.

Resultados do Teste T.

	T	gl	sig.	dif. médias	dif. erro estandard.	Int. Conf. 95%	
						Inf.	Sup.
IDPT	-4.038	95.749	.000	-.749	.186	-1.118	-.381

Os resultados do Teste T indicam que o efeito do grupo sobre IDPT é significativo, com um valor de $p < .001$. Deste modo, confirma-se que o nível de CPT difere entre os dois grupos, o que constitui uma limitação para o presente estudo.

De modo a verificar até que ponto esta limitação pode comprometer as análises posteriores, foram calculados os valores de IDPT em ambos os grupos separadamente. Os resultados encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 8.

Valores de IDPT em função do grupo.

	Grupo	N	Min	Máx	M	DP
IDPT	Grupo de Controlo	68	1	5	3.00	1.103
	Grupo Experimental	37	2	5	3.75	.783

Os valores de IDPT verificados em ambos os grupos são comparáveis aos valores encontrados em outros estudos realizados em mulheres com cancro da mama (Cordova et al., 2001; Danhauer et al., 2013a; Ho et al., 2011; Weiss, 2002). Deste modo, ainda que o efeito de grupo exerça alguma influência nas análises posteriores, o nível de CPT é elevado em toda a presente amostra.