



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO
PSICOTERAPÊUTICO NO AJUSTAMENTO
PSICOSSOCIAL DA MULHER COM CANCRO DA
MAMA**

ANA RITA NEVES MARTINS

Orientadora de Dissertação:

PROF. DOUTORA CATARINA RAMOS

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Lisboa, 2018

Dissertação de mestrado realizada sob orientação da
Prof. Doutora Catarina Ramos, apresentada ao
ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau
de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Embora uma tese seja, pelas suas características e finalidade académica, um trabalho individual, há sempre contributos de natureza diversa que não devem, nem podem deixar de ser mencionados.

Aproveito este pequeno espaço para agradecer a todos os que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento pessoal, académico e futuramente profissional. Agradeço ainda a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho, pois, em qualquer grande projeto que merece a pena acreditar, são múltiplos os desafios, mas também, o apoio recebido, sem o qual nada teria sido possível.

Aos meus pais por serem, desde sempre e para sempre, a minha maior fonte de segurança, apoio e inspiração, por estarem sempre disponíveis para mim, por serem os responsáveis por eu ser quem sou. Agradeço por estarem sempre do meu lado, por todos os sacrifícios, por todas as noites em branco.

Aos meus avós por todo o carinho incondicional de sempre, por toda a paciência e por estarem sempre prontos a ajudar, em qualquer momento.

Ao meu irmão, por toda a generosidade demonstrada, pela paciência e por toda a dedicação. Sem dúvida que é o melhor irmão que eu podia pedir.

Aos meus melhores amigos, por me ouvirem quando preciso, pela disponibilidade constante, muitas vezes sem ser preciso dizer nada. E por tudo o resto que já sabem, cada um de vocês faz parte de mim.

Ao meu grupo de amigos de sempre, não vos vou nomear pois sabem quem são. Todos vocês de uma forma ou de outra contribuíram para o que sou como pessoa e o que espero ser enquanto profissional. Obrigada pelas memórias. Obrigada por fazerem parte dos melhores anos da minha vida.

À Sara, a melhor amiga que a faculdade me podia ter trazido, obrigada por toda a disponibilidade, pelas palavras de encorajamento e por saberes sempre como me distrair nos momentos mais difíceis.

À Marta Braz e à Catarina Almeida, por serem duas grandes fontes de inspiração, por toda a motivação e por todo o apoio demonstrado. São dois enormes exemplos na minha vida, para mim é um orgulho ser vossa amiga.

À professora Isabel Leal, coordenadora do seminário de dissertação, pelo acompanhamento e revisão do trabalho, pela disponibilidade demonstrada e pelos ensinamentos partilhados.

À professora Catarina Ramos, minha orientadora, agradeço pela oportunidade de crescimento que este projeto me proporcionou, obrigada pela incansável dedicação e por todas as críticas, correções e sugestões relevantes feitas ao longo deste trabalho. Este foi o meu maior desafio académico e não teria sido o mesmo sem a orientação da professora.

À presidente do Movimento Vencer e Viver, Sofia Abreu, por me ter proporcionado a oportunidade de efetuar a recolha de dados no MVV, pela forma sempre simpática como me recebia e por todo o apoio prestado na recolha dos inquéritos.

À doutora Ana Lúcia, psicóloga no Movimento Vencer e Viver, pelo apoio prestado na recolha de questionários e pelo interesse demonstrado neste projecto.

Às senhoras voluntárias do Movimento Vencer e Viver, pela forma carinhosa como me acolheram, pela disponibilidade sempre manifestada e por toda a preciosa ajuda na distribuição e recolha dos inquéritos. Agradeço em especial a dona Teresa, dona Guilhermina, dona Isabel e dona Amélia.

À doutora Emília Vieira, presidente da associação Amigas do Peito, pela autorização concedida para efetuar a recolha de dados na associação.

À doutora Beatriz Quintela e à doutora Maria João Cunha, psicólogas na associação Amigas do Peito, pela incansável dedicação na recolha de dados e por todo o interesse demonstrado neste projeto.

Por fim, muito agradeço a todas as senhoras que participaram neste estudo, sem a vossa contribuição, esta investigação não seria possível.

Mais uma vez, a todos os meus mais sinceros agradecimentos!

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo analisar e comparar o ajustamento psicossocial de mulheres com o diagnóstico de cancro da mama, que efetuaram ou não acompanhamento psicológico ou psicoterapia, relativamente a variáveis como ansiedade, depressão, regulação emocional, expressão emocional, suporte social e crescimento pós-traumático, bem como avaliar as relações entre estas variáveis psicossociais.

Método: A amostra foi constituída por 90 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, 44 mulheres sem acompanhamento psicoterapêutico (G1) e 46 mulheres acompanhadas em psicoterapia (G2). Foram utilizadas as seguintes escalas: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) para medir a ansiedade e a depressão; Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS) para mensurar a regulação emocional; o Inventário de Distress Emocional (DDI) para avaliar a expressão emocional; a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) para mensurar o suporte social e o Inventário de Crescimento Pós-traumático (PTGI) para avaliar o crescimento pós-traumático.

Resultados: O G2 apresentou menores níveis de depressão, menos dificuldades na expressão emocional nomeadamente na consciência e clareza, maior facilidade na expressão emocional, níveis mais elevados de suporte social percebido e maior crescimento pós-traumático. No G1, as dificuldades na regulação emocional e o suporte social foram preditores da expressão emocional, a expressão emocional e o suporte social foram preditores do crescimento pós-traumático, o crescimento pós-traumático foi preditor do suporte social e a ansiedade foi preditora da depressão. No G2, as dificuldades na regulação emocional foram preditoras da expressão emocional e em conjunto com o crescimento pós-traumático foram também preditores da depressão.

Palavras-Chave: Cancro da Mama, Psicoterapia, Regulação Emocional, Expressão Emocional, Crescimento Pós-Traumático

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to analyse and to compare the psychosocial adjustment of women diagnosed with breast cancer, who did or did not undergo psychological counselling or psychotherapy, regarding variables such as anxiety, depression, emotional regulation, emotional expression, social support and posttraumatic growth as well as to evaluate the relations between these psychosocial variables.

Method: The sample consisted of 90 women diagnosed with breast cancer, 44 women without psychotherapy (G1) and 46 women with psychotherapy (G2). The following scales were used: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to measure anxiety and depression; Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) to measure emotional regulation; the Distress Disclosure Index (DDI) to assess emotional expression; the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) to measure social support and the PostTraumatic Growth Inventory (PTGI) to assess posttraumatic growth.

Results: G2 presented lower levels of depression, less difficulties in emotional expression, namely in awareness and clarity, greater ease in emotional expression, higher levels of perceived social support and greater posttraumatic growth. In G1, difficulties in emotional regulation and social support were predictors of emotional expression, emotional expression and social support were predictors of posttraumatic growth, posttraumatic growth was a predictor of social support and anxiety was a predictor of depression. In G2, difficulties in emotional regulation were predictors of emotional expression and in conjunction with posttraumatic growth were also predictors of depression.

Keywords: Breast Cancer, Psychotherapy, Emotional Regulation, Emotional Expression, Posttraumatic Growth

Índice

Introdução	1
Prevalência do Cancro da Mama	1
Ansiedade e Depressão	2
Regulação Emocional	3
Expressão Emocional	4
Suporte Social	5
Crescimento Pós-Traumático	6
Acompanhamento Psicológico e Psicoterapia no Cancro da Mama	8
Método	11
Desenho do Estudo	11
Procedimento	11
Participantes	12
Material	12
Análise de Dados	15
Resultados	16
Dados Sociodemográficos	16
Dados Clínicos	19
Dados Relacionados com a Psicoterapia	19
Dados Psicossociais	21
Comparação entre Grupos	23
Modelos Explicativos das Relações entre as Variáveis	25
Discussão	28
Conclusão	37
Referências	38

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Características Sócio-Demográficas para a Amostra Total (n = 90) e para os Grupos</i>	18
Tabela 2 <i>Características Clínicas para a Amostra Total (n = 90) e para os Grupos</i>	20
Tabela 3 <i>Variáveis Psicossociais para a Amostra Total (n = 90)</i>	22
Tabela 4 <i>Variáveis Psicossociais para os dois Grupos</i>	23
Tabela 5 <i>Comparação entre Grupos</i>	25
Tabela 6 <i>Modelos de Regressão Múltipla – G1 – Grupo sem Psicoterapia</i>	27
Tabela 7 <i>Modelos de Regressão Múltipla – G2 – Grupo com Psicoterapia</i>	28

Introdução

Prevalência do Cancro da Mama

O cancro da mama é o segundo tipo de cancro mais frequente entre as mulheres, correspondendo a 22% dos casos a cada ano (Souza & Vaccaro, 2015).

Em Portugal, o cancro da mama é o cancro da mulher com maior incidência (Ramos et al., 2016). De acordo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC; 2017), estima-se que anualmente surjam 6000 novos casos de cancro da mama, ou seja 11 novos casos por dia com tendência a aumentar, morrendo por dia 4 mulheres com esta doença. De entre estes, 5 a 10% dos casos diagnosticados aparentemente são hereditários e genéticos. Apesar dos significativos avanços na qualidade dos tratamentos nas últimas duas décadas e do aumento do número de rastreios, tendo como efeito uma maior precocidade no diagnóstico do cancro, a mortalidade ainda é bastante significativa. Segundo o relatório do programa nacional para as doenças oncológicas (2017), denota-se um discreto aumento do número de mortes por cancro da mama, de 1.660 para 1.683. Assim, é necessário tomar medidas de prevenção primária, que promovam tanto os comportamentos saudáveis (modificação de estilos de vida e programas de vacinação) como de prevenção secundária (diagnóstico precoce) (relatório do programa nacional para as doenças oncológicas, 2017).

Ainda assim, de acordo com o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE; Health at Glance: Europa, 2016), em Portugal o carcinoma da mama fez menos de 30 vítimas mortais por cada 100 mil mulheres, sendo a média de vítimas na Europa de 33,2 vítimas. Estes dados apontam para uma associação positiva entre a sobrevivência e o aumento dos rastreios em Portugal, sendo que, na Europa, os rastreios variam entre 54% a 63% de cobertura da população feminina e em Portugal, os valores relativamente aos rastreios ultrapassam os 80%.

No seguimento da informação anteriormente apresentada, esta dissertação sobre cancro da mama, tem como variáveis de estudo a ansiedade, a depressão, a regulação emocional, a expressão emocional, o suporte social e o crescimento pós-traumático, nesta população.

Ansiedade e Depressão

A ansiedade é uma manifestação da atividade emocional em que predomina o mal-estar, a apreensão, a preocupação, a expectativa, a inquietude e o desamparo. Como fenómeno psicológico caracteriza-se como um dos mecanismos de adaptação do organismo ao stress, constituindo-se como um estado normal do indivíduo que resulta de uma reação comum a algo específico como um sistema de alarme em caso de stress (Almeida, 2015). Assim sendo, e em primeira instância, a ansiedade por si só não é uma patologia, mas sim uma resposta a uma ameaça percebida. Pode ser adaptativa (através do processamento de informações precisas), quando tem como resultado uma resposta que leva à redução ou evitamento do perigo, ou desadequada / patológica quando dela resulta uma resposta desadequada ou desproporcionada ao perigo real (Coimbra de Matos, 2002).

A depressão é, provavelmente, a mais antiga e a mais frequente das perturbações psiquiátricas diagnosticadas e corresponde a uma perda da pressão psicológica que se traduz na diminuição da energia psíquica e vital da libido, da motivação e do interesse pelo mundo real, sendo o abatimento o seu sintoma mais característico (Coimbra de Matos, 2001). Embora a existência de um período de tristeza ou desânimo seja comum entre os indivíduos, sendo esta uma resposta normal às alterações, desilusões ou frustrações da vida, estes episódios caracterizam-se pela curta duração, ocorrendo enquanto dura o processo de adaptação à nova realidade. Neste sentido, a depressão, como quadro patológico, ocorre quando este processo de adaptação a nova realidade não foi bem integrado (Almeida, 2015).

No contexto da doença oncológica, a literatura indica que as perturbações de ansiedade e depressão, constituem as perturbações psicológicas mais frequentes em mulheres diagnosticadas com cancro da mama e podem ocorrer em qualquer um dos estadios da doença (Alves & Pereira 2013; Guan NG, et al. 2015). Para além disso, os níveis de ansiedade e de depressão apontados são relativamente elevados e estas perturbações persistem num determinado número de pacientes, prolongando-se anos após o diagnóstico (Silva, Moreira, & Canavarro, 2009; Spiegel, 1997). Estima-se que na fase de diagnóstico e durante os tratamentos a prevalência de sintomas depressivos e ansiogénicos se aproxime dos 40% (Zabora et al., 2001). Num estudo realizado por Hall, A'Hern, e Fallowfield (1999) a maioria das mulheres com cancro da mama precoce apresentaram ansiedade, e/ou depressão três meses após a cirurgia inicial. Além disso, foi ainda possível identificar perturbação de ansiedade em 49,6% das participantes e depressão em 37,2%, durante os primeiros três meses após a cirurgia inicial. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo longitudinal

conduzido por Burgess e colaboradores (2005), no qual cerca de 50% das mulheres com cancro da mama tinham depressão, ansiedade ou ambos no ano após o diagnóstico, 25% durante o segundo, terceiro e quarto anos, e 15% no quinto ano. De acordo com Kissane e colegas (2003) que investigaram a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com cancro da mama em fase inicial, 10% das participantes tinham depressão major, 27% tinham depressão e 9% tinham ansiedade. Também Avelar e colaboradores (2006), verificaram uma redução nos níveis de ansiedade e depressão, entre a fase de pré-operatório e o pós cirurgia, ainda assim, os valores de ansiedade e depressão no pós cirurgia são relativamente elevados, 25% e 14% respetivamente.

Regulação Emocional

De uma forma geral, a regulação emocional pode ser definida como um conjunto de estratégias que permitem regular as emoções e que se desenvolvem e se organizam ao longo do tempo (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004; Gross 1998). Segundo Gross (1998), trata-se de um processo em que o indivíduo determina que emoções tem, quando as sente e como as experiencia e expressa. Deste modo, a regulação emocional refere-se ao processo através do qual os indivíduos moldam os subcomponentes do sistema emocional, incluindo os elementos que possam contribuir para a emoção, como a avaliação pessoal do indivíduo sobre a situação e as tendências de resposta geradas pelas emoções, ou seja, sentimentos, comportamentos e reações fisiológicas para conseguir expressar-se convenientemente (Cerezo, Ortiz-Talloas & Cardenal, 2009; Schulz & Lazarus, 2012).

No processo de ajustamento à doença oncológica, o sujeito pode experienciar emoções como medo, raiva ou tristeza que, por sua vez, podem ter um impacto no seu bem-estar psicológico. De acordo com Brandão e colegas (2016), a adaptação bem-sucedida ao cancro da mama depende, em parte, da capacidade dos pacientes na regulação de emoções fortes e complexas que podem surgir durante os tratamentos. O modo como o indivíduo mobiliza os seus recursos e as estratégias de regulação emocional utilizadas tem um impacto significativo na qualidade da adaptação à situação geradora destas emoções negativas (Gratz & Roemer, 2004). Efetivamente, os estudos indicam que mulheres que utilizam estratégias cognitivas desadaptadas na regulação das suas emoções revelam mais sintomas de ansiedade e depressão ao contrário do que acontece em mulheres que mobilizam estratégias cognitivas adaptadas que facilitam o ajustamento a doença (Aldao et al., 2010; Wang et al., 2014). Mais especificamente, Aldao e colegas (2010) sustentam a tese de que a utilização de estratégias

cognitivas adaptadas de regulação emocional como a resolução de problemas e a reavaliação cognitiva está associada a menores níveis de depressão. Na mesma linha de investigação também Wang e colegas (2014), constataam que as mulheres que utilizam estratégias como a aceitação, reavaliação positiva e planeamento, são também as que apresentam menos sintomas de depressão. Estas conclusões vão ao encontro do estudo desenvolvido por Nikmanesh, Shirazi, e Farazinezhad (2017), sobre o papel da auto-regulação emocional na qualidade de vida, estes autores salientam que o desenvolvimento de estratégias de auto-regulação pode contribuir para uma redução do sofrimento psicológico.

Por outro lado, a regulação emocional pode facilitar a comunicação com a rede de suporte social. No estudo de Ávila e colaboradores (2015), foi possível constatar que a regulação emocional apresenta um significativo efeito mediador entre a confiança nas relações emocionais e a adaptação ao cancro da mama.

Há um grande número de estratégias que podem ser mobilizadas para regular as emoções e o contexto pode influenciar a sua utilização, e por isso, torna-se pertinente estudar mais aprofundadamente quais são as estratégias que são utilizadas por esta população clínica especificamente, e de que forma são empregues na adaptação ao processo oncológico, uma vez que a regulação emocional no cancro da mama é atualmente um processo pouco explorado.

Expressão Emocional

Segundo Kennedy-Moore e Watson (2001), a expressão emocional corresponde aos comportamentos observáveis verbais e não-verbais que comunicam e/ou simbolizam experiência emocional. A expressão emocional pode assim ocorrer consciente ou inconscientemente, sendo em certa medida controlável e podendo envolver graus variados de intenção deliberada. De uma forma geral, defende-se que expressar as emoções é benéfico para a saúde, enquanto que inibir as emoções é prejudicial (Frattaroli, 2006; Kennedy-Moore & Watson, 2001).

Após o confronto com um trauma, o indivíduo pode revelar um maior retraimento na expressão de emoções negativas relacionadas com o acontecimento, evitando o contacto e a interação com membros da sua rede social a fim de não relembrar memórias, pensamentos ou imagens associadas ao evento traumático (Ramos et al., 2016). Segundo Iwamitsu e colaboradores (2005) este fenómeno designa-se por supressão emocional e trata-se da dificuldade na descrição e comunicação de emoções negativas, ocorrendo uma inibição das

emoções (p.ex. raiva, ansiedade ou dor) que pode surgir após o diagnóstico de cancro da mama. Neste contexto, Tsai e Lu (2018), desenvolveram um estudo numa amostra de 90 mulheres com cancro da mama que indica uma associação entre dificuldades na expressão emocional e menores níveis de suporte social. De acordo com Servaes e colaboradores (1999), pacientes com cancro podem inibir intencionalmente a expressão de emoções negativas na tentativa de dominar os seus sentimentos ou para manter as relações sociais. Segundo Iwamitsu e colaboradores (2005), as mulheres com cancro da mama que não expressam as emoções negativas apresentam um maior sofrimento emocional em comparação com as que expressam as emoções negativas após a obtenção do diagnóstico. Deste modo, numa outra investigação de Iwamitsu e colaboradores (2003) foi possível verificar que o estado emocional das pacientes com cancro da mama que expressaram abertamente emoções negativas antes de saberem o diagnóstico não sofreu alterações no momento a seguir à revelação do diagnóstico. No entanto, no que se refere às pacientes que inibiram as emoções negativas antes do diagnóstico, o sofrimento emocional aumentou significativamente depois de terem a confirmação do diagnóstico de cancro da mama. Neste sentido, as mulheres que não expressam as emoções negativas vêem o seu sofrimento emocional aumentado depois da confirmação do diagnóstico. Estes autores referem ainda que, estas mulheres, após a confirmação do diagnóstico, revelaram maiores níveis de ansiedade e depressão em comparação com o grupo de mulheres que expressou abertamente as emoções negativas antes do diagnóstico (Iwamitsu et al., 2003). De acordo com o estudo de Marroquín e colegas (2016), numa amostra de 390 mulheres com cancro da mama diagnosticado há 11 meses, a expressão emocional predizia menores níveis de sintomas depressivos.

Numa investigação realizada por Morris, Greer, Pettingale e Watson (1981), com uma amostra de 71 pacientes com cancro da mama e doença da mama benigna, verificou-se que quando comparadas, as pacientes com cancro da mama referiam experienciar mas expressar com menos frequência sentimentos de raiva e de perda de controlo quando comparadas com o grupo de mulheres com doença da mama benigna.

Suporte Social

O suporte social pode ser considerado como a percepção que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, estimado, valorizado e que pertence a um grupo com obrigações mútuas (Patrão, 2007). Esta ideia de pertença a um grupo cumpre a função de preenchimento das necessidades sociais e de proteção do indivíduo de consequências adversas facilitando a

sua adaptação a possíveis situações de crise ou stresse como o caso de uma doença (Ornelas, 1994).

Neste sentido, o suporte social é um factor psicossocial que tem uma enorme influência na adaptação e no ajustamento da mulher ao cancro da mama (Alves & Pereira, 2013). Efetivamente, o suporte social desempenha um papel essencial na adesão aos tratamentos (Bright & Stanton, 2017). De acordo com os resultados obtidos por Kayser, Sormanti, e Strainchamps (1999) num estudo realizado com mulheres com cancro da mama, conclui-se que o suporte social recebido, e em particular, o suporte recebido pelo cônjuge é um fator que influencia positivamente o ajustamento à doença. Estes resultados estão em conformidade com o estudo de Holland e Holahan (2003) e de Chou e colaboradores (2012). Deste modo, o suporte social apresenta-se como um recurso que está associado a um melhor ajustamento psicológico à doença (Baucom et al., 2006; Patrão, 2007; Prati & Pietrantonio, 2009; Rizalar et al., 2014). Assim, Rizalar e colaboradores (2014), sugerem que as mulheres com diagnóstico de cancro da mama devem ser acompanhadas pelos familiares durante o tratamento e, por esse motivo, os familiares devem ser consciencializados de que as pacientes precisam do seu suporte a todos os níveis, tanto emocional como instrumental. Por outro lado, a natureza do relacionamento com os médicos, que constitui o suporte informacional, afeta o ajustamento à doença, a satisfação com o resultado do tratamento e a adesão aos protocolos de tratamento médico, o que pode influenciar a recidiva e a sobrevivência (Spiegel, 1997). Neste sentido, mulheres que não contam com o apoio dos seus familiares, amigos e profissionais de saúde podem ter mais dificuldade no ajustamento à doença. De salientar que o isolamento das mulheres com cancro da mama, pode provocar consequências psicológicas e médicas adversas, afetando o processo de ajustamento e a adesão aos tratamentos médicos, prejudicando de forma global o curso do tratamento (Spiegel, 1997). Burgess e colaboradores (2005), salientam que a depressão a longo prazo está associada a falta de suporte emocional. Nesta sequência, existe um risco mais elevado de depressão e ansiedade em mulheres com baixos níveis de suporte social e, para além disso, no caso das mulheres que não têm um relacionamento íntimo, o suporte social prestado pelos amigos, familiares e médicos, diminui estas perturbações psicológicas (Burgess et al., 2005; Thompson et al., 2013).

Crescimento Pós-Traumático

O diagnóstico de uma doença crónica como o cancro da mama, pode originar a percepção de mudanças positivas após este acontecimento, considerado potencialmente traumático para

as mulheres que o vivenciam, sendo este fenômeno classificado como crescimento pós-traumático (CPT [Posttraumatic Growth; PTG]; Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004). Este crescimento surge como consequência dos esforços psicológicos e cognitivos realizados para lidar com situações altamente desafiadoras (Tedeschi & Calhoun, 2004). De acordo com Silva, Moreira, e Canavarro (2011), apesar dos avanços na detecção precoce e da qualidade dos tratamentos do cancro da mama, este continua a ser uma potencial experiência traumática, que é suscetível de desencadear CPT. Ainda que a relação entre CPT e cancro da mama não se encontre totalmente clarificada na comunidade científica, alguns estudos têm demonstrado a ocorrência de CPT em doentes com cancro de mama associado a um melhor ajustamento psicológico à doença (Cordova et al., 2007; Danhauer et al., 2013; Weiss, 2002).

Nesta sequência, no estudo realizado por Weiss (2002), 98% das pacientes com cancro da mama descreveram que sofreram mudanças positivas significativas na sua vida ao longo do tempo. Na mesma linha, Danhauer e colaboradores (2013) que verificaram um aumento do CPT em mulheres com cancro da mama nos dois anos depois do diagnóstico, o que sugere um CPT a longo prazo. Numa outra linha de investigação, Cordova e colaboradores (2007) desenvolveram um estudo onde avaliaram os fatores que predizem o CPT em mulheres com cancro da mama. Verificaram que as mulheres experienciaram mudanças positivas 18 meses pós-trauma num grau de moderado a elevado, e que as mulheres mais novas apresentam níveis superiores de CPT. Em Portugal, Silva, Crespo e Canavarro (2012) investigaram o CPT em mulheres com cancro da mama em diferentes fases do ciclo psico-oncológico, e verificaram que todas as mulheres evidenciam CPT no período de 3 a 12 meses após o diagnóstico de cancro da mama, em áreas como o fortalecimento das relações interpessoais, novas possibilidades, melhor valorização da vida e mudança espiritual.

Neste contexto, é de salientar que nos últimos anos, a literatura indica que dos esforços para lidar e se adaptar ao cancro, resultam mudanças positivas como alterações nas suas prioridades e valores, maior valorização da vida e espiritualidade, relações pessoais mais satisfatórias e maior autoconfiança e maturidade (Cordova et al., 2007; Silva et al., 2012). Dado que o suporte social tem vindo a ser apontado como uma variável relevante no ajustamento ao processo oncológico, Lelorain e colaboradores (2012), estudaram a sua influência no crescimento pós-traumático em sobreviventes de cancro da mama. Estes autores verificaram que o crescimento pós-traumático estava associado a níveis de suporte social mais elevados. Resultados semelhantes foram reportados por Svetina e Nastran (2012), que verificaram a existência de uma relação de predição entre a satisfação com as relações familiares e o crescimento pós-traumático num grupo de mulheres com cancro da mama.

Acompanhamento Psicológico e Psicoterapia no Cancro da Mama

Ao diagnóstico de cancro da mama estão inerentes diversas implicações que afetam de forma significativa o quotidiano das mulheres em tratamento, dado que é durante este período que a mulher tem que enfrentar situações como a cirurgia, tratamentos complementares, incertezas em relação ao futuro, interrupção de algumas atividades diárias e de projetos de vida.

Neste seguimento, a intervenção psicoterapêutica em mulheres com o diagnóstico de cancro da mama, tem demonstrado a sua eficácia na diminuição de sintomas psicológicos como a ansiedade e a depressão, na utilização de estratégias que facilitem a regulação emocional, no aumento da expressão emocional, do suporte social percebido e do crescimento pós-traumático. Deste modo, serão apresentados alguns estudos que assim o demonstram.

Relativamente à ansiedade, no estudo desenvolvido ao longo de três anos por Kissane e colegas (2003), em 154 mulheres com cancro da mama foi possível verificar que no decurso da terapia em grupo, houve uma redução da ansiedade em comparação com o grupo de controlo de 149 mulheres.

No que se refere à depressão, o estudo de Kissane e colaboradores (2007), realizado numa amostra de 485 mulheres com cancro da mama avançado, permitiu verificar que a intervenção psicoterapêutica em grupo produziu efeitos positivos significativos na redução de sintomas depressivos e impedimento de novas perturbações depressivas. Resultados semelhantes foram apresentados por Antoni e colegas (2001), que realizaram uma investigação em mulheres com cancro da mama, obtendo uma redução significativa da depressão moderada como resultado de uma intervenção psicoterapêutica em grupo. Nesta linha de investigação, também Dowlatabadi e colaboradores (2016), testaram uma intervenção psicoterapêutica em grupo, em mulheres com cancro da mama, obtendo uma redução nos níveis de depressão comparando com o grupo de controlo.

Na literatura é frequente encontrar estudos que analisam a ansiedade e a depressão conjuntamente, são exemplos dessas investigações o estudo de Spiegel e colegas (1999), que verificaram reduções significativas nos níveis de ansiedade e depressão nas participantes seis meses após o início da intervenção psicoterapêutica em grupo, bem como o estudo realizado por Dolbeault e colegas (2009), que apresentaram reduções nos níveis de ansiedade e depressão fruto de uma intervenção psicoterapêutica em grupo em mulheres com cancro da mama. Numa meta-análise Ye e colaboradores (2018) concluíram que a terapia cognitivo-

comportamental produziu diferenças significativas na ansiedade e na depressão em pacientes e sobreviventes de cancro da mama.

Relativamente a expressão e regulação emocional, Morgan e Cooper (2015) verificaram que as pacientes sentem que as sessões de acompanhamento psicoterapêutico foram importantes na expressão e exploração de sentimentos positivos e negativos bem como, no processamento de emoções fortes. Resultados semelhantes foram encontrados por Cerezo, Ortiz-Talloas e Cardenal (2009), que constataram que mulheres que foram acompanhadas em terapia melhoraram a expressão de emoções negativas em comparação com as mulheres que não tiveram acompanhamento terapêutico. É ainda de salientar que estas pacientes no final da terapia evidenciaram uma melhoria no reconhecimento e na regulação das emoções negativas em comparação com o início da terapia (Cerezo, Ortiz-Talloas, & Cardenal, 2009). Neste contexto, também Cameron e colegas (2007), partindo da sua investigação concluíram que aos 12 meses de intervenção psicoterapêutica em grupo, as participantes demonstraram menos tendência para a supressão emocional. No estudo de Giese-Davis e colaboradores (2002), verificou-se que o grupo que realizou terapia de suporte-expressiva apresentou um aumento na auto-regulação emocional que se traduziu numa diminuição da supressão dos afetos negativos primários e na redução de comportamentos agressivos, improdentes, irresponsáveis e impulsivos em comparação com o grupo de controlo sem psicoterapia.

O suporte social em geral e a psicoterapia estruturada em particular são recursos importantes no processo oncológico no sentido em que afetam positivamente o ajustamento psicológico à doença e a sobrevivência (Spiegel, 1997). Num estudo longitudinal, conduzido por Spiegel (1997), realizado em mulheres com cancro da mama em estado avançado, eram constituídos dois grupos, um primeiro grupo que recebia, para além do tratamento médico, apoio de um grupo terapêutico e um segundo grupo que somente recebia tratamento médico. Ao longo do tempo foi possível verificar que as mulheres que frequentavam o grupo de apoio, mostravam-se incentivadas, planeavam estratégias para superar os problemas diários, e juntas enfrentavam a morte de outras. Kissane e colegas (2003), verificaram um aumento na satisfação com o suporte social após o início da psicoterapia em grupo numa amostra de 303 mulheres com cancro da mama. Neste sentido, é de destacar ainda o estudo de Hopko e colaboradores (2015) em que se verificou que o aumento do suporte social durante a psicoterapia, tanto em pacientes casadas que contam com o apoio dos companheiros como no caso de mulheres que são apoiadas por pessoas importantes, está associado ao resultado positivo do tratamento oncológico. Efetivamente, um relacionamento conjugal saudável, bem como o apoio prestado por familiares e amigos e o acompanhamento psicoterapêutico

facilitam a atenuação da depressão e um favorável ajustamento psicossocial a doença (Hopko et al., 2015).

No que se refere ao crescimento pós-traumático, Pat-Horenczyk e colegas (2015), estruturaram uma intervenção psicoterapêutica num grupo de 45 mulheres que se traduziu num aumento significativo do cpt comparando com o grupo de controlo de 49 participantes que não efetuou psicoterapia. Nesta sequência, Ramos e colaboradores (2016), verificaram que as pacientes manifestaram um crescimento pós-traumático significativo como resultado de uma intervenção psicoterapêutica em grupo para facilitar o crescimento pós-traumático.

De realçar que a grande maioria destes estudos referem-se principalmente à eficácia das intervenções psicoterapêuticas em grupo, sendo notória a ausência de estudos que demonstrem a eficácia da intervenção psicoterapêutica em contexto individual, nestas variáveis psicossociais.

No seguimento da literatura apresentada compreende-se que o acompanhamento psicoterapêutico contribui para uma diminuição dos problemas psicológicos nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama, facilita a comunicação com a família e com os profissionais de oncologia, proporciona a utilização de estratégias para lidar com a doença, o desenvolvimento de um processamento cognitivo deliberado no sentido de aumentar o ajustamento psicossocial à doença, promovendo o crescimento e desenvolvimento pessoal a partir do trauma vivido. Deste modo, é de salientar a importância da investigação realizada nesta área específica, no sentido de divulgar a relevância do acompanhamento psicológico em mulheres com cancro da mama nestas vertentes. A fim de aperfeiçoar os serviços terapêuticos prestados nesta área bem como, obter um maior reconhecimento tanto dos profissionais de saúde como dos próprios pacientes.

Atualmente deparamo-nos a existência de poucos estudos que analisem e clarifiquem a relação destas variáveis com a psicoterapia. Para além disso, este estudo revela-se também pertinente uma vez que pretende minimizar algumas das lacunas encontradas na literatura ao nível das possíveis relações entre a ansiedade, depressão, regulação emocional, expressão emocional, suporte social e crescimento pós-traumático.

De acordo com a revisão de literatura acima representada, o presente estudo tem como principais objectivos: 1) Avaliar as variáveis de ajustamento psicossocial em mulheres com o diagnóstico de cancro da mama, nomeadamente, ansiedade, depressão, regulação emocional, expressão emocional, suporte social e crescimento pós-traumático; 2) Comparar o ajustamento psicossocial em mulheres com cancro da mama que são ou foram acompanhadas em consulta de psicologia ou psicoterapia; 3) Avaliar as relações entre as variáveis de

ajustamento psicossocial em mulheres com o diagnóstico de cancro da mama, nomeadamente, ansiedade, depressão, regulação emocional, expressão emocional, suporte social e crescimento pós-traumático de acordo com o grupo em que se inserem, com ou sem psicoterapia.

Método

Desenho do Estudo

O delineamento é a estrutura lógica que orienta a recolha de dados e o seu tratamento numa investigação. No que se refere a este estudo concretamente, trata-se de um delineamento transversal de carácter comparativo, observacional, e descritivo. Estes delineamentos permitem comparar dois ou mais grupos, podendo tratar-se de um estudo homogéneo ou de grupos não equivalentes, escolhidos com base no critério de um grupo possuir uma característica específica de interesse para o estudo e o outro grupo não (Pais Ribeiro, 2010).

Procedimento

Os dados foram recolhidos na associação Movimento Vencer e Viver – Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa contra o Cancro, Lisboa e na Associação Amigas do Peito do Hospital Santa Maria, Lisboa, com as devidas autorizações da coordenadora do Movimento Vencer e Viver, Dra. Sofia Abreu (Anexo A) e da presidente da associação Amigas do Peito, Dra. Emília Vieira (Anexo B).

No que se refere à recolha de dados no Movimento Vencer e Viver, as participantes do estudo foram contactadas pessoalmente pela investigadora, presente no local. Na associação Amigas do Peito, a investigadora dirigiu-se ao internamento do Hospital Santa Maria e solicitou a participação das senhoras em fase de pré-cirurgia.

Em ambos os locais, e durante o primeiro contacto com a investigadora foram referidos os procedimentos e objectivos do estudo, reforçando as questões de anonimato e confidencialidade dos dados, e foi explicada a possibilidade de desistir da participação do estudo a qualquer momento sem qualquer consequência para a própria. Após aceitarem participar neste estudo, as senhoras assinavam o consentimento informado (Anexo C) e, seguidamente preenchiam a bateria de questionários, incluindo o questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial (Anexo D). Os questionários foram de auto-preenchimento e a recolha de dados decorria num único momento e na presença da

investigadora responsável. Relativamente às participantes em psicoterapia, tanto no Movimento Vencer e Viver como na Associação Amigas do Peito, as participantes foram contactadas pela psicóloga responsável pelo acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico, no Movimento Vencer e Viver Dra Ana Lúcia e na associação Amigas do Peito Dra. Beatriz Quintela e Dra Maria João Cunha, que solicitavam a participação das pacientes no final da consulta de psicoterapia.

Participantes

A amostra deste estudo não-probabilística, por conveniência e do tipo bola de neve, foi constituída por um total de 90 mulheres com diagnóstico de cancro da mama. Os critérios de seleção para participação no presente estudo foram os seguintes: mínimo de 18 anos, saber ler e escrever na língua portuguesa, doença no estágio I, II ou III e ser o primeiro diagnóstico de cancro da mama. Para a comparação entre grupos a amostra foi dividida em dois grupos: G1 - Grupo de 44 mulheres em tratamento local ou sistémico e que não foram acompanhadas em consulta de psicologia ou psicoterapia; G2 - grupo constituído por 46 mulheres em tratamentos local ou sistémico e que no momento do preenchimento estavam a ser ou já tinham sido acompanhadas em consulta de psicologia ou psicoterapia.

Material

Para a seleção dos instrumentos foi tido em conta a sua adequação para avaliação das variáveis em estudo, a sua estrutura, e a sua utilização ao nível nacional e internacional.

Foram contactados os autores das versões portuguesas dos questionários selecionados, no sentido de obter a sua autorização e informação sobre a sua validade, fiabilidade e cotação dos instrumentos. Os autores contactados forneceram autorização através do contacto via correio eletrónico (Anexo E).

Dados Sócio-Demográficos e Clínicos. Foi construído um questionário para a presente investigação com o objetivo de efectuar uma recolha mais pessoal e específica, acerca de dados sociodemográficos e clínicos pertinentes para o presente estudo. Como variáveis sociodemográficas considerou-se a idade, data de nascimento, nacionalidade, naturalidade, residência, escolaridade, estado civil e situação profissional. As variáveis clínicas estudadas foram o estadió da doença, tratamentos realizados, fase atual do tratamento, tempo desde o

diagnóstico até à data do preenchimento, ser o primeiro diagnóstico de cancro e acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico. Relativamente ao acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico, foram tidas em consideração as seguintes variáveis: local do acompanhamento, data de início da terapia, tempo de duração do acompanhamento, motivo da procura e tipo de terapia em grupo ou individual.

Ansiedade e Depressão. A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)] utilizada no presente estudo é adaptada da original (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond e Snaith (1983), traduzida e validada por Pais Ribeiro et al. (2007). Esta escala tem como objectivo avaliar a ansiedade e a depressão. É composta por 14 itens, divididos em duas sub-escalas: a HADS-A que mede a Ansiedade e é composta por 7 itens e a HADS-D que mede a Depressão e é composta pelos restantes 7 itens. Cada item tem 4 respostas possíveis, que vão variando ao longo da escala sendo pontuadas individualmente de 0 (*tanto como antes*) ou (*nunca*) a 3 (*completamente*) ou (*tenho o mesmo interesse de sempre*), numa escala de tipo *Likert*, o que permite pontuações que variam entre 0 e 21 para a ansiedade e 0 a 21 para a depressão. Os valores são cotados para cada sub-escala e segundo o manual, os valores indicam que uma pontuação entre 0 e 7 significa ausência de sintomatologia, entre 8 e 10 – sintomatologia considerada leve, entre 11 e 14 – sintomatologia moderada e entre 15 e 21 - sintomatologia considerada severa. A consistência interna da sub-escala Ansiedade é $\alpha = 0,76$ e para a sub-escala Depressão $\alpha = 0,81$ (Pais Ribeiro et al. 2007).

Regulação Emocional. Foi utilizada a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE) adaptada da original (Difficulties in Emotion Regulation Scale) de Gratz e Roemer (2004) validada e traduzida para a população portuguesa por Coutinho et al. (2010), tem como objetivo avaliar as dificuldades na regulação emocional, mais especificamente os níveis típicos de desregulação emocional. Divide-se em seis domínios: Não Aceitação; Objectivos; Impulsos; Estratégias; Consciência e Clareza. Contém 35 itens numa escala *Likert* de 5 pontos do 1 (*quase nunca se aplica a mim*) ao 5 (*aplica-se quase sempre a mim*). Uma pontuação mais elevada indica maiores dificuldades de regulação emocional. Esta escala revelou possuir elevados valores de consistência interna ($\alpha = 0,93$) e nas sub-escalas o alfa de *Cronbach* varia entre 0,74 e 0,88) (Coutinho et al., 2010).

Expressão Emocional. O Inventário de Distress Emocional (Distress Disclosure Index – DDI, Kahn & Hessling, 2001) foi utilizado na versão portuguesa de Ramos e colaboradores

(2016). Tem como objectivo avaliar a tendência para a expressão emocional. Este inventário é constituído por 12 itens numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, de 1 (Discordo *totalmente*) a 5 (Concordo *totalmente*). A pontuação varia de 12 a 60 pontos; elevada pontuação indica elevada tendência para expressão emocional; baixa pontuação indica elevada tendência para retraimento emocional. Este inventário apresenta excelente consistência interna (Ramos, 2016), com um valor de alfa de *Cronbach* de 0,93 (Kahn & Hessling, 2001).

Suporte Social. Foi utilizada a escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP) a qual foi adaptada da original (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) de Zimet et al. (1988), traduzida e validada para a população portuguesa por Carvalho (2006). Esta escala avalia o suporte social percebido pelos sujeitos, em três domínios: Família, Amigos e Outros Significativos. Esta escala é constituída por 12 itens que são avaliados numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, de 1 (*Discorda completamente*) ao 7 (*Concorda completamente*). A cotação de cada uma das 3 sub-escalas faz-se somando os quatro itens e dividindo por quatro, o valor do total da escala obtém-se somando todos os 12 itens e dividindo por 12. A pontuação máxima de cada sub-escala bem como do total da escala é 7. Esta escala apresenta uma boa consistência interna com valores entre 0,85 e 0,95 considerando as três sub-escalas, os três grupos em estudo (população geral, estudantes e doentes) em ambos os géneros (Carvalho, 2006).

Crescimento Pós-Traumático. O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT) adaptado do original (Posttraumatic Growth Inventory), de Tedeschi e Calhoun (1996) traduzido e validado para a população portuguesa por Silva e Canavarro (2009). Foi utilizado para o presente estudo. Esta escala avalia o grau de mudanças positivas percebidas pelo indivíduo após um acontecimento traumático e é constituído por 21 itens divididos em 5 subescalas: Relações Interpessoais, Novas Possibilidades, Competências Pessoais, Desenvolvimento Espiritual e Valorização da Vida. Na versão portuguesa, estão presentes 4 sub-escalas: Percepção de Recursos e Competências Pessoais, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, Fortalecimento das Relações Interpessoais, Desenvolvimento Espiritual. O preenchimento é realizado de acordo com uma escala de tipo *Likert* de 6 pontos, do 0 (*eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença*) ao 5 (*eu experienciei completamente esta doença como resultado da minha doença*). Considera-se que é indicativo de um maior crescimento pós-traumático uma pontuação mais elevada. Na versão portuguesa,

o IDPT apresenta uma boa consistência interna para a escala total ($\alpha = 0,94$ e para as sub-escalas o alfa de *Cronbach* varia entre 0,81 e 0,87 (Silva et al., 2009).

Análise de Dados

No que se refere à análise de dados, primeiramente, procedemos à estatística descritiva para efeitos de caracterização da amostra, organizando os dados sociodemográficos (Tabela 1), bem como os dados clínicos e os dados referentes a psicoterapia (Tabela 2).

De acordo com o primeiro objectivo, os dados referentes às variáveis psicossociais quer para a amostra total (Tabela 3), quer para o grupo sem psicoterapia com psicoterapia (Tabela 4), foram avaliados relativamente à média, desvio-padrão, mínimo, máximo, assimetria e curtose. A fiabilidade das variáveis psicossociais foi avaliada para a amostra total através do alfa de Cronbach (Tabela 3).

No sentido de concretizar o segundo objectivo foi aplicado o teste paramétrico ANOVA factorial (*two-way*), com o objetivo de testar as diferenças entre grupos no ajustamento psicossocial ao cancro da mama, ou seja, comparar as variáveis dos dois grupos em estudo (sem e com psicoterapia, G1 e G2). Para proceder a realização deste teste, foi necessário ter em consideração os pressupostos dos testes paramétricos para amostras independentes, nomeadamente, verificar se a variável dependente apresentava distribuição normal (assimetria <3 ; curtose <7) e ainda o pressuposto da homocedasticidade para avaliar se as populações eram homogéneas, através do teste de Levene ($p <0,05$) (Maroco, 2011). Uma vez que os pressupostos se verificaram foi realizado o teste paramétrico, colocando a questão: “Será que existem diferenças significativamente estatísticas entre os níveis das médias dos grupos (G1 e G2)?” Para além de ter em consideração o valor de p , foi ainda considerado o valor do eta quadrado parcial (dimensão de efeito) e a potência observada (potência do teste).

No que diz respeito ao terceiro objetivo, para avaliar as relações entre as variáveis foi utilizado o teste da Regressão Linear Múltipla, de modo a explorar a relação preditora entre as variáveis em estudo. Neste sentido, foram realizadas quatro regressões lineares múltiplas. No primeiro modelo de regressão linear múltipla, pretendia-se avaliar a expressão emocional como variável dependente e a ansiedade, a depressão, a regulação emocional, o suporte social e o crescimento pós-traumático como variáveis independentes. O segundo modelo de regressão linear múltipla apresentava como variável dependente o suporte social e como variáveis independentes a ansiedade, a depressão, a regulação emocional, a expressão emocional e o crescimento pós- traumático. O terceiro modelo de regressão linear múltipla,

tinha como objetivo avaliar a relação preditora entre o crescimento pós-traumático (variável dependente) e a ansiedade, a depressão, a regulação emocional, a expressão emocional e o suporte social (variáveis independentes). No último modelo de regressão linear múltipla a depressão constituiu-se como variável dependente e a ansiedade, a regulação emocional, a expressão emocional, o suporte social e o crescimento pós-traumático Como variáveis independentes. Para a realização deste teste foi necessária a verificação dos pressupostos da regressão: relação linear entre a variável dependente e as variáveis independentes, os erros serem independentes, a distribuição normal dos erros e a variância constante dos erros. Assim, avaliou-se a presença de autocorrelações nos erros com scores aproximados a 2 e para verificar a multicolinearidade o valor de factor da inflação da variância deveria ser 5 (Maroco, 2011).

Seguidamente foi ajustado o modelo, verificada a significância do modelo anova da regressão linear (verificar se a variação da variável dependente é explicada significativamente pela variação das variáveis independentes como previsto pelo modelo ajustado) e ainda foi avaliada a significância prática do modelo ou seja, um valor superior a 0,5 caracteriza-se como sendo muito elevado, entre 0,25 e 0,5 denomina-se elevado, entre 0,05 e 0,25 médio e um valor inferior ou igual a 0,05 baixo (Maroco 2011).

O programa utilizado para as análises estatísticas será o SPSS (Statistics Package for the Social Sciences) v.25 em que um valor de $p < 0,05$ será considerado ser estatisticamente significativo.

Resultados

Dados Sociodemográficos

Na tabela 1 são apresentadas as estatísticas descritivas referentes aos dados sociodemográficos para a amostra total ($n = 90$) que se divide em dois grupos, grupo de mulheres sem psicoterapia (G1; $n = 44$) e com psicoterapia (G2; $n = 46$). Para a amostra total, em relação a idade, a média de idades desta amostra é de 53,18 anos ($M = 53,18$; $DP = 10,71$), sendo que, G1 apresenta uma média de idades correspondente a 53,45 anos ($M = 53,45$; $DP = 12,50$) e G2 apresenta uma média de idades de 52,91 anos ($M = 52,91$; $DP = 8,80$). Esta amostra foi constituída por 81 mulheres portuguesas (90%), duas angolanas (2,2%), cinco caboverdianas (5,6%) e duas são-tomenses (2,2%). Quanto às habilitações literárias, 13 mulheres tinham o 4.º ano de escolaridade (14,4%), 17 mulheres tinham o 9º ano (18,9%), 31 participantes tinham o 12.º ano (34,4%), e 21 mulheres eram licenciadas (23,3%).

Relativamente ao estado civil, a maioria das mulheres eram casadas (n = 40; 44,4%); 14 estavam em união de facto (15,5%) e 21 divorciadas (23,3%). Em relação à situação profissional, 17 encontravam-se no momento da recolha de dados ativas (18,9%), 20 desempregadas (22,2%), 31 em baixa médica (34,4%) e 20 reformadas (22,2%).

Tabela 1

Características Sócio-Demográficas para a Amostra Total (n = 90) e para os Grupos

Variável	Amostra Total (n = 90)		G1 (Sem Psicot) (n = 44)		G2 (Com Psicot) (n = 46)	
Local						
MVV	59	65,6	31	70,5	28	60,9
Amigas do Peito	31	34,4	13	29,5	18	39,1
Idade (M, DP)	53,18	10,71	53,45	12,50	52,91	8,80
Nacionalidade						
Portuguesa	81	90	42	95,5	39	84,8
Angolana	2	2,2	1	2,3	1	2,2
Cabo Verdiana	5	5,6	—	—	1	2,2
São Tomense	2	2,2	1	2,3	5	10,9
Naturalidade						
Grande Lisboa	44	50	20	46,5	24	53,3
Península de Setúbal	6	6,8	3	7	3	6,7
Angola	6	6,8	3	7	3	6,7
Alentejo Central	5	5,7	4	9,3	1	2,2
Cabo Verde	5	5,7	—	—	5	11,1
Residência						
Grande Lisboa	54	60	26	59,1	28	60,9
Península de Setúbal	19	21,1	11	25	8	17,4
Oeste	3	3,3	2	4,5	1	2,2
Lezíria do Tejo	3	3,3	—	—	3	6,5
Habilitações Literárias						
4 ^a classe	13	14,4	8	18,2	5	10,9
6 ^o ano	6	6,7	2	4,5	4	8,7
7 ^o ano	1	1,1	1	2,3	—	—
9 ^o ano	17	18,9	10	22,7	7	15,2
12 ^o ano	31	34,4	15	34,1	16	34,8
Licenciatura	21	23,3	8	18,2	13	28,3
Mestrado	1	1,1	—	—	1	2,2
Estado Civil						
Solteiro	6	6,7	3	6,8	3	6,5
Casado	40	44,4	18	40,9	22	47
União de facto	14	15,5	7	15,9	7	15,2
Divorciado	21	23,3	9	27,3	9	19,6
Viúvo	9	10	4	9,1	5	10,9
Situação Profissional						
Ativa	17	18,9	5	11,4	12	26,1
Desempregada	20	22,2	13	29,5	7	15,2
Baixa médica	31	34,4	16	36,4	15	32,6
Reformada	20	22,2	10	22,7	10	21,7
Doméstica	1	1,1	—	—	1	2,2
Outra	1	1,1	—	—	1	2,2

Dados Clínicos

Na Tabela 2 são apresentados os dados clínicos para a amostra total bem como para o G1 e G2. Assim, para a amostra total, a maioria das participantes apresentou estadios 2 ($n = 42$; 46,7%), e estadios 3 ($n = 16$; 17,8%), sendo que 27 participantes neste estudo não reportaram o estadios do seu cancro (30%). Quanto ao ciclo de tratamentos, a maior parte das participantes realizaram cirurgia conservadora, quimioterapia e radioterapia ($n = 27$; 30%), 20 mulheres efetuaram o ciclo mastectomia, quimioterapia e radioterapia (22,5%) e 9 participantes realizaram mastectomia e quimioterapia (10,1%). No que concerne à frequência de cada tratamento, 54 mulheres realizaram cirurgia conservadora (60,7%), 50 realizaram mastectomia (56,2%), 69 efetuaram ciclos de quimioterapia (77,5%), 58 realizaram radioterapia externa (65,2%) e 27 iniciaram terapia hormonal (32,6%). No momento da recolha de dados, em quimioterapia estavam 13 mulheres (14,4%), em radioterapia 26 (28,9%) e em terapia hormonal 27 participantes (30%). Para a grande maioria das participantes tratava-se do seu primeiro diagnóstico de cancro ($n = 88$; 97,8%). Relativamente ao tempo de diagnóstico até à data da recolha de dados, a média da amostra total foi de 22,69 meses ($DP = 35,87$); G1 apresentou uma média de 16,66 meses até a data de preenchimento do questionário ($DP = 20,46$) e o G2 apresentou uma média de 28,58 meses ($DP = 45,75$).

Dados Relacionados com a Psicoterapia

No que respeita ao acompanhamento psicoterapêutico (G2), 10 (21,7%) das participantes foram acompanhadas no IPO LFG, 17 (37%) mulheres efetuaram psicoterapia no Movimento Vencer e Viver da Liga Portuguesa Contra o Cancro, e 18 (39,1%) participantes foram acompanhadas em psicoterapia na associação Amigas do Peito do Hospital Santa Maria. O tempo médio de duração do acompanhamento psicoterapêutico foi de 20,20 meses ($DP = 44,96$). Relativamente aos motivos de procura da psicoterapia, 15 (33,3%) participantes indicaram medos relacionados com o cancro da mama, 10 (22,2%) referiram impacto do cancro da mama nas suas vidas, cinco (11,1%) participantes apontaram sintomas depressivos e quatro (8,9%) mulheres indicaram dificuldades em lidar com a imagem corporal como principal motivo de recorrerem a psicoterapia. No que se refere ao tipo de psicoterapia, 36 (78,3%) das participantes realizaram psicoterapia individual e 10 (21,7%) terapia individual e posteriormente em grupos. Os restantes dados descritivos encontram-se organizados na Tabela 2.

Tabela 2

Características Clínicas para a Amostra Total (n = 90) e para os Grupos

Variável	Amostra Total (n = 90)		G1 (Sem Psicot) (n = 44)		G2 (Com Psicot) (n = 46)	
Estadio da doença						
Estadio I	4	4,4	3	6,8	1	2,2
Estadio II	42	46,7	22	50	20	43,5
Estadio III	16	17,8	8	18,2	8	17,4
Estadio IV	1	1,1	—	—	1	2,2
Não reportou	27	30	11	25	16	34,8
Tratamentos (total)						
Mastectomia, Quimioterapia e Radioterapia	20	22,5	13	29,5	7	15,2
Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia	8	9,0	—	—	8	17,4
Mastectomia e Quimioterapia	9	10,1	6	13,6	3	6,5
Tratamentos específicos						
Cirurgia Conservadora	54	60,7	10	23,3	25	54,3
Mastectomia	50	56,2	29	67,4	21	45,7
Quimioterapia	69	77,5	34	79,1	35	76,1
Radioterapia Externa	58	65,2	24	55,8	34	73,9
Terapia Hormonal	29	32,6	11	25,6	18	39,1
Terapia Biológica	2	2,2	—	—	2	4,3
Tratamento actual						
Pré-operatório	3	3,3	1	2,3	2	4,3
Pós-operatório	10	11,1	8	18,2	2	4,3
Quimioterapia	13	14,4	7	15,9	6	13,0
Radioterapia	26	28,9	16	36,4	10	21,7
Terapia Hormonal	27	0,0	10	22,7	17	37
Alta médica	4	4,4	1	2,3	3	6,5
Follow-up	6	6,7	1	2,3	5	10,9
Terapia Biológica	1	1,1	—	—	1	2,2
Tempo de diagnóstico (M, DP)	22,69	35,87	16,66	20,46	28,58	45,75
Primeiro diagnóstico (Sim)	88	97,8	42	95,5	46	100
Local de acompanhamento						
Sem acompanhamento	44	48,9	—	—	—	—
IPO	10	11,1	—	—	10	21,7
MVV	17	18,9	—	—	17	37
Amigas do Peito	18	20	—	—	18	39,1
Clínica Privada	1	2,2	—	—	1	2,2
Duração do acompanhamento (M, DP)	10,32	33,54	—	—	20,20	44,96
Motivos						
Sem acompanhamento	44	49,4	—	—	—	—
Medos relacionados com o cancro da mama	15	16,9	—	—	15	33,3
Dificuldades de expressão Emocional	2	2,2	—	—	2	4,4

Dificuldades em lidar com imagem corporal	4	4,5	—	—	4	8,9
Dificuldades em resolver situações relacionadas com o cancro da mama	3	3,4	—	—	3	6,7
Sintomas depressivos	5	5,6	—	—	5	11,1
Dificuldades em manter o equilíbrio emocional	1	1,1	—	—	1	2,2
Dificuldades em lidar com a separação dos filhos	1	1,1	—	—	1	2,2
Morte de um familiar	1	1,1	—	—	1	2,2
Impacto do cancro da mama	10	11,2	—	—	10	22,2
Prevenção	1	1,1	—	—	1	2,2
Dificuldades sociais e Relacionais	2	2,2	—	—	2	4,4
Tipo de psicoterapia						
Sem psicoterapia	44	48,9	—	—	—	—
Individual	36	40,0	—	—	36	78,3
Individual e grupo	10	11,1	—	—	10	21,7

Dados Psicossociais

A Tabela 3 apresenta o alfa de *Cronbach* e a estatística descritiva para a amostra total. Os valores médios totais para as variáveis psicossociais, assim sendo, para a amostra total, na HADS, utilizada para medir os níveis de ansiedade e de depressão, a Ansiedade apresentou um valor médio de 1,26 ($DP = 0,62$; Min = 0; Max = 2) e a Depressão 0,90 ($DP = 0,67$; Min = 0; Max = 2). A Regulação Emocional, mensurada através da EDRE apresentou um valor médio total de 2,44 ($DP = 0,71$; Min = 1; Max = 4), sendo que, a média obtida na sub-escala Estratégias foi de 2,36 ($DP = 0,74$; Min = 1; Max = 4), na sub-escala Não-Aceitação foi de 2,38 ($DP = 1,00$; Min = 1; Max = 5), na sub-escala Consciência o valor médio observado foi de 2,64 ($DP = 0,89$; Min = 1; Max = 4), na sub-escala Impulsos, a média foi de 2,34 ($DP = 0,90$; Min = 1; Max = 4), na sub-escala Objetivos a média obtida foi de 2,79 ($DP = 0,82$; Min = 1; Max = 5) e na sub-escala Clareza foi de 2,45 ($DP = 0,82$; Min = 1; Max = 5).

Na variável psicossocial Expressão Emocional, medida através do DDI, o valor médio obtido para a amostra total foi de 3,37 ($DP = 1,01$; Min = 1; Max = 5). O Suporte Social, mensurado pela MSPSS, apresentou um valor médio para a amostra total de 5,19 ($DP = 1,15$; Min = 1; Max = 7), sendo que, na sub-escala Amigos os valores médios foram de 5,09 ($DP = 1,56$; Min = 1; Max = 7), na sub-escala Família a média observada foi de 5,33 ($DP = 1,46$; Min = 1; Max = 7) e na sub-escala Outros, a média obtida foi de 5,13 ($DP = 1,94$; Min = 1; Max = 7).

7). No que se refere ao Crescimento Pós-traumático, medido através do IDPT, o valor médio da escala total foi de 3,11 ($DP = 1,18$; Min = 0; Max = 5), sendo que, na sub-escala Relações com Outros obtivemos uma média de 3,17 ($DP = 1,27$; Min = 0; Max = 5), na sub-escala Novas Possibilidades o valor médio foi de 2,94 ($DP = 1,41$; Min = 0; Max = 5), a sub-escala Força Pessoal apresentou uma média de 3,48 ($DP = 1,14$; Min = 0; Max = 5), na sub-escala Mudança Espiritual obteve-se a média de 2,34 ($DP = 1,72$; Min = 0; Max = 5) e a sub-escala Valorização da Vida apresentou média de 3,31 ($DP = 1,26$; Min = 0; Max = 5). Os dados relativos às variáveis psicossociais por grupo (G1 e G2) estão dispostos na Tabela 4.

Tabela 3

Variáveis Psicossociais para a Amostra Total (n = 90)

Variável	α	M	DP	Assimetria	Curtose	Mín	Máx
Ansiedade	0,78	1,26	0,62	-0,35	-0,80	0	2
Depressão	0,74	0,90	0,67	0,45	-0,99	0	2
Regulação Emocional	0,92	2,44	0,71	0,29	-0,89	1	4
Estratégias	0,76	2,36	0,74	0,22	-0,84	1	4
Não aceitação	0,77	2,38	1,00	0,52	-0,42	1	5
Consciência	0,86	2,64	0,89	0,28	-1,07	1	4
Impulsos	0,80	2,34	0,90	0,22	-1,04	1	4
Objectivos	0,62	2,79	0,82	0,25	-0,24	1	5
Clareza	0,70	2,45	0,82	0,62	-0,12	1	5
Expressão Emocional	0,92	3,37	1,01	-0,25	-1,14	1	5
Suporte Social	0,95	5,19	1,15	-0,88	-0,12	1	7
Amigos	0,92	5,09	1,56	-0,74	-0,40	1	7
Família	0,90	5,33	1,46	-0,85	0,14	1	7
Outros	0,96	5,13	1,94	-0,73	-1,03	1	7
Crescimento Pós-Traumático	0,95	3,11	1,18	-0,41	-0,90	0	5
Relações com outros	0,90	3,17	1,27	-0,50	-1,00	0	5
Novas Possibilidades	0,88	2,94	1,41	-0,48	-0,81	0	5
Força Pessoal	0,82	3,48	1,14	-0,61	-0,44	0	5
Mudança espiritual	0,74	2,34	1,72	0,20	-1,29	0	5
Valorização da vida	0,80	3,31	1,26	-0,51	-0,67	0	5

Tabela 4

Variáveis Psicossociais para os dois Grupos

Variável	G1 (Sem Psicoterapia) (n = 44)						G2 (Com Psicoterapia) (n = 46)					
	M	DP	Ass ^a	Curt ^b	Min	Máx	M	DP	Ass ^a	Curt ^b	Min	Máx
Ansiedade	1,32	0,64	-0,45	-0,46	0	2	1,20	0,61	-0,29	-1,09	0	2
Depressão	1,12	0,70	-0,25	-1,32	0	2	0,68	0,56	1,28	1,63	0	2
Regulação Emocional	2,67	0,72	-0,22	-0,55	1	4	2,22	0,63	0,80	-0,31	1	4
Estratégias	2,47	0,79	-0,01	-1,07	1	4	2,26	0,70	0,44	-0,32	1	4
Não aceitação	2,58	0,97	-0,07	-0,58	1	5	2,19	1,00	1,15	0,74	1	5
Consciência	3,10	0,84	-0,32	-1,29	2	4	2,20	0,71	0,86	0,90	1	4
Impulsos	2,51	0,84	-0,07	-0,84	1	4	2,18	0,94	0,55	-0,88	1	4
Objectivos	2,90	0,82	0,10	-0,44	1	4	2,68	0,80	0,18	0,12	1	5
Clareza	2,81	0,98	0,11	-0,43	1	5	2,10	0,71	1,05	1,49	1	4
Expressão Emocional	2,85	0,92	0,31	-0,57	1	5	3,87	0,24	-0,84	-0,39	2	5
Suporte Social	4,52	1,69	-0,15	-1,13	1	7	5,82	0,83	-1,10	1,52	3	7
Amigos	4,39	1,68	-0,07	-1,09	1	7	5,77	1,10	-1,50	3,47	2	7
Família	4,71	1,63	-0,27	-0,60	1	7	5,92	0,98	-1,14	1,42	3	7
Outros	4,46	2,12	-0,21	-1,66	1	7	5,78	1,52	-1,30	0,49	2	7
Crescimento Pós-Traumático	2,48	1,13	0,28	-0,62	0	5	3,71	0,88	-1,14	1,07	1	5
Relações com outros	2,49	1,26	0,28	-1,03	0	5	3,81	0,89	-1,29	1,59	1	5
Novas Possibilidades	2,28	1,33	0,12	-0,75	0	5	3,58	1,19	-1,36	1,62	0	5
Força Pessoal	2,86	1,03	-0,16	-0,08	0	5	4,06	0,91	-1,58	2,37	1	5
Mudança espiritual	2,01	1,53	0,32	-0,91	0	5	2,73	1,83	-0,03	-1,52	0	5
Valorização da vida	2,72	1,22	0,21	-0,29	0	5	3,87	1,03	-1,51	1,99	1	5

Notas. a – assimetria; b – curtose.

Comparação entre Grupos

No sentido de realizar o teste paramétrico, foi analisada a normalidade da amostra e a homogeneidade das variâncias. A amostra apresentou distribuição normal para todas as variáveis ($Sk < 3$; $Ku < 7$), de acordo com os valores apresentados na Tabela 3 e na Tabela 4 (Maroco, 2011). No que concerne à homogeneidade das variâncias, verificou-se a homogeneidade para todas as variáveis à excepção das seguintes: depressão, na sub-escala consciência e sub-escala clareza da regulação emocional, no suporte social e nas três sub-escalas (amigos, família e outros), no crescimento pós-traumático e nas sub-escalas relações com outros e mudança espiritual. No entanto, e tendo em consideração o tamanho da amostra recorreu-se ao Teorema do Limite Central, procedendo-se à realização do teste paramétrico anova factorial two-way (Marôco 2011).

Os resultados da ANOVA factorial (Tabela 5) revelam que existiram diferenças significativas entre os grupos para as seguintes variáveis: (a) Depressão ($F(1,89) = 10,94; p = 0,001; n^2_p = 0,11; \pi = 0,91$) sendo que o grupo de participantes que realizaram psicoterapia (G2) apresentaram média mais baixa ($M = 0,68; DP = 0,56$) em comparação com o grupo de participantes que não realizou psicoterapia (G1); (b) Regulação Emocional ($F(1,89) = 10,14; p = 0,002; n^2_p = 0,10; \pi = 0,88$) sendo que G2 apresentou média mais baixa ($M = 2,22; DP = 0,63$) em comparação com G1; (c) sub-escala Consciência da regulação emocional ($F(1,89) = 30,21; p < 0,001; n^2_p = 0,26; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais baixa ($M = 2,20; DP = 0,71$) em comparação com G1; (d) sub-escala Clareza da regulação emocional ($F(1,89) = 15,88; p < 0,001; n^2_p = 0,15; \pi = 0,98$) sendo que G2 apresentou média mais baixa ($M = 2,10; DP = 0,71$) em comparação com G1; (e) Expressão Emocional ($F(1,89) = 30,72; p < 0,001; n^2_p = 0,26; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 3,87; DP = 0,24$) em comparação com G1; (f) Suporte Social ($F(1,89) = 21,83; p < 0,001; n^2_p = 0,199; \pi = 0,996$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 5,82; DP = 0,83$) em comparação com G1; (g) sub-escala Amigos do suporte social ($F(1,89) = 21,35; p < 0,001; n^2_p = 0,20; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 5,77; DP = 1,10$) em comparação com G1; (h) sub-escala Família do suporte social ($F(1,89) = 18,43; p < 0,001; n^2_p = 0,17; \pi = 0,99$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 5,92; DP = 0,98$) em comparação com G1; (i) sub-escala Outros do suporte social ($F(1,89) = 11,59; p = 0,001; n^2_p = 0,12; \pi = 0,92$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 5,78; DP = 1,52$) em comparação com G1; (j) Crescimento pós-traumático ($F(1,89) = 33,75; p < 0,001; n^2_p = 0,28; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 3,71; DP = 0,88$) em comparação com G1; (k) sub-escala Relações com Outros do crescimento pós-traumático ($F(1,89) = 32,99; p < 0,001; n^2_p = 0,27; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 3,81; DP = 0,89$) em comparação com G1; (l) sub-escala Novas Possibilidades do crescimento pós-traumático ($F(1,89) = 24,08; p < 0,001; n^2_p = 0,22; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 3,58; DP = 1,19$) em comparação com G1; (m) sub-escala Força Pessoal do crescimento pós-traumático ($F(1,89) = 34,08; p < 0,001; n^2_p = 0,28; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 4,06; DP = 0,91$) em comparação com G1; (n) sub-escala Mudança Espiritual do crescimento pós-traumático ($F(1,89) = 4,01; p = 0,048; n^2_p = 0,04; \pi = 0,51$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 2,73; DP = 1,83$) em comparação com G1; (o) sub-escala Valorização da Vida ($F(1,89) = 23,48; p < 0,001; n^2_p = 0,22; \pi = 1,00$) sendo que G2 apresentou média mais elevada ($M = 3,87; DP = 1,03$) em comparação com G1.

Tabela 5

Comparação entre Grupos

Variável	G1 (Sem Psicoterapia) (<i>n</i> = 44)		G2 (Com Psicoterapia) (<i>n</i> = 46)		ANOVA factorial			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (1,89)	<i>p</i>	η^2_p	π
Ansiedade	1,32	0,64	1,20	0,61	0,83	0,365	0,01	0,15
Depressão	1,12	0,70	0,68	0,56	10,94	0,001	0,11	0,91
Regulação Emocional	2,67	0,72	2,22	0,63	10,14	0,002	0,10	0,88
Estratégias	2,47	0,79	2,26	0,70	1,87	0,175	0,02	0,27
Não aceitação	2,58	0,97	2,19	1,00	3,64	0,060	0,04	0,47
Consciência	3,10	0,84	2,20	0,71	30,21	<0,001	0,26	1,00
Impulsos	2,51	0,84	2,18	0,94	3,00	0,087	0,03	0,40
Objectivos	2,90	0,82	2,68	0,80	1,75	0,189	0,02	0,26
Clareza	2,81	0,98	2,10	0,71	15,88	<0,001	0,15	0,98
Expressão Emocional	2,85	0,92	3,87	0,24	30,72	<0,001	0,26	1,00
Suporte Social	4,52	1,69	5,82	0,83	21,83	<0,001	0,20	1,00
Amigos	4,39	1,68	5,77	1,10	21,35	<0,001	0,20	1,00
Família	4,71	1,63	5,92	0,98	18,43	<0,001	0,17	0,99
Outros	4,46	2,12	5,78	1,52	11,59	0,001	0,12	0,92
Crescimento Pós-Traumático	2,48	1,13	3,71	0,88	33,75	<0,001	0,28	1,00
Relações com outros	2,49	1,26	3,81	0,89	32,99	<0,001	0,27	1,00
Novas	2,28	1,33	3,58	1,19	24,08	<0,001	0,22	1,00
Possibilidades	2,86	1,03	4,06	0,91	34,08	<0,001	0,28	1,00
Força Pessoal	2,86	1,03	4,06	0,91	34,08	<0,001	0,28	1,00
Mudança espiritual	2,01	1,53	2,73	1,83	4,01	0,048	0,04	0,51
Valorização da vida	2,76	1,22	3,87	1,03	23,48	<0,001	0,21	1,00

Modelos Explicativos das Relações entre as Variáveis

Após a leitura e análise dos pressupostos da Regressão (VIF e Durbin-Watson) passamos a apresentar os resultados das quatro regressões lineares múltiplas efetuadas.

Na primeira regressão múltipla realizada pretendeu verificar-se a relação preditora entre a variável critério (dependente) expressão emocional e as variáveis independentes ansiedade, depressão, regulação emocional, suporte social e crescimento pós-traumático. As regressões para o G1 estão dispostas na Tabela 6 e as regressões para o G2 estão dispostas na Tabela 7.

Neste sentido, no G1 o modelo foi significativo ($F(5,38) = 8,50$; $p < 0,001$). Assim, neste grupo sem psicoterapia foram variáveis predictoras significativas do modelo a regulação emocional ($\beta = -0,50$; $p = 0,005$) e o suporte social ($\beta = 0,36$; $p = 0,028$), sendo que as variáveis ansiedade ($\beta = 0,21$; $p = 0,243$), depressão ($\beta = -0,09$; $p = 0,608$) e crescimento pós-

traumático ($\beta = 0,09$; $p = 0,510$) não foram variáveis preditoras significativas da expressão emocional. Este modelo explicou uma variância elevada de expressão emocional (R^2 ajustado = 47%) (Marôco, 2011).

No G2, o modelo também foi significativo ($F(5,40) = 3,26$; $p = 0,015$). No grupo de participantes em psicoterapia, a regulação emocional foi uma variável preditora significativa da expressão emocional ($\beta = -0,61$; $p = 0,003$), sendo que variáveis como a ansiedade ($\beta = 0,13$; $p = 0,384$), a depressão ($\beta = 0,14$; $p = 0,490$), o suporte social ($\beta = -0,20$; $p = 0,155$) e o crescimento pós-traumático ($\beta = 0,15$; $p = 0,324$) não foram preditoras significativas do modelo. Este modelo explicou aproximadamente 20% da variância da expressão emocional. Isto foi uma dimensão de efeito média (Marôco, 2011).

A segunda regressão apresentou um modelo no qual a variável critério (dependente) foi o suporte social sendo as variáveis independentes a ansiedade, a depressão, a regulação emocional, a expressão emocional e o crescimento pós-traumático. Assim sendo, para o G1 verificámos que o modelo é significativo ($F(5,38) = 9,51$; $p < 0,001$), sendo variáveis preditoras significativas do modelo a expressão emocional ($\beta = 0,34$; $p = 0,028$) e o crescimento pós-traumático ($\beta = 0,29$; $p = 0,022$). Não foram preditoras significativas as seguintes variáveis: a ansiedade ($\beta = 0,08$; $p = 0,635$), a depressão ($\beta = -0,28$; $p = 0,111$) e a regulação emocional ($\beta = -0,13$; $p = 0,459$). O modelo explicou aproximadamente 50% da variância do suporte social. Isto foi uma dimensão de efeito elevada (Marôco, 2011). No G2 verificámos que o modelo não foi significativo ($F(5,40) = 1,26$; $p = 0,299$).

Na terceira regressão observámos um modelo no qual o crescimento pós-traumático se constitui como variável critério (dependente), e a ansiedade, a depressão, a regulação emocional, a expressão emocional e o suporte social como variáveis independentes. Neste sentido, no G1 observámos que o modelo é significativo ($F(5,38) = 3,48$; $p = 0,011$). Deste modo, o suporte social foi uma variável preditora significativa do modelo ($\beta = 0,45$; $p = 0,022$). Por outro lado, a ansiedade ($\beta = -0,02$; $p = 0,918$), a depressão ($\beta = -0,19$; $p = 0,381$), a regulação emocional ($\beta = 0,25$; $p = 0,263$) e a expressão emocional ($\beta = 0,13$; $p = 0,510$) não são preditoras significativas do modelo. Este modelo explicou aproximadamente 22% da variância do crescimento pós-traumático. Isto foi uma dimensão de efeito média (Marôco 2011). No G2 o modelo não foi significativo ($F(5,40) = 2,25$; $p = 0,068$).

A quarta regressão apresentou como variável critério (dependente) a depressão, tendo como variáveis independentes a ansiedade, a regulação emocional, a expressão emocional, o suporte social e o crescimento pós-traumático. Neste seguimento, para G1 o modelo foi significativo ($F(5,38) = 12,48$; $p < 0,001$), apresentando como variável preditora significativa

a ansiedade ($\beta = 0,53$; $p < 0,001$) e como variáveis preditoras não significativas a regulação emocional ($\beta = 0,06$; $p = 0,733$), a expressão emocional ($\beta = -0,08$; $p = 0,608$), o suporte social ($\beta = -0,24$; $p = 0,111$) e o crescimento pós-traumático ($\beta = -0,11$; $p = 0,381$). O modelo explicou 57% da variância da depressão. Isto foi uma dimensão de efeito elevada (Marôco, 2011). No G2 o modelo também foi significativo ($F(5,40) = 10,99$; $p < 0,001$). Neste grupo, verificámos que as variáveis preditoras significativas foram a regulação emocional ($\beta = 0,59$; $p < 0,001$) e o crescimento pós-traumático ($\beta = -0,23$; $p = 0,040$). Nesta sequência, as variáveis preditoras não significativas foram a ansiedade ($\beta = 0,23$; $p = 0,053$), a expressão emocional ($\beta = 0,08$; $p = 0,490$) e o suporte social ($\beta = 0,12$; $p = 0,287$). O modelo explicou aproximadamente 53% da variância da depressão. Isto foi uma dimensão de efeito elevada (Marôco, 2011).

Tabela 6

Modelos de Regressão Múltipla – G1 – Grupo sem Psicoterapia

Variável	B	SE B	β	p	$F(5,38)$	Adj R^2
Modelo 1 (Expressão Emocional v.d.)				<0,001	8,50	0,47
Ansiedade	0,31	0,26	0,21	0,243		
Depressão	-0,12	0,24	-0,09	0,608		
Regulação emocional	0,64	0,21	-0,50	0,005		
Suporte social	0,20	0,09	0,36	0,028		
Crescimento Pós-Traumático	0,07	0,11	0,09	0,510		
Modelo 2 (Suporte Social v.d.)				<0,001	9,51	0,50
Ansiedade	0,22	0,47	0,08	0,635		
Depressão	-0,67	0,41	-0,28	0,111		
Regulação Emocional	-0,31	0,42	-0,13	0,459		
Expressão Emocional	0,62	0,27	0,34	0,028		
Crescimento Pós-Traumático	0,44	0,18	0,29	0,022		
Modelo 3 (Crescimento Pós-Traumático v.d.)				0,011	3,48	0,22
Ansiedade	-0,40	0,39	-0,02	0,918		
Depressão	-0,31	0,35	-0,19	0,381		
Regulação Emocional	0,39	0,34	0,25	0,263		
Expressão Emocional	0,16	0,24	0,13	0,510		
Suporte Social	0,30	0,13	0,45	0,022		
Modelo 4 (Depressão v.d.)				<0,001	12,48	0,57
Ansiedade	0,59	0,15	0,53	0,001		
Regulação Emocional	0,06	0,16	0,06	0,733		
Expressão Emocional	-0,06	0,11	-0,08	0,608		
Suporte Social	-0,10	0,06	-0,24	0,111		
Crescimento Pós-Traumático	-0,07	0,07	-0,11	0,381		

Tabela 7

Modelos de Regressão Múltipla – G2 – Grupo com Psicoterapia

Variável	B	SE B	β	<i>p</i>	<i>F</i> (5,40)	Adj R ²
Modelo 1 (Expressão Emocional v.d.)				0,015	3,26	0,20
Ansiedade	0,19	0,21	0,13	0,384		
Depressão	0,21	0,31	0,14	0,490		
Regulação emocional	-0,81	0,25	-0,61	0,003		
Suporte social	-0,21	0,14	-0,20	0,155		
Crescimento Pós-Traumático	0,14	0,14	0,15	0,324		
Modelo 2 (Suporte Social v.d.)				0,299	1,26	0,03
Ansiedade	-0,06	0,23	-0,04	0,801		
Depressão	0,36	0,33	0,24	0,287		
Regulação Emocional	-0,60	0,29	-0,46	0,049		
Expressão Emocional	-0,24	0,17	-0,25	0,155		
Crescimento Pós-Traumático	0,16	0,15	0,17	0,307		
Modelo 3 (Crescimento Pós-Traumático v.d.)				0,068	2,25	0,12
Ansiedade	0,09	0,23	0,06	0,698		
Depressão	-0,68	0,32	-0,43	0,040		
Regulação Emocional	0,08	0,31	0,06	0,801		
Expressão Emocional	0,17	0,17	0,16	0,324		
Suporte Social	0,16	0,16	0,15	0,307		
Modelo 4 (Depressão v.d.)				0,000	10,99	0,53
Ansiedade	0,21	0,10	0,23	0,053		
Regulação Emocional	0,52	0,12	0,59	0,000		
Expressão Emocional	0,06	0,08	0,08	0,490		
Suporte Social	0,08	0,07	0,12	0,287		
Crescimento Pós-Traumático	-0,15	0,07	-0,23	0,040		

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar e comparar o ajustamento psicossocial de mulheres com o diagnóstico de cancro da mama, que efetuaram ou não acompanhamento psicológico ou psicoterapia, relativamente a variáveis como ansiedade, depressão, regulação emocional, expressão emocional, suporte social e crescimento pós-traumático. Para além disso, foram ainda avaliados e comparados modelos de regressão linear múltipla com o objetivo de aprofundar as relações entre todas as variáveis para ambos os grupos.

Em primeiro lugar, e no âmbito da análise descritiva, as variáveis psicossociais foram avaliadas para a amostra total. Os resultados encontrados revelaram que, de forma geral, as

participantes apresentaram valores moderados a elevados em todas as variáveis e respectivas sub-escalas, ainda que, o valor mais baixo obtido corresponda à depressão e o valor mais elevado pertença à escala Família do suporte social. Mais especificamente, no que concerne à ansiedade e à depressão, os resultados obtidos foram ao encontro de estudos anteriormente realizados em mulheres com cancro da mama, que analisaram a prevalência de níveis de ansiedade e depressão relativamente elevados nesta população nas fases de diagnóstico, pré-operatório, pós cirurgia e tratamentos (Avelar et al., 2006; Hall, A'Hern, & Fallowfield, 1999; Kissane et al., 2003). Dado que o carácter transversal deste estudo não nos permite avaliar a progressão desta amostra no tempo, Burgess e colegas (2005), que estudaram uma amostra de mulheres durante cinco anos, observaram uma diminuição da ansiedade e da depressão ao longo do tempo, sendo mais elevada no momento do diagnóstico e mais reduzida no quinto ano após o diagnóstico, o que nos faz acreditar que o mesmo pudesse acontecer na amostra aqui apresentada num estudo longitudinal.

No que se refere à regulação emocional, os resultados obtidos apontaram para níveis moderados de dificuldades na regulação de emoções, dados que são congruentes com outro estudo, no qual as mulheres com cancro da mama apresentam baixos valores de utilização de estratégias cognitivas de regulação emocional (Wang et al., 2013).

No que concerne à expressão emocional, os resultados para esta variável psicossocial também apresentaram valores moderados a elevados que são coerentes com os estudos encontrados de Iwamitsu e colaboradores (2003; 2005). Porém, os valores de expressão emocional são mais baixos do que os valores encontrados em outro estudo que avaliou a tendência para a expressão de emoções negativas com o parceiro (Ávila et al., 2005).

No que respeita ao suporte social, os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados nos estudos de Burgess e colegas (2005) e Guan et al. (2015). No estudo de Thompson e colaboradores (2013), estes autores acrescentam que pacientes com cancro da mama apresentavam níveis mais elevados de suporte social em comparação com o grupo de controlo, composto por mulheres sem doença oncológica.

Neste seguimento, também o crescimento pós-traumático apresentou valores médios altos nas participantes desta investigação. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Cordova e colaboradores (2007), que verificaram que as mulheres com cancro da mama experienciaram mudanças positivas em várias áreas das suas vidas 18 meses pós-trauma num grau de moderado a elevado e com a investigação de Silva, Crespo e Canavarro (2012) que observaram que todas as mulheres evidenciaram crescimento pós-traumático no período de 3 a 12 meses após o diagnóstico de cancro da mama, em todas as fases da doença. Neste

contexto, e tendo em consideração o tempo de diagnóstico até a data da recolha de dados, com um tempo médio de aproximadamente dois anos, podemos inferir que o crescimento pós-traumático é um processo que se prolonga no tempo mesmo após a finalização dos tratamentos. No entanto, dado o carácter transversal deste estudo, não foi possível caracterizarmos de que forma este processo ocorre ao longo do tempo. Nesta sequência, também Danhauer e colegas (2013) e Weiss (2002), identificaram um aumento do crescimento pós-traumático dois anos após o diagnóstico de cancro da mama, o que sugeriu um crescimento pós-traumático a longo prazo, à semelhança do que acontece no presente estudo.

No que se refere à comparação entre grupos, o grupo com psicoterapia apresentou resultados mais elevados nas seguintes variáveis: expressão emocional, suporte social (escala total e sub-escalas) e crescimento pós-traumático (escala total e sub-escalas) em comparação com o grupo sem psicoterapia. Relativamente à tendência para maior expressão emocional no grupo com psicoterapia, estes resultados estão em conformidade com os estudos realizados por Cerezo, Ortiz-Talloas e Cardenal (2009) e Morgan e Cooper (2015) que verificaram que o acompanhamento psicoterapêutico produziu um aumento na expressão emocional (quer de emoções positivas, quer de emoções negativas) em comparação com o início da terapia e em comparação com as mulheres que não tiveram acompanhamento terapêutico. Também outros estudos observaram uma diminuição na tendência para a supressão emocional no final de uma intervenção psicoterapêutica em grupo em comparação com o grupo de controlo (Cameron et al., 2007; Giese-Davis et al., 2002).

No que concerne ao suporte social, as diferenças significativas entre G1 e G2, revelaram níveis mais elevados de suporte social nas mulheres do G2, tanto no suporte social de forma geral como nas respetivas sub-escalas, Amigos, Família e Outros. Resultados semelhantes foram encontrados por Kissane e colegas (2003), que verificaram níveis de satisfação com o suporte social mais elevados, em mulheres com cancro da mama após o início da psicoterapia em grupo e no estudo de Hopko e colaboradores (2015), que salientaram um aumento do suporte social durante a psicoterapia, tanto em pacientes casadas que contam com o apoio dos companheiros como no caso de mulheres que foram apoiadas por pessoas importantes tal como acontece no presente estudo, ou seja, a presente amostra foi constituída por 25 mulheres casadas e em união de facto, e por 17 mulheres que não declararam a presença de um companheiro, ainda assim, este grupo apresentou um valor relativamente elevado de suporte social percebido. Deste modo, deprendemos que a psicoterapia produziu um aumento do suporte social percebido, quer em mulheres que tinham um relacionamento conjugal, quer nas

participantes que foram apoiadas por familiares e outros importantes. Estes autores verificaram ainda que um relacionamento conjugal saudável, bem como o apoio prestado por familiares e amigos e o acompanhamento psicoterapêutico facilitavam a atenuação da depressão e um favorável ajustamento psicossocial a doença, o que reflete os resultados do presente estudo, uma vez que, foi no grupo com psicoterapia que verificámos menores níveis de depressão, menores dificuldades na regulação emocional, elevada tendência para a expressão emocional e níveis mais elevados de crescimento pós-traumático.

No que se refere ao crescimento pós-traumático, os resultados obtidos na comparação entre grupos que indicaram níveis mais elevados de crescimento pós-traumático no G2, são coerentes com os encontrados no estudo de Pat-Horenczyk e colegas (2015), que estruturaram uma intervenção psicoterapêutica num grupo de mulheres com cancro da mama, tendo como resultado um aumento significativo do cpt comparando com o grupo de controlo que não efetuou psicoterapia, e com os resultados obtidos por Ramos e colaboradores (2016), que apontaram um aumento do crescimento pós-traumático como resultado de uma intervenção psicoterapêutica em grupo. Tendo em consideração o tempo de diagnóstico até a data da recolha de dados, que no G2 é mais elevado, podemos apontar não só a realização de psicoterapia como o tempo após o diagnóstico como factores promotores do CPT. Mais especificamente, o tempo entre a recolha de dados e o diagnóstico de cancro, considerado um acontecimento traumático, que no G2 foi de aproximadamente dois anos e quatro meses, conjuntamente com o acompanhamento psicoterapêutico, favoreceram neste grupo o aumento de crescimento pós-traumático, que é uma variável que aumenta em função do distanciamento do acontecimento que provocou o trauma.

Por outro lado, o grupo com psicoterapia (G2) apresentou valores mais baixos nas seguintes variáveis: depressão, dificuldades na regulação emocional e dimensões consciência e clareza das dificuldades na regulação emocional em comparação com G1. Relativamente à depressão, que apresentou níveis mais reduzidos no G2, os resultados são coerentes com estudos que verificaram uma redução dos níveis de depressão em mulheres com cancro da mama como resultado de uma intervenção psicoterapêutica em grupo e uma outra investigação em que igualmente foi realizada uma intervenção psicoterapêutica em grupo, em mulheres com cancro da mama, obtendo reduções nos níveis de depressão em comparação com um grupo de mulheres sem psicoterapia (Antoni et al., 2001; Dowlatabadi et al., 2016; Kissane et al., 2007).

Relativamente aos valores mais reduzidos encontrados nas dificuldades na regulação emocional em G2 em comparação com G1, estes resultados vão ao encontro do estudo de

Cerezo, Ortiz-Talloas e Cardenal (2009), que identificaram um aumento da regulação de emoções negativas no final da terapia, numa amostra de mulheres com cancro da mama e do estudo de Giese-Davis e colaboradores (2002), que indicou maior auto-regulação emocional no final da terapia em grupo, comparando com o grupo de mulheres sem psicoterapia. Isto significa que os níveis reduzidos de dificuldades na regulação emocional apresentados pelo grupo com psicoterapia em comparação com o grupo sem psicoterapia, são indicativos de uma maior regulação das emoções nas mulheres do G2.

Em relação à ansiedade, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, ao contrário do que indicou o estudo de Kissane e colegas (2003), que observaram uma redução dos níveis de ansiedade, em mulheres com cancro da mama como resultado de uma intervenção psicoterapêutica em grupo, em comparação com um grupo de mulheres que não realizou psicoterapia. Os resultados obtidos no presente estudo, podem ser justificados essencialmente por dois fatores, o primeiro relaciona-se com o momento de recolha de dados, visto que, à data do preenchimento dos questionários, as participantes ainda frequentavam a psicoterapia, o que pode explicar a ausência de diferenças significativas na ansiedade. O segundo factor prende-se com as motivações que levaram as participantes a procurar psicoterapia, uma vez que, a maioria das participantes apontou medos relacionados com o cancro como principal razão para efetuar psicoterapia ou acompanhamento psicológico.

No âmbito das relações entre as variáveis psicossociais, enúmeros estudos estabeleceram associações entre variáveis como a ansiedade, a depressão, a regulação emocional, a expressão emocional e o suporte social. Mais concretamente, no que se refere à regulação emocional, Aldao e colegas (2010) e Wang e colaboradores (2014) analisaram a utilização de estratégias cognitivas desadaptadas na regulação das emoções em mulheres com cancro da mama, concluindo que estas mulheres revelavam mais sintomas de depressão. No presente estudo, verificamos que de facto, o grupo de mulheres que apresentou níveis mais elevados de dificuldades na regulação de emoções foram também aquelas em que se observaram níveis mais elevados de depressão. Desta forma, depreende-se que as dificuldades na regulação emocional podem resultar da utilização de estratégias cognitivas desadaptadas que por sua vez, tiveram implicações nos níveis de depressão. Por outro lado, o grupo de mulheres que efetuou psicoterapia (G2), apresentou níveis mais reduzidos de depressão, assim como menos dificuldades na regulação emocional, o que pode ser indicativo de uma utilização de estratégias cognitivas adaptadas de regulação emocional, fruto do trabalho terapêutico. Ainda relativamente à regulação de emoções, Ávila e colaboradores (2015), verificaram que a regulação emocional apresentou um significativo efeito mediador entre a confiança nas

relações emocionais e a adaptação ao cancro. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no presente estudo uma vez que, o G2 que demonstrou mais confiança nas relações emocionais, ou seja, que apresentou níveis mais elevados de suporte social percebido, foi o mesmo grupo de mulheres que apresentou menos dificuldades na regulação das suas emoções. Por fim, ainda no que se refere à regulação emocional, Nikmanesh, Shirazi, e Farazinezhad (2017), com base no seu estudo numa amostra de mulheres com cancro da mama, indicaram que o desenvolvimento de estratégias de auto-regulação pode contribuir para uma redução do sofrimento psicológico, deste modo, é de notar que na amostra total da presente investigação, o sofrimento psicológico (traduzido pelos níveis de ansiedade e depressão), apresentou valores moderados a elevados tal como as dificuldades na regulação emocional que indicaram problemas no desenvolvimento de estratégias de auto-regulação. Estes dados permitem-nos concluir que o facto de as participantes do presente estudo revelarem notórias dificuldades na regulação das suas emoções, ou seja, um menor desenvolvimento de estratégias de auto-regulação, poderá estar relacionado com os níveis de sofrimento psicológico mais elevados destas mulheres. Se observarmos os valores destas variáveis por grupo, depressa constatamos que G2 que revelou níveis mais reduzidos de dificuldades na regulação emocional manifestou igualmente níveis mais reduzidos de ansiedade e depressão.

No que concerne a expressão emocional, destacamos dois estudos em particular, o primeiro de Iwamitsu e colegas (2003), que numa amostra de mulheres com cancro da mama, verificaram que as mulheres que inibiram as emoções negativas reportaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão em comparação com mulheres que expressaram as emoções negativas na fase de diagnóstico, e um segundo estudo de Marroquín e colaboradores (2016), em que a expressão emocional foi preditora de menores níveis de sintomas depressivos 11 meses após o diagnóstico de cancro da mama. De facto, o grupo de participantes do presente estudo que revelou níveis mais baixos de expressão emocional foi também o mesmo em que se verificaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão, enquanto que, o G2, que evidenciou maior tendência para a expressão emocional apresentou valores mais reduzidos de depressão. Por conseguinte, Tsai e Lu (2018), desenvolveram um estudo numa amostra de 90 mulheres com cancro da mama que revelou uma associação entre dificuldades na expressão emocional e menores níveis de suporte social. Em consonância com esta investigação, os resultados do nosso estudo também indicaram que o grupo de mulheres que demonstrou níveis mais reduzidos de expressão emocional, manifestou um menor suporte social percebido. Neste seguimento, relativamente ao suporte social, Burgess e colegas (2005) e Thompson e colaboradores (2013), indicaram que os níveis de ansiedade e depressão foram

mais elevados nas mulheres com níveis de suporte social percebido mais reduzidos. Neste sentido, de acordo com os valores encontrados no presente estudo, o grupo de participantes que manifestaram níveis de suporte social percebido mais reduzidos, foram as que também apresentaram níveis de ansiedade e depressão mais elevados. Por conseguinte, e tendo em consideração os dados obtidos pelas participantes do presente estudo, é possível observar que o G2 que revelou níveis mais elevados de suporte social percebido evidenciou um maior ajustamento à doença, ou seja, menores níveis de ansiedade e depressão, menos dificuldade na regulação das emoções, maior tendência para a expressão emocional e níveis mais elevados de crescimento pós-traumático. Estes resultados vão ao encontro de estudos que apontaram o suporte social como um recurso que está associado a um melhor ajustamento psicológico ao cancro da mama (Baucom et al., 2006; Patrão, 2007; Prati & Pietrantonio, 2009; Rizalar et al., 2014).

Por fim, com o objectivo de analisar as relações entre as variáveis psicossociais foram realizadas quatro regressões lineares múltiplas no sentido de identificar as relações de predição entre as variáveis psicossociais, ou seja, perceber de que modo se relacionam, consoante o grupo em que estão inseridas. Por conseguinte e no que se refere a primeira regressão, que teve como variável dependente a expressão emocional, para o G1, a expressão emocional foi explicada maioritariamente pelas dificuldades na regulação emocional e pelo suporte social. Estes resultados podem ser explicados pelas dificuldades na regulação emocional que no G1 foram mais elevadas, sendo que, as mulheres expressavam as suas emoções de forma desregulada, ou seja, apesar do apoio que sentem ter por parte da família e amigos, justificado pelos níveis moderados de suporte social que lhes proporciona maior abertura para a expressão emocional, as dificuldades na regulação das suas emoções, que apresentaram valores mais elevados especialmente neste grupo, não lhes permite exprimir-se convenientemente. Por outro lado, no G2, a expressão emocional foi explicada somente pelas dificuldades na regulação emocional. Isto pode dever-se ao facto de muitas das participantes ainda se encontrarem no início e no decurso da terapia justificado pelo tempo médio de duração da psicoterapia e desvio padrão elevado, que pode refletir as dificuldades na regulação emocional que, à data da recolha de dados, ainda estavam a ser trabalhadas e que foram um dos motivos apontados como justificação da procura de acompanhamento psicológico. No que diz respeito ao suporte social, variável dependente da segunda regressão múltipla, para o G1, esta variável foi explicada maioritariamente pela expressão emocional e pelo crescimento pós-traumático. Neste sentido, se por um lado a expressão emocional facilita a comunicação com as fontes de suporte social, por outro, e de acordo com Lelorain e

colaboradores (2012), o crescimento pós-traumático foi associado a níveis mais elevados de suporte social em mulheres com cancro da mama. Deste modo, a expressão emocional conjuntamente com o crescimento pós-traumático influenciam o suporte social, uma vez que, a expressão emocional funciona como um facilitador da comunicação com os outros e no âmbito do crescimento pós-traumático, o aumento da valorização do quotidiano e dos momentos da vida em geral e ainda o aumento da clareza das relações interpessoais potenciaram uma maior procura e satisfação com o suporte social. Relativamente ao crescimento pós-traumático, variável dependente da terceira regressão, para o G1, esta variável foi explicada maioritariamente pelo suporte social. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Schroevers, Helgeson, Sanderman e Ranchor (2010) no qual níveis de suporte social mais elevados prediziam significativamente crescimento pós-traumático a longo prazo e do estudo de Svetina e Nastran (2012), que verificaram a existência de uma relação de predição entre a satisfação com as relações familiares e o crescimento pós-traumático num grupo de mulheres com cancro da mama. Também Pinquart, Fröhlich e Silbereisen (2007), verificaram que os elevados níveis de suporte social prediziam mudanças percebidas como positivas 9 meses após o início dos tratamentos numa amostra de 153 pacientes com quatro diferentes tipos de cancro.

No que concerne a depressão, variável dependente da quarta regressão múltipla, para o G1, esta variável foi explicada maioritariamente pela ansiedade. Estes resultados são coerentes com o estudo de Avelar e colaboradores (2006), que identificaram uma associação entre a depressão e a ansiedade, numa amostra de mulheres com cancro da mama. Neste sentido, uma maior ansiedade associa-se a maiores níveis de depressão tal como verificamos nos valores destas variáveis em G1. Para o G2, a depressão foi explicada maioritariamente pelas dificuldades na regulação emocional e pelo crescimento pós-traumático. Deste modo, os valores de crescimento pós-traumático moderados a elevados obtidos, nomeadamente nas dimensões relações com outros, força pessoal e valorização da vida predizem os níveis reduzidos de depressão. No entanto, também as dificuldades na regulação de emoções, que apresentaram igualmente valores moderados a elevados, surgem juntamente com o crescimento pós-traumático como preditores da depressão. Tendo em consideração o facto de este grupo realizar psicoterapia, podemos concluir que os níveis de crescimento pós-traumático resultam do trabalho desenvolvido na terapia produzindo uma diminuição na depressão na medida que as participantes tomam consciência das mudanças positivas ocorridas na sua vida após o trauma do diagnóstico de cancro da mama. Por outro lado, as dificuldades na regulação das emoções revelaram não só um dos motivos que justificou a

procura deste acompanhamento por parte de algumas participantes, mas também as dificuldades sentidas na regulação das próprias emoções à medida que as participantes se vão confrontando com as mudanças ocorridas na sua vida.

Limitações

Neste estudo foram detetadas algumas limitações que passamos a identificar, sendo ainda sugeridas algumas propostas para possíveis estudos futuros. Inicialmente, é de referir o reduzido tamanho da amostra, o que pode limitar ou dificultar a generalização dos resultados para a população portuguesa de mulheres com cancro da mama bem como, o delineamento transversal deste estudo que impede o estabelecimento de relações de causalidade e avaliações a longo prazo das variáveis em estudo. Numa possível investigação futura, seria importante aumentar o tamanho da amostra, por exemplo alargando este estudo a mais associações e hospitais, num delineamento longitudinal.

Em relação às escalas seleccionadas, foram utilizadas escalas de auto-preenchimento que embora apresentem boas qualidades psicométricas são susceptíveis de conduzir a enviesamentos (p.ex. respostas baseadas na desejabilidade social); esta limitação seria ultrapassada através da análise destas variáveis psicossociais. Para além disso sugere-se também a avaliação da satisfação com a psicoterapia por forma qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas.

Outra limitação encontrada refere-se a não inclusão das variáveis sociodemográficas e clínicas nos modelos de regressão. Deste modo, no sentido de complementar possíveis estudos futuros, sugerimos incluir variáveis sociodemográficas, estas variáveis psicossociais e outras novas variáveis nos modelos de regressão. Sugere-se ainda a elaboração modelos de equações estruturais para a avaliação das relações entre as variáveis.

Para além disso, estudos com numa amostra mais alargada, um estudo longitudinal e uma avaliação mais detalhada do tipo de psicoterapia e uma comparação dos vários tipos de psicoterapia, são recomendações para investigações futuras. Adicionalmente, seria igualmente interessante avaliar variáveis psicossociais como a resiliência, ruminação, teorias da vinculação e solidão numa amostra desta população, especificamente.

Conclusão

Apesar das limitações, este estudo, no âmbito da psicoterapia no cancro da mama, é uma importante contribuição, uma vez que, permite identificar as implicações da psicoterapia nestas variáveis psicossociais, em mulheres com este diagnóstico. A sistemática comparação efetuada, proporciona uma compreensão mais ampla do modo como estas variáveis se relacionam nos dois grupos. Para além de ficar explícita a forma como as variáveis psicossociais analisadas se relacionam, a presente investigação permite ainda compreender de que forma estas variáveis são relevantes tanto no curso dos tratamentos como anos após a sua conclusão. No seguimento do estudo apresentado compreende-se que o papel do psicólogo, numa intervenção psicoterapêutica realizada neste contexto, inclui: uma atenção reforçada no sentido de conter ou diminuir os problemas psicológicos nomeadamente ansiedade e depressão que podem surgir aquando do diagnóstico e prolongar-se no tempo; trabalhar a expressão de emoções positivas e negativas, com o objetivo de facilitar a comunicação com a família, amigos e profissionais de saúde; insentivar o desenvolvimento e colaborar no aperfeiçoamento de estratégias cognitivas adaptadas para regular as emoções; promover o desenvolvimento de um processamento cognitivo deliberado, proporcionando um aumento do crescimento pós-traumático ao longo do tempo, no sentido de aumentar o ajustamento psicossocial à doença e ao novo contexto de vida que dela resulta.

Em suma, de acordo com os estudos anteriormente apresentados e com os resultados obtidos na presente investigação, concluímos que a psicoterapia desempenha um papel crucial em todo o processo de ajustamento ao cancro, uma vez que, o trabalho psicoterapêutico realizado na redução da ansiedade e da depressão bem como, no desenvolvimento de estratégias de regulação das emoções, permite diminuir a inibição emocional que muitas vezes surge como uma defesa a fim de não relembrar memórias de acontecimentos e para manter as relações sociais. Esta diminuição e consequente aumento da expressão emocional, favorece a comunicação com os familiares, amigos e profissionais, proporcionando um aumento do suporte social ao mesmo tempo que promove a ocorrência de crescimento pós-traumático. A relação estabelecida entre estas variáveis levou-nos a questionar a relevância, de numa futura investigação longitudinal, desenvolver um programa ou um modelo de intervenção que integrasse estas variáveis, no sentido de compreender de que forma as relações entre elas evoluem ao longo do tempo, bem como, perceber se através desta intervenção seriam encontrados benefícios para estas mulheres.

Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30* (2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Almeida, J. S. P. D. (2015). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Alves, C., & Pereira, H. M. (2013). Adaptação ao cancro da mama e cancro ginecológico no período pré-e pós-operatório. *Psychology, Community & Health, 2*, 317-333. <https://doi.org/10.5964/pch.v2i3.59>
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... & Price, A. A. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 20-32. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.1.20>
- Avelar, A. M. A., Derchain, S. F. M., Camargo, C. P. P., Sarian, L. O. Z., & Yoshida, A. (2012). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista de Ciências Médicas, 15* (1), 11-20.
- Ávila, M., Brandão, T., Teixeira, J., Coimbra, J. L., & Matos, P. M. (2015). Attachment, emotion regulation, and adaptation to breast cancer: Assessment of a mediational hypothesis. *Psycho-Oncology, 24*(11), 1514-1520. <https://doi.org/10.1002/pon.3817>
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease, 23*(1), 103-113. <https://doi.org/10.3233/BD-2006-23114>
- Beacham, B., Hill, C., McDermott, F., O'Brien, M., & Turner, J. (2005). Therapy with women with metastatic breast cancer. *Australasian Psychiatry, 13*(1), 50-53. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1665.2004.02149.x>
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 43*, 114-127. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.002>
- Bright, E. E., & Stanton, A. L. (2017). Prospective investigation of social support, coping, and depressive symptoms: A model of adherence to endocrine therapy among women with breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(3), 242-253. <https://doi.org/10.1037/ccp0000272>
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five-year observational cohort study. *BMJ, 330*(7493), 702-706. <https://doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.D3>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9781410602268>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). AUTHORS'RESPONSE:" The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations". *Psychological inquiry, 15*(1), 93-102.
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskis, D., & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group of psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 16*(3), 171-180. <https://doi.org/10.1002/pon.1050>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de

- Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, 54, 331-357. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1).
- Chou, A. F., Stewart, S. L., Wild, R. C., & Bloom, J. R. (2012). Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21(2), 125-133. <https://doi.org/10.1002/pon.1863>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. *Social support and health*, 3, 3-22.
- Coimbra de Matos, A. (2001). A depressão. Lisboa: Climepsi
- Coimbra de Matos, A. (2002). O desespero. Lisboa: Climepsi
- 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(4), 308-319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775. <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín*, 37(4), 145-51. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., ... & Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2676-2683. <https://doi.org/10.1002/pon.3298>
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Bredart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., ... & Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(6), 647-656. <https://doi.org/10.1002/pon.1440>
- Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic physician*, 8(3), 2175.
- Fatiregun, O. A., Olagunju, A. T., Erinfolami, A. R., Fatiregun, O. A., Arogunmati, O. A., & Adeyemi, J. D. (2016). Anxiety disorders in breast cancer: Prevalence, types, and determinants. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 432-447. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196805>
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>
- Frijda, N. (1997). On the functions of emotional expression. In A. Vingerhoets, F. Van Bussel, & A. Boelhouwer (Eds.), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease* (pp. 1-14). Tilburg: Tilburg University Press.
- Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Cordova, M., Fobair, P., ... & Spiegel, D. (2002). Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 916. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.916>

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Guan Ng, C. G., Mohamed, S., See, M. H., Harun, F., Dahlui, M., Sulaiman, A. H., ... & Taib, N. A. (2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0401-7>
- Hall, A., A'hern, R., & Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of Cancer*, 35(1), 79-85. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(98\)00308-6](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(98)00308-6)
- Holland, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 55-29.
- Hopko, D. R., Cannity, K., McIndoo, C. C., File, A. A., Ryba, M. M., Clark, C. G., & Bell, J. L. (2015). Behavior therapy for depressed breast cancer patients: Predictors of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 225. <https://doi.org/10.1037/a0037704>
- 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(3), 289-294. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01119.x>
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., & Okawa, M. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1), 19-24. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.1.19>
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 41-65. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.41.22254>
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help?. *Review of General Psychology*, 5(3), 187. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.3.187>
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., ... & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12(6), 532-546. <https://doi.org/10.1002/pon.683>
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., ... & Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16(4), 277-286. <https://doi.org/10.1002/pon.1185>
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627-639. <https://doi.org/10.1177/1359105311427475>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 3ª edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors.

- Journal of Behavioral Medicine*, 39(5), 832-844. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9751-9>
- Morgan, C., & Cooper, M. (2015). Helpful and unhelpful aspects of counselling following breast cancer: A qualitative analysis of post-session helpful aspects of therapy forms. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(3), 197-206.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(2), 111-117. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90098-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(81)90098-2)
- Nikmanesh, Z., Shirazi, M., & Farazinezhad, F. (2017). Examining the Predictive Role of Emotional Self-Regulation in Quality of Life and Perception of Suffering among Patients with Breast Cancer. *Middle East Journal of Cancer*, 8(2), 93-101.
- Ornelas, J. H. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 12, 333-339.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Constructive and Illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 214-222. <https://doi.org/10.1002/jts.22014>
- Patrão, I.A.M. (2007). O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Patten, S. B. (1991). Are the Brown and Harris" vulnerability factors" risk factors for depression?. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 16(5), 267.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Pinquart, M., Fröhlich, C., & Silbereisen, R. K. (2007). Cancer patients' perceptions of positive and negative illness-related changes. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 907-921. <https://doi.org/10.1177/1359105307082454>
- 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. <https://doi.org/10.5964/pch.v2i1.39>
- Ramos, A. C. M. B. (2016). Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: Um programa de intervenção. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA-Instituto Universitário.
- Rizalar, S., Ozbas, A., Akyolcu, N., & Gungor, B. (2014). Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prev*, 15(8), 3429-34. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.8.3429>
- Rook, K. S., & Dooley, D. (1985). Applying social support research: Theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, 41(1), 5-28. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1985.tb01114.x>
- Russell, D. W., Booth, B., Reed, D., & Laughlin, P. R. (1997). Personality, social networks, and perceived social support among alcoholics: A structural equation analysis. *Journal of Personality*, 65(3), 649-692. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00330.x>

- Santos, C. S. V. D. B., Ribeiro, J. L. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46-53. <https://doi.org/10.1002/pon.1501>
- Schulz, M.S. & Lazarus, R.S. (2012). Emotion regulation during adolescence: A cognitive-mediational conceptualization. In P.K. Kerig, M.S. Schulz, & S.T. Hauser (Eds.), *Adolescence and beyond: Family processes and development* (pp. 19-42). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199736546.003.0003>
- Servaes, P., Vingerhoets, A. J. J. M., Vreugdenhil, G., Keuning, J. J., & Broekhuijsen, A. M. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25(1), 23-27. <https://doi.org/10.1080/08964289909596735>
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & health*, 27(11), 1323-1341. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.676644>
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma*, 16(4), 323-340. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572039>
- Silva, S. M., Moreira, H. C., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (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. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105-133.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., ... & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8(6), 482-493. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199911/12\)8:6<482::AID-PON402>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6<482::AID-PON402>3.0.CO;2-W)
- Spiegel, D., & Nemeroff, C. B. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. In *Seminars in Oncology-Supplements* (Vol. 24, No. 1, pp. 36-47). [New York] Grune & Stratton.
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 24(3.), 298-306.
- 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. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Pérez, M., Schootman, M., & Jeffe, D. B. (2013). Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls. *Health Psychology*, 32(8), 886. <https://doi.org/10.1037/a0031894>
- Tsai, W., & Lu, Q. (2018). Perceived Social Support Mediates the Longitudinal Relations between Ambivalence over Emotional Expression and Quality of Life among Chinese American Breast Cancer Survivors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9705-9>
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.

- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93-99. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3376>
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 65-80. https://doi.org/10.1300/J077v20n02_04
- Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B., ... & Yu, C. (2018). A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.4687>
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28. [http://dx.doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1%3C19::AID-PON501%3E3.0.CO;2-6](http://dx.doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1%3C19::AID-PON501%3E3.0.CO;2-6)

Anexo A: Pedido de autorização (Movimento Vencer e Viver)

Ex.ma Sra.
Ana Rita Martins
ISPA- Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa

Assunto: Estudo "A importância do acompanhamento psicoterapêutico no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama".

A Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado no Movimento Vencer e Viver do Núcleo Regional do Sul, sendo investigadora principal Ana Rita Martins.

Esta autorização pode ser utilizada para fins académicos relacionados com o estudo (publicação de artigos e a apresentação de comunicações orais e escritas), nos quais irá ser mencionado o nome de Movimento Vencer e Viver e de Liga Portuguesa Contra o Cancro, como entidades colaboradoras do presente estudo.

Melhores cumprimentos,

Lisboa, 13 de Abril de 2018



LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO
NÚCLEO REGIONAL DO SUL

Anexo B: Pedido de autorização (Amigas do Peito)



Cópia
ang.

Ex.ma Senhora
Ana Rita Martins
ISPA – Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa

Ref. 2018/015/EV
Lisboa, 23 de Maio de 2018

Assunto: Estudo “A importância do acompanhamento psicoterapêutico no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama”.

Ex.mos Senhores,

A Amigas do Peito – Associação Humanitária de Apoio à Mulher com Cancro da Mama **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado na Associação, sediada no hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, senda a investigadora principal Ana Rita Martins.

Esta autorização pode ser utilizada para fins académicos relacionados com o estudo (publicação de artigos e a apresentação de comunicações orais e escritas), nos quais irá ser mencionado o nome da associação Amigas do Peito, como uma das entidades colaboradoras do presente estudo.

Melhores cumprimentos,

Lisboa 23 de Abril de 2018

Emília Vieira,

(Presidente da Direcção da Amigas do Peito)

Amigas do Peito - Campus do Hospital de Santa Maria - Av. Professor Egas Moniz, 1649-035 Lisboa

Tlm: 927820373 - e-mail: amigasdopeitoism@gmail.com NIF 508 504 295

Anexo C:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação, intitulada "*A importância do acompanhamento em psicoterapia no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama*", insere-se na tese de mestrado da Dra. Ana Rita Martins que decorre no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, do ISPA-Instituto Universitário, no sentido de obter o grau de mestre em psicologia clínica.

Tem como principal objectivo analisar de que forma a consulta de psicoterapia contribui para um melhor ajustamento a doença através da comparação com mulheres que não solicitaram este acompanhamento. Com a realização desta investigação, pretende-se contribuir com um maior conhecimento sobre este tema, no sentido de melhorar o bem-estar de mulheres que se deparam diariamente com esta doença, tanto durante o tratamento como em fases posteriores. Para tal, a sua colaboração é fundamental.

Este estudo será apresentado no ISPA-Instituto Universitário podendo, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos. Esta investigação não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações para o estudo serão recolhidas através de 2 questionários de auto- preenchimento, com duração aproximada de 15 min, que serão administrados uma única vez podendo, se assim o desejar, abandonar o seu preenchimento a qualquer momento.

Assegura-se que será mantido absoluto anonimato e confidencialidade dos seus dados, pois consagra-se como obrigação e dever o sigilo profissional. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Assim:

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.
- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.
- Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.
- Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Depois de devidamente informada declaro que aceito participar nesta investigação.

Data: ____/____/2018

Assinatura do Participante

Assinatura do investigador:

Anexo D: *Questionário Sociodemográfico e Psicossocial.*
Estudo "A importância do acompanhamento em psicoterapia no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama"

Questionário sociodemográfico

1. Idade: _____

2. Data de nascimento: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Naturalidade: _____

5. Residência (concelho): _____

6. Habilitações literárias completas:

4ª classe 6º ano 7.º ano 9º ano 12.º ano Licenciatura ou
bacharelato Mestrado Doutoramento Outro:

7. Estado civil:

Solteiro Casado União de facto Divorciado Viúvo

8. Situação Profissional

Activa Desempregada Baixa médica Reformada
Outra: _____

9. Estadio da doença: Estadio I Estadio II Estadio III

10. Tratamentos (Identifique todos os tratamentos já efetuados):

Cirurgia conservadora Mastectomia

Radioterapia Terapia Hormonal

10. Fase atual do tratamento (p.ex. Em radioterapia; Em terapia hormonal; alta médica, etc):

11. Tempo desde o diagnóstico até à data do preenchimento (meses/ anos):

12. Este foi o seu primeiro diagnóstico de cancro da mama? Sim Não

13. Frequenta ou frequentou algum tipo de acompanhamento psicológico/
psicoterapêutico individual? Sim Não

13.1. Se sim, onde foi realizado o acompanhamento?

13.2. Qual a data em que iniciou o acompanhamento (mês/ ano):

13.3. Quanto tempo durou o acompanhamento (meses/anos):

13.4. Motivo que a levou a procurar apoio psicológico/psicoterapêutico:

13.5. A psicoterapia que efectuou foi em grupo ou individual?

HADS

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo nenhum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a a sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Sinto-me de tal forma assustado/a, que parece que tenho um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou de televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

EDRE

INSTRUÇÕES: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si colocando o número apropriado da escala abaixo indicada na linha anterior a cada item:

1-----2-----3-----4-----5
quase nunca algumas vezes metade das vezes a maioria das vezes quase sempre
(0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

- ___ 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- ___ 2) Presto atenção a como me sinto.
- ___ 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo.
- ___ 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- ___ 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- ___ 6) Estou atento aos meus sentimentos.
- ___ 7) Sei exactamente como me estou a sentir.
- ___ 8) Interesso-me por aquilo que estou a sentir.
- ___ 9) Estou confuso sobre como me sinto.
- ___ 10) Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.
- ___ 11) Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.
- ___ 12) Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.
- ___ 13) Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.
- ___ 14) Quando estou chateado, fico fora de controlo.
- ___ 15) Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- ___ 16) Quando estou chateado, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.
- ___ 17) Quando estou chateado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.
- ___ 18) Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.
- ___ 19) Quando estou chateado, sinto-me fora de controlo.
- ___ 20) Quando estou chateado, continuo a conseguir fazer as coisas
- ___ 21) Quando estou chateado, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.
- ___ 22) Quando estou chateado, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- ___ 23) Quando estou chateado, sinto que sou fraco.
- ___ 24) Quando estou chateado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos
- ___ 25) Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim.
- ___ 26) Quando estou chateado, tenho dificuldades em concentrar-me.
- ___ 27) Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- ___ 28) Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- ___ 29) Quando estou chateado, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.
- ___ 30) Quando estou chateado, começo a sentir-me muito mal comigo próprio
- ___ 31) Quando estou chateado, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- ___ 32) Quando estou chateado, perco o controlo sobre os meus comportamentos.
- ___ 33) Quando estou chateado, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- ___ 34) Quando estou chateado, dedico algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.
- ___ 35) Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor
- ___ 36) Quando estou chateado, as minhas emoções parecem avassaladoras.

DDI

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

	Discordo totalmente				Concordo totalmente
	1	2	3	4	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

MSPSS

Instruções: Estamos interessados em avaliar o que pensa em relação às afirmações seguintes. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações. Utilizando a escala abaixo, indique como se sente acerca de cada uma delas assinalando o respectivo espaço com um X.

Discorda completamente 1	Discorda fortemente 2	Discorda parcialmente 3	Não tem opinião 4	Concorda parcialmente 5	Concorda fortemente 6	Concorda completamente 7
-----------------------------	--------------------------	----------------------------	----------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------------

	1	2	3	4	5	6	7
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.							
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família.							
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							

IDPT

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.						

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexo E: Pedidos de autorização para utilização das escalas

De: Ana Rita Martins [anaritamartins094@gmail.com]
Enviado: segunda-feira, 20 de Novembro de 2017 10:02
Para: jlpr@fpce.up.pt
Assunto: Pedido de autorização para utilização da HADS

Bom dia Ex.mo Sr. Prof. Doutor José Pais-Ribeiro,

O meu nome é Ana Rita Martins, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário e estou a desenvolver a Dissertação de Mestrado sobre o tema "A importância do acompanhamento em psicoterapia no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama", sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal e co-orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos. Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para aplicar a versão portuguesa do Hospital Anxiety and Depression Scale a mulheres com cancro da mama, uma vez que pretendo avaliar os níveis de ansiedade e depressão e este é o instrumento que melhor se adequa ao trabalho que pretendo desenvolver.

Gostaria, ainda, de solicitar o instrumento e o artigo de validação do mesmo.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade dispensadas.

Com os meus melhores cumprimentos,

--

Ana Martins

De: José Luis Pais Ribeiro [jlpr@fpce.up.pt]
Enviado: Segunda-feira, 20 de novembro de 2017 15:08
Para: anaritamartins094@gmail.com
Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização da HADS

Cara colega

Não me oponho ao uso da versão da HADS que traduzimos e estudámos para uso com a população Portuguesa.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate-

https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Ana Rita Martins [anaritamartins094@gmail.com]

Enviado: segunda-feira, 20 de Novembro de 2017 10:10

Para: smicarval@gmail.com

Assunto: Pedido de autorização para utilização da MSPSS

Bom dia Ex.mo Sr. Prof. Doutor Serafim Carvalho,

O meu nome é Ana Rita Martins, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário e estou a desenvolver a Dissertação de Mestrado sobre o tema "A importância do acompanhamento em psicoterapia no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama", sob a orientação da Prof Doutora Isabel Leal e co-orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos. Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para aplicar a versão portuguesa do Multidimensional Scale of Perceived Social Support a mulheres com cancro da mama, uma vez que pretendo avaliar o suporte social percebido e este é o instrumento que melhor se adequa ao trabalho que pretendo desenvolver.

Gostaria, ainda, de solicitar o instrumento e o artigo de validação do mesmo.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade dispensadas.

Com os meus melhores cumprimentos,

--

Ana Martins

De: Serafim Carvalho [smicarval@gmail.com]

Enviado: Terça-feira, 21 de novembro de 2017 09:58

Para: anaritamartins094@gmail.com

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização da MSPSS

Oli Ana Rita,
Cá está a escala anotada. O artigo está livre na Psychologica.

Utilize à vontade.

Bom trabalho e cumprimentos

Serafim Carvalho

--

Psiquiatra - Hospital de Magalhães Lemos

Doutorado em Psicologia (FPCEUC)

Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamental (APTC)

Terapeuta Sexual (SPSC)

Professor Auxiliar - Instituto Universitário de Ciências da Saúde

>> Investigador - CINEICC, Universidade de CoimbraMSPSS_Anotada_2015.pdf>

De: Ana Rita Martins [anaritamartins094@gmail.com]

Enviado: segunda-feira, 20 de Novembro de 2017 10:17

Para: joanafpc@gmail.com

Assunto: Pedido de autorização para utilização da EDRE

Bom dia Ex.ma Sra. Prof. Doutora Joana Coutinho,

O meu nome é Ana Rita Martins, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário e estou a desenvolver a Dissertação de Mestrado sobre o tema "A importância do acompanhamento em psicoterapia no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama", sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal e co-orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos. Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para aplicar a versão portuguesa do Difficulties in Emotion Regulation Scale a mulheres com cancro da mama, uma vez que pretendo avaliar a regulação emocional e este é o instrumento que melhor se adequa ao trabalho que pretendo desenvolver.

Gostaria, ainda, de solicitar o instrumento e o artigo de validação do mesmo.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade dispensadas.

Com os meus melhores cumprimentos,

--

Ana Martins

De: Joana Coutinho [joanafpc@gmail.com]

Enviado: Quarta-feira, 22 de novembro de 2017 09:53

Para: anaritamartins094@gmail.com

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização da EDRE

Cara Ana Rita,

envio em anexo o pdf do questionário bem como o respectivo artigo de adaptação onde encontra a informação que necessita para a sua cotação.

Pedia que mantivesse o uso do instrumento exclusivo ao seu estudo.

Felicidades para o seu trabalho,

Joana Coutinho

--

Joana Coutinho, Post-Doc Researcher

Neuropsychophysiology Lab, School of Psychology

University of Minho

4710-057 Braga - Portugal

Tel: +351 253601398 <http://webs.psi.uminho.pt/LABSPSI/lnp/>

<http://webs.psi.uminho.pt/LABSPSI/lnp/>

De: Ana Rita Martins

Enviado: 20 de novembro de 2017 10:14

Para: soniaimsilva@gmail.com

Assunto: Pedido de autorização para utilização do IDPT

Bom dia Ex.ma Sra. Prof. Doutora Sónia Silva,,

O meu nome é Ana Rita Martins, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário e estou a desenvolver a Dissertação de Mestrado sobre o tema "A importância do acompanhamento em psicoterapia no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama", sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal e co-orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos. Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para aplicar a versão portuguesa do Posttraumatic Growth Inventory a mulheres com cancro da mama, uma vez que pretendo avaliar o crescimento pós-traumático e este é o instrumento que melhor se adequa ao trabalho que pretendo desenvolver.

>>Gostaria, ainda, de solicitar o instrumento e o artigo de validação do mesmo.

>>Agradeço desde já a atenção e disponibilidade dispensadas.

>>Com os meus melhores cumprimentos,

--

Ana Martins

De: Sónia Silva [soniaimsilva@gmail.com]

Enviado: Quarta-feira, 22 de novembro de 2017 23:03

Para: anaritamartins094@gmail.com

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização do IDPT

Cara Ana Rita Martins,

Começo por agradecer o seu contacto e felicitar pelo interesse nesta área e neste tema em particular.

Relativamente ao que me solicita através do seu e-mail, venho fazer o envio da versão do PTGI que temos utilizado com mulheres com cancro da mama, bem como o artigo que publicámos com a validação do instrumento nesta mesma população. Envio também a sintaxe em SPSS para a cotação do PTGI, de acordo com a estrutura factorial que encontrámos no nosso estudo de validação (chamo a atenção que é distinta da original, de Tedeschi & Calhoun, 1996).

Agradeço mais uma vez o seu contacto e faço votos de muito sucesso para o trabalho que se propõe realizar e que me parece de elevado interesse.

Disponibilizando-me para apoiar em algum aspeto em que possa ser útil, deixo os meus melhores cumprimentos,

>> Sónia Silva

Responsável pelas Unidades de Psico-Oncologia e de Voluntariado
Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Centro
R.Dr. António José de Almeida, nº 329 – 2º S156
3000-045 Coimbra – Portugal
ssilva@ligacontracancro.pt
[telf.]: 239 487 490 – [fax]: 239 484 882
www.ligacontracancro.pt
[f] facebook.com/ligacontracancro

Colaboradora na Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde
Instituto de Psicologia Cognitiva (IPCDVS)
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 COIMBRA
@] soniaimsilva@gmail.com
[http://www.fpce.uc.pt/saude/cm

Ansiiedade e Depressão

Ansiiedade

A ansiiedade geralmente caracteriza-se por uma grande variedade de sintomas somáticos como: tremores, hipotonia muscular, hiperventilação, sudorese, palpitações – e sintomas cognitivos como: apreensão, inquietação, distratibilidade, perda de concentração e insónias (Almeida, 2015). No que respeita ao cancro, a ansiiedade pode provocar o medo da dor bem como a possibilidade de distúrbios de sono (Fatiregun et al., 2016).

Apesar da ansiiedade ser uma das perturbações psicológicas mais estudada, ainda não é completamente consensual. Deste modo, de acordo com Coimbra de Matos (2002), existem vários modelos teóricos que procuram explicar a origem da ansiiedade. Para a Psicanálise, quando uma pulsão inaceitável tenta emergir no consciente, o ego desenvolve determinados mecanismos de defesa no sentido de anular a tensão. Numa perspetiva mais existencialista, a ansiiedade resulta do conhecimento da finitude da vida, sendo que, dependendo da forma como o indivíduo aborda este conhecimento pode ou não levar a ansiiedade destrutiva. No modelo comportamental, a ansiiedade é uma resposta inata e incondicional, do organismo a estímulos adversos, podendo ser associada a estímulos neutros através do condicionamento (Coimbra de Matos 2002).

No contexto da doença oncológica, as perturbações de ansiiedade podem ocorrer em todos os estadios da doença (Fatiregun et al., 2016). Na vivência do processo de ajustamento ao cancro que envolve grande incerteza em relação ao futuro, possível interrupção de projetos de vida e diversas implicações quotidianas adversas, a ansiiedade caracteriza-se como uma resposta temporária normal e esperada perante estas situações de tensão, podendo ser considerada um estímulo necessário à adaptação e no enfrentar de situações inesperadas (Almeida, 2015). Estes receios que podem provocar a ansiiedade podem também estar relacionados com o medo da recidiva bem como com o receio das consequências dos tratamentos no retorno a vida quotidiana (Fatiregun et al., 2016). Assim, uma ansiiedade moderada e situacional geralmente vai diminuindo à medida que as pacientes se ajustam ao processo oncológico.

Embora a ansiedade se constitua como um fator recorrente na adaptação normal ao cancro da mama, pode tornar-se uma perturbação psicológica quando as reações emocionais são excessivas, intensas ou prolongadas no tempo (Fatiregun et al., 2016).

É de extrema relevância detetar as perturbações de ansiedade e aumentar o seu acompanhamento através da prestação de serviços psicossociais de apoio após o diagnóstico de cancro. Este acompanhamento terapêutico deve promover o envolvimento ativo dos familiares durante o tratamento no sentido de aumentar o ajustamento psicológico à doença (Fatiregun et al., 2016; Venâncio, 2004).

Depressão

De acordo com Coimbra de Matos (2001), na síndrome depressiva existem três sintomas básicos: a tristeza, a inibição (psicomotora e de pensamentos) e a angústia. A tristeza é o sintoma inicial e é tida como reação à perda. A inibição é o sintoma central e representa a desistência e a dificuldade em criar coisas novas. E a angústia é o sinal de desesperança numa vida que se perdeu e não se poderá reconquistar (Coimbra de Matos, 2001).

De forma geral, a depressão caracteriza-se por: diminuição do tónus psicológico (abatimento corporal e psicológico), sentimentos de diminuição do valor pessoal (baixa autoestima, vergonha, culpa, inferioridade, incapacidade), dificuldades em mobilizar a atenção/concentração, dificuldades de memória e pensamento, falta de apetite, insónias, anedonia, apatia, irritabilidade fácil, diminuição/perda da iniciativa, hipocinesia ou hipoatividade, fadiga, mímicas verbais e gestuais escassas e inexpressivas, voz baixa e monocórdica e ideação suicida (Coimbra de Matos, 2001).

Neste seguimento, a depressão é o efeito colateral psicológico mais frequentemente descrito durante o tratamento do cancro da mama, podendo atingir mais de um terço das pacientes, e está relacionada com o aumento da dor e dos efeitos colaterais do tratamento (Badger, Braden & Mishel, 2001). Deste modo, a depressão constitui um quadro psicológico intenso, podendo manifestar-se de diferentes formas, nomeadamente no que respeita a pacientes em adaptação ao cancro, uma vez que se trata de um processo bastante doloroso em que as mulheres enfrentam quotidianamente numerosos sintomas físicos e psicológicos adversos. Assim, temáticas de incerteza, perda de controlo e maior dependência são frequentes e afetam a maioria dos doentes oncológicos. Muitas pacientes temem o sofrimento futuro, a possibilidade de uma morte dolorosa, bem como a perda de relações e funções quotidianas. Embora os sentimentos

de tristeza, angústia e ansiedade se desenvolvam na maioria das pacientes, costumam desaparecer gradualmente no curso da doença, quando se sentem apoiadas pela família, amigos e médicos que ofereçam informações adequadas ao doente sobre o curso do tratamento (Venâncio 2004).

No que se refere aos fatores que podem estar na origem da depressão, salienta-se o modelo desenvolvido por Brown e Harris, referente à causalidade psicossocial da depressão, em que o baixo suporte social é apontado como um dos fatores de risco que pode aumentar os níveis de depressão (Patten, 1991). Nesta sequência, também no modelo de negociação da depressão de Hagen, o autor defende que a depressão é em si mesma uma forma de ajustamento, em que o indivíduo utiliza o pedido de ajuda como a solicitação de suporte social, no sentido de facilitar a sua adaptação a nova realidade (Carvalho et al., 2011).

De acordo com Beacham e colaboradores (2005), é fundamental detetar e tratar perturbações como a depressão em mulheres com cancro da mama, sendo que o peso de uma doença como o cancro é bastante intenso podendo conduzir a sentimentos de isolamento e desespero no caso de não terem suporte social ou apoio terapêutico. Estes autores indicam ainda que os terapeutas devem tentar envolver os parceiros e familiares neste processo para que a mulher sinta maior apoio, sendo também de grande importância o terapeuta manter contacto direto com os profissionais da equipa de tratamento no sentido de facilitar a comunicação e a compreensão das dificuldades específicas das pacientes (Beacham et al., 2005).

Regulação Emocional

Inicialmente a regulação emocional era estudada na área do desenvolvimento, no entanto, atualmente o seu estudo tem-se estendido a investigação em psicopatologia e psicoterapia (Coutinho et al., 2010).

Segundo o modelo de Gross (1998) para caracterizar o processo de regulação das emoções devem fazer-se três distinções: a regulação emocional referente à regulação de algo como pensamentos ou comportamentos ou ao processo de regulação das próprias emoções; a forma como os indivíduos influenciam as suas próprias emoções ou a forma como influenciam as emoções dos outros e a regulação como processo consciente ou como processo inconsciente. Neste sentido, na visão deste autor, a regulação emocional deve conceptualizar-se como um continuum de processos que vão desde processos conscientes e controlados até processos inconscientes e automáticos (Gross, 1998). A

abordagem deste modelo processual de regulação emocional procura demonstrar como é que estratégias específicas se diferenciam no decurso de uma resposta emocional.

Relativamente às estratégias da regulação emocional, de uma forma geral, existem as estratégias focadas nos antecedentes e as estratégias de regulação focadas na resposta, estando as primeiras relacionadas com ações que são despoletadas antes da resposta ser ativada e as segundas referem-se às ações que já estão a ocorrer depois da emoção ter sido gerada (Gross, 1998). Além destas duas estratégias globais, existem outras estratégias de regulação emocional que foram especificadas neste modelo, nomeadamente:

1 - Seleção da situação: refere-se ao comportamento de evitar ou aproximar de certas pessoas, lugares ou coisas de forma a regular a emoção;

2 - Modificação da situação: depois de selecionada a situação pode ser alterada de forma a modificar o seu impacto emocional, esta estratégia é também designada por coping focado no problema;

3 - Atenção: esta estratégia é usada para selecionar em qual dos muitos aspetos da situação o indivíduo se focará;

4 - Mudança cognitiva: refere-se à seleção de um significado que será ligado a esse aspeto, pode ser usada para diminuir ou aumentar a resposta emocional ou mesmo para modificar a própria emoção. O significado atribuído à situação é crucial já que influencia as tendências de resposta experienciais, comportamentais e fisiológicas que serão geradas numa dada situação futura;

5 - Modulação da resposta: refere-se às tentativas de influenciar as tendências de resposta depois destas já terem sido despoletadas.

De acordo com o modelo de Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional envolve os objectivos do indivíduo bem como a intensidade e a duração da experiência emocional. Deste modo, estes autores propõe uma conceptualização multidimensional da regulação emocional que engloba: (a) a consciência e a compreensão das emoções, (b) a aceitação das emoções, (c) a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos desejados e (d) a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação (Gratz & Roemer, 2004). Assim, a ausência de alguma destas dimensões dá conta da presença de dificuldades na regulação emocional.

A regulação emocional envolve três mecanismos principais: (input regulation), regulação à entrada que se trata das estratégias utilizadas para alterar os fatores que moldam a geração de emoção, como a implantação a tensional, (reappraisal) reavaliação que se prende com as estratégias utilizadas para mudar o significado de um encontro, como ver uma situação de forma mais positiva e a (output regulation) regulação à saída que se refere às estratégias empreendidas na regulação de respostas emocionais, como a expressão da emoção (Schulz & Lazarus, 2012). Estes mecanismos de regulação emocional têm um papel fundamental no modo como o indivíduo organiza o seu comportamento, sendo que uma regulação emocional pouco eficaz tem implicações a nível emocional, cognitivo e comportamental que podem colocar em risco a adaptação do indivíduo a situações de ativação emocional.

Apesar de ser muitas vezes utilizado o termo estratégias, que pode sugerir intencionalidade, as estratégias de regulação emocional podem ser planeadas e racionais ou automáticas e inconscientes (Brandão, Tavares, Schulz, & Matos, 2016). Assim e no que respeita a estratégias cognitivas de regulação emocional, de salientar que no decurso de uma resposta emocional podem ser empregues

estratégias adaptadas que incluem a aceitação, reorientação positiva e reorientação no planeamento, que têm um papel fundamental na iniciação, motivação e organização de comportamentos ajustados após o confronto com eventos negativos, bem como estratégias desadaptadas, como a culpabilização, a ruminação intrusiva e a catástrofe, que podem provocar comportamentos inadequados e não são propícias à reabilitação do indivíduo (Brandão, Tavares, Schulz & Matos 2016).

Expressão Emocional

As emoções caracterizam-se como processos centrais no funcionamento humano, ocupando um lugar de destaque como organizadores no desenvolvimento cerebral e em vários domínios do funcionamento psicológico e social, influenciando-os e sofrendo influências de várias dimensões do desenvolvimento, bem como das diferentes experiências de vida a que o indivíduo vai sendo exposto (Kennedy-Moore e Watson, 2001).

São apontadas quatro funções centrais da expressão emocional: a promoção da regulação da ativação; a autocompreensão; o desenvolvimento de competências de coping e o melhoramento das relações interpessoais. Assim, a expressão emocional tem

relevância não só nos processos internos como também a nível social e das relações interpessoais (Kennedy-Moore e Watson, 2001).

De acordo com Frijda (1997), da expressão emocional inibida, surgem algumas consequências tanto a nível do indivíduo como a nível social. Em primeiro lugar o autor afirma que não mostrar as emoções pode bloquear a ocorrência de uma determinada situação ou até mesmo dar a impressão aos outros de que acontecimentos relevantes não tem importância. Em segundo lugar, a não-expressão diminui a intensidade dos contactos sociais, tornando mais difícil para os outros ajustar o seu comportamento e expectativas deixando tanto os outros como o indivíduo insatisfeitos. Em terceiro lugar pode impedir a pessoa de contribuir para a clarificação emocional e possivelmente para um processamento emocional efetivo, podendo impedir ou dificultar a recolha e o processamento de memórias e sentimentos. Por último, pode resultar numa recuperação fisiológica mais lenta. Segundo este autor, a expressão emocional é importante para lidar com os acontecimentos ativados pela emoção, permitindo um ajustamento do comportamento dos outros e mudar a natureza e a qualidade das relações bem como, desenvolver uma consciência emocional no indivíduo que ajude a clarificar a natureza das próprias emoções, as atribuições que são feitas e os objetivos dessas mesmas emoções Frijda (1997).

Neste sentido, a importância da expressão emocional tem vindo a ser cada vez mais estudada pela Psico-Oncologia, devido ao seu papel fundamental no ajustamento psicossocial à doença, nomeadamente no que respeita à diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e ao aumento do suporte social percebido .

Neste sentido, no caso de pacientes que enfrentam um quadro oncológico é essencial o encorajamento e a ajuda na expressão e comunicação das suas emoções negativas (Iwamitsu et al., 2003). Deste modo, as intervenções psicoterapêuticas desempenham um papel essencial na expressão emocional, após o diagnóstico aumentando o ajustamento psicológico ao cancro e controlando ainda os níveis de ansiedade e depressão (Iwamitsu et al., 2005).

Suporte Social

O construto suporte social surge na década de 70/80, e estabelece-se de modo proeminente na literatura em psicologia e em áreas relacionadas. O papel que desempenha na doença física e na sua recuperação tem suscitado um crescente interesse na área das ciências sociais e humanas tornando-se um conceito chave e

consequentemente objeto de estudo de múltiplas investigações tanto do ponto de vista teórico como empírico. Da diversidade de definições salientam-se características comuns que implicam sempre algum tipo de interação pessoal, no sentido de uma transação ou comportamento cooperante fornecido a uma pessoa que necessite de apoio, envolvendo preocupação emocional e ajuda instrumental (Rook & Dooley, 1985).

De acordo com Ornelas (1994) o suporte social define-se relativamente à existência ou à quantidade de relações sociais gerais e, em particular no que respeita as relações conjogais, de amizade ou organizacionais. Neste seguimento, de salientar que inicialmente media-se a qualidade do suporte social pela quantidade de amigos que se tinha, no entanto, mais tarde percebeu-se que o suporte social não deve ser quantificado pelo número de pessoas de quem o indivíduo se sente próximo, sendo que o tamanho da rede de amigos não é indicativo da adequação do suporte social recebido. Isto acontece porque mesmo que o tamanho da rede de amigos seja alargada, essas pessoas tanto podem proporcionar um suporte social adequado como há o risco de provocarem sentimentos negativos, conflitos ou outras situações de stress que torna o suporte social desadequado (Ornelas 1994).

No que se refere às dimensões do suporte social, a primeira a salientar prende-se com a fonte, sendo frequentemente assinaladas duas fontes de suporte social distintas: informal e formal. Na rede de suporte informal incluem-se a família, amigos, vizinhos, clubes ou associações que são passíveis de fornecer suporte em resposta a acontecimentos ou dificuldades de vida. Quanto a rede de suporte social formal, compreende tanto organizações como hospitais, bem como os profissionais (médicos, enfermeiros ou psicólogos) organizados para prestar cuidados (Carvalho et al., 2011; Patrão, 2007).

Relativamente a segunda dimensão do suporte social, refere-se ao tipo de apoio que o indivíduo recebe efetivamente dos outros que o rodeiam e subdivide-se em três categorias: suporte emocional, instrumental e informacional (Carvalho et al., 2011; Cohen, 2004).

O suporte emocional, também designado afetivo ou de estima (Patrão, 2007) - trata-se do sentimento de estima, de pertença a um grupo e de confiança, recebendo amor, amizade, apoio e segurança e envolve expressão de empatia, carinho, cuidados e preocupação do outro apesar dos seus erros, defeitos ou limitações, o que propicia um aumento da autoestima. O suporte instrumental que se refere à ajuda concreta em termos da disponibilização de bens e/ou serviços que ajudem na resolução de situações do

quotidiano por exemplo, apoio financeiro ou ajuda com tarefas diárias como o cuidado dos filhos ou da casa. Por último, o suporte informacional que consiste nas informações e conselhos relevantes recebidos de terceiros destinadas a ajudar o indivíduo a compreender determinadas situações, resolver problemas facilitando a tomada de decisão (Cohen, 2004, Patrão, 2007).

Neste sentido, compreende-se que estamos perante um construto multidimensional de definição complexa que provém de diversas fontes e que possui diferentes dimensões e componentes, o que reflete a falta de consenso no interior da comunidade científica quanto a uma definição concreta (Carvalho et al., 2011).

Um aspeto não consensual relaciona-se com o modo como o suporte social atua em relação a saúde, doença e bem-estar. Neste contexto, Kornblith e colaboradores (2001) consideram diferentes modelos explicativos do suporte social. No Modelo do Efeito Direto/Aditivo, o suporte social influencia diretamente o impacto emocional de uma doença como o cancro e o seu tratamento. Deste modo, o suporte social pode influenciar diretamente o ajustamento à doença, no sentido em que os pacientes se sentem mais seguros simplesmente por saberem que têm o apoio do outro, ou seja, o suporte social produz efeitos diretos benéficos independentemente do nível de stress ou do tipo de problemas (Patrão, 2007). No Modelo de Proteção, o suporte social tem um efeito protetor com repercussões positivas no ajustamento emocional do indivíduo ao cancro e aos seus tratamentos. Neste sentido, no caso de ocorrer uma doença como o cancro, o suporte social reduz as dificuldades do paciente contrariamente ao que aconteceria no caso de não existir qualquer apoio. Assim, o suporte social desempenha um importante papel contribuindo para redefinir um evento tornando-o menos stressante ou a alcançar recursos reduzindo a gravidade do evento. Assim, o suporte social é protetor ao amenizar as consequências negativas dos acontecimentos stressantes. No entanto, só é eficaz se esta for uma necessidade do indivíduo. No Modelo de Combinação direto/protetor, por um lado o suporte emocional tem uma influência direta no impacto da doença proporcionando um estado de tranquilidade, por outro lado, o suporte tem um efeito protetor sobre o acontecimento de vida negativo e, por conseguinte, no ajustamento emocional através da reavaliação cognitiva do evento stressante ou da mobilização de recursos para reduzir o impacto do evento (Kornblith et al., 2001).

Neste sentido, torna-se uma necessidade distinguir claramente o suporte social percebido do suporte social recebido. Assim, o suporte social percebido refere-se ao suporte social que o indivíduo acredita ter disponível em caso de necessidade, sendo

conceptualizado em termos cognitivos: o indivíduo tem a percepção geral de que é amado e valorizado e de que tem a quem recorrer em caso de necessidade (Cramer, Henderson & Scott, 1997). Por outro lado, o suporte social recebido diz respeito ao suporte que foi efetivamente recebido pelo indivíduo ou que o indivíduo acredita ter recebido (Russell, Booth, Reed & Laughlin, 1997). Deste modo, atualmente inclui-se a avaliação da satisfação percebida do suporte social proporcionado pelos outros que se constitui como o factor que é concretamente avaliado. Os estudos indicam que o suporte social produz um efeito positivo no impacto do diagnóstico do cancro (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003), bem como, uma melhor adaptação a doença oncológica (Alves & Pereira, 2013). Neste sentido, existe um certo consenso sobre o facto de determinados aspetos do suporte social terem influência no bem-estar, na saúde e na doença do indivíduo (Carvalho et al., 2011). Assim, relativamente ao efeito terapêutico e preventivo, Cohen e Syme (1985) descrevem o suporte social como sendo um fator positivo que ajuda na manutenção da saúde, bem como na recuperação de doenças. Deste modo, ao elevar a autoestima e sentimentos positivos, o suporte social pode fortalecer indiretamente o sistema imunitário, acelerando a recuperação da doença e reduzindo a suscetibilidade do indivíduo a mesma, o que constitui o suporte social como um fator promotor e protetor de saúde.

Crescimento Pós-Traumático

Nos últimos anos, tem vindo a surgir um crescente interesse relativamente à capacidade humana de crescer e encontrar aspectos positivos face a uma experiência traumática. Este processo prende-se com a percepção de um conjunto de mudanças positivas que surgem como consequência dos esforços psicológicos e cognitivos realizados para lidar com situações altamente desafiadoras que podem colocar em risco a própria vida e designa-se por crescimento pós-traumático (CPT) (Tedeschi & Calhoun, 2004). Este conceito, introduzido por Calhoun e Tedeschi, é muitas vezes confundido com outras terminologias (ex. resiliência, otimismo) que também foram sendo utilizadas para definir e clarificar este fenómeno, mas considera-se que atualmente o que o melhor o define é o termo crescimento pós-traumático: “crescimento” remete para uma elevação do funcionamento do sujeito para um nível superior, e “traumático” porque sublinha que o crescimento surge depois de um evento significativo. Contudo, a experiência de crescimento pode coexistir com sofrimento. Este pressuposto pode parecer contraditório mas segundo Calhoun e Tedeschi (1999)

devem coexistir no indivíduo emoções positivas e negativas na experiência de crescimento, de tal forma que se, numa fase inicial, tais emoções negativas não se manifestarem o crescimento também não ocorrerá. Deste modo, para que ocorra crescimento é necessário que o acontecimento seja suficientemente significativo, de tal forma que coloque em causa as crenças e pressupostos básicos do indivíduo. O crescimento pós-traumático não resulta de um processo natural de maturidade psicológica, assim, para que aja percepção de mudanças positivas na vida dos sujeitos, tem que ocorrer sempre algum acontecimento stressante mesmo que essa experiência não seja percebida no imediato como traumática (Silva, Moreira & Canavarro, 2011).

Estas mudanças positivas percebidas podem enquadrar-se em cinco domínios, os quais dão origem às cinco dimensões do inventário de crescimento pós-traumático, designadamente: Relações Interpessoais – No sentido de lidar com a percepção de stress, o indivíduo aumenta a procura de suporte na sua rede social (Tedeschi e Calhoun, 1996), este processo pode conduzir a uma maior clareza das relações interpessoais; sendo que algumas relações tornam-se mais próximas e íntimas ao contrário de outras que enfraquecem e /ou terminam (Tedeschi & Calhoun, 2004); Novas Possibilidades - O indivíduo desenvolve novas perspectivas de realização pessoal, que antes do trauma não existiam (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004); Competências Pessoais – Ao reconhecer em si próprio capacidades pessoais para lidar com o acontecimento stressante, o indivíduo percebe em si uma maior força individual para resolver futuros desafios e adversidades (Tedeschi & Calhoun, 2004); Mudança Espiritual - Percepção de maior abertura a questões religiosas e maior compreensão de assuntos espirituais. A fé em Deus ou numa entidade superior pode fortalecer-se após o trauma ou pelo contrário, depois do trauma diminuir a crença religiosa ou espiritual (Tedeschi & Calhoun, 2004); Valorização da Vida – O indivíduo compreende que não é possível prever ou controlar os acontecimentos do quotidiano, como consequência da percepção de imprevisibilidade e vulnerabilidade, após a ocorrência inesperada do trauma, desta forma, as prioridades de vida são alteradas e surge um aumento da apreciação e valorização dos momentos do dia-a-dia (Tedeschi e Calhoun, 2004).

De acordo com Tedeschi e Calhoun (2004) para a ocorrência de CPT é necessário que o acontecimento seja avaliado pelo indivíduo como suficientemente stressante ou traumático. Neste seguimento, o crescimento pós-traumático constitui-se como um processo contínuo que compreende a alteração de esquemas cognitivos ao longo do tempo (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Após o acontecimento traumático, e numa fase inicial, o processamento cognitivo de um evento significativo é crucial para obter melhores resultados de crescimento pós-traumático. Assim, nesta fase, surgem as intrusões, evitações e ruminatórias que são fundamentais ao processamento cognitivo do acontecimento negativo para que ocorra uma reconstrução da percepção do mundo, uma vez que esta foi posta em causa pelo evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Neste seguimento, importa compreender o modelo sociocognitivo de Tedeschi e Calhoun (2004), no qual o CPT resulta de um processo muitas vezes longo e doloroso. Segundo este modelo, o processo de crescimento é conceptualizado da seguinte forma: um acontecimento traumático de grandes proporções coloca em causa alguns elementos chave dos objetivos importantes do indivíduo e da sua visão do mundo. Isso representa um desafio para os objetivos e crenças centrais e para a capacidade de lidar com problemas emocionais. A angústia emocional resultante, inicia no indivíduo um processo de ruminação recorrente, e o indivíduo tenta desenvolver formas para reduzir esse desconforto. Inicialmente, a ruminação é mais automática que voluntária e é caracterizada por pensamentos negativos frequentes relativos ao trauma. Após uma fase de enfrentamento bem-sucedido, a ruminação transforma-se num pensamento mais deliberado sobre o trauma e sobre o seu impacto na própria vida. Este novo tipo de ruminação deliberada, entendido como um processo cognitivo mais construtivo, terá um papel chave no desenvolvimento de crescimento pessoal. O CPT é conceptualizado como um constructo multidimensional que pode incluir mudanças nas crenças, nas relações pessoais, nos objetivos, nos comportamentos e na própria identidade (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004).

Deste modo, o conjunto de esforços empreendidos, a luta dos indivíduos para ultrapassarem a situação traumática e avançarem no seu projeto de vida, aceitando e vivendo de acordo com a nova situação, ajustando-se ao acontecimento negativo e traumático, dá origem ao CPT.

Apesar de amplamente debatido, pouco se sabe sobre a dinâmica de desenvolvimento do CPT, tornando necessária mais investigação nesta área no sentido de proporcionar uma melhor compreensão deste fenómeno. Deste modo, importa perceber de que forma estes processos intervêm, para que se possa explicar a razão pela qual algumas pessoas experienciam crescimento após o trauma e outras não.