



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE E DA
RELIGIOSIDADE NO CRESCIMENTO PÓS-
TRAUMÁTICO, EM DOENTES ONCOLÓGICOS**

INÊS MARIA SERRAVENTOSO CARIXAS

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA CATARINA RAMOS

Coordenadora do Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Lisboa, 2020

Dissertação de mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Catarina Ramos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

É com entusiasmo que utilizo este espaço para deixar escrito o meu agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta etapa no meu percurso acadêmico que para além disso significa muito mais para mim pois coincidiu com os momentos mais tristes que alguma vez vivi e funcionou também como forma de o ultrapassar de forma mais positiva.

À minha mãe, em primeiro lugar, que hoje é a estrela que me guia e aquela que mais desejava ver este trabalho concluído, sei que se me pudesse ver seria um dos dias mais felizes da sua vida, só posso agradecer por toda a inspiração e força que sempre me transmitiu.

Ao meu pai, que até sem o saber consegue ser a paz, tranquilidade e porto de abrigo em qualquer momento e que me mostra o caminho e aconselha de forma tão sábia.

À minha irmã, que do seu modo prático sempre me transmitiu coragem para seguir os meus sonhos.

Ao Pedro, companheiro de todos os momentos, fonte de afetos, paz e serenidade que resume o nosso amor e as nossas conquistas e a quem muito devo pelas palavras e por vezes silêncios que contam tanto. Também à sua família, que já sinto como minha, pelas gargalhadas que apaziguam qualquer dia cinzento e pelos bons momentos que temos vivido, com um agradecimento especial à minha sogra, pelo apoio e coragem que sempre me transmitiu.

Ao meu cunhado, Rafael, grande perseguidor de sonhos e onda de inspiração para muitos que para além disso, em conjunto com a minha irmã, me deu a melhor notícia do ano com o anúncio da chegada do meu primeiro sobrinho.

Aos meus amigos do coração que me podem acusar de não ter sido a amiga mais presente dos últimos tempos, mas que sabem que passe o tempo que passar, nada muda e as memórias são tão boas que preenchem os momentos de ausência física, com a certeza de que o sentimento não muda.

Às minhas colegas do seminário de dissertação, Catarina Antunes, Raquel Rocha e Francisca Figueiroa, pela maravilhosa colaboração na recolha de dados e pelo grupo de entreatajuda que conseguimos criar em apenas alguns meses, com os seus altos e baixos, mas com um resultado final positivo.

À professora Catarina Ramos, minha orientadora, sempre dedicada, paciente, verdadeiramente interessada e flexível, pronta a esclarecer qualquer dúvida. Não tenho dúvidas que se aqui cheguei foi em grande parte graças ao seu empenho profissional.

À professora Isabel Leal, pela exigência sempre acompanhada de um sorriso e momentos de humor que dão alento.

À Dra. Helena Grilo, permitindo juntamente com a Dra. Albina Dias a recolha da nossa amostra, bem como à presidente do Movimento Vencer e Viver, Sofia Abreu, por ter facilitado a recolha de dados nos Movimentos da Liga Portuguesa Contra o Cancro, localizados no IPO em Lisboa, sem esquecer a enfermeira Augusta e os seus ensinamentos e história de vida assim como todas as voluntárias do mesmo, pela simpatia e acolhimento.

Sem nunca esquecer o meu agradecimento sincero a todos os participantes do estudo, sem os quais não seria possível avançar com este estudo, com especial carinho por aqueles que tive o gosto de conhecer e que num momento tão difícil como o da perda minha mãe para esta terrível doença que é o cancro, me ensinaram tanto com as suas histórias de luta.

RESUMO

Objectivo: A doença oncológica, tende a ser encarada como um acontecimento traumático, resultando em atitudes e comportamentos negativos. Contudo, a literatura revela que podem ocorrer mudanças positivas como resposta individual face à doença, através do Crescimento Pós-Traumático (CPT). As crenças centrais, o suporte social e a expressão emocional são factores fortemente associados ao CPT. Pretende-se compreender também a relação existente entre o CPT, a espiritualidade e a religiosidade em doentes oncológicos.

Método: A recolha da amostra que incluiu 228 participantes com diagnóstico de cancro (M anos = 53,09; DP = 15,00), decorreu presencialmente e através da plataforma Google Forms. Os materiais que constam do protocolo são o questionário clínico e sócio-demográfico, Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI), Inventário de Crenças Centrais (CBI), Índice de Expressão Emocional (DDI), Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQp) e Dimensions of Religiosity Scale (DRS).

Resultados: O bem-estar espiritual está positiva e significativamente relacionado com o CPT. A religiosidade ($\beta = 0,005$; $t = 0,080$; $p = 0,937$), ao contrário do bem-estar espiritual ($\beta = 0,412$; $t = 8,016$; $p \leq 0,001$) e das crenças centrais ($\beta = 0,430$; $t = 8,365$; $p \leq 0,001$), não é preditora de CPT. Ter religião revela-se tendência para o desenvolvimento de CPT, verificando-se diferenças entre os grupos de pessoas com e sem religião ($F(2,225) = 46,928$; $p \leq 0,001$).

Conclusão: Conclui-se que neste estudo, o bem-estar espiritual é um importante preditor de CPT e que o ter ou não religião pode interferir no CPT, contribuindo para a revisão do modelo teórico e para a prática clínica.

Palavras-chave: Crescimento Pós-Traumático; Espiritualidade; Religiosidade; Cancro.

ABSTRACT

Objective: An oncological disease tends to be seen as a traumatic event, resulting in negative attitudes and behaviors. However, the literature reveals that positive changes can occur as an individual response to the disease, through the Post-Traumatic Growth (PTG). The core beliefs, social support and emotional support are highly associated to PTG. The intention is to understand the relationship among PTG, spirituality and religiosity in cancer patients.

Method: The sample collection, which included 228 participants diagnosed with cancer (M years = 53.09; SD = 15.00), took place in person and through the Google Forms platform. The materials included in the protocol are the clinical and socio-demographic questionnaire, Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Core Belief Inventory (CBI), Emotional Expression Index (DDI), Perceived Multidimensional Social Support Scale (MSPSS), Questionnaire Spiritual Well-Being (SWBQp) and Dimensions of Religiosity Scale (DRS).

Results: Spiritual well-being is positively and significantly related to PTG. Religiosity ($\beta = 0.005$; $t = 0.080$; $p = 0.937$), in contrast to the spiritual well-being ($\beta = 0.412$; $t = 8.016$; $p \leq 0.001$) and core beliefs ($\beta = 0.430$; $t = 8.365$; $p \leq 0.001$), is not a predictor of PTG. Being religious proves to be a trend towards the development of PTG, with differences between groups of people with and without religion ($F(2,225) = 46,928$; $p \leq 0,001$).

Conclusion: It is concluded in this study that spiritual well-being is an important factor of PTG and that being religious or not can interfere in PTG, contributing to the review of the theoretical model and to the clinical practice.

Keywords: Posttraumatic Growth, Spirituality, Religiosity, Cancer

Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento teórico.....	3
1.1. Crescimento pós-traumático.....	3
1.2. Espiritualidade.....	6
1.3. Religiosidade.....	11
1.4. Crescimento pós-traumático, religiosidade e espiritualidade em doentes com cancro.....	12
1.5. Pertinência do estudo.....	14
1.6. Objectivos.....	14
2. Metodologia.....	15
2.1. Participantes.....	15
2.2. Procedimentos.....	20
2.3. Material.....	21
2.4. Análise estatística.....	25
3. Resultados.....	26
3.1 Associações entre as variáveis.....	28
3.2 Contributo do bem-estar espiritual e religiosidade no crescimento pós-traumático.....	29
3.3 Comparação de crescimento pós-traumático entre grupos com e sem religião..	32
4. Discussão.....	33
Limitações.....	37
4. Considerações finais e estudos futuros.....	38
Referências bibliográficas	39
Anexos.....	45
Anexo A) Autorização para utilização das escalas.....	45
A.1) Autorização formal para a utilização do instrumento PTGI.....	45
A.2) Autorização formal para a utilização do instrumento DDI.....	46
A.3) Autorização formal para a utilização do instrumento MSPSS.....	47
A.4) Autorização formal para a utilização do instrumento SWBQp.....	48
A.5) Autorização formal para a utilização do instrumento DRS.....	49

Anexo B – Requerimento e autorização à Liga Portuguesa Contra o Cancro para a recolha de dados.....	50
Anexo C – Consentimento informado.....	52
Anexo D – Protocolo.....	53
Anexo E – Outputs estatística descritiva das variáveis sociodemográficas.....	60
Anexo F - Outputs estatística descritiva das variáveis clínicas.....	67
Anexo G – Outputs confiabilidade das variáveis psicossociais	80
Anexo H – Outputs estatística descritiva das variáveis psicossociais e correlações bivariadas de pearson.....	87
Anexo I – Outputs regressões lineares múltiplas.....	88
Anexo J - Outputs efeito dos grupos com e sem religião no CPT.....	91
Anexo K - Outputs efeito do tipo de religião no CPT.....	92
Anexo L – Outputs do efeito da posição religiosa no CPT.....	93

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Características Sociodemográficas (N = 228)</i>	16
Quadro 2. <i>Características Clínicas (N = 228)</i>	18
Quadro 3. <i>Média, Desvio-padrão, Mínimo, Máximo, Assimetria, Curtose e Coeficiente de Alpha de Cronbach das Escalas e Sub-Escalas das Variáveis Psicossociais em Estudo</i>	27
Quadro 4. <i>Correlação de Pearson entre Variáveis Psicossociais (r)</i>	28
Quadro 5. <i>Regressão Linear Múltipla Entre o Crescimento Pós-Traumático e a Religiosidade, Bem-Estar Espiritual, Crenças Centrais, Expressão Emocional e Suporte Social</i>	30
Quadro 6. <i>Modelo Explicativo do Crescimento Pós-Traumático com Todas as Variáveis Psicossociais</i>	31
Quadro 7. <i>Modelo Explicativo do Crescimento Pós-Traumático com Trajetórias Significativas</i>	32

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Modelo revisito de Crescimento pós-traumático (adaptado de Tedeschi et al., 2018)</i>	4
--	---

Introdução

As investigações já existentes na literatura revelam que embora o cancro seja compreendido como um acontecimento marcante e traumático para os doentes e também para as suas famílias, não é obrigatoriamente uma situação irreversível do ponto de vista psicológico, conduzindo não apenas a reacções negativas, mas também ao crescimento pós-traumático como resultado da reestruturação cognitiva à nova realidade. Factores como as crenças centrais, suporte social e expressão emocional são documentados na literatura como estando associados ao crescimento pós-traumático. Na literatura há um aumento da evidência da presença da espiritualidade e da religiosidade na população oncológica. Está também documentado que estas variáveis podem condicionar a qualidade de vida dos doentes oncológicos e também que podem contribuir para o desenvolvimento de crescimento pós-traumático, embora vários estudos indiquem a necessidade de mais investigação sobre estas duas variáveis nesta população em particular, e por esse motivo parece-nos pertinente avaliar o seu papel na mesma, sendo esse o objetivo deste estudo.

Este estudo tem como linha de investigação o crescimento pós-traumático e variáveis psicossociais em pacientes com doenças oncológicas, focando-se na seguinte questão de investigação “Qual o papel da espiritualidade e da religiosidade no crescimento pós-traumático em doentes oncológicos?”.

Numa fase inicial deste trabalho, no enquadramento, faremos uma abordagem de acordo com a literatura atual, às definições dos conceitos de crescimento pós-traumático, espiritualidade e religiosidade. Seguidamente, será enunciada a metodologia utilizada nesta investigação, esclarecendo qual o desenho do estudo, caracterização dos participantes, procedimento utilizado. Será também feita a tradução do instrumento *Dimensions of Religiosity Scale*, elaborada por Stephen Joseph em 2006, que por sua vez será integrada no protocolo de investigação do presente estudo. Serão então enunciados os instrumentos e testes estatísticos utilizados de acordo com os objectivos do estudo. Seguidamente, iremos apresentar os resultados obtidos. De forma mais concreta, serão detalhadas as análises descritivas das variáveis socio-demográficas e clínicas da amostra e também das escalas e sub-escalas das variáveis psicossociais; as correlações entre o crescimento pós-traumático e as variáveis psicossociais; a comparação entre médias e análise de diferenças de crescimento pós-traumático entre grupos com e sem religião. e por fim, serão apresentadas as regressões com as seguintes variáveis: crescimento pós-traumático, bem-estar espiritual, religiosidade,

crenças centrais, expressão emocional e suporte social. Para finalizar, teremos a discussão, limitações do estudo, considerações finais e estudos futuros.

1. Enquadramento teórico

Iremos de seguida, dar início à conceptualização, de acordo com a literatura disponível, dos conceitos chave que serão abordados neste estudo.

De forma breve, para contextualizar o tema, consideramos importante referir que o termo cancro refere-se à divisão descontrolada de células de um órgão ou tecido, dando origem a diversas patologias malignas. Por sua vez, uma massa de células cancerosas designa-se um tumor e o crescimento descontrolado de um tumor resulta na destruição do tecido saudável em redor. A disseminação das células tumorais através do sistema sanguíneo ou linfático pode conduzir à formação de tumores secundários ou metástases, noutros órgãos ou tecidos (Roche, 2020).

De acordo com a American Cancer Society (2018), as doenças oncológicas representam atualmente a segunda causa de morte na maioria dos países por todo o mundo mas há cada vez mais uma preocupação em fazer com que o doente se sinta parte integrante do tratamento considerando no tratamento o seu meio sociocultural, as suas emoções e cognições pessoais sobre a saúde e a doença, sendo este um fator de bom prognóstico.

1.1 Crescimento Pós-traumático

O conceito Crescimento Pós-Traumático (CPT), foi introduzido por Tedeschi e Calhoun em 1995 e é agora estudado em todo o mundo e o modelo dominante na literatura, definindo-o como a percepção de mudanças positivas ao nível intrapessoal e interpessoal, após os esforços individuais despendidos no confronto com um acontecimento significativamente traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004). O Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI), desenvolvido por Tedeschi e Calhoun em 1996, descreve o CPT em 5 dimensões distintas: Novas Possibilidades, Relação com os Outros, Força Individual, Apreciação da Vida e Mudança Espiritual. Em particular, este último domínio, reflecte a experiência de pessoas que são religiosas mas também agnósticas ou ateias e inclui apenas duas questões sobre as mudanças espirituais e religiosas, percebidas após o trauma (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, & Calhoun, 2018).

Apesar da incoerência existente na definição de *trauma*, os autores consideram que o mesmo se aplique a qualquer situação que coloque em causa, desafie ou invalide as crenças individuais de um sujeito. Desta perspetiva, para um evento ser considerado traumático, não precisa necessariamente de ser considerado uma ameaça para a vida do sujeito nem

preencher os critérios para Perturbação de Stress Pós-Traumático, mas antes, deve ser considerado extremamente stressante e desafiante face às circunstâncias de vida do sujeito, pois de certa forma, o evento ser traumático ou não, depende da perceção da pessoa que o experiencia.

Considera-se o conceito de *pós-trauma*, como um período que se foca em mudanças a longo prazo, de dias a anos, no qual as pessoas desenvolvem novos caminhos cognitivos, emocionais e de comportamento, pois os acontecimentos que experienciaram não lhes permitem voltar ao funcionamento que até então consideravam normal. Não se referem, desta forma, a mudanças imediatas que ocorram durante o acontecimento, no qual as pessoas agem de forma instintiva e não racionalmente.

O CPT tem também a característica de as mudanças que ocorrem a partir daqui, serem transformativas, envolvendo mudanças positivas na cognição e na vida emocional e que tendem a ter implicações comportamentais. Este crescimento não pode ser interpretado como um período de desenvolvimento normal, pois tende a ser inesperado e não planeado e ocorre como resultado de uma batalha após uma grande crise de vida que não é encarada, geralmente, como uma oportunidade de mudança ou crescimento, mas sim uma forma de sobreviver (Tedeschi et al., 2018).

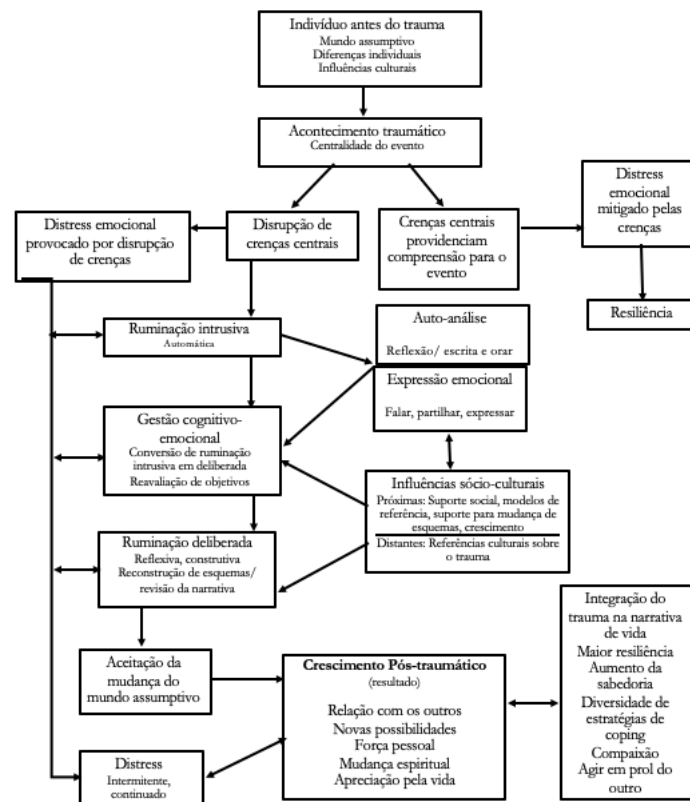


Figura 1. Modelo revisto de Crescimento pós-traumático (adaptado de Tedeschi et al., 2018).

A versão mais atual do modelo teórico do CPT, data de 2018 (Tedeschi et al., 2018) e inclui nove componentes:

1. A pessoa pré-trauma (bem-estar moderado; esquema nascente de desenvolvimento pós-trauma; estilo cognitivo complexo, ativo, aberto, esperançoso que permitem movimentos mais eficientes em direção ao CPT)
2. Evento traumático sísmico (o que é traumático varia de acordo com as circunstâncias individuais)
3. Desafios (para objetivos de ordem superior), crenças de ordem superior e capacidade de gerir o sofrimento emocional
4. Ruminação (mais automática e intrusiva do que deliberada)
5. Sucesso no coping (desapego de objetivos inatingíveis e crenças insustentáveis; diminuição do sofrimento emocional através de estratégias eficazes de regulação emocional)
6. Ruminação (mais deliberada do que automática e intrusiva)
7. Suporte social (fontes de conforto, novos esquemas, comportamentos adaptativos de coping representados por relações com expert companions e não tanto com o suporte geral)
8. Crescimento pós-traumático (relação com outros, novas possibilidades, força pessoal, mudança espiritual, apreciação pela vida), desenvolvimento da narrativa e sabedoria
9. Algum sofrimento duradouro pelo trauma (que pode manter o foco na mudança e crescimento).

Tedeschi e Calhoun (2004) e Calhoun e Tedeschi (2006), consideram que o stress causado pelo acontecimento traumático é necessário para que haja a disrupção do mundo assumptivo, no entanto, a reconstrução das crenças centrais é o elemento fundamental para que se dê o processo de transformação individual após o trauma ser ultrapassado. Segundo Calhoun & Tedeschi, (2006), o trabalho cognitivo para redefinir as nossas crenças centrais, envolve processos de ruminação. Calhoun & Tedeschi, (2013), concetualizaram os termos ruminação intrusiva, definindo-as como intrusões espontâneas e repetitivas de um determinado pensamento referente a algo traumático, e ruminação deliberada que remete para a revisão da história de vida do individuo e possibilita a construção de novas crenças centrais, com o objectivo de atenuar a experiência traumática.

Assim, podemos afirmar que o CPT, como processo, tem início após a tomada de consciência do indivíduo face a uma situação (ou várias) que coloca em causa as suas

crenças centrais. É a partir da experiencição do confronto psicológico, coping com o stress emocional, ruminações intrusivas e posteriormente, evolução para pensamentos ruminativos mais deliberados sobre o acontecimento traumático, que o sujeito, eventualmente, percebe o CPT. Alguns factores de interação social como a expressão emocional e o suporte social têm sido considerados como aspectos que podem contribuir para o processo de crescimento, conforme demonstra o modelo teórico de CPT. Após a disrupção de crenças centrais, o sujeito tem uma maior necessidade de procurar suporte social para a partilha de emoções e sentimentos relacionados com o trauma. Uma rede de suporte social num ambiente seguro e confortável, facilita a expressão emocional, o que por sua vez potencia o processamento cognitivo, nomeadamente a mudança de pensamentos intrusivos para deliberados. Este processo conduz ao CPT (Tedeschi et al., 2018).

1.2 Espiritualidade

Quando analisamos conceptualmente a palavra “espiritualidade” torna-se importante analisar a sua origem de forma a compreendermos a sua essência e dinâmica. Etimologicamente, provém do latim *spiritus/spirare* que significa respiração, sopro, alma, vida, ou seja, é o que dá vida, animação, consciência, o que vai para além do corpo e nos relaciona com o divino. Numa abordagem histórica da espiritualidade, constata-se que o seu significado deriva da sua associação com a religião ou na crença num Deus ou numa entidade superior. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e as ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. Desta forma, orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e de significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade (Martins, 2015).

É importante referir que neste estudo, iremos adoptar a perspectiva de espiritualidade como conceito mais abrangente e de carácter existencial que vai ao encontro da definição utilizada por Fisher (1999, cit. por Gouveia, 2011). O autor apresenta quatro domínios fundamentais para o desenvolvimento de bem-estar espiritual que poderão agregar-se, indicando um nível global de bem-estar espiritual de um indivíduo:

- a) domínio pessoal (“personal”) que aborda o modo como a pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores na vida. Pressupõe o

desenvolvimento de auto-conhecimento e consciência sobre si mesmo, relacionada com a identidade e auto-estima;

b) domínio comunitário (“communal”) que expressa a qualidade e profundidade das relações interpessoais entre o próprio e os outros, incluindo sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade;

c) domínio ambiental (“environment”) que lida com a protecção e cuidado com o mundo físico e biológico, incluindo um sentido de respeito, admiração e unidade com a natureza;

d) domínio transcendente (“transcendental other”) que se refere às relações do eu com algo ou alguma coisa para além do nível humano, como uma força cósmica, uma realidade transcendente ou Deus, e envolve sentimentos de fé, adoração e culto ou veneração, relativamente à fonte de mistério do Universo.

A espiritualidade, como conceito psicológico, é um tema abordado essencialmente pela Psicologia Positiva e de seguida iremos apresentar outras definições do conceito, de forma a elucidar sobre a inconsistência que existe na literatura. De acordo com Barros (2007), ao contrário do que aconteceu no mundo anglo-saxónico e Estados-Unidos a partir da década de 60, o *boom* de produção literária sobre este tema, na Europa, apenas se verificou a partir de meados do ano 2000, devido à nossa tradição laica e jacobinista que tende a não considerar relevante esta dimensão da natureza humana. Mas importa também esclarecer a dicotomia teórica existente na definição deste conceito. Pargament (1999) e Pargament e Mahoney (2002), definem espiritualidade como a procura do sagrado e como um processo através do qual as pessoas procuram descobrir, manter, e se necessário transformar aquilo que consideram sagrado nas suas vidas, considerando-a como uma sub-dimensão da religiosidade. Paralelamente, autores como Hans Stifoss-Hanssen (1999), defendem que a espiritualidade e a religiosidade são construtos diferentes. Entende a espiritualidade como um conceito mais abrangente e define-a como a procura do significado, do sentido para a vida das pessoas, dando ênfase à dimensão experiencial e existencial da vida humana, através da procura de autenticidade, de ligação a algo significativo e da construção de uma vida holística e de sentido para as pessoas. Burnard (1998), por sua vez, abordou as necessidades espirituais dos ateístas e agnósticos defendendo que estes, embora não acreditem num Deus ou noutra entidade superior, possuem a sua espiritualidade que poderá incidir na sua filosofia existencial, nomeadamente na procura do sentido, significado e propósito da sua vida.

Vários são os autores que salientam a dificuldade em definir este constructo e é frequente encontrar o termo religiosidade como sinónimo de espiritualidade. Barros (2007, p.267) exemplifica bem esta problemática, afirmando que *“tanto é “espiritual” uma pessoa devota dentro de uma religião tradicional, como alguém que tem experiências místicas ou uma pessoa não religiosa que busca sentido para a vida”*. O autor define o conceito como procura de significado e de objetivos na vida relacionados com o sagrado ou o transcendente, incluindo elementos cognitivos, afetivos e experienciais. Afirma ainda que qualquer pessoa religiosa é espiritual, mas nem toda a pessoa espiritual é religiosa, considerando assim a espiritualidade como uma categoria mais ampla e subjetiva, uma tentativa de auto-transcendência e auto-realização, como procura existencial de significado. Em um estudo sobre a diferenciação entre espiritualidade e religiosidade, Zinnbauer e colaboradores (1997) concluíram que os investigadores universitários consideravam os dois conceitos independentes, definindo-se como pessoas espirituais, mas não religiosas.

Wink e Dillon (2002), concluem também, na sua investigação longitudinal, que a espiritualidade é um conceito difícil de mensurar, devido à falta de consenso na sua definição, mas também dada a natureza da jornada espiritual, que tende a ser íntima, privada e frequentemente difícil de transpor em palavras. Os resultados que obtiveram revelam uma associação baixa entre espiritualidade e religiosidade o que indica que os dois constructos são independentes um do outro. Os autores abordam também o facto de alguns autores defenderem uma espiritualidade com prática orientada, que exige profundidade e compromisso, e envolve a integração de experiências interiores e exteriores através da prática sistemática relacionadas com o sagrado (Atchley, 1997; Wuthnow, 1998), enquanto outros como Jung (1943, 1964), Alexander et al. (1990) e Sinnott, 1994) partilham a ideia de que a espiritualidade é o resultado do processo de desenvolvimento individual que ocorre ao longo da vida adulta, e vai para além da visão lógica e linear das crenças, que por sua vez conduz à sua procura e aos ganhos espirituais.

Narayanasamy (1999, p.274, cit. por Martins, 2015), defende que a espiritualidade *“está presente em todos os indivíduos e pode manifestar-se como a paz interior e força advinda do relacionamento com um Deus transcendente uma realidade última, ou outro que seja valorizado como supremo. A dimensão espiritual invoca sentimentos que demonstram a existência de amor, de fé, de esperança, de confiança, de temor e de inspirações. Desta forma oferecem sentido e razão para a existência. É enfatizado particularmente quando o indivíduo enfrenta stress emocional, doença ou morte”*. Henezel & Leloup (2001), reforçam também que a espiritualidade, como conceito, é definida como

sendo um atributo de qualquer pessoa que se questione perante a simples realidade de existir. Para Jung (1986), a espiritualidade está associada à relação da alma com a divindade e na mudança que daí advém, tratando-se de uma ação interna, uma ampliação da consciência, acesso a sentimentos e pensamentos superiores que favorecem o fortalecimento e amadurecimento da sua personalidade. Siporin (1985, p. 199, cit por Shaw, Joseph & Linley, 2005), considera que o conceito de espiritualidade *“envolve a luta por valores, significado, experiência e desenvolvimento transcendentais; pelo conhecimento de uma realidade última; pela pertença e por uma relação com o universo moral e a comunidade; pela união com poderes imanes e sobrenaturais que guiam as pessoas e o universo para o bem ou para o mal”*.

Os conceitos de espiritualidade, segundo Edwards et al. (2010), encontram-se relacionados com os seguintes tópicos:

- “Relação com o próprio” - na descoberta da sua própria identidade, na sua autoaceitação e autorreconciliação;
- “Relação com os outros” – as pessoas desejam a companhia das pessoas que lhe são mais significativas, muitas vezes são a sua força, o seu suporte e significado, sendo importante receber e dar amor;
- “Relação com a natureza e música” – estar em contacto com a beleza apresentada pela natureza, pode proporcionar conforto e inspiração, reduzindo a ansiedade, assim como inspirar a criatividade e paz interior;
- “Relação com Deus ou outra entidade superior” – manter uma relação especial com Deus ou numa entidade superior pode ser importante, como proteger as pessoas do medo da morte e solidão, dando-lhes força, conforto e paz;
- “Esperança, significado e propósito de vida” – a esperança está associada com o encontro do sentido da vida, onde as crenças espirituais poderão contribuir para a esperança, assim como a busca do sentido e significado poderá emergir das suas crenças filosóficas.

A abordagem das necessidades espirituais deverá, segundo o autor, ter em consideração o desenvolvimento humano. Durante a infância, a confiança, o sentir-se amado e a segurança são as necessidades espirituais mais prevalentes. Nesta fase, a criança aprende os conceitos acerca da religião através dos pais ou das pessoas que são mais próximas. Em situações de crise, as crianças apresentam uma grande dificuldade em verbalizar as suas necessidades espirituais; na adolescência, existe uma maior necessidade de

procura de significado e de valor na vida. Os conflitos poderão ser mais recorrentes devido ao confronto com os padrões estabelecidos pelos pais, sendo a sua procura de força e de suporte nos grupos de pares. No jovem adulto, prevalece a procura de confiança, do amor, da esperança e do perdão. Trata-se de um período onde se experiencia uma elevada tensão, expectativas e luta espiritual, é um tempo de reestruturação do campo religioso, de valores morais e éticos, assim como um tempo de reorientação e crescimento da vertente espiritual. Na meia-idade, um conjunto de acontecimentos característicos desta fase pode levar a pessoa a questionar a sua própria vida, a morte de parentes ou do par, os filhos que saem de casa, a entrada na reforma ou a consciência das suas próprias limitações físicas. Nesta fase, é comum a necessidade de sentido e objetivo de vida, a necessidade de perdão, a necessidade de receber amor e a necessidade de esperança e criatividade. Por fim, nos idosos, os sucessos e insucessos na vida são importantes na renovação das suas crenças religiosas e crenças espirituais. Estes, experienciam um autoconceito mais positivo como resultado de um sentimento de cumprimento e de valor perante a vida. A procura das relações sociais e espirituais poderá passar pela filiação religiosa, tornando-se produtora de sentimentos de esperança e de propósito na vida dos idosos (Edwards et al., 2010).

Wink e Dillon (2002), nos seus estudos longitudinais, desde a idade adulta até à velhice, estudaram a natureza e causas do desenvolvimento espiritual e encontraram um crescimento significativo na espiritualidade ao longo do tempo, sobretudo nas mulheres. Os autores, afirmam ainda que, as mudanças no processo de atribuição de sentido à própria vida ocorrem mais frequentemente em períodos de transição e de crise do que em períodos de estabilidade. Portanto, o desenvolvimento espiritual, pode ser mais influenciado pelas mudanças sociais e pelo contexto pessoal do que pela idade cronológica, embora ambos se encontrem frequentemente relacionados dado que ser mais velho aumenta a possibilidade de se terem experienciado crises e adversidades. Assim, qualquer desequilíbrio pode ser condutor do processo de mudança psicológica. É importante realçar que, o facto de as mulheres terem um maior envolvimento em actividades religiosas organizadas do que os homens, aumenta a possibilidade de o crescimento espiritual ocorrer como resultado deste envolvimento e não tanto pela experiência de crises pessoais.

1.3 Religiosidade

O conceito religiosidade, do ponto de vista da psicologia, define-se pelo comportamento, motivações, percepção e cognições religiosas e não pelo que a religião é em si (Barros, 2007). Por outras palavras, interessa saber o porquê de as pessoas se tornarem religiosas e como se mantêm.

William James (1985, cit por Barros, 2007, p.269), define religião como “*sentimentos, atos e experiências das pessoas individuais, na sua solidão, no modo como se apreendem a si mesmas, como estando em relação com tudo o que consideram o divino*”. Para o autor, a “*religião consiste na crença de que há uma ordem invisível e que a nossa suprema felicidade consiste em ajustar-nos harmoniosamente com esta crença*”.

Sacks (1985, p. 27, cit por Shaw, Joseph, & Linley, 2005), considera que a concetualização mais ampla de religião inclui “*um sistema de crenças, práticas, costumes e cerimónias enraizadas numa cultura; uma visão do relacionamento do indivíduo com o universo; um código moral e ético e uma comunidade de adeptos que fornecem relações sociais*”.

Hood et al. (1996, cit por Barros, 2007) distinguem os conceitos de religião intrínseca e extrínseca. Intrínseca, na qual afirmam que a pessoa é devota e fortemente comprometida com a sua fé que invade e se manifesta em todas as dimensões da sua vida, vive de acordo com os princípios morais defendidos pela sua religião, é altruísta e humanista, vive em união constante com Deus e é tolerante e compreensiva. Religião extrínseca, quando a pessoa separa a religião da vida, não praticando aquilo que teoricamente acredita, é conduzida pelo medo e pela pressão social, está centrada em si mesma e menos nos outros, é pouco tolerante e considera Deus uma abstração e não uma pessoa viva. Os autores, distinguem ainda dois grupos, na abordagem da origem da religião. O grupo da “*tradição defensivo-protetiva*”, teoria muito influenciada por Freud e pela psicanálise, onde se incluem aqueles que fazem da religião um escudo contra o medo e os que têm a necessidade de encontrar significado e controlar as vicissitudes da vida. Associa-se também ao sentimento de culpa, quando se vai contra as regras morais superiores dos livros sagrados, o que por sua vez, estimula a religião. A culpa é assim superada através do perdão de Deus. Já no grupo da “*tradição crescimento-realização*”, numa linha positiva e humanista, defendidas por autores como Allort, Maslow, Nuttin, entre outros, a religião encontra-se associada à auto-atualização, capacidade de crescimento e de realização. Também a questão da morte, abre portas à religião, sendo capaz de lhe dar sentido com a crença da vida pós-morte, transcendência ou imortalidade, variando, contudo, de religião para religião.

1.4 Crescimento pós-traumático, religiosidade e espiritualidade em doentes com cancro

Sendo a amostra desta investigação constituída por doentes oncológicos, importa contextualizar o tema e nesse sentido, sabe-se que o cancro é agora considerado uma doença crónica com períodos de remissão e de recaída. Contudo, esta doença pode ser fatal e interfere com a qualidade de vida dos doentes, conduzindo a alterações físicas e psicológicas, não só devido aos tratamentos associados, mas também pela incerteza em relação ao futuro, associada à ideia de morte. A forma como os indivíduos enfrentam uma doença oncológica, não é apenas influenciada pela doença em si, mas também é influenciada por diversos domínios do indivíduo como o psicológico, social e espiritual. Segundo Vella-Brodrick e Allen (1995 cit. por Gouveia, 2011), é necessário perceber que o corpo, a mente e o espírito são entidades, que apesar de separadas, aparecem intimamente ligadas, contribuindo reciprocamente para a saúde e para o bem-estar espiritual do indivíduo, sendo fundamental um equilíbrio entre elas.

Tal como abordado anteriormente, no enquadramento dos construtos de religiosidade e espiritualidade, a religiosidade encontra-se conectada à prática das doutrinas descritas na Bíblia e no Alcorão que por sua vez estabelecem normas e simbologias que permitem que a pessoa se conecte melhor com o sagrado. A espiritualidade, por sua vez, é frequentemente conceptualizada como uma jornada pessoal de conhecimento do mundo, do meio e do lugar da pessoa no mesmo.

Para algumas pessoas, a ligação religiosa e espiritual pode desempenhar um papel importante no CPT e são vários os estudos empíricos que examinam quais os aspectos da religiosidade e espiritualidade que estão associados ao CPT, como descrevem Tedeschi e colaboradores (2018) e os quais passamos a nomear. Está documentado na literatura que os sujeitos que se encontram envolvidos em organizações religiosas tendem a experienciar mais frequentemente o fenómeno de CPT do que aqueles que não se identificam com uma doutrina religiosa (Currier, Mallot, Martinez, Sandy, & Nezami, 2013). Da mesma forma, Yanez e colaboradores (2009), verificaram, no seu estudo com sobreviventes de cancro, que um aumento da fé ao longo do tempo, foi preditor de crescimento.

O coping religioso positivo reflecte a percepção de uma relação segura com Deus ou forças superiores que incluem a procura de apoio espiritual, reavaliações religiosas benevolentes e perdão religioso enquanto por outro lado, o coping religioso negativo, reflecte uma relação insegura com Deus ou forças superiores e inclui uma ténue e sinistra visão do mundo ou reavaliações religiosas demoníacas e punitivas, descontentamento

espiritual, e uma luta religiosa para encontrar e conservar significado para a vida (Tedeschi et al., 2018). Chan e Rhodes (2013), concluíram que o coping religioso positivo, como a procura de suporte espiritual, reavaliações religiosas benevolentes e o perdão religioso estão associados ao desenvolvimento do CPT. Outros estudos empíricos revelaram que o coping religioso positivo encontra-se associado ao CPT (e.g. Abu-Raiya, Pargament, & Mahoney, 2011; Gerber et al., 2011; Pargament, Magyar, Benore, & Mahoney, 2005). Resultados semelhantes foram obtidos num estudo focado no coping Budista (Falb & Pargament, 2013). O coping budista positivo, enfatiza a moralidade (uso dos cinco preceitos ou treino de *mindfulness* como linhas orientadoras de vida; prática de um bom discurso) e noção da imprevisibilidade (relembrar que o stress irá passar; reconhecer que todas as coisas mudam), encontra-se associado ao CPT.

Quando existe uma situação adversa, que no caso desta amostra é o cancro supõe-se que ocorra um conflito, uma situação que o ego não consegue assimilar, Esta interrupção do processo de progressão da energia psíquica, conduz à procura da integração de novos recursos que possibilitem a superação e a gestão da adversidade através da adaptação positiva, dá-se no sentido da individualização e inclui experiências espirituais (Martins, 2009). Este argumento é corroborado pelo modelo teórico de Tedeschi e colaboradores (2018), através do qual, após a recepção de um diagnóstico de cancro, o sujeito que o compreende como uma situação ameaçadora e que põe em causa a própria vida, reconstrói as suas crenças centrais. Através da reestruturação cognitiva, e com o recurso, por exemplo a variáveis psicossociais distintas como o suporte social, que pode ou não advir da comunidade religiosa e espiritualidade, o sujeito desenvolve CPT.

Em suma, de acordo com a revisão sistemática da literatura elaborada por Shaw, Joseph e Linley (2005), diversos estudos empíricos confirmam que a espiritualidade e a religiosidade, podem desenvolver-se no decorrer do confronto com os acontecimentos traumáticos, podendo ser preditoras de CPT.

De acordo com estudos quantitativos e qualitativos, as pessoas têm reportado crescimento religioso ou espiritual como resultado do confronto com a crise, o que vai alterar as suas narrativas de vida. É esta alteração de perspectivas, tanto religiosas como espirituais que pode conduzir ao CPT. Em particular, a religiosidade pode contribuir para o CPT através de: a) O coping religioso, seja positivo ou negativo pode estar associado a uma mudança de perspectiva e por isso pode conduzir a CPT; b) após o confronto com o trauma, o sujeito pode sentir a necessidade de aumentar os contactos com a comunidade religiosa, por forma a superar o acontecimento traumático. Assim, a religiosidade percebida

através do contacto com a comunidade religiosa a que o sujeito pertence pode potenciar a percepção de CPT.

1.5 Pertinência do estudo

De acordo com a revisão de literatura, os conceitos de religiosidade e de espiritualidade, são na sua maioria, conceptualizados de uma forma integrada, ainda que se refiram a construtos muito diferentes, dado que a religiosidade não inclui necessariamente uma componente espiritual, e a espiritualidade, por sua vez, não inclui necessariamente uma componente de participação religiosa.

Este estudo, pretende avaliar, separadamente, os conceitos de religiosidade e espiritualidade, face à sua importância para o processo de CPT. De acordo com a revisão sistemática de literatura de Shaw, Joseph e Linley (2005), o contributo individual da espiritualidade e da religiosidade ainda não foi clarificado nos estudos empíricos sobre CPT. Assim, torna-se importante avaliar a espiritualidade, a religiosidade e o CPT individualmente, como também as relações entre eles, dado que os três conceitos podem apresentar correlações e padrões de associação distintos.

1.6 Objetivos

Com o presente estudo pretende-se compreender a relação existente entre o CPT, a espiritualidade e a religiosidade, numa amostra que inclui doentes oncológicos e sobreviventes de cancro bem como avaliar o contributo diferenciado da espiritualidade e da religiosidade a partir de um modelo explicativo de CPT. É também objetivo deste estudo, de forma secundária, compreender o papel das crenças centrais, expressão emocional e suporte social, dado serem variáveis integrantes no modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018).

Pretende-se também analisar se o CPT é influenciado por fatores relacionados com a religião e a espiritualidade, nomeadamente, ter ou não ter religião, posição religiosa, qual a religião a que pertence e ser ou não praticante.

2. Metodologia

2.1. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 228 participantes selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Serem adultos, acima de 18 anos de idade; com diagnóstico de cancro ou alta médica, em vigilância; terem residência em Portugal, saberem ler e escrever Português e não terem limitações físicas ou mentais que limitassem o preenchimento do questionário.

A amostra é do tipo bola de neve, não probabilística e por conveniência e conta utentes do Movimento Vencer e Viver ($n = 57$; 25%), MOVAPLAR-Movimento de Apoio a Laringectomizados ($n = 14$; 6,1%) e MAPO-Movimento de Apoio à Pessoa Ostimizada ($n = 17$; 7,5%), pertencentes ao Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) e localizados no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG), localizado em Lisboa, bem como participantes recrutados através das redes de contacto próximas ($n = 12$; 5,3%) e ainda online, resultando em mais de metade da amostra ($n = 128$; 56,1%).

O total da amostra contou com 246 sujeitos, no entanto, excluíram-se 18 (7,32%) participantes, tendo sido consideradas as respostas de uma amostra final de 228 participantes. A exclusão de participantes foi realizada caso a caso, devido a um ou vários dos seguintes motivos: não existir diagnóstico oncológico; não preenchimento de um ou mais do que um questionário do estudo ou não residir em Portugal.

Quanto às características sócio-demográficas, os participantes, a maioria são mulheres ($n = 191$; 83,8%), com uma média de idades de 53,09 anos ($DP = 15,00$) (Mín = 18; Máx = 91). Dos 208 participantes, a maioria são Portugueses ($n = 217$; 95,2%) e frequentaram o ensino secundário (61; 26,8%) ou obtiveram o grau de Licenciatura (61; 26,8%), são casados ($n = 123$; 53,9%) e ativos profissionalmente ($n = 123$; 54,4%) ou reformados ($n = 73$; 32,3%). Quanto à posição religiosa, a maioria afirma acreditar em Deus ou noutra entidade religiosa ($n = 191$; 98,2%), são Católicos ($n = 176$; 90,7%) mas a maioria não são praticantes ($n = 116$; 50,9%) (Quadro 1).

Quadro 1.
Características Sócio-Demográficas (N =228)

Variável	<i>n</i>	%
Local de Recolha		
Movimento Vencer e Viver	57	25,0
Movimento Laringectomizados	14	6,1
Movimento Ostomizados	17	7,5
Online	128	56,1
Bola de Neve	12	5,3
Idade (<i>M, DP</i>)	53,09	15,00
Género		
Feminino	191	83,8
Masculino	37	16,2
Nacionalidade		
Portuguesa	217	95,2
Romena	3	1,3
Brasileira	3	1,3
Localidade de Residência		
Almada	13	5,7
Funchal	20	8,7
Lisboa	43	18,9
Sintra	14	6,1
Habilitações Literárias		
Sem escolaridade	1	0,4
1º Ciclo	27	11,8
2º Ciclo	9	3,9
3º Ciclo	34	14,9
Secundário	61	26,8
Bacharelato	8	3,5
Licenciatura	61	26,8
Mestrado	19	8,3
Doutoramento	7	3,1
Pós-Graduação	1	0,4
Situação Profissional		
Estudante	4	1,8
Activo(a)	123	54,4
Desempregado(a)	16	7,1
Reformado(a)	73	32,3
Baixa Médica	9	4,0
Estado Civil		
Solteiro(a)	30	13,2
União de Facto	25	11,0
Viúvo(a)	19	8,3
Casado(a)	123	53,9
Divorciado(a)	31	13,6
Relação Amorosa (Sim)	163	71,5
Anos de relação		
0 - 10 anos	41	25,9
11-20 anos	31	19,6

21 – 30 anos	36	22,8
31 – 40 anos	24	15,2
41 – 50 anos	19	12,0
51 – 60 anos	7	4,4
Filhos (Sim)	172	75,4
Quantidade de filhos		
1	70	40,2
2	75	43,1
3	20	11,5
Posição Religiosa		
Ateu	21	9,2
Agnóstico	12	5,3
Acredito em Deus ou noutra entidade Religiosa	191	83,8
É Confuso/ Complicado	2	0,9
Religião (Sim)	194	85,1
Católica	176	90,7
Protestante	2	1,0
Muçulmana	1	0,5
Ortodoxa	4	2,1
Judaica	1	0,5
Evangélica	1	0,5
Budista	1	0,5
Adventista do Sétimo Dia	1	0,5
Espírita Kardecista	2	1,0
Praticante (Sim)	91	44,2

Notas. M = Média; DP = Desvio-padrão

A partir do questionário clínico, podemos concluir que o tempo médio desde o diagnóstico é de 74,33 meses ($DP = 117,80$) e o cancro de cabeça e pescoço ($n = 21$; 9,2%), colon e recto ($n = 13$; 5,7%) e mama ($n = 147$; 64,5%) são os mais frequentes e o estadio III é o mais frequente (58; 25,6%), embora 85 participantes não tenham reportado o estadio, por não terem conhecimento ou não o quererem divulgar (37,4%). Quanto aos tratamentos, a grande maioria já os iniciou ($n = 223$; 98,2%), sendo que uns realizaram cirurgia, quimioterapia e radioterapia ($n = 48$; 21,7%) e outros realizaram também terapia hormonal para além das anteriores ($n = 45$; 20,4%). A maioria, encontra-se em vigilância ($n = 111$; 50%) ou ainda em tratamento ($n = 60$; 27%). Em relação ao uso de terapias alternativas ($n = 50$; 21,9%), o reiki ($n = 13$; 5,7%) e a acupuntura ($n = 10$; 4,4%) são os mais utilizados pela população da amostra. Salienta-se que mais de um terço, revelou ter perturbações mentais, entre elas depressão e ansiedade ($n = 80$; 35,1%) e 92 participantes beneficiaram de acompanhamento psicológico (40,4%) (Quadro 2).

Quadro 2.
Características Clínicas (N = 228)

Variável	<i>n</i>	%
Tempo desde o diagnóstico, em meses (<i>M, DP</i>)	74,33	117,796
Tipo de Cancro		
Bexiga	6	2,6
Cabeça e Pescoço	21	9,2
Colo do Útero	8	3,5
Colon e Recto	13	5,7
Estômago	2	0,9
Intestino e Fígado	1	0,4
Leucemia	3	1,3
Linfoma de Hodgkin	1	0,4
Linfoma não Hodgkin	7	3,1
Lipossarcoma Pélvico	1	0,4
Mama	147	64,5
Mieloma Múltiplo	1	0,4
Ovário	1	0,4
Pâncreas	1	0,4
Próstata e Urogenital	2	0,9
Pulmão	2	0,9
Rim	5	2,2
Sarcoma	1	0,4
Sarcoma de Ewing	1	0,4
Tiróide	2	0,9
Primeiro diagnóstico (Sim)	207	91,2
Estadio		
I	18	7,9
II	45	19,8
III	58	25,6
IV	19	8,4
Não Sei/ Não Respondo	85	37,4
Iniciou o Tratamento (Sim)	223	98,2
Tipo de Tratamento		
Cirurgia	23	10,4
Quimioterapia	19	8,6
Radioterapia	5	2,3
Terapia Hormonal	2	0,9
Cirurgia e Quimioterapia	26	11,8
Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia	48	21,7
Medicação	1	0,5
Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Hormonal	45	20,4
Quimioterapia, Radioterapia e Imunoterapia	8	3,6
Cirurgia e Terapia Hormonal	3	1,5

Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia, Terapia Hormonal e Imunoterapia	2	0,9
Radioterapia e Terapia Hormonal	1	0,5
Cirurgia e Radioterapia	1	0,5
Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Hormonal	6	2,7
Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia e Imunoterapia	3	1,4
Cirurgia, Radioterapia e Terapia Hormonal	7	3,2
Cirurgia e Imunoterapia	1	0,5
Quimioterapia e Transplante Autólogo	17	7,7
Cirurgia e Iodoterapia	1	0,5
Cirurgia, Quimioterapia oral e Imunoterapia	1	0,5
Fase de Tratamento		
Em Tratamento	60	27,0
Em Vigilância	111	50,0
Alta Médica	51	23,0
Terapias Alternativas	50	21,9
Tipo de Terapia Alternativa		
Acupuntura	10	4,4
Acupuntura e Reiki	2	0,9
Meditação	5	2,2
Meditação e Reiki	5	2,2
Reiki	13	5,7
Alguém Próximo com Cancro	174	76,7
Perturbação Mental (Sim)	80	35,1
Diagnóstico de Perturbação Mental		
Depressão	27	68,0
Ansiedade	27	11,8
Depressão e Ansiedade	13	5,7
Acompanhamento Psicológico	92	40,4

Notas. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

2.2. Procedimentos

Quanto ao procedimento, é importante salientar que este estudo, faz parte de um projeto mais amplo, do qual fazem parte mais investigadoras e que pretende avaliar variáveis psicossociais em pacientes com doença oncológica.

Quanto ao desenho do estudo, o mesmo apresenta-se como observacional, sendo que o investigador não intervém, transversal, dado que se foca num grupo representativo da população e os dados são recolhidos num só momento, descritivo, pois fornece informação sobre a população em estado e também é correlacional e comparativo (Ribeiro, 2010).

Primeiramente, iniciou-se a elaboração do protocolo que incluiu a construção dos questionários socio-demográficos e clínicos, de auto-preenchimento (Anexo D), bem como o respetivo pedido de autorização de utilização dos instrumentos a utilizar, aos respectivos autores dos instrumentos de avaliação de variáveis psicossociais (Anexo A).

De seguida, procedeu-se à recolha da amostra ocorreu em três meios distintos: a) recolha presencial com participantes da rede de contactos; b) recolha presencial nos movimentos do Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro; c) recolha online, para a qual foi construído um questionário na plataforma Google Forms e divulgado link para preenchimento, tanto pelas redes de contactos como através das redes sociais ao longo de cerca de dois meses consecutivos.

Quanto ao recrutamento dos utentes de forma presencial a partir das redes de contacto próximas (a), iniciou-se no dia 14 de Janeiro de 2020 e terminou a 1 de Abril de 2020. A partir do dia 27 de Janeiro de 2020 e até ao dia 10 de Março de 2020, a recolha presencial (b) começou a decorrer, também, no Movimento Vencer e Viver, MOVAPLAR-Movimento de Apoio a Laringectomizados e MAPO-Movimento de Apoio à Pessoa Ostomizada, pertencentes ao Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) e localizados no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG), cuja autorização de aplicação do protocolo se encontra em anexo (Anexo B). O pedido de participação dos utentes no estudo foi feito individualmente, aos que se encontravam nos Movimentos para efetuarem tratamentos de enfermagem ou para serem acompanhados em consultas de psicologia. A investigadora, na sala de espera e oportunamente, apresentou-se e falou acerca do projeto, de modo a solicitar a participação de cada utente no estudo. Foi então entregue o consentimento informado a cada um dos que aceitou participar (Anexo C) e foi explicado verbalmente que a participação era anónima e voluntária, tendo os

participantes liberdade para desistir de preencher os questionários, em qualquer altura, bem como posteriormente solicitar a consulta do estudo e dos seus resultados através dos contactos fornecidos no protocolo. Após a assinatura do consentimento informado, foi entregue o protocolo de auto-preenchimento (Anexo D). Por sua vez, o questionário online (c), foi construído através da plataforma Google Forms e esteve disponível para preenchimento desde o dia 22 de Fevereiro de 2020 até ao dia 27 de Abril, tendo sido divulgado através das redes sociais *Facebook* e *Instagram*.

2.3 Material

Para a avaliação das variáveis sócio-demográficas e clínicas foram elaborados e aplicados dois questionários de auto-preenchimento. Foram também aplicados cinco instrumentos para avaliação das variáveis psicossociais.

Crescimento pós-traumático. O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT; [Posttraumatic Growth Inventory; PTGI], Ramos, Leal, Marôco & Tedeschi, 2016; Silva et al., 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996) foi utilizado com o objectivo de avaliar as mudanças psicológicas positivas percebidas (i.e., CPT) por indivíduos que experienciaram um trauma, neste caso, a experiência de cancro. De acordo com o artigo de validação original, o IDPT é constituído por 21 itens distribuídos por 5 sub-escalas: Relação com os Outros (7 itens), Novas Possibilidades (5 itens), Força Pessoal (4 itens), Mudança Espiritual (2 itens) e Apreciação da Vida (3 itens) (Ramos, Leal, Marôco & Tedeschi, 2016; Silva et al., 2009). Este questionário tem uma escala de resposta do tipo Likert de 6 pontos para que os sujeitos assinalem o grau em que consideram ter mudado em consequência de um determinado trauma, numa escala que varia de 0 (Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença) a 5 (Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença).

A pontuação varia de 0 a 105 pontos, sendo que uma maior pontuação indica maior percepção de CPT. O PTGI apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de $\alpha = 0,90$ e para as sub-escalas (Relação com os Outros – 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21- $\alpha = 0,85$; Novas Possibilidades – 3, 7, 11, 14, 17 - $\alpha = 0,84$; Força Pessoal – 4, 10, 12, 19 - $\alpha = 0,72$; Mudança Espiritual – 5, 18 - $\alpha = 0,85$ e Apreciação da Vida – 1, 2, 13 - $\alpha = 0,67$) para a versão original (Tedeschi & Calhoun, 1996). Na versão Portuguesa, apresenta igualmente

boa consistência interna para a escala total ($\alpha = 0.94$) e para as sub-escalas varia entre 0,81 e 0,87 (Silva et al., 2009). Neste estudo, para o questionário total obteve-se o alfa de *Cronbach* de 0,95, e para as sub-escalas obtiveram-se os seguintes valores: Relação com os Outros $\alpha = 0,90$; Novas Possibilidades $\alpha = 0,89$; Força Pessoal $\alpha = 0,83$; Mudança Espiritual $\alpha = 0,79$ e Apreciação da Vida $\alpha = 0,82$, o que indica uma ótima consistência interna (Marôco, 2007).

Bem-estar espiritual. O Questionário de Bem-Estar Espiritual (BEE [Spiritual well-being questionnaire - SWBQ]; Gouveia, Pais-Ribeiro, & Marques, 2008; Gomez & Fisher, 2003) pretende avaliar o bem-estar espiritual, compreendendo os domínios pessoal, comunitário, bem-estar ambiental e transcendental e uma única dimensão global de bem-estar espiritual. É constituído por 20 itens, numa escala de Likert de 5 pontos e todos os itens são formulados positivamente, variando entre “Muito pouco” = 1 e “Muitíssimo” = 5. Possui 4 sub-escalas: Pessoal: 5, 9, 14, 16, 18; Comunitária: 1, 3, 8, 17, 19; Ambiental: 4, 7, 10, 12, 20; Transcendental: 2, 6, 11, 13, 15. Aos participantes é pedido que indiquem em que medida sentem que cada afirmação reflecte a sua experiência pessoal actual. O resultado é obtido pela média das respostas atribuídas aos itens de cada sub-escala, sendo também possível obter uma medida global de BEE resultante da adição dos diferentes domínios. O SWBQ apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de $\alpha = 0.92$ para a versão original (Gomez & Fisher, 2003). Os resultados preliminares da versão portuguesa deste instrumento (Gouveia, Pais-Ribeiro & Marques, 2008), apresentam também bons indicadores de consistência interna global $\alpha = 0,89$. Neste estudo, para o questionário total obteve-se o alfa de *Cronbach* de 0,95 o que indica uma excelente consistência interna, e para as sub-escalas obtiveram-se os seguintes valores: Pessoal $\alpha = 0,85$; Comunitária $\alpha = 0,87$; Ambiental $\alpha = 0,92$ e Transcendental $\alpha = 0,93$ (Marôco, 2007).

Religiosidade. A Dimensions of Religiosity Scale (DRS) é uma escala que pretende avaliar as várias dimensões da religiosidade (Joseph, S. & Diduca, D. 2007). É uma escala de auto-preenchimento, constituída por 20 itens, todos cotados numa escala tipo Likert com 5 opções de resposta, com a pontuação revertida para itens com palavras negativas. As respostas variam entre: “Discordo totalmente” = 1 e “Concordo totalmente” = 5. Possui 4 subescalas, com 5 itens cada: Preocupação: 3, 6, 8, 12, 18; Orientação: 7, 9, 13, 15, 19; Convicção: 2, 5, 10, 14, 16; Envolvimento Emocional: 1, 4, 11, 17, 20. O DRS

apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de $\alpha = 0,94$ para Envolvimento Emocional, 0,95 para Convicção, 0,94 para Preocupação e 0,90 para Orientação, para a versão original. A escala global tem também boa consistência interna com $\alpha = 0,95$ (Joseph, S. & Diduca, D. 2007). Foi efectuado o pedido ao autor da versão original, dado que a mesma não se encontrava traduzida nem adaptada para a população portuguesa. De forma a incluir a escala no protocolo, foram efetuados os seguintes passos: tradução da escala por três pessoas, entre elas, a autora deste estudo, Inês Carixas, a orientadora da dissertação, Professora Doutora Catarina Ramos e uma colega que participou também na recolha e aplicação dos questionários, Francisca Figueiroa; criação de uma versão em Português através do acordo entre as três pessoas; retroversão, por uma pessoa com conhecimentos de Inglês; comparação entre as duas versões; criação da versão portuguesa e estudo piloto de aplicação da escala a 5 pessoas. Foi utilizada essa versão da escala no presente estudo e obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0,98 o que indica uma excelente consistência interna, e para as sub-escalas obtiveram-se os seguintes valores: Preocupação $\alpha = 0,94$; Orientação $\alpha = 0,79$; Convicção $\alpha = 0,96$ e Envolvimento Emocional $\alpha = 0,96$ (Marôco, 2007).

Crenças centrais. O Inventário de Crenças Centrais (ICC) (Core Beliefs Inventory; CBI]; Cann et al., 2010; Ramos et al. 2016) foi utilizado para avaliar a disrupção de crenças centrais. É composto por 9 itens com uma escala de tipo Likert de 6 pontos (0- Nada; 1- Muito Pouco; 2- Pouco; 3- Moderadamente; 4- Muito; 5- Bastante). A pontuação pode variar entre 0 e 45 e uma pontuação elevada indica uma tendência para a mudança de crenças centrais após o acontecimento traumático. O CBI apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de $\alpha = 0,78$ para a versão original (Cann et al., 2010) e de $\alpha = 0,85$ para a versão portuguesa (Ramos et al. 2016). Neste estudo, para este instrumento, obteve-se o alfa de *Cronbach* de 0,89, o que indica uma ótima consistência interna (Marôco, 2007).

Expressão emocional. O Índice de Expressão Emocional (Distress Disclosure Index; DDI]; Kahn & Hessling, 2001, Ramos, 2016) é um instrumento unifactorial composto por 12 itens, é uma medida de auto-relato projetada para avaliar a tendência geral, ao longo do tempo, para revelar emoções e pensamentos negativos (Kahn & Hessling, 2001). Foi utilizada a versão traduzida para a população portuguesa de Ramos (2016). Os participantes devem avaliar o quanto concordam ou discordam de cada item numa escala tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os

itens de amostra do DDI incluem: “Quando me sinto chateado, geralmente confio nos meus amigos”, “Prefiro não falar sobre meus problemas” (pontuação inversa) e “Quando algo desagradável acontece comigo, geralmente procuro alguém para conversar”. Alguns itens são de pontuação inversa nomeadamente: 2, 4, 5, 8, 9, 10. Relativamente a estes itens a cotação é de 5 a 1. A pontuação varia de 12 a 60 pontos. As pontuações de DDI refletem uma maior ou menor tendência para a expressão de pensamentos angustiantes, problemas pessoais e emoções desagradáveis ao longo do tempo e das situações, sendo que uma elevada pontuação é indicadora de uma elevada tendência para a expressão emocional e uma baixa pontuação é indicador de uma elevada tendência para a repressão emocional. O DDI apresenta excelentes propriedades psicométricas com fiabilidade de $\alpha = 0,93$ para a versão original (Kahn & Hessling, 2001). Neste estudo, apresentou também uma boa consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de $\alpha = 0,77$.

A Opener Scale (Miller, Archer & Berg, 1983) foi utilizada na versão portuguesa de Ramos (2016) para avaliar o grau no qual o indivíduo expressa as emoções e sentimentos com alguém significativo, através da seguinte instrução: “*Os itens seguintes incluem uma variedade de temas que pode ter falado com pessoas próximas de si (ex. marido, amigos, familiares) no último mês. Por favor indique o quanto discutiu cada tema. Na última semana falei sobre:*”. A escala é constituída por 5 itens, numa escala tipo Likert, sendo 1 “*Não falei de todo*” e 5 “*Falei completamente*”. A pontuação máxima é de 25 pontos e elevada pontuação revela uma maior tendência para a partilha de emoções com alguém significativo. Este instrumento apresenta uma boa consistência interna de $\alpha = 0,83$ (Ramos, 2016). Neste estudo obteve-se o resultado de alfa de *Cronbach* de $\alpha = 0,87$, o que indica uma ótima consistência interna (Marôco, 2007).

Suporte social. A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido ([Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS]; Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota-Pereira, 2011; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1998) avalia a percepção individual do suporte social proveniente da família, amigos e de outros significativos. É constituída por 12 itens, todos cotados numa escala tipo Likert com 7 opções de resposta que variam entre (Discorda completamente = 1 e Concordo completamente = 7). Possui 3 subescalas, com 4 itens cada: Família: 3, 4, 8 e 11; Amigos: 6, 7, 9 e 12 e Outros Significativos: 1, 2, 5 e 10. A cotação de cada uma das 3 subescalas 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 subescala, bem como do total da escala, é 7 (Zimet et al. 1988). MSPSS apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de $\alpha = 0,88$ para a versão original (Zimet et al. 1988) e de $\alpha = 0,92$ para a versão portuguesa (Carvalho et al., 2011). Neste estudo, a escala revelou uma ótima fiabilidade com $\alpha = 0,94$ (Marôco, 2007).

2.4. Análise Estatística

Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva onde se tiveram em conta as medidas de tendência central, mínimos e máximos e medidas de achatamento, relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. Foi também executado o mesmo processo para as variáveis psicossociais, incluindo as escalas totais e sub-escalas, de forma a verificar a normalidade da distribuição bem como a fiabilidade das escalas (alfa de *Cronbach*).

Seguidamente, foram efetuadas as correlações bi-variadas de Pearson com a finalidade de compreender a associação entre o CPT, a Religiosidade e o Bem-Estar Espiritual, sendo este um dado relevante para a continuação da análise com as principais variáveis em estudo dado que a partir dos resultados, serão selecionadas as variáveis que estão relacionadas entre si e que serão incluídas nos modelos de regressão linear múltipla.

Posteriormente foi realizada a regressão linear múltipla para perceber em que medida o CPT é explicado pelas variáveis em estudo. De forma a chegarmos à conclusão sobre qual a variável mais associada ao CPT, foram efetuadas três regressões após verificarmos os seguintes pressupostos (Marôco, 2007):

1. Pressuposto da homocedasticidade dos erros/resíduos: Avalia-se a partir da distribuição de erros homogénea quando estes estão distribuídos de forma aleatória em volta de zero, ou seja, quando o padrão de distribuição dos pontos face à linha não apresenta um valor claro.
2. Pressuposto da distribuição normal dos erros/ resíduos: Verifica-se através de um gráfico de probabilidade normal, em que o eixo das abcissas representa a probabilidade observada acumulada dos erros, e o eixo das ordenadas se refere à probabilidade acumulada que se observaria se os erros apresentassem distribuição normal. Quando os erros possuem distribuição normal, os valores apresentados no gráfico distribuem-se mais ou menos na diagonal principal.

3. Pressuposto da independência dos erros: Avalia-se através do teste de Durbin-Watson de forma a testar a presença de autocorrelação entre os erros/ resíduos do modelo de regressão linear. Se $d \approx 2$, podemos concluir que não existe autocorrelação entre os resíduos e a covariância entre os resíduos é nula; para d muito menor que 2 existe autocorrelação positiva, e para valores de d muito maiores do que 2 existe autocorrelação negativa.

Na primeira regressão múltipla utilizámos o CPT como variável dependente e a religiosidade e bem-estar espiritual como variáveis independentes. Na segunda, foram utilizadas as sub-escalas do CPT como variáveis dependentes e a religiosidade e o bem-estar espiritual como variáveis independentes. Por fim, foi efetuada uma última regressão linear múltipla com outras variáveis para além da religiosidade e do bem-estar espiritual como variáveis independentes que fizeram parte do protocolo, nomeadamente as crenças centrais, a expressão emocional e o suporte social com o objetivo de aumentar o poder explicativo do modelo.

Com o objetivo de comparar o CPT entre os grupos com e sem religião, foi efectuada a comparação entre médias e análise de diferenças através do teste ANOVA unifactorial. Para tal foram verificados os pressupostos da aleatoriedade e independência das amostras, distribuição normal bem como o pressuposto da homocedasticidade avaliado a partir do Teste de Levene, considerado bastante robusto a desvios da normalidade, garantindo a homogeneidade das variâncias populacionais (Marôco, 2007).

Todas as análises estatísticas foram elaboradas com o *software SPSS* (v.26) e considerou-se como nível de significância - p-value – $p \leq 0,05$.

3. Resultados

A análise descritiva, incluindo os cálculos das médias, desvios-padrões, assimetrias, achatamentos, mínimo e máximo das variáveis psicossociais encontra-se no quadro abaixo (Quadro 3).

O CPT apresenta um valor médio de 3,19 ($DP = 1,15$) para a escala total. Mudança Espiritual é a sub-escala com o valor mais baixo ($M = 2,42$; $DP = 1,70$) e Apreciação pela Vida é a sub-escala com o valor mais alto ($M = 3,59$; $DP = 1,30$). Por sua vez, o bem-estar espiritual apresenta um valor médio de 3,53 ($DP = 0,79$), para a escala total. Transcendental é a sub-escala com o valor mais baixo ($M = 3,09$; $DP = 1,20$) e Comunitária é a sub-escala

com o valor mais alto ($M = 3,74$; $DP = 0,77$). Por fim, a religiosidade apresenta um valor médio de $3,28$ ($DP = 1,13$). Preocupação é a sub-escala que apresenta o valor mais baixo ($M = 3,10$; $DP = 1,21$) e Convicção é a sub-escala que apresenta o valor mais alto ($M = 3,51$; $DP = 1,24$).

Podemos verificar que houveram respostas em todas as categorias de resposta, existindo assim uma distribuição normal, como podemos verificar pela assimetria de módulo inferior a 3 e achatamento de módulo inferior a 7. Também em relação à fiabilidade, verificamos que existem bons indicadores para todas as escalas, verificando-se valores de alfa de *Cronbach* superiores a 0,6 (Marôco, 2007).

Quadro 3.

Média, Desvio-padrão, Mínimo, Máximo, Assimetria, Curtose e Coeficiente de Alpha de Cronbach das Escalas e Sub-Escalas das Variáveis Psicossociais em Estudo

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>alfa</i>
Crescimento pós-traumático (Total)	3,19	1,15	0	5	-0,70	-0,20	0,95
Relação com os Outros	3,27	1,25	0	5	-0,81	-0,09	0,90
Novas Possibilidades	2,93	1,38	0	5	-0,51	-0,78	0,89
Força Pessoal	3,49	1,22	0	5	-0,88	0,16	0,83
Mudança Espiritual	2,43	1,70	0	5	-0,08	-1,28	0,79
Apreciação da Vida	3,59	1,30	0	5	-0,88	-0,01	0,82
Bem-estar espiritual (Total)	3,53	0,79	1	5	-0,74	0,75	0,95
Pessoal	3,65	0,84	1	5	-0,75	0,67	0,85
Comunitária	3,74	0,77	1	5	-0,98	1,89	0,87
Ambiental	3,65	0,97	1	5	-0,74	0,40	0,92
Transcendental	3,09	1,20	1	5	-0,34	-0,93	0,93
Religiosidade (Total)	3,28	1,13	1	5	-0,51	-0,65	0,98
Preocupação	3,10	1,21	1	5	-0,26	-0,91	0,94
Orientação	3,11	0,99	1	5	-0,26	-0,52	0,79
Convicção	3,51	1,24	1	5	-0,70	-0,48	0,96
Envolvimento Emocional	3,40	1,24	1	5	-0,60	-0,65	0,96
Crenças centrais (Total)	2,89	1,20	0	5	-0,54	-0,51	0,89
Expressão emocional (Total)	3,02	0,66	1	5	0,55	0,91	0,74
Suporte social (Total)	5,65	1,24	1	7	-1,48	2,54	0,94

Notas. *M* = Média; *DP* = Desvio- Padrão.

3.1 Associações Entre As variáveis

Verificou-se uma correlação positiva e significativa entre CPT e o bem-estar espiritual ($r = 0,54$, $p \leq 0,001$) e a religiosidade ($r = 0,27$, $p \leq 0,001$).

Todas as sub-escalas do CPT estão significativamente correlacionadas com as sub-escalas do bem-estar espiritual e da religiosidade, à exceção da associação entre a Força Pessoal e a Orientação, Apreciação Pela Vida e a Preocupação, Apreciação pela Vida e a Orientação e a Apreciação pela Vida e o Envolvimento Emocional (Quadro 4).

Quadro 4.

Correlações entre Crescimento Pós-Traumático, Bem-estar espiritual e Religiosidade – Totais e Sub-Escalas

Variáveis	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. CPT (Total)	0,91***	0,92***	0,86***	0,69***	0,87***	0,54***	0,55***	0,44***	0,45***	0,40***	0,27***	0,27***	0,22***	0,27***	0,28***
2. Relação com os Outros	—	0,74***	0,71***	0,56***	0,70***	0,46***	0,44***	0,46***	0,35***	0,32***	0,21***	0,23***	0,18**	0,19**	0,22***
3. Novas Possibilidades	—	—	0,76***	0,55***	0,83***	0,53***	0,60***	0,37***	0,51***	0,33***	0,18**	0,17**	0,14**	0,18**	0,18**
4. Força Pessoal	—	—	—	0,50***	0,74***	0,40***	0,46***	0,34***	0,33***	0,23***	0,16*	0,15*	0,11	0,18**	0,17**
5. Mudança Espiritual	—	—	—	—	0,51***	0,57***	0,37***	0,32***	0,40***	0,71***	0,65***	0,64***	0,57***	0,61***	0,65***
6. Apreciação pela Vida	—	—	—	—	—	0,41***	0,49***	0,32***	0,37***	0,23***	0,13	0,11	0,11	0,14**	0,13
7. Bem-estar espiritual (Total)	—	—	—	—	—	—	0,88***	0,82***	0,86***	0,79***	0,49***	0,49***	0,44***	0,47***	0,49***
8. Pessoal	—	—	—	—	—	—	—	0,76***	0,75***	0,51***	0,23***	0,23***	0,19**	0,22***	0,23***
9. Comunitária	—	—	—	—	—	—	—	—	0,63***	0,48***	0,26***	0,28***	0,23***	0,25***	0,26***
10. Ambiental	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,51***	0,19**	0,20**	0,18**	0,17*	0,18**
11. Trancendental	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,81***	0,80***	0,74***	0,77***	0,80***
12. Religiosidade (Total)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,97***	0,94***	0,96***	0,98***
13. Preocupação	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,89***	0,89***	0,93***
14. Orientação	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,86***	0,88***
15. Convicção	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,95***
16. Envolvimento Emocional	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Nota. *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

3.2 Contributo do Bem-Estar Espiritual e Religiosidade no CPT

Após a leitura e análise dos pressupostos da Regressão, os valores de VIF, estão entre 1,038 e 1,478, sendo exigido serem inferiores a 5 e os valores de Durbin-Watson, entre 1,871 e 2,163, sendo exigido serem próximos de 2, seguimos com a apresentação dos resultados das regressões lineares múltiplas efetuadas.

Na primeira regressão linear múltipla, modelo 1, pretendeu-se verificar a relação preditora entre as variáveis independentes espiritualidade e religiosidade e a variável dependente CPT (total), o qual revelou-se significativo ($F(2,225) = 46,928; p \leq 0,001$) com uma variância explicada de 29%. Das variáveis independentes, o Bem-Estar espiritual demonstrou ser o único preditor de CPT ($\beta = 0,540; t = 8,399; p \leq 0,001$). A religiosidade não é significativa ($\beta = 0,005; t = 0,080; p = 0,937$).

Após esta análise efetuou-se nova regressão linear múltipla, alterando a variável dependente pelas sub-escalas do CPT, e mantendo as variáveis independentes, com o objetivo de perceber se a variância explicada e o poder preditivo de cada uma das variáveis independentes aumentaria em cada sub-escala. Verificou-se que todos os modelos são significativos com uma variância explicada entre 15% (Força individual como variável dependente) e 50% (Mudança Espiritual, como variável dependente). O bem-estar espiritual, à semelhança do modelo com o CPT total como variável dependente, demonstrou ser preditor de cada uma das suas sub-escalas. A religiosidade não se mostrou um preditor significativo em nenhuma das sub-escalas, à exceção do modelo 6, Mudança Espiritual. O modelo 2 com a dimensão Relação Com os Outros como variável dependente, mostrou-se significativo ($F(2,225) = 29,998; p \leq 0,001$) com os seguintes valores de bem-estar espiritual ($\beta = 0,468; t = 6,879; p \leq 0,001$) e religiosidade ($\beta = -0,019; t = -0,279; p = 0,781$). O modelo 3 com a dimensão Novas Possibilidades como variável dependente, mostrou-se significativo ($F(2,225) = 45,984; p \leq 0,001$) com os seguintes valores de bem-estar espiritual ($\beta = 0,584; t = 9,051; p \leq 0,001$) e religiosidade ($\beta = -0,109; t = -1,685; p = 0,093$). O modelo 4 com a dimensão Força Individual como variável dependente, mostrou-se significativo ($F(2,225) = 21,167; p \leq 0,001$) com os seguintes valores de bem-estar espiritual ($\beta = 0,418; t = 5,948; p \leq 0,001$) e religiosidade ($\beta = -0,044; t = -0,625; p = 0,533$). O modelo 5 com a dimensão Apreciação da Vida como variável dependente, mostrou-se significativo ($F(2,225) = 23,780; p \leq 0,001$) com os seguintes

valores de bem-estar espiritual ($\beta = 0,456$; $t = 6,563$; $p \leq 0,001$) e religiosidade ($\beta = -0,096$ $t = -1,379$; $p = 0,169$).

O modelo 6 com a dimensão Mudança Espiritual como variável dependente, foi o único que se mostrou significativo para ambas as variáveis independentes ($F(2,225) = 112,388$; $p \leq 0,001$) com os seguintes valores de bem estar-espiritual ($\beta = 0,332$; $t = 6,125$; $p \leq 0,001$) e religiosidade ($\beta = 0,482$ $t = 8,910$; $p \leq 0,001$) (Quadro 5).

Quadro 5

Modelos Explicativos do Crescimento Pós-Traumático Total e Sub-Escalas

Modelo/Variáveis	β	t	p	$F(2,225)$	p	$R^2 Adj$
Modelo 1 - CPT como V.D.				46,928	$\leq 0,001$	0,288
Bem-estar espiritual	0,540	8,399	$\leq 0,001$			
Religiosidade	0,005	0,080	0,937			
Modelo 2 - CPT “Relação com os outros” como V.D.				29,998	$\leq 0,001$	0,203
Bem-estar espiritual	0,468	6,879	$\leq 0,001$			
Religiosidade	-0,019	-0,279	0,781			
Modelo 3 - Novas Possibilidades como V.D.				45,984	$\leq 0,001$	0,284
Bem-estar espiritual	0,584	9,051	$\leq 0,001$			
Religiosidade	-0,109	-1,685	0,093			
Modelo 4 - CPT “Força individual” como V.D.				21,167	$\leq 0,001$	0,151
Bem-estar espiritual	0,418	5,948	$\leq 0,001$			
Religiosidade	-0,044	- 0,625	0,533			
Modelo 5 - CPT “Apreciação da vida” como V.D.				23,780	$\leq 0,001$	0,167
Bem-estar espiritual	0,456	6,563	$\leq 0,001$			
Religiosidade	-0,096	-1,379	0,169			

Modelo 6 - CPT				
“Mudança espiritual” como V.D.		112,388	≤ 0,001	0,495
Bem-estar espiritual	0,332	6,125	≤ 0,001	
Religiosidade	0,482	8,910	≤ 0,001	

Após analisar que o bem-estar espiritual e a religiosidade contribuem pouco para a variância explicada do CPT total e das sub-escalas, procedeu-se a nova análise com regressões lineares múltiplas com o objetivo de compreender que outras variáveis psicossociais ajudam a explicar o CPT. As variáveis independentes adicionadas foram as crenças centrais, a expressão emocional e o suporte social, visto serem as que são consideradas como fatores associados ao desenvolvimento do CPT de acordo com o modelo de Tedeschi e colaboradores (2018).

Foi efectuado um modelo de regressão linear múltipla que tem como variável dependente o CPT e como variáveis independentes as crenças centrais ($\beta = 0,410$; $t = 7,932$; $p \leq 0,001$), a expressão emocional, o suporte social, o bem-estar espiritual ($\beta = 0,394$; $t = 6,663$; $p \leq 0,001$) e a religiosidade que se verificou significativo ($F(5,222) = 40,153$; $p \leq 0,001$), com uma variância explicada de 46%. À exceção do suporte social, da religiosidade e da expressão emocional, as restantes variáveis foram significativas. (Quadro 6).

Quadro 6.

Modelo Explicativo do Crescimento Pós-Traumático com Todas as Variáveis Psicossociais

Modelo/Variáveis	β	t	p	F (5,222)	p	R^2_{Adj}
Modelo CPT como VD				40,153	≤ 0,001	0,463
Crenças centrais	0,410	7,932	≤ 0,001			
Expressão emocional	0,074	1,499	0,135			
Suporte social	0,080	1,584	0,115			
Bem-estar espiritual	0,394	6,663	≤ 0,001			

Religiosidade	0,009	0,157	0,875
---------------	-------	-------	-------

Neste sentido, desenvolveu-se outra regressão linear múltipla, apenas com as trajetórias significativas (Quadro 7). O modelo final revelou-se significativo ($F(2,225) = 69,422$; $p \leq 0,001$) com uma variância explicada de 46%. As crenças centrais ($\beta = 0,430$; $t = 8,365$; $p \leq 0,001$) e o bem-estar espiritual ($\beta = 0,412$; $t = 8,016$; $p \leq 0,001$) são preditores de CPT sendo as crenças centrais o maior preditor.

Quadro 7.

Modelo Explicativo do Crescimento Pós-Traumático com Trajetórias Significativas

Modelo/Variáveis	β	t	p	$F(2,225)$	p	R^2_{Adj}
Modelo CPT como VD				69,422	$\leq 0,001$	0,457
Crenças centrais	0,430	8,365	$\leq 0,001$			
Bem-estar espiritual	0,412	8,016	$\leq 0,001$			

3.3 Comparação de crescimento pós-traumático entre grupos com e sem religião

Com o objetivo de analisar as diferenças de desenvolvimento do CPT entre o grupo de participantes com religião ($n = 194$; 85,1%) e sem religião ($n = 34$; 14,9%), realizou-se uma ANOVA One-way e verificou-se que existem diferenças significativas ($F(2,225) = 46,928$; $p \leq 0,001$). As pessoas com religião, revelam níveis superiores de CPT ($M = 3,21$, $DP = 1,16$) em relação às que não têm religião ($M = 3,13$, $DP = 1,14$). Para além disso é importante referir que as pessoas que têm religião são na sua maioria católicas ($n = 176$; 77,2%).

Não se registaram diferenças significativas ao nível do CPT entre o grupo de participantes que são praticantes da sua religião e os que não são ($F(1,204) = 2,419$; $p = 0,121$), entre as diferentes posições religiosas, ($F(4,223) = 0,934$; $p = 0,445$), nem entre ser católico ou ser de outra religião ($F(2,225) = 0,29$; $p = 0,972$).

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo fundamental compreender a relação existente entre o CPT, o bem-estar espiritual e a religiosidade, numa amostra que inclui doentes oncológicos e sobreviventes de cancro bem como avaliar a capacidade preditora da espiritualidade e da religiosidade no CPT. Foi também analisado se o CPT é influenciado por fatores relacionados com a religião e a espiritualidade, nomeadamente, ter ou não ter religião, posição religiosa, qual a religião a que pertence e ser ou não praticante.

Em relação à análise descritiva, quanto às variáveis psicossociais, os participantes apresentaram valores médios de bem-estar espiritual elevados, acima do ponto médio da escala de resposta de 5 pontos, sendo os níveis mais baixos no domínio Transcendental. Este resultado vai ao encontro dos estudos realizados por Gouveia (2011). Em relação à religiosidade, os participantes apresentaram valores médios de religiosidade elevados, acima do ponto médio da escala de resposta de 5 pontos, embora não tenha sido possível comparar estes resultados com nenhum estudo realizado em Portugal devido a não existir documentação referente à escala. Para além disso, esta amostra apresenta valores moderados de CPT, indicando que os pacientes com cancro podem perceber mudanças positivas após o confronto com a doença. Os valores obtidos na amostra são superiores aos obtidos no artigo de validação do instrumento (Cann et al., 2010) sendo importante referir que tal como Ramos (2016) verificou no seu estudo com doentes oncológicos, a dimensão Mudança Espiritual foi a dimensão com valores mais baixos confirmando a ideia de que os não-Americanos revelam valores mais baixos na escala de Mudança Espiritual (Morri set al., 2005; Taku et al., 2007).

Neste estudo verificámos que o bem-estar espiritual é um preditor significativo de CPT . A religiosidade apresentou-se associada significativamente com o CPT nas correlações bivariadas, no entanto, não se manifestou como uma variável preditora significativa, no modelo explicativo. Este resultado, indica que o valor preditivo da religiosidade foi anulado por outras variáveis, como o bem-estar espiritual. Assim, estes resultados vão no sentido contrário dos resultados obtidos por Pargament (1997) nos quais se verificou que a participação religiosa, a qual poderá estar associada à religiosidade, se tem mostrado relacionada com o CPT, sugerindo que aqueles que experienciam crescimento após o trauma procuram experiências religiosas ou que a participação religiosa os conduz ao crescimento espiritual. Estes resultados são também inconsistentes com outros estudos, nos quais o coping religioso positivo se encontra associado ao CPT (Abu-Raiya,

Pargament, & Mahoney, 2011; Gerber et al., 2011; Pargament, Magyar, Benore, & Mahoney, 2005).

Assim, os modelos explicativos efectuados vêm trazer outras perspectivas sobre a associação destas variáveis no desenvolvimento de CPT, esclarecendo os resultados obtidos pelas correlações. Assim, contrariamente à literatura, os resultados do presente estudo revelam que a religiosidade não se encontra associada ao CPT nem às suas sub-escalas. Tedeschi e Calhoun (1996), consideram que o suporte social permite que o sujeito expresse emoções negativas após o trauma, o que pode conduzir ao processamento cognitivo sobre o evento e auxiliar na recuperação traumática, contudo, neste estudo não se verifica que o suporte social e a expressão emocional sejam preditores de CPT. O suporte social permite que a pessoa se sinta mais encorajada a expressar as suas emoções e sentimentos relacionados com a experiência traumática – e isso conduz ao processamento cognitivo da experiência, à mudança de perspectiva e ao CPT. Esse suporte social pode ser obtido pela família, amigos, mas também pela comunidade religiosa. Neste estudo com doentes oncológicos, , verifica-se que o suporte social não prediz o CPT mas sim, o bem-estar espiritual que desempenha o papel de suporte social e encontra-se associado ao CPT. Bellizzi e colaboradores (2010), confirmam esta ideia de que as organizações religiosas podem funcionar como meio de suporte social, na medida em que fornecem os meios para falar sobre a experiência traumática, conduzindo ao CPT.

Neste estudo, verificámos que o bem-estar espiritual e as crenças centrais são preditores significativos do CPT, sendo que as crenças centrais são o principal preditor. Neste sentido, confirmámos que tal como na literatura (Cann et al., 2010; Tedeschi & Calhoun, 2004), as crenças centrais são o principal preditor de CPT, sendo a partir da sua disrupção e reestruturação que surge o CPT, de acordo com o modelo de Tedeschi e colaboradores (2018). As crenças centrais funcionam como forças orientadoras do pensamento cognitivo, são mecanismos organizadores do mundo que permitem integrar a espiritualidade e a religiosidade. Ao confirmarmos que o bem-estar espiritual prediz o CPT, podemos inferir que ao haver disrupção das crenças centrais, pode haver disrupção de crenças religiosas, na construção da narrativa do sujeito, e da sua atribuição de significado à experiência traumática. O trauma, ponto de partida para o CPT, pelo seu efeito gerador de stress, afeta as nossas crenças centrais sobre o mundo e sobre nós mesmos. Este processamento cognitivo, foca-se nas grandes questões existenciais e alerta-nos a considerar o mundo como sendo desprovido de sentido, estando para além do nosso

controle, tornando-nos ausentes de significado ou até sem qualquer valor e mostrando-nos que as nossas regras para viver, não funcionam.

O papel da espiritualidade pode desta forma, ter um papel fundamental nesta busca de significado. McGrath (2011), considera que podemos encarar o CPT como uma área da espiritualidade pois envolve a transcendência de uma situação terrível, expressa na reordenação dos objetivos e prioridades, correspondendo a uma “espiritualidade vertical”; uma descoberta de forças psicológicas interiores, num contexto de aparente fragilidade, correspondendo a “espiritualidade interior” e um aumento do sentido de conexão com os outros, correspondendo a uma “espiritualidade horizontal”. Na revisão sistemática da literatura desenvolvida por Ramos et al. (2018), verificou-se que os dois estudos que investigaram a relação entre espiritualidade e crescimento, Danhauer et al. (2013a) e Smith et al. (2008), confirmaram a hipótese da associação positiva entre ambas as variáveis.

Verifica-se também que ter religião revela uma tendência para o desenvolvimento de CPT uma vez que há diferenças entre os grupos de pessoas com e sem religião. São vários os estudos que analisaram o papel da religião e das crenças espirituais no CPT e verifica-se que aqueles que se envolvem em organizações religiosas, reportam maiores níveis de CPT do que aqueles que não se identificam com uma doutrina religiosa (Currier, Mallot, Martinez, Sandy, & Neimeyer, 2013). Thuné-Boyle et al. (2011), verificou no seu estudo com pacientes oncológicos, que a religiosidade se mostrou preditora de CPT, ao contrário do que ocorreu nesta investigação. Outros estudos, mostram ainda que a abertura para a mudança religiosa, mais do que a quantificação da participação religiosa, é melhor preditora de CPT (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000). Yanez e colaboradores (2009), no seu estudo longitudinal com sobreviventes de cancro, verificaram que o aumento de fé foi preditor dos relatos de CPT. Os autores, fazem também referência a um estudo de Brady et al. (1999) com uma amostra de sujeitos com doença oncológica ou HIV, que revelou que a presença de paz e significado, através da dimensão espiritual, promovem a transcendência das sequelas físicas decorrentes dos tratamentos.

Tedeschi e colaboradores (2018), no capítulo Religião, Filosofia e CPT, citam alguns autores e referem que o sofrimento de Jesus pelos seres humanos é descrito como algo com o poder de transformar o sofrimento num crescimento superior, tornando Jesus num símbolo de mudança. Numa perspectiva bíblica sobre o CPT, o sofrimento é visto como a chave ou o caminho para a vida espiritual, mais do que a força e auto-suficiência (Tan, 2013). Embora aproximadamente 84% da população mundial se identifique com um sistema de crenças religiosas, sendo o Cristianismo a religião com mais crentes (Emerson,

Mirola, & Monahan, 2016), neste estudo, a posição religiosa, o tipo de religião e ser ou não praticante não se revelaram determinantes para a experiência de CPT. Neste estudo, as características da amostra, como o facto de a maioria dos sujeitos se identificarem como cristãos, podem ter contribuído para a obtenção dos resultados, pelo que seria importante verificar se com uma amostra mais representativa da população, ou até mesmo com amostra não religiosa, a religiosidade seria preditora de CPT. Taku & Cann (2014), também não encontraram diferenças significativas nos níveis de CPT entre Cristãos (Católicos, Protestantes e outros Cristãos), Budistas e pessoas não-religiosas ao contrário de outros estudos presentes na literatura (Proffitt, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2006; Trevino, Archambault, Schuster, Richardson, & Moye, 2012). Outros estudos, como o de Harris e colaboradores (2010) revelaram que rezar acalma e promove o crescimento.

Na revisão sistemática elaborada por Linley e Shaw (2005), na qual reviram 11 estudos publicados, os autores concluíram que a religião e a espiritualidade são habitualmente benéficas para quem lida com as consequências de um trauma e que a fé religiosa e a espiritualidade podem tornar-se mais intensas após o trauma levando-nos a concluir que apesar da deterioração da saúde física e funcional, os pacientes com cancro revelam, com frequência, mudanças psicossociais positivas que incluem o aumento da espiritualidade, apreciação pela vida e percepções mais positivas sobre os outros significativos (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001).

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas, entre elas, identificamos as características da amostra, o facto de ser uma amostra maioritariamente feminina e de a maioria ter cancro da mama o que pode limitar a generalização dos resultados obtidos para a população portuguesa com cancro. Para além disso, a presente amostra é heterogénea nos grupos com e sem religião, sendo que há prevalência de sujeitos com religião, este facto pode ter limitado a comparação entre grupos, sendo que recomenda-se estudos futuros com grupos mais homogéneos.

Uma outra limitação é a desejabilidade social que pode ter tido um algum impacto neste estudo, em particular nas questões relacionadas com a religião e com a prática religiosa, pois ao contrário de outros estudos, a maioria das pessoas afirmou ser católica.

A religiosidade, foi avaliada por um questionário, no qual o conceito de religiosidade é intrinsecamente associado à dimensão da religião ou de uma entidade religiosa e menos associado a outros componentes da espiritualidade como a sintonia com o universo, numa visão holística e existencial. Outras questões ou uma entrevista complementar realizada após o preenchimento dos questionários, poderiam ajudar a compreender a experiência espiritual do sujeito, a qual pode estar associada não só à crença numa entidade religiosa, mas também a outras práticas, como por exemplo a meditação.

O crescimento psicológico na espiritualidade ou religiosidade tem um papel vital no processo de CPT, contudo, o instrumento utilizado para avaliar o CPT (PTGI) apenas comporta dois itens ligados à espiritualidade, o que pode não capturar necessariamente toda a experiência de crescimento espiritual, especialmente em diferentes contextos nacionais e com diferentes tradições religiosas (O'Rourke, Tallman, & Altmaier, 2008). Uma vez que o instrumento foi recentemente alterado para PTGI X Tedeschi, Cann., Taku, Senol-Durak, Calhoun, L.G. (2017), no qual foram adicionados 4 itens que avaliam esta dimensão, este questionário actualizado poderia ser utilizado em estudos futuros e consequentemente validado para a população portuguesa.

A variância do CPT, como verificámos através dos modelos explicativos, é explicada em parte pela associação das crenças centrais e pelo bem-estar espiritual, contudo, estudos futuros devem incluir outras variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicossociais (por exemplo, data do diagnóstico, estadio da doença, crenças espirituais) que esclareçam melhor esta questão, de modo a aumentar o conhecimento sobre o desenvolvimento de CPT em doentes oncológicos.

5. Considerações finais e estudos futuros

Este estudo, apesar das limitações que apresenta e que deverão ser suplantadas em estudos posteriores realizados nesta temática, confirma a importância do papel do bem-estar espiritual, na promoção e desenvolvimento do CPT, em doentes oncológicos, ao contrário do que ocorreu face à religiosidade. Ao avaliarmos do papel da espiritualidade e da religiosidade no CPT, deu-nos a possibilidade de inferir que o bem-estar espiritual, bem como as crenças centrais, são os principais preditores de CPT. Este contributo teórico que surgiu a partir da introdução do bem-estar espiritual como variável psicossocial, é de extrema relevância e proporciona uma melhor compreensão do seu contributo e interação, podendo ser incluído no modelo original de Tedeschi e colaboradores (2018), de forma a permitir uma melhor compreensão do processo inerente de CPT, ainda que seja necessária uma prévia distinção conceptual entre espiritualidade e CPT.

Ao nível da intervenção que é realizada por profissionais de saúde em oncologia, esse estudo apresenta também um importante contributo. O psicólogo que atue em intervenção psicoterapêutica neste contexto, independentemente das suas crenças, deve priorizar e valorizar ao invés de menosprezar, as crenças do sujeito e o bem-estar espiritual, bem como temas religiosos que sejam abordados por parte do sujeito que se lhe apresenta, no sentido de possibilitar a reconstrução das suas narrativas de vida, pois verificámos que esta é sem dúvida, uma das vias que conduzem ao desenvolvimento do CPT. E embora a religiosidade não seja preditora do CPT, verificámos que existem diferenças nos grupos de pessoas com e sem religião, em pacientes oncológicos.

Referências bibliográficas

American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures 4th Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2018. Recuperado de: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-4th-edition.pdf>

Barbosa A & Neto I. (2010): Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: *Manual de Cuidados Paliativos*, (2ª Edição), Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barros, J.H.O (2007). Espiritualidade e religião: Tópicos da psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, Vol.XI, nº2, pp. 265-287.

Bellizzi, K., M.; Smith, A., W.; Reeve, B., B.; Alfano, C. M.; Bernstein, L.; Meeske, K.; Baumgartner, K.; Ballard-Barbash & Rachel, R. (2010) Posttraumatic Growth and Healthrelated Quality of Life in a Racially Diverse Cohort of Breast Cancer Survivors. *Journal of Health Psychology*, Vol. 15 Issue 4, p615-626, 12p. doi: 10.1177/1359105309356364.

Burnard, P. (1998) - The spiritual needs of atheists and agnostics. *Professional Nurse*, Vol. 4, Nº 3, 1998, pp: 130-132 [//doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x)

Caldeira, S. (2011): *Espiritualidade no Cuidar*. (1ª edição), Lisboa: Coisas de Ler.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., McMillan, J. (2000) A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing, *Journal of Traumatic Stress*, 13:3, 521-527 doi: 10.1023/A:1007745627077

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, stress, and coping*, 23(1), 19–34. <https://doi.org/10.1080/10615800802573013>

Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos*, 7(2), 8-18.

Chequini, M.C.M (2009). Resiliência e Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Uma abordagem junguiana. Dissertação apresentada à Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

Coughlin, S. S. (2008). Surviving cancer or other serious illness. *A cancer journal for clinicians*, 58, 60-64 <https://doi.org/10.3322/CA.2007.0001>

Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>

Costa, D.S. (2010). Espiritualidade: Um recurso importante na terapêutica do paciente oncológico. Disponível em: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/725/1/>

Currier, J. M., Mallot, J., Martinez, T. E.; Sandy, C.; Neimeyer, R. A. (2013) *Psychology of Religion and Spirituality*, Vol 5(2), pp. 69-77 doi: 10.1037/a0027708

Edwards, A (2010).The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine* 24 n.8: 753-770. doi: [10.1177/0269216310375860](https://doi.org/10.1177/0269216310375860)

Fisher, J. (2010). Development and application of a Spiritual Well-Being Questionnaire called SHALOM. *Religions*, 1, 105-121 doi: 10.3390/rel1010105.

Gouveia, M.J., Pais Ribeiro, J., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem Estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 423-426). Lisboa: ISPA

Gouveia, M.J., Marques, M. & Ribeiro, J.L.P. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 285-293.

Grad, R. I. & Zeligman, M. (2017) Predictors of Post-Traumatic Growth: The Role of Social Interest and Meaning in Life *The Journal of Individual Psychology*, 73, (3), 190-207 doi: 10.1353/jip.2017.0016

Harris, J. I., Erbes, C. R. Engdahl, B. E., Tedeschi, R. G., Olson, R. H., Winkowski, A. M.M., & McMahon, J. (2010) Coping functions of prayer. And posttraumatic growth. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 26-38. Doi: 10.1080/10508610903418103

Hennezel, M. e Leloup, J.-Y. (2000). A Arte de Morrer. Lisboa: Editorial Notícias (2.^a edição).

Jung, C. G. (1986). Psicologia e Religião Oriental. Petrópolis: Vozes.

Labelle, L., Lawlor-Savage, L., Campbell, T.S., Faris, P., Carlson, L. (2015): Does self-report mindfulness mediate the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on spirituality and posttraumatic growth in cancer patients?, *The Journal of Positive Psychology*, 10:2, 153-166 doi: 10.1080/17439760.2014.927902

Marcin Rzesutek, Włodzimierz Oniszczenko & Brygida Kwiatkowska (2017): Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients, *Psychology, Health & Medicine* doi: 10.1080/13548506.2017.1280174

Maròco, J. (2007). Análise Estatística com utilização do SPSS Statistics. 3ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Martins, A. (2015). "Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos". Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100010

McGrath, J., C. (2011) *Brain Impairment*. Vol. 12 Issue 2, p82-92. 11p. DOI: 10.1375/brim.12.2.82.

Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., Jr., McCullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B. & Zinnbauer, B.J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51-77. Doi: 10.1111/1468-5914.00119

Pais, F. (2004). *O impacto da doença oncológica no doente e na família*. Coimbra: Editora.

Pestana, J.P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Consciências*, 3, p125-158.

Pimentel, F. (2006) *Qualidade de Vida e Oncologia*. Edições Almedina: Coimbra.

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.

Ramos, C., Pimenta F., Patrão I., Costa M., Santos A., Rudnicki T., Leal, I. (2018) Crescimento pós-traumático em adultos com cancro: uma revisão sistemática atualizada *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 19, nº2, Lisboa doi: 10.15309/18psd190201

Roche: Informação sobre cancro. Disponível em: <https://www.roche.pt/corporate/index.cfm/infosaude/patologias/cancro/> Acesso em: 06/05/2020

Schultz, J.M.; Tallman, B.A.; Altmaier, E.M. (2010), Pathways to Posttraumatic Growth: The Contributions of Forgiveness and Importance of Religion and Spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality* 2(2):104-114 DOI: 10.1037/a0018454

Silva, S., Moreira, H., 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, 105-133.

Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/234164878>

Shaw, A., Joseph, S. & Linley, P.A. (2005): Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review, *Mental Health, Religion & Culture*, 8:1, 1-11 doi: 10.1080/1367467032000157981

Taku, K. & Cann, A. (2014) Cross-National and Religious Relationships With posttraumatic Growth: The Role of Individual Differences and Perceptions of the Triggering Event, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol.45 (4) 601-617. Doi: 10.1177/0022022113520074

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471. doi: 10.1002/jts.2490090305

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01

Tedeschi, R.G., Cann A., Taku, K., Senol-Durak, E., Calhoun, L.G. (2017) The Posttraumatic Growth Inventory: A Revision Integrating Existential and Spiritual Change. *J Trauma Stress*. 30(1):11-18. doi:10.1002/jts.22155

Tedeschi, R. G., Finch, J. S., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. New York: Routledge

Thuné-Boyle, C. V., Stygall, J., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). The influence of religious/spiritual resources on finding positive benefits from a breast cancer diagnosis. *Counseling et spiritualité*, 30(1), 107-134. Recuperado de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=24209260>

Yanez, B. R., Edmondson, D. Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P.A, & Blank, T.O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: Relative

contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 730-741. Doi: 10.1037/a0015820

Wink, P. & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18 (4), 916-924.

Anexos

A.1) Autorização formal para utilização do instrumento PTGI

De: Sónia Silva <soniaimsilva@gmail.com>
Data: 30 de abril de 2020, 15:20:30 WEST
Para: Francisca Figueiroa <franciscalfg@hotmail.com>
Assunto: Re: Pedido de autorização formal à utilização do instrumento PTGI

Caríssimas alunas,

Começo por agradecer o vosso contacto e felicitar pelo interesse na temática do Desenvolvimento Pós-Traumático. Na sequência do vosso e-mail, serve a presente comunicação para autorizar a utilização do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI), solicitado, no entanto, o preenchimento dos dados relativos à identificação do investigador e caracterização da investigação em curso, disponível em <http://www.fcce.uc.pt/saude/PTGI.html>

De qualquer das formas, remeto, desde já, a versão do PTGI que a nossa equipa validou com mulheres com cancro da mama, bem como o artigo no qual foram publicados os resultados da validação. Envio também a sintaxe em SPSS para a cotação do PTGI, de acordo com a estrutura fatorial encontrada no nosso estudo de validação (chamo a atenção que é distinta da original, de Tedeschi & Calhoun, 1996).

Reforço, novamente o agradecimento pelo contacto e faço votos de muito sucesso para o trabalho que se propõem realizar. Disponibilizando-me para apoiar em algum aspeto que considerem possa ser útil, deixo os meus melhores cumprimentos.

Sónia Silva

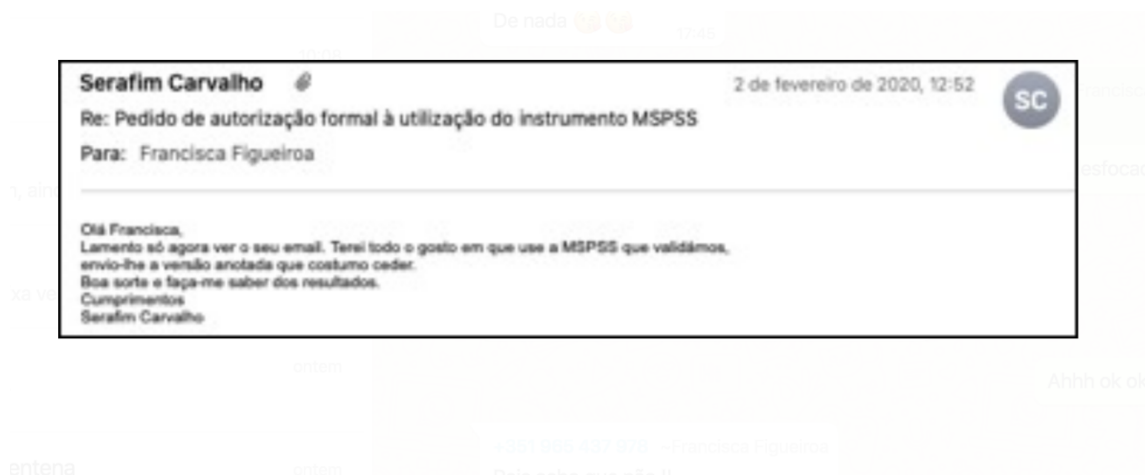
Responsável pelas Unidades de Psico-Oncologia e de Voluntariado
Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Centro
R.Dr. António José de Almeida, nº 329 – 2ª SI56 Coimbra
<http://www.ligacontracancro.pt>

Colaboradora na Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde
Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo Comportamental – CINEICC
<http://www.fcce.uc.pt/saude/>

A.2) Autorização formal para utilização do instrumento DDI

Para a utilização da Escala que avalia a expressão emocional (DDI), não foi necessário pedido de autorização formal, uma vez que a versão utilizada foi a portuguesa, que está a ser validada, no âmbito do presente projecto, pela Professora Doutora Catarina Ramos.





A.3) Autorização formal para utilização do instrumento MSPSS




A.4) Autorização formal para utilização do instrumento SWBQ



A.5) Autorização formal para utilização do instrumento DRS

 **Stephen Joseph** <Stephen.Joseph@nottingham.ac.uk> quinta, 5/12/2019, 12:03   
para mim ▾

 inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#) [Desativar para mensagens em: inglês](#) ×


Dear Inês,

You are welcome to use the scale and to adapt it.

Your research sounds very interesting, and I wish you all success in your studies.

Best wishes,
Stephen

Professor Stephen Joseph
School of Education
Dearing Building, Jubilee Campus
University of Nottingham
Nottingham NG8 1BB

NEW BOOK: *Authentic. How to be yourself and why it matters* (Piatkus)


This message and any attachment are intended solely for the addressee and may contain confidential information. If you have received this message in error, please contact the sender and delete the email and attachment.

Anexo B – Requerimento e autorização da Liga Portuguesa Contra o Cancro para a recolha de dados



Lisboa, 1 de Outubro de

2019

Exm^a Sr.^a Dr.^a Sónia Silva,

As alunas do ISPA-IU, Catarina Antunes, Francisca Gomes, Inês Carixas e Raquel Rocha, estão a desenvolver um estudo no âmbito de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, sob orientação da Professora Doutora Catarina Ramos e sob coordenação do seminário de dissertação da Professora Doutora Isabel Leal.

A presente investigação tem como principal objetivo avaliar o Crescimento Pós-Traumático e as variáveis psicossociais em pacientes com doenças oncológicas e averiguar, a partir da perceção do doente oncológico, a relação entre o Crescimento Pós-Traumático e variáveis psicossociais relacionadas com a expressão emocional, o suporte social percebido e a espiritualidade.

Com o objetivo de avaliar o Crescimento Pós-Traumático, gostaríamos de solicitar a sua autorização formal para utilizar o instrumento Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI) validado para a população portuguesa.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, ficaremos a aguardar uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Antunes

Francisca Figueiroa

Inês Carixas

Raquel Rocha

----- Forwarded message -----

De: **Albina Dias** <albina.dias@ligacontracancro.pt>
Date: sexta, 10/01/2020 à(s) 17:10
Subject: RE: Estudo sobre crescimento pós-traumático_ mestrado ISPA
To: Catarina Ramos <acatarina.barge@gmail.com>

Cara Dra. Catarina Ramos,

Tentei ligar-lhe, mas sem sucesso. Assim, envio-lhe o presente mail para a informar de que a nossa equipa de P-O, concluiu que as suas alunas poderão recolher os dados para o estudo que estão a levar a cabo nos nossos movimentos de Apoio a Doentes Oncológicos, nomeadamente, **Movimento Vencer e Viver, Movimento de Apoio a Laringectomizados e Movimento de Apoio a Ostomizados**. Para tal, pedimos à Dra. Catarina Ramos que fale com a responsável pelos referidos Movimentos, **Sofia Abreu**, no sentido de articular com ela os melhores procedimentos a seguir.

Ao dispor para qualquer esclarecimento ou apoio adicional.

Grata pela colaboração.

Abraço,

Albina Dias

(Psico-Oncologia)

Liga Portuguesa Contra o Cancro

Núcleo Regional do Sul



O Crescimento pós-traumático e variáveis psicossociais em doentes oncológicos

Consentimento informado

Este estudo insere-se num protocolo criado com o objectivo de estudar variáveis psicossociais relacionadas com o crescimento pós-traumático vivido por doentes oncológicos. Este protocolo faz parte de 4 dissertações de Mestrado em Psicologia Clínica do ISPA-Instituto Universitário, orientado pela Prof. Doutora Catarina Ramos e coordenado pela Prof. Doutora Isabel Leal.

Com este estudo, será possível uma melhor compreensão sobre o processo de ajustamento ao cancro, em particular o Crescimento Pós-Traumático e a relação com as variáveis psicossociais. Isto irá permitir, em última instância, uma intervenção e cuidados de saúde mais ajustados às necessidades dos pacientes. Para a realização deste estudo, gostaríamos de pedir a sua colaboração para responder a 8 questionários, cada um avaliando uma variável. Os participantes são doentes oncológicos que ainda estejam em processo de tratamento ou que já estejam curados.

Para a participação neste estudo, ser-lhe-á solicitado apenas o preenchimento do protocolo em anexo, o qual terá uma duração de preenchimento de aproximadamente 30 minutos. A participação neste estudo é de carácter voluntário, uma vez que ninguém é obrigado a participar e, a qualquer momento, poderá manifestar a vontade de desistir sem qualquer prejuízo para si.

Garantimos total confidencialidade e anonimato dos dados, pelo que a identificação nunca será tornada pública, sendo os dados unicamente utilizados para este estudo.

Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.

Para mais informações ou para ter acesso aos resultados do estudo, por favor contacte-nos através dos seguintes emails: aramos@ispa.pt; antunescatarina2@gmail.com; kelitarocha96@hotmail.com; franciscafig@hotmail.com; inescarixas@gmail.com.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Catarina Antunes, Francisca Gomes, Inês Carixas e Raquel Rocha

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Em caso de participação, permitirei a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador.

ACEITO/NÃO ACEITO (~~riscar o que não importa~~) participar neste estudo.

¶

Assinatura: _____ → Data: _/ _/ _

Anexo D – Protocolo

Questionário clínico

1. Indique, por favor, a data na qual obteve o diagnóstico: ___/___/___ (mês/ano)
2. Qual o tipo de cancro?

Cancro do Pulmão	<input type="checkbox"/>	Cancro da Mama	<input type="checkbox"/>
Cancro da Próstata e Urogenital	<input type="checkbox"/>	Cancro do Estômago	<input type="checkbox"/>
Cancro do Cólon e Reto (Colorretal)	<input type="checkbox"/>	Cancro do Colo do Útero	<input type="checkbox"/>
Cancro da Cabeça e do Pescoço	<input type="checkbox"/>	Neoplasia Cerebral	<input type="checkbox"/>

Outro: _____
3. Qual o estadió do cancro?

Estadio I	<input type="checkbox"/>	Estadio II	<input type="checkbox"/>
Estadio III	<input type="checkbox"/>	Estadio IV	<input type="checkbox"/>
Não sei / Não respondo	<input type="checkbox"/>		
4. Já iniciou o tratamento?
Sim Não
- 4.1 Se sim, qual/ quais? (Assinalar todas as opções corretas)

Cirurgia	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Terapia hormonal	<input type="checkbox"/>

Outro(s): _____
- 4.2 Se sim, qual a atual fase do tratamento?

Em tratamento	<input type="checkbox"/>	Alta médica	<input type="checkbox"/>
Em vigilância	<input type="checkbox"/>		
5. Atualmente encontra-se a utilizar ou já utilizou terapêuticas alternativas/complementares (ex: acupuntura, meditação, reiki)?
Sim Não
- 5.1 Se sim, qual/quais? _____
6. Este foi o seu primeiro diagnóstico de cancro?
Sim Não
- 6.1 Se não, indique, por favor, qual foi o outro diagnóstico e quando (mês, ano):

7. Tem ou teve alguém próximo (ex: familiar, amigo, etc.) com diagnóstico de cancro?
Sim Não
- 7.1 Se sim, qual o diagnóstico? _____
8. Tem ou teve alguma perturbação mental (Ex: depressão, ansiedade)?
Sim Não
- 8.1 Se sim, qual/ Quais? _____
- 8.2 Tem ou teve acompanhamento psicológico/ psiquiátrico?
Sim Não

De seguida irá encontrar alguns questionários referentes somente à **experiência pessoal de cancro**, compreendido como um acontecimento significativo. Por favor responda a TODAS as questões. Não existem respostas certas nem erradas.

CBI

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

Nada	Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Bastante
0	1	2	3	4	5

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

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 próprio.						
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 próximo 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. Descubri que sou mais forte do que pensava ser.						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.						
21. Aceito melhor necessitar dos outros.						

DDI

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

Discordo Totalmente				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

Os itens seguintes incluem uma variedade de temas que pode ter falado com pessoas próximas de si (ex. cônjuge, amigos, familiares) ao último mês. Por favor indique o quanto discutiu cada tema. Na última semana, eu falei sobre:	Não falei de todo				Falei completamente
	1	2	3	4	5
1. Os meus sentimentos profundos.	1	2	3	4	5
2. O que eu gosto e o que eu não gosto em mim próprio/a.	1	2	3	4	5
3. Os meus maiores medos.	1	2	3	4	5
4. Coisas que eu fiz, e pelas quais me orgulho.	1	2	3	4	5
5. Os meus relacionamentos próximos com as outras pessoas.	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 respetivo espaço com um X.

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

SWBQp

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X), o número que melhor indique em que medida sente que cada afirmação **reflete a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses**. Responda utilizando a seguinte escala:

Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Em que medida você se sente a desenvolver:	Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
	1. amor pelas outras pessoas				
2. uma relação pessoal com o Divino ou Deus					
3. generosidade em relação aos outros					
4. uma ligação com a natureza					
5. um sentimento de identidade pessoal					
6. admiração e respeito pela Criação (ou origem do Cosmos)					
7. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante					
8. confiança nas outras pessoas					
9. autoconsciência					
10. um sentimento de união com a natureza					
11. o sentimento de união com Deus (ou o Universo)					
12. uma relação de harmonia com o ambiente					
13. um sentimento de paz com Deus					
14. alegria na vida					
15. uma vida de meditação e/ou oração					
16. paz interior					
17. respeito pelas outras pessoas					
18. um sentido para a vida					
19. bondade para os outros					
20. um sentimento de “magia” na natureza					

DRS

Por favor, leia as seguintes afirmações e indique, com uma cruz (X), em que grau concorda ou discorda com cada afirmação:

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. Eu sinto-me feliz quando penso em Deus ^a	1	2	3	4	5
2. Eu vou sempre acreditar em Deus ^a	1	2	3	4	5
3. Os meus pensamentos derivam, com frequência, para Deus ^a	1	2	3	4	5
4. Ser da minha religião traz alegria para a minha vida	1	2	3	4	5
5. Eu tenho a certeza que Cristo ^a existe	1	2	3	4	5
6. Eu penso em Deus ^a o tempo todo	1	2	3	4	5
7. Eu rezo para encontrar orientação	1	2	3	4	5
8. Nos meus pensamentos, eu recorro a Jesus ^a , todos os dias	1	2	3	4	5
9. Deus ^a não me ajuda a tomar decisões	1	2	3	4	5
10. Eu sei que Deus ^a ouve as minhas preces	1	2	3	4	5
11. Rezar eleva o meu espírito	1	2	3	4	5
12. Tudo o que acontece comigo faz-me lembrar Deus ^a	1	2	3	4	5
13. Eu tento seguir os princípios mencionados na Bíblia ^b	1	2	3	4	5
14. Eu sei que Jesus ^a estará sempre lá para mim	1	2	3	4	5
15. Eu não posso tomar decisões importantes sem a ajuda de Deus ^a	1	2	3	4	5
16. Eu tenho a certeza que Deus ^a está ciente de tudo o que eu faço	1	2	3	4	5
17. Quando me estou a sentir mal, pensar em Jesus ^a ajuda a animar-me	1	2	3	4	5
18. Eu gosto de falar sobre Jesus ^a	1	2	3	4	5
19. A vida de Jesus ^a é um exemplo para mim	1	2	3	4	5
20. Deus ^a preenche-me com amor	1	2	3	4	5

[a] Por favor, considere Deus, Jesus Cristo ou outra entidade religiosa.

[b] Por favor, considere a Bíblia ou outro livro sagrado.

Muito obrigado pela colaboração!

Anexo E – Outputs Estatística Descritiva da Análise das Variáveis Sociodemográficas

Local

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Movimento Vencer e Viver	57	25,0	25,0	25,0
	Movimento laringectomizados	14	6,1	6,1	31,1
	Movimento osteomizados	17	7,5	7,5	38,6
	Online	128	56,1	56,1	94,7
	Bola de neve	12	5,3	5,3	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Genero

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	191	83,8	83,8	83,8
	masculino	37	16,2	16,2	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	1	,4	,4	,4
	19	1	,4	,4	,9
	22	3	1,3	1,3	2,2
	23	2	,9	,9	3,1
	24	3	1,3	1,3	4,4
	25	1	,4	,4	4,8
	26	2	,9	,9	5,7
	28	1	,4	,4	6,1
	29	1	,4	,4	6,6
	30	2	,9	,9	7,5
	31	1	,4	,4	7,9
	32	2	,9	,9	8,8
	33	3	1,3	1,3	10,1
	34	1	,4	,4	10,5
	35	3	1,3	1,3	11,8
	36	4	1,8	1,8	13,6
	37	2	,9	,9	14,5
	38	4	1,8	1,8	16,2
	39	5	2,2	2,2	18,4
	40	7	3,1	3,1	21,5
	41	1	,4	,4	21,9
42	5	2,2	2,2	24,1	

43	3	1,3	1,3	25,4
44	7	3,1	3,1	28,5
45	8	3,5	3,5	32,0
46	4	1,8	1,8	33,8
47	3	1,3	1,3	35,1
48	5	2,2	2,2	37,3
49	9	3,9	3,9	41,2
50	7	3,1	3,1	44,3
51	5	2,2	2,2	46,5
52	3	1,3	1,3	47,8
53	2	,9	,9	48,7
54	8	3,5	3,5	52,2
55	9	3,9	3,9	56,1
56	3	1,3	1,3	57,5
57	6	2,6	2,6	60,1
58	3	1,3	1,3	61,4
59	12	5,3	5,3	66,7
60	10	4,4	4,4	71,1
61	2	,9	,9	71,9

62	4	1,8	1,8	73,7
63	2	,9	,9	74,6
64	7	3,1	3,1	77,6
65	2	,9	,9	78,5
66	4	1,8	1,8	80,3
67	4	1,8	1,8	82,0
68	6	2,6	2,6	84,6
69	2	,9	,9	85,5
70	6	2,6	2,6	88,2
71	2	,9	,9	89,0
72	1	,4	,4	89,5
73	4	1,8	1,8	91,2
74	6	2,6	2,6	93,9
75	2	,9	,9	94,7
76	2	,9	,9	95,6
77	1	,4	,4	96,1
78	1	,4	,4	96,5
84	2	,9	,9	97,4
86	2	,9	,9	98,2
87	2	,9	,9	99,1
88	1	,4	,4	99,6
91	1	,4	,4	100,0
Total	228	100,0	100,0	

Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portuguesa	217	95,2	95,2	95,2
	Moldava	1	,4	,4	95,6
	Romena	3	1,3	1,3	96,9
	Angolana	1	,4	,4	97,4
	Brasileira	3	1,3	1,3	98,7
	Portuguesa e sul africana	1	,4	,4	99,1
	Brasileira e italiana	1	,4	,4	99,6
	Alemã	1	,4	,4	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Residencia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Albufeira	1	,4	,4	,4
	Alcantarilha Algarve	1	,4	,4	,9
	Alenquer	1	,4	,4	1,3
	Alentejo	1	,4	,4	1,8
	Almada	13	5,7	5,7	7,5
	Almodôvar	1	,4	,4	7,9
	Amadora	2	,9	,9	8,8
	Angra do Heroísmo	1	,4	,4	9,2
	Aveiro	2	,9	,9	10,1
	Azambuja	1	,4	,4	10,5
	Barreiro	2	,9	,9	11,4
	BORBA	1	,4	,4	11,8
	Cadaval	2	,9	,9	12,7
	Caldas da Rainha	1	,4	,4	13,2
	Câmara de Lobos	1	,4	,4	13,6
	Carcavelos	1	,4	,4	14,0
	Cascais	6	2,6	2,6	16,7

Castelo Branco	1	,4	,4	17,1
Coimbra	3	1,3	1,3	18,4
Covilhã	2	,9	,9	19,3
Entroncamento	1	,4	,4	19,7
Faro	1	,4	,4	20,2
Ferreira do Zêzere	1	,4	,4	20,6
Figueira da Foz	1	,4	,4	21,1
Funchal	19	8,3	8,3	29,4
Funchal, Madeira	1	,4	,4	29,8
Gaia	1	,4	,4	30,3
Góis	1	,4	,4	30,7
Gondomar	1	,4	,4	31,1
Guarda	2	,9	,9	32,0
Leiria	1	,4	,4	32,5
Lisboa	43	18,9	18,9	51,3
Loures	4	1,8	1,8	53,1
Lousada	1	,4	,4	53,5
Mafra	7	3,1	3,1	56,6
Maia	1	,4	,4	57,0

Matosinhos	1	,4	,4	57,5
Mem Martins Sintra	1	,4	,4	57,9
Moita	2	,9	,9	58,8
Monforte	1	,4	,4	59,2
Monte Gordo	1	,4	,4	59,6
Montijo	3	1,3	1,3	61,0
Moreira de cónegos Guimarães	1	,4	,4	61,4
Murtosa	1	,4	,4	61,8
Nazaré	1	,4	,4	62,3
Odivelas	3	1,3	1,3	63,6
Oeiras	9	3,9	3,9	67,5
Olhão	3	1,3	1,3	68,9
Ovar	1	,4	,4	69,3
Paderne	1	,4	,4	69,7
palmela	1	,4	,4	70,2
Palmela	2	,9	,9	71,1
Paredes	1	,4	,4	71,5
Pinhal novo	1	,4	,4	71,9

Pombal	1	,4	,4	72,4
ponta delgada	1	,4	,4	72,8
Ponte de Sor	1	,4	,4	73,2
Portimão	1	,4	,4	73,7
Porto	3	1,3	1,3	75,0
Porto Santo	1	,4	,4	75,4
Reino Unido - Liverpool	1	,4	,4	75,9
Ribeira Grande, São Miguel, Açores	1	,4	,4	76,3
Santa Comba Dao	1	,4	,4	76,8
Santa cruz	1	,4	,4	77,2
Santa Cruz	1	,4	,4	77,6
Santa Cruz - Madeira	1	,4	,4	78,1
Santa Maria da feira	2	,9	,9	78,9
Santa Maria da Feira	1	,4	,4	79,4
Santarém	1	,4	,4	79,8
Seixal	6	2,6	2,6	82,5
Setubal	1	,4	,4	83,3
Setúbal	1	,4	,4	82,9
Sintra	13	5,7	5,7	89,0

SINTRA	1	,4	,4	89,5
Sobral de Monte Agraço	1	,4	,4	89,9
Tavira	1	,4	,4	90,4
Torres Novas	1	,4	,4	90,8
Torres Vedras	3	1,3	1,3	92,1
Valongo	1	,4	,4	92,5
Viana do Alentejo	1	,4	,4	93,0
Viana do Castelo	1	,4	,4	93,4
Vila do Conde	2	,9	,9	94,3
Vila Franca de Xira	1	,4	,4	94,7
Vila Franca de xira	1	,4	,4	95,2
Vila Franca de Xira	6	2,6	2,6	97,8
Vila Nova de Paiva	1	,4	,4	98,2
Vila Real	1	,4	,4	98,7
Vila Verde	1	,4	,4	99,1
Viseu	2	,9	,9	100,0
Total	228	100,0	100,0	

Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem escolaridade	1	,4	,4	,4
	1º ciclo	27	11,8	11,8	12,3
	2º ciclo	9	3,9	3,9	16,2
	3º ciclo	34	14,9	14,9	31,1
	Secundário	61	26,8	26,8	57,9
	Bacharelato	8	3,5	3,5	61,4
	Licenciatura	61	26,8	26,8	88,2
	Mestrado	19	8,3	8,3	96,5
	Doutoramento	7	3,1	3,1	99,6
	Pós-graduação	1	,4	,4	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Situação_profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estudante	4	1,8	1,8	1,8
	Activo	123	53,9	54,4	56,2
	Desempregado	16	7,0	7,1	63,3
	Reformado	73	32,0	32,3	95,6
	Outro	1	,4	,4	96,0
	Baixa médica	9	3,9	4,0	100,0
	Total	226	99,1	100,0	
Missing	System	2	,9		
	Total	228	100,0		

Estado_civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	30	13,2	13,2	13,2
	União de facto	25	11,0	11,0	24,1
	Viúvo	19	8,3	8,3	32,5
	Casado	123	53,9	53,9	86,4
	Divorciado	31	13,6	13,6	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Relação_amorosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	65	28,5	28,5	28,5
	Sim	163	71,5	71,5	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Relação_anos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,75	1	,4	,6	,6
	1,00	1	,4	,6	1,3
	1,50	1	,4	,6	1,9
	2,00	5	2,2	3,2	5,1
	3,00	3	1,3	1,9	7,0
	4,00	1	,4	,6	7,6
	5,00	6	2,6	3,8	11,4
	6,00	6	2,6	3,8	15,2
	7,00	7	3,1	4,4	19,6
	8,00	3	1,3	1,9	21,5

9,00	1	,4	,6	22,2
10,00	6	2,6	3,8	25,9
11,00	3	1,3	1,9	27,8
12,00	3	1,3	1,9	29,7
13,00	5	2,2	3,2	32,9
14,00	1	,4	,6	33,5
15,00	6	2,6	3,8	37,3
16,00	3	1,3	1,9	39,2
17,00	3	1,3	1,9	41,1
18,00	1	,4	,6	41,8
19,00	1	,4	,6	42,4
20,00	5	2,2	3,2	45,6
21,00	4	1,8	2,5	48,1
22,00	3	1,3	1,9	50,0
23,00	7	3,1	4,4	54,4
24,00	4	1,8	2,5	57,0
25,00	4	1,8	2,5	59,5
26,00	3	1,3	1,9	61,4
27,00	1	,4	,6	62,0
28,00	2	,9	1,3	63,3
29,00	1	,4	,6	63,9
30,00	7	3,1	4,4	68,4
32,00	6	2,6	3,8	72,2
33,00	3	1,3	1,9	74,1
34,00	3	1,3	1,9	75,9
35,00	2	,9	1,3	77,2
36,00	1	,4	,6	77,8
37,00	3	1,3	1,9	79,7
38,00	1	,4	,6	80,4
40,00	5	2,2	3,2	83,5
42,00	4	1,8	2,5	86,1
43,00	2	,9	1,3	87,3
44,00	2	,9	1,3	88,6
45,00	4	1,8	2,5	91,1
47,00	1	,4	,6	91,8
48,00	1	,4	,6	92,4
49,00	1	,4	,6	93,0
50,00	4	1,8	2,5	95,6
51,00	1	,4	,6	96,2
52,00	1	,4	,6	96,8
53,00	3	1,3	1,9	98,7
54,00	1	,4	,6	99,4
60,00	1	,4	,6	100,0
Total	158	69,3	100,0	
Missing System	70	30,7		
Total	228	100,0		

filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	56	24,6	24,6	24,6
	Sim	172	75,4	75,4	100,0
Total		228	100,0	100,0	

filhos_quantos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	1,3	1,7	1,7
	1	70	30,7	40,2	42,0
	2	75	32,9	43,1	85,1
	3	20	8,8	11,5	96,6
	4	4	1,8	2,3	98,9
	5	1	,4	,6	99,4
	9	1	,4	,6	100,0
	Total	174	76,3	100,0	
Missing	System	54	23,7		
Total		228	100,0		

Religião_posição

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ateu	21	9,2	9,2	9,2
	agnóstico	12	5,3	5,3	14,5
	acredito em Deus ou noutra entidade religiosa	191	83,8	83,8	98,2
	Outra	2	,9	,9	99,1
	É confuso/complicado	2	,9	,9	100,0
Total		228	100,0	100,0	

Religião

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	35	15,4	15,4	15,4
	Sim	191	83,8	83,8	99,1
	2	1	,4	,4	99,6
	3	1	,4	,4	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Religião_qual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,4	,5	,5
	católica	175	76,8	90,2	90,7
	protestante	2	,9	1,0	91,8
	muçulmana	1	,4	,5	92,3
	ortodoxa	4	1,8	2,1	94,3
	judaica	1	,4	,5	94,8
	outra	5	2,2	2,6	97,4
	Evangelica	1	,4	,5	97,9
	Budista	1	,4	,5	98,5
	Adventista do Sétimo Dia	1	,4	,5	99,0
	Espírita Kardecista	2	,9	1,0	100,0
	Total	194	85,1	100,0	
	Missing	System	34	14,9	
Total		228	100,0		

Praticante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	116	50,9	56,3	56,3
	Sim	90	39,5	43,7	100,0
	Total	206	90,4	100,0	
Missing	System	22	9,6		
Total		228	100,0		

Anexo F – Outputs Estatística Descritiva da Análise das Variáveis Clínicas

Frequency Table

		Data Diagnóstico			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	08.03.1912	1	,4	,4	,4
	01.01.1984	1	,4	,4	,9
	19.05.1987	1	,4	,4	1,3
	01.02.1988	1	,4	,4	1,8
	17.05.1989	1	,4	,4	2,2
	01.03.1990	1	,4	,4	2,7
	07.04.1992	1	,4	,4	3,1
	18.03.1993	1	,4	,4	3,5
	01.01.1994	1	,4	,4	4,0
	01.12.1994	1	,4	,4	4,4
	28.07.1998	1	,4	,4	4,9
	01.02.1999	1	,4	,4	5,3
	01.02.2000	1	,4	,4	5,8
	01.08.2000	1	,4	,4	6,2
	15.10.2001	1	,4	,4	6,6
	01.12.2001	1	,4	,4	7,1
	01.01.2002	1	,4	,4	7,5
	16.06.2002	1	,4	,4	8,0
	01.08.2002	1	,4	,4	8,4
		01.03.2003	1	,4	,4	8,8
	23.01.2004	1	,4	,4	9,3
	19.02.2004	1	,4	,4	9,7
	19.12.2004	1	,4	,4	10,2
	01.04.2005	1	,4	,4	10,6
	01.06.2005	1	,4	,4	11,1
	01.08.2005	1	,4	,4	11,5
	01.09.2005	1	,4	,4	11,9
	20.06.2006	1	,4	,4	12,4
	01.11.2006	1	,4	,4	12,8
	01.02.2007	1	,4	,4	13,3
	10.03.2007	1	,4	,4	13,7
	30.03.2007	1	,4	,4	14,2
	01.06.2007	1	,4	,4	14,6
	01.07.2007	1	,4	,4	15,0
	01.10.2007	1	,4	,4	15,5
	01.11.2007	1	,4	,4	15,9
	01.01.2008	1	,4	,4	16,4
	01.07.2008	1	,4	,4	16,8
	16.01.2009	1	,4	,4	17,3
	01.03.2009	1	,4	,4	17,7
	27.06.2009	1	,4	,4	18,1
	02.08.2009	2	,9	,9	19,0
	15.10.2009	1	,4	,4	19,5

01.01.2010	3	1,3	1,3	20,8
13.06.2010	1	,4	,4	21,2
01.07.2011	2	,9	,9	22,1
01.09.2011	1	,4	,4	22,6
01.11.2011	1	,4	,4	23,0
20.11.2011	1	,4	,4	23,5
10.01.2012	1	,4	,4	23,9
01.06.2012	1	,4	,4	24,3
01.09.2012	1	,4	,4	24,8
11.12.2012	1	,4	,4	25,2
04.01.2013	1	,4	,4	25,7
01.09.2013	1	,4	,4	26,1
10.09.2013	1	,4	,4	26,5
16.09.2013	1	,4	,4	27,0
11.11.2013	1	,4	,4	27,4
20.12.2013	1	,4	,4	27,9
26.12.2013	1	,4	,4	28,3
28.01.2014	1	,4	,4	28,8
08.04.2014	1	,4	,4	29,2
01.05.2014	1	,4	,4	29,6
23.05.2014	1	,4	,4	30,1
01.06.2014	1	,4	,4	30,5
25.09.2014	1	,4	,4	31,0
01.01.2015	2	,9	,9	31,9
03.01.2015	1	,4	,4	32,3
25.03.2015	1	,4	,4	32,7
29.03.2015	1	,4	,4	33,2
18.04.2015	1	,4	,4	33,6
01.07.2015	1	,4	,4	34,1
01.08.2015	1	,4	,4	34,5
30.09.2015	1	,4	,4	35,0
16.11.2015	1	,4	,4	35,4
26.11.2015	1	,4	,4	35,8
15.12.2015	1	,4	,4	36,3
01.01.2016	1	,4	,4	36,7
21.01.2016	1	,4	,4	37,2
18.02.2016	1	,4	,4	37,6
01.04.2016	2	,9	,9	38,5
08.04.2016	1	,4	,4	38,9
02.05.2016	1	,4	,4	39,4
05.05.2016	1	,4	,4	39,8
19.08.2016	1	,4	,4	40,3
15.10.2016	1	,4	,4	40,7
26.10.2016	1	,4	,4	41,2
12.11.2016	1	,4	,4	41,6
15.11.2016	1	,4	,4	42,0
01.12.2016	1	,4	,4	42,5
01.01.2017	3	1,3	1,3	43,8

28.02.2017	1	,4	,4	44,2
01.03.2017	3	1,3	1,3	45,6
04.03.2017	1	,4	,4	46,0
13.03.2017	1	,4	,4	46,5
20.05.2017	1	,4	,4	46,9
01.08.2017	1	,4	,4	47,3
11.08.2017	1	,4	,4	47,8
01.09.2017	4	1,8	1,8	49,6
01.10.2017	1	,4	,4	50,0
10.10.2017	1	,4	,4	50,4
17.10.2017	1	,4	,4	50,9
20.10.2017	1	,4	,4	51,3
13.11.2017	1	,4	,4	51,8
20.11.2017	1	,4	,4	52,2
15.12.2017	1	,4	,4	52,7
27.12.2017	1	,4	,4	53,1
01.01.2018	1	,4	,4	53,5
04.01.2018	2	,9	,9	54,4
12.01.2018	1	,4	,4	54,9
30.01.2018	2	,9	,9	55,8
01.02.2018	1	,4	,4	56,2
01.03.2018	1	,4	,4	56,6
05.03.2018	1	,4	,4	57,1
08.03.2018	1	,4	,4	57,5

15.03.2018	1	,4	,4	58,0
19.03.2018	1	,4	,4	58,4
27.03.2018	1	,4	,4	58,8
01.04.2018	2	,9	,9	59,7
13.04.2018	1	,4	,4	60,2
26.04.2018	1	,4	,4	60,6
01.05.2018	2	,9	,9	61,5
03.05.2018	1	,4	,4	61,9
09.05.2018	1	,4	,4	62,4
04.06.2018	1	,4	,4	62,8
23.06.2018	1	,4	,4	63,3
01.07.2018	1	,4	,4	63,7
05.07.2018	1	,4	,4	64,2
12.07.2018	1	,4	,4	64,6
25.08.2018	1	,4	,4	65,0
28.08.2018	1	,4	,4	65,5
07.09.2018	1	,4	,4	65,9
14.09.2018	1	,4	,4	66,4
20.09.2018	1	,4	,4	66,8
26.09.2018	1	,4	,4	67,3
01.10.2018	1	,4	,4	67,7
01.11.2018	3	1,3	1,3	69,0
15.11.2018	1	,4	,4	69,5
19.11.2018	1	,4	,4	69,9

27.11.2018	1	,4	,4	70,4
12.12.2018	1	,4	,4	70,8
19.12.2018	2	,9	,9	71,7
20.12.2018	1	,4	,4	72,1
28.12.2018	2	,9	,9	73,0
01.01.2019	1	,4	,4	73,5
17.01.2019	1	,4	,4	73,9
23.01.2019	1	,4	,4	74,3
01.02.2019	1	,4	,4	74,8
10.02.2019	1	,4	,4	75,2
15.02.2019	2	,9	,9	76,1
18.02.2019	1	,4	,4	76,5
22.02.2019	1	,4	,4	77,0
01.03.2019	1	,4	,4	77,4
11.03.2019	1	,4	,4	77,9
13.03.2019	1	,4	,4	78,3
01.04.2019	1	,4	,4	78,8
18.04.2019	1	,4	,4	79,2
01.05.2019	1	,4	,4	79,6
10.05.2019	1	,4	,4	80,1
13.05.2019	2	,9	,9	81,0
14.05.2019	1	,4	,4	81,4
23.05.2019	1	,4	,4	81,9
06.06.2019	1	,4	,4	82,3

26.06.2019	1	,4	,4	82,7
28.06.2019	1	,4	,4	83,2
01.07.2019	2	,9	,9	84,1
03.07.2019	1	,4	,4	84,5
08.07.2019	1	,4	,4	85,0
16.07.2019	1	,4	,4	85,4
22.07.2019	1	,4	,4	85,8
24.07.2019	1	,4	,4	86,3
26.07.2019	1	,4	,4	86,7
01.08.2019	2	,9	,9	87,6
07.08.2019	1	,4	,4	88,1
01.09.2019	1	,4	,4	88,5
17.09.2019	1	,4	,4	88,9
20.09.2019	1	,4	,4	89,4
27.09.2019	1	,4	,4	89,8
01.10.2019	1	,4	,4	90,3
24.10.2019	2	,9	,9	91,2
01.11.2019	2	,9	,9	92,0
03.11.2019	1	,4	,4	92,5
05.11.2019	1	,4	,4	92,9
15.11.2019	1	,4	,4	93,4
01.12.2019	1	,4	,4	93,8
05.12.2019	1	,4	,4	94,2
09.12.2019	1	,4	,4	94,7
13.01.2020	1	,4	,4	95,1

20.01.2020	1	,4	,4	95,6
06.02.2020	1	,4	,4	96,0
10.02.2020	2	,9	,9	96,9
14.02.2020	1	,4	,4	97,3
17.02.2020	1	,4	,4	97,8
26.02.2020	1	,4	,4	98,2
28.03.2020	1	,4	,4	98,7
16.06.2020	1	,4	,4	99,1
20.09.2020	1	,4	,4	99,6
05.10.2020	1	,4	,4	100,0
Total	226	99,1	100,0	
Missing System	2	,9		
Total	228	100,0		

Tipo_cancro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pulmão	2	,9	,9	,9
	Próstata e urogenital	2	,9	,9	1,8
	Colon e recto	13	5,7	5,7	7,5
	cabeça e pescoço	21	9,2	9,2	16,7
	mama	147	64,5	64,5	81,1
	estômago	2	,9	,9	82,0
	Colo do útero	8	3,5	3,5	85,5
	Bexiga	6	2,6	2,6	88,2
	Leucemia	3	1,3	1,3	89,5
	Lipossarcoma Pélvico	1	,4	,4	89,9
	Linfoma não Hodgkin	6	2,6	2,6	92,5
	Sarcoma de Ewing	1	,4	,4	93,0
	Rim	4	1,8	1,8	94,7
	Pâncreas	1	,4	,4	95,2
	Ovário	1	,4	,4	95,6
	Linfoma de Hodgkin	3	1,3	1,3	96,9
	Tiróide	2	,9	,9	97,8
	Mieloma múltiplo	1	,4	,4	98,2
	Intestino e fígado	1	,4	,4	98,7
	Sarcoma	1	,4	,4	99,1
	26	1	,4	,4	99,6
	Carcinoma renal	1	,4	,4	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Estadio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estadio I	18	7,9	7,9	7,9
	Estadio II	45	19,7	19,8	27,8
	Estadio III	58	25,4	25,6	53,3
	Estadio IV	19	8,3	8,4	61,7
	Não sei/não respondo	85	37,3	37,4	99,1
	Estadio V	2	,9	,9	100,0
Total		227	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		228	100,0		

Tratamento_inicio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	4	1,8	1,8	1,8
	Sim	223	97,8	98,2	100,0
	Total	227	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		228	100,0		

Tipo_tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cirurgia	23	10,1	10,4	10,4
	quimioterapia	19	8,3	8,6	19,0
	radioterapia	5	2,2	2,3	21,3
	terapia hormonal	2	,9	,9	22,2
	outro	1	,4	,5	22,6
	Cirurgia e quimioterapia	26	11,4	11,8	34,4
	Cirurgia, quimio e radioterapia	48	21,1	21,7	56,1
	Medicação	1	,4	,5	56,6
	Cirurgia, quimio, radio e terapia hormonal	45	19,7	20,4	76,9
	Quimio, radio e imunoterapia	8	3,5	3,6	80,5
	Cirurgia e terapia hormonal	3	1,3	1,4	81,9
	Cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e imunoterapia	2	,9	,9	82,8
	Radioterapia e terapia hormonal	1	,4	,5	83,3
	Cirurgia e Radioterapia	1	,4	,5	83,7
	Quimio, radio e hormonal	6	2,6	2,7	86,4
	Cirurgia, quimio, radio e imunoterapia	3	1,3	1,4	87,8
	Cirurgia, radio e terapia hormonal	7	3,1	3,2	91,0

	Cirurgia e imunoterapia	1	,4	,5	91,4
	Quimioterapia e transplante autólogo	17	7,5	7,7	99,1
	Cirurgia e iodoterapia	1	,4	,5	99,5
	Cirurgia, quimioterapia oral e imunoterapia	1	,4	,5	100,0
	Total	221	96,9	100,0	
Missing	System	7	3,1		
Total		228	100,0		

Fase_tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	em tratamento	60	26,3	27,0	27,0
	em vigilância	111	48,7	50,0	77,0
	alta médica	51	22,4	23,0	100,0
	Total	222	97,4	100,0	
Missing	System	6	2,6		
Total		228	100,0		

Terapeuticas_alternativas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	178	78,1	78,1	78,1
	Sim	50	21,9	21,9	100,0
Total		228	100,0	100,0	

Tipo_terapeutica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		179	78,5	78,5	78,5
	Acupuntura	1	,4	,4	78,9
	acupub	1	,4	,4	79,4
	Acupuntura	2	,9	,9	80,3
	acupuntura durante tratamento de quimioterapia	1	,4	,4	80,7
	Acupuntura e Reiki	1	,4	,4	81,1
	Acupuntura, Meditação e Reiki	1	,4	,4	81,6
	Acupuntura	4	1,8	1,8	83,3
	Acupuntura, dieta alimentar e exercício físico	1	,4	,4	83,8
	Acupuntura, meditação, yoga	1	,4	,4	84,2
	Acupuntura, reflexologia e naturopatia	1	,4	,4	84,6
	Acupuntura.	1	,4	,4	85,1
	Biomagnetismo	1	,4	,4	85,5
	Fitoterapia e par biomagnético	1	,4	,4	86,0
	Homeopatia	1	,4	,4	86,4
	Hometerapia	1	,4	,4	86,8
	Meditação	5	2,2	2,2	89,0

Meditação e Ioga	1	,4	,4	89,5
Meditação e Reiki	1	,4	,4	89,9
Meditação, Reiki.	1	,4	,4	90,4
Psicologia em grupo e Ginástica	1	,4	,4	90,8
Reiki	12	5,3	5,3	96,1
Reiki e acupuntura	1	,4	,4	96,5
Reiki e meditação	1	,4	,4	96,9
Reiki, acupuntura, yoga	1	,4	,4	97,4
Reiki, Medicina chinesa	1	,4	,4	97,8
Reiki, meditação	2	,9	,9	98,7
Reiki, meditação, yoga	1	,4	,4	99,1
Reiky	1	,4	,4	99,6
Tratamento com raio laser à mucosite. Ingestão de substâncias naturais: Curcumina de largo espect	1	,4	,4	100,0
Total	228	100,0	100,0	

Primeiro_diagnostico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	20	8,8	8,8	8,8
	Sim	207	90,8	91,2	100,0
	Total	227	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		228	100,0		

Outro_diagnostico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		210	92,1	92,1	92,1
	0	1	,4	,4	92,5
	05.2018	1	,4	,4	93,0
	Cabeça e Pescoço	1	,4	,4	93,4
	Cancro colo do útero, 2013	1	,4	,4	93,9
	Cancro de mama em Julho 2017	1	,4	,4	94,3
	Cancro no rim em setembro 2017	1	,4	,4	94,7
	Carcinoma in situ colo do útero em 2015	1	,4	,4	95,2
	Colorretal	1	,4	,4	95,6
	Fígado 05.2010 e Pulmão 04.2015	1	,4	,4	96,1
	Histiocitose	1	,4	,4	96,5

Leucemia mioblástica aguda	1	,4	,4	96,9
Linfoma de Hodgkin	1	,4	,4	97,4
Mama	1	,4	,4	97,8
Mama. Agosto 2013.	1	,4	,4	98,2
Melanoma	2	,9	,9	99,1
Próstata	1	,4	,4	99,6
Útero	1	,4	,4	100,0
Total	228	100,0	100,0	

Cancro_alguem_proximo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	53	23,2	23,3	23,3
	Sim	174	76,3	76,7	100,0
	Total	227	99,6	100,0	
Missing	System	1	,4		
Total		228	100,0		

Diagnostico_alguem_proximo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		61	26,8	26,8	26,8
	2° grau	1	,4	,4	27,2
	amiga cancro da mama	1	,4	,4	27,6
	Amiga. Cancro mama	1	,4	,4	28,1
	Amiga. Melanoma	1	,4	,4	28,5
	Amigo	1	,4	,4	28,9
	Amigo, linfoma	1	,4	,4	29,4
	Amigos	2	,9	,9	30,3
	An	1	,4	,4	30,7
	As respostas anteriores são referidas à pessoa em concreto. Pessoalmente, felizmente, nunca passei pela situação. O grau de parentesco: tio e diag	1	,4	,4	31,1
	Avó	3	1,3	1,3	32,5
	Avô e amigas	1	,4	,4	32,9
	Avó e carcinoma da mama	1	,4	,4	33,3
	Avô e mãe	1	,4	,4	33,8
	Avó materna	1	,4	,4	34,2
	Avó, avô, tios, bisavós	1	,4	,4	34,6
	Avô, cunhada	1	,4	,4	35,1
	Avô, pai, tia e tio	1	,4	,4	35,5
	Avó. Cancro da mama.	1	,4	,4	36,0

Avó. Garganta	1	,4	,4	36,4
Avós	3	1,3	1,3	37,7
Avós e tios	1	,4	,4	38,2
Barriga, ovários, pâncreas, céu da boca	1	,4	,4	38,6
Bexiga e Estômago	1	,4	,4	39,0
Cabeça	1	,4	,4	39,5
Cabeça e pescoço	1	,4	,4	39,9
Cabeça e Pulmão	1	,4	,4	40,4
Cancro colon	1	,4	,4	40,8
Cancro da mama e linfoma	1	,4	,4	41,2
Cancro estômago, avó	1	,4	,4	41,7
Cancro fígado, avô	1	,4	,4	42,1
Cancro garganta - marido e pai	1	,4	,4	42,5
Cancro ovários	1	,4	,4	43,0
Colon	1	,4	,4	44,7
Colón	2	,9	,9	43,9
Cólon	1	,4	,4	44,3
Colorretal	1	,4	,4	45,2
Duodeno e Intestinos	1	,4	,4	45,6
Estômago	1	,4	,4	46,1
Filho, rhabdiosarcoma	1	,4	,4	46,5
Garganta e esófago	1	,4	,4	46,9
Intestino	3	1,3	1,3	48,2
intestino, pulmão e	1	,4	,4	48,7
intestino, pulmão e mama	1	,4	,4	48,7
Intestinos	1	,4	,4	49,1
Irmã	1	,4	,4	49,6
Irmã - Mama	1	,4	,4	50,0
Irmã cancro na cabeça	1	,4	,4	50,4
Irmã e sobrinha	1	,4	,4	50,9
Irmã, recuperou; tia e mãe, falecidas	2	,9	,9	51,8
Irmão	1	,4	,4	52,2
Irmão, avó e avô	1	,4	,4	52,6
irmãos	1	,4	,4	53,1
Laringe, Pele e Mama	1	,4	,4	53,5
Leucemia e Mama	1	,4	,4	53,9
Leucemia e Pulmão	1	,4	,4	54,4
mae	1	,4	,4	57,5
mãe	1	,4	,4	54,8
Mãe	5	2,2	2,2	57,0
Mãe - cancro da mama com 54 anos após menopausa	1	,4	,4	57,9
Mãe / Pai	1	,4	,4	58,3
Mãe com cancro de intestino	1	,4	,4	58,8
Mae e avô materno	1	,4	,4	59,2
Mãe e pai	1	,4	,4	59,6
Mãe e Pai	1	,4	,4	60,1
Mãe teve cancro de mama	1	,4	,4	60,5

Mae, irmã e avó materna	1	,4	,4	61,0
Mãe, marido.	1	,4	,4	61,4
Mãe, pai, avós maternas, avô paterno, tios-avós, tias-avós, primos de terceiro grau	1	,4	,4	61,8
Mãe, prima, tia-avó	1	,4	,4	62,3
Mãe, tia, avô	1	,4	,4	62,7
Mae, tias e primas	1	,4	,4	63,2
Mãe, tio e tia	1	,4	,4	63,6
Mama	16	7,0	7,0	70,6
Mama e Colon	1	,4	,4	71,1
Mama e Intestino	1	,4	,4	71,5
Mama e ossos	2	,9	,9	72,4
mama e útero	1	,4	,4	72,8
Mama, esôfafo, pulmões	1	,4	,4	73,2
Mama, esôfago e estômago	1	,4	,4	73,7
Mama, Próstata e Pele	1	,4	,4	74,1
Marido e mãe	1	,4	,4	74,6
Namorada do filho - Linfoma	1	,4	,4	75,0
Pai	1	,4	,4	75,4
Pai - próstata	1	,4	,4	75,9
Pai - pulmão, tia materna - mama	1	,4	,4	76,3
Pai e avô- cancro no intestino	1	,4	,4	76,8
Pai e irmã	1	,4	,4	77,2

Pai, avô, avó, prima	1	,4	,4	77,6
pai, avós	1	,4	,4	78,1
Pai, cancro estômago	1	,4	,4	78,5
Pai, mãe e irmã	1	,4	,4	78,9
Pai, mãe, avó materna e paterna, tia paterna, tio materno	1	,4	,4	79,4
Pai, tia e prima - próstata e mama	1	,4	,4	79,8
Pai, tumor na cabeça	1	,4	,4	80,3
Pai. Tumor no cérebro.	1	,4	,4	80,7
Prima	1	,4	,4	81,1
Prima, mas não sei qual o diagnóstico	1	,4	,4	81,6
Primeiro grau	1	,4	,4	82,0
Primos e tio. Mama. Cérebro. Fígado	1	,4	,4	82,5
Próstata	3	1,3	1,3	83,8
Pulmão	1	,4	,4	84,2
Pulmão e Bilis	1	,4	,4	84,6
Pulmão e pele	1	,4	,4	85,1
Pulmões e pescoço	1	,4	,4	85,5
Reto	1	,4	,4	86,0
Rins,Pulmões e Sarcoma	1	,4	,4	86,4
Sobrinha com Leucemia linfoblástica aguda B.	1	,4	,4	86,8
Sogra - cancro de mama	1	,4	,4	87,3

Tia	1	,4	,4	87,7
Tia e sogro	1	,4	,4	88,2
Tia paterna	2	,9	,9	89,0
Tia- cancro da mama, tio - cancro estômago, avô- cancro do estômago e ossos	1	,4	,4	89,5
Tia, cunhadas e sobrinha - mama; Sobrinho - linfoma	1	,4	,4	89,9
Tia, tia-avó, prima	1	,4	,4	90,4
Tia. Mas já teve à alguns anos.	1	,4	,4	90,8
Tia. Recuperada	1	,4	,4	91,2
Tia/avo	1	,4	,4	91,7
Tias (mama e útero)	1	,4	,4	92,1
Tias e primas	1	,4	,4	92,5
Tias, primas	1	,4	,4	93,0
Tio	2	,9	,9	93,9
Tio avô (linfoma) e prima em 3º grau (tiróide)	1	,4	,4	94,3
Tio e avó materna	1	,4	,4	94,7
Tio.garganta Prima: mama Primo:bexiga Amigas:mama	1	,4	,4	95,2
Tio. E irmã da minha avó	1	,4	,4	95,6
Tios	1	,4	,4	96,1
Tios e primos	2	,9	,9	96,9
Tios, estômago	1	,4	,4	97,4
Tumor cerebral, útero	1	,4	,4	97,8
útero	1	,4	,4	98,2
Útero	2	,9	,9	99,1
útero, intestinos	1	,4	,4	99,6
vários	1	,4	,4	100,0
Total	228	100,0	100,0	

Perturbação_mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	148	64,9	64,9	64,9
	Sim	80	35,1	35,1	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Qual_perturbação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		153	67,1	67,1	67,1
	2	1	,4	,4	67,5
	Altos e baixos um pouco de ansiedade	1	,4	,4	68,0
	ansiedade	3	1,3	1,3	69,3
	Ansiedade	20	8,8	8,8	78,1
	ansiedade / depressão	1	,4	,4	78,5
	Ansiedade após cirurgia	1	,4	,4	78,9
	Ansiedade com fundo depressivo	1	,4	,4	79,4
	Ansiedade e depressão	1	,4	,4	79,8
	Ansiedade num grau perfeitamente controlável..	1	,4	,4	80,3
	Ansiedade, ataques de pânico	1	,4	,4	80,7
	Ansiedade.	1	,4	,4	81,1
	Apos transplante	1	,4	,4	81,6

Ataques de pânico, ansiedade	1	,4	,4	82,0
depressão	1	,4	,4	82,5
Depressão	24	10,5	10,5	93,0
Depressão e ansiedade	3	1,3	1,3	94,3
Depressão e Ansiedade	5	2,2	2,2	96,5
Depressão e crises de ansiedade	1	,4	,4	96,9
depressão e esgotamento	1	,4	,4	97,4
Depressão e Síndrome de ansiedade	1	,4	,4	97,8
Depressão Major	1	,4	,4	98,2
Depressão pós-parto	1	,4	,4	98,7
Depressão, ansiedade, ataques de pânico	1	,4	,4	99,1
Depressão, Ansiedade, Ataques de pânico	1	,4	,4	99,6
Transtorno Bipolar, Ansiedade.	1	,4	,4	100,0
Total	228	100,0	100,0	

Acompanhamento_psic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	136	59,6	59,6	59,6
	Sim	92	40,4	40,4	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

Anexo G – Outputs Confiabilidade da Análise das Variáveis Psicossociais

DESCRIPTIVES VARIABLES=PTGI_TOTAL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

Descritivos

	Estatística Descritiva								
	N Estatística	Mínimo Estatística	Máximo Estatística	Média Estatística	Erro Desvio Estatística	Assimetria		Curtose	
						Estatística	Erro Erro	Estatística	Erro Erro
PTGI_TOTAL	228	0	5	3,19	1,151	-,704	,161	-,203	,321
N válido (de lista)	228								

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	221	96,9
	Excluídos ^a	7	3,1
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,953	21

DESCRIPTIVES VARIABLES=PTGI_RELAÇÃO
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

Descritivos

	Estatística Descritiva								
	N Estatística	Mínimo Estatística	Máximo Estatística	Média Estatística	Erro Desvio Estatística	Assimetria		Curtose	
						Estatística	Erro Erro	Estatística	Erro Erro
PTGI_RELAÇÃO	228	0	5	3,27	1,247	-,807	,161	-,092	,321
N válido (de lista)	228								

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	227	99,6
	Excluídos ^a	1	,4
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,899	7

DESCRIPTIVES VARIABLES=PTGI_POSSIBILIDADES
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

Descritivos

Estatística Descritiva

	N Estatística	Mínimo Estatística	Máximo Estatística	Média Estatística	Erro Desvio Estatística	Assimetria		Curtose	
						Estatística	Erro Erro	Estatística	Erro Erro
PTGI_POSSIBILIDADES	228	0	5	2,93	1,381	-,509	,161	-,776	,321
N válido (de lista)	228								

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	227	99,6
	Excluídos ^a	1	,4
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,886	5

DESCRIPTIVES VARIABLES=PTGI_FORÇA
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

Descritivos

Estatística Descritiva

	N Estatística	Mínimo Estatística	Máximo Estatística	Média Estatística	Erro Desvio Estatística	Assimetria		Curtose	
						Estatística	Erro Erro	Estatística	Erro Erro
PTGI_FORÇA	228	0	5	3,49	1,216	-,877	,161	,160	,321
N válido (de lista)	228								

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	226	99,1
	Excluídos ^a	2	,9
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,832	4

DESCRIPTIVES VARIABLES=PTGI_ESPIRITUAL
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

Descritivos

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
						Estadística	Erro Erro	Estadística	Erro Erro
PTGI_ESPIRITUAL	228	0	5	2,43	1,699	-,080	,161	-1,278	,321
N válido (de lista)	228								

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	226	99,1
	Excluídos ^a	2	,9
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,786	2

DESCRIPTIVES VARIABLES=PTGI_APRECIAÇÃO
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

Descritivos

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
						Estadística	Erro Erro	Estadística	Erro Erro
PTGI_APRECIAÇÃO	228	0	5	3,59	1,296	-,881	,161	-,013	,321
N válido (de lista)	228								

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	227	99,6
	Excluídos ^a	1	,4
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,816	3

```
RELIABILITY
/VARIABLES=CBI_TOTAL DDI_CIMA_TOTAL MSPS
S_TOTAL
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

Confiabilidade

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	228	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

```
RELIABILITY
/VARIABLES=MSPSS_1 MSPSS_2 MSPSS_3 MSPSS_
4 MSPSS_5 MSPSS_6 MSPSS_7 MSPSS_8 MSPSS_9
MSPSS_10
MSPSS_11 MSPSS_12
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

Confiabilidade

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	222	97,4
	Excluídos ^a	6	2,6
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,943	12

RELIABILITY
/VARIABLES=SWBQ_1 SWBQ_2 SWBQ_3 SWBQ_4 SWBQ_5 SWBQ_6 SWBQ_7 SWBQ_8 SWBQ_9 SWBQ_10 SWBQ_11 SWBQ_12
SWBQ_13 SWBQ_14 SWBQ_15 SWBQ_16 SWBQ_17 SWBQ_18 SWBQ_19 SWBQ_20
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,945	20

RELIABILITY
/VARIABLES=SWBQ_5 SWBQ_9 SWBQ_14 SWBQ_16 SWBQ_18
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,851	5

RELIABILITY
/VARIABLES=SWBQ_1 SWBQ_3 SWBQ_8 SWBQ_17 SWBQ_19
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,873	5

RELIABILITY
/VARIABLES=SWBQ_4 SWBQ_7 SWBQ_10 SWBQ_12 SWBQ_20
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,922	5

RELIABILITY
/VARIABLES=SWBQ_2 SWBQ_6 SWBQ_11 SWBQ_13 SWBQ_15
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

**Estatísticas de
confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,928	5

RELIABILITY
 /VARIABLES=DRS_1 DRS_2 DRS_3 DRS_4 DRS_5 DRS_6 DRS_7 DRS_8 DRS_9 DRS_10 DRS_11 DRS_12 DRS_13
 DRS_14 DRS_15 DRS_16 DRS_17 DRS_18 DRS_19 DRS_20
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Escala: ALL VARIABLES

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,977	20

RELIABILITY
 /VARIABLES=DRS_3 DRS_6 DRS_8 DRS_12 DRS_18
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Escala: ALL VARIABLES

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,939	5

RELIABILITY
 /VARIABLES=DRS_7 DRS_9 DRS_13 DRS_15 DRS_19
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,793	5

RELIABILITY
 /VARIABLES=DRS_2 DRS_5 DRS_10 DRS_14 DRS_16
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,955	5

RELIABILITY
 /VARIABLES=DRS_1 DRS_4 DRS_11 DRS_17 DRS_20
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,958	5

RELIABILITY
 /VARIABLES=CBI_1 CBI_2 CBI_3 CBI_4 CBI_5 CBI_6 CBI_7 CBI_8 CBI_9
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	224	98,2
	Excluídos ^a	4	1,8
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,892	9

RELIABILITY
 /VARIABLES=DDI_1 DDI_2 DDI_3 DDI_4 DDI_5 DDI_6 DDI_7 DDI_8 DDI_9 DDI_10 DDI_11 DDI_12
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Confiabilidade

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	227	99,6
	Excluídos ^a	1	,4
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,770	12

RELIABILITY
 /VARIABLES=Open_scale_1 Open_scale_2 Open_scale_3 Open_scale_4 Open_scale_5
 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
 /MODEL=ALPHA.

Confiabilidade

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	228	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	228	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,870	5

Anexo H - Outputs Descritivos das Variáveis Psicossociais e Correlações de Pearson

Estatística Descritiva

	Média	Erro Desvio	N
PTGI_TOTAL	3,19	1,151	228
SWBQ_TOTAL	3,53	,786	228
DRS_TOTAL	3,28	1,126	228

		Correlações		
		PTGI_TOTAL	SWBQ_TOTAL	DRS_TOTAL
PTGI_TOTAL	Correlação de Pearson	1	,543**	,270**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	228	228	228
SWBQ_TOTAL	Correlação de Pearson	,543**	1	,491**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	228	228	228
DRS_TOTAL	Correlação de Pearson	,270**	,491**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	228	228	228

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

	Média	Erro Desvio	N
PTGI_TOTAL	3,19	1,151	228
media_ddi	2,85	,695	228
DRS_TOTAL	3,28	1,126	228
SWBQ_TOTAL	3,53	,786	228
MSPSS_TOTAL	5,65	1,244	228
CBI_TOTAL	2,89	1,204	228

		Correlações					
		PTGI_TOTAL	media_ddi	DRS_TOTAL	SWBQ_TOTAL	MSPSS_TOTA L	CBI_TOTAL
Correlação de Pearson	PTGI_TOTAL	1,000	,140	,270	,543	,257	,555
	media_ddi	,140	1,000	,064	,014	,147	,117
	DRS_TOTAL	,270	,064	1,000	,491	,092	,136
	SWBQ_TOTAL	,543	,014	,491	1,000	,227	,305
	MSPSS_TOTAL	,257	,147	,092	,227	1,000	,183
	CBI_TOTAL	,555	,117	,136	,305	,183	1,000
Sig. (1 extremidade)	PTGI_TOTAL	.	,017	,000	,000	,000	,000
	media_ddi	,017	.	,167	,419	,013	,039
	DRS_TOTAL	,000	,167	.	,000	,083	,020
	SWBQ_TOTAL	,000	,419	,000	.	,000	,000
	MSPSS_TOTAL	,000	,013	,083	,000	.	,003
	CBI_TOTAL	,000	,039	,020	,000	,003	.
N	PTGI_TOTAL	228	228	228	228	228	228
	media_ddi	228	228	228	228	228	228
	DRS_TOTAL	228	228	228	228	228	228
	SWBQ_TOTAL	228	228	228	228	228	228
	MSPSS_TOTAL	228	228	228	228	228	228
	CBI_TOTAL	228	228	228	228	228	228

Anexo I - Outputs Regressões Lineares Múltiplas

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			Sig. Mudança F	Durbin-Watson
						Mudança F	df1	df2		
1	,543 ^a	,294	,288	,971	,294	46,928	2	225	,000	1,920

a. Preditores: (Constante), DRS_TOTAL, SWBQ_TOTAL

b. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	88,512	2	44,256	46,928	,000 ^b
	Resíduo	212,187	225	,943		
	Total	300,699	227			

a. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

b. Preditores: (Constante), DRS_TOTAL, SWBQ_TOTAL

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro Erro	Beta				Limite inferior	Limite superior	Tolerância	VIF
1	(Constante)	,385	,301			1,278	,203	-,209	,978		
	SWBQ_TOTAL	,790	,094	,540		8,399	,000	,605	,976	,759	1,318
	DRS_TOTAL	,005	,066	,005		,080	,937	-,124	,135	,759	1,318

a. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

Diagnóstico de colinearidade^a

Modelo	Dimensão	Autovalor	Índice de condição	Proporções de variância		
				(Constante)	SWBQ_TOTAL	DRS_TOTAL
1	1	2,920	1,000	,01	,00	,01
	2	,057	7,127	,23	,04	,89
	3	,022	11,435	,76	,96	,10

a. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

Estatísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	N
Valor previsto	1,18	4,36	3,19	,624	228
Resíduo	-3,397	1,623	,000	,967	228
Erro Valor previsto	-3,226	1,870	,000	1,000	228
Erro Resíduo	-3,498	1,671	,000	,996	228

a. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

Estatística Descritiva

	Média	Erro Desvio	N
PTGI_TOTAL	3,19	1,151	228
media_ddi	2,85	,695	228
DRS_TOTAL	3,28	1,126	228
SWBQ_TOTAL	3,53	,786	228
MSPSS_TOTAL	5,65	1,244	228
CBI_TOTAL	2,89	1,204	228

Correlações

	PTGI_TOTAL	media_ddi	DRS_TOTAL	SWBQ_TOTAL	MSPSS_TOT L	CBI_TOTAL
Correlação de Pearson	PTGI_TOTAL	1,000	,140	,270	,543	,257
	media_ddi	,140	1,000	,064	,014	,147
	DRS_TOTAL	,270	,064	1,000	,491	,092
	SWBQ_TOTAL	,543	,014	,491	1,000	,227
	MSPSS_TOTAL	,257	,147	,092	,227	1,000
	CBI_TOTAL	,555	,117	,136	,305	,183	1,000
Sig. (1 extremidade)	PTGI_TOTAL	.	,017	,000	,000	,000
	media_ddi	,017	.	,167	,419	,013
	DRS_TOTAL	,000	,167	.	,000	,083
	SWBQ_TOTAL	,000	,419	,000	.	,000
	MSPSS_TOTAL	,000	,013	,083	,000	.
	CBI_TOTAL	,000	,039	,020	,000	,003
N	PTGI_TOTAL	228	228	228	228	228
	media_ddi	228	228	228	228	228
	DRS_TOTAL	228	228	228	228	228
	SWBQ_TOTAL	228	228	228	228	228
	MSPSS_TOTAL	228	228	228	228	228
	CBI_TOTAL	228	228	228	228	228

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			Sig. Mudança F	Durbin-Watson
						Mudança F	df1	df2		
1	,689 ^a	,475	,463	,843	,475	40,153	5	222	,000	2,034

a. Preditores: (Constante), CBI_TOTAL, media_ddi, DRS_TOTAL, MSPSS_TOTAL, SWBQ_TOTAL

b. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	142,798	5	28,560	40,153	,000 ^b
	Resíduo	157,901	222	,711		
	Total	300,699	227			

a. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

b. Preditores: (Constante), CBI_TOTAL, media_ddi, DRS_TOTAL, MSPSS_TOTAL, SWBQ_TOTAL

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro Erro	Beta	t		Limite inferior	Limite superior	Tolerância	VIF
1	(Constante)	-,778	,385		-2,019	,045	-1,537	-,018		
	media_ddi	,123	,082	,074	1,499	,135	-,039	,285	,963	1,038
	DRS_TOTAL	,009	,057	,009	,157	,875	-,104	,122	,754	1,326
	SWBQ_TOTAL	,577	,087	,394	6,663	,000	,406	,747	,677	1,478
	MSPSS_TOTAL	,074	,047	,080	1,584	,115	-,018	,167	,916	1,091
	CBI_TOTAL	,392	,049	,410	7,932	,000	,295	,490	,884	1,132

a. Variável Dependente: PTGI TOTAL

Diagnóstico de colinearidade^a

Modelo	Dimensão	Autovalor	Índice de condição	Proporções de variância					
				(Constante)	media_ddi	DRS_TOTAL	SWBQ_TOTAL	MSPSS_TOTALL	CBI_TOTAL
1	1	5,707	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,117	6,980	,00	,01	,10	,00	,00	,88
	3	,086	8,137	,01	,16	,47	,01	,05	,05
	4	,046	11,171	,00	,56	,10	,07	,32	,03
	5	,028	14,291	,03	,00	,32	,61	,46	,03
	6	,016	19,058	,95	,27	,01	,31	,16	,01

a. Variável Dependente: PTGL_TOTAL

Estatísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	N
Valor previsto	,53	4,94	3,19	,793	228
Resíduo	-3,373	1,790	,000	,834	228
Erro Valor previsto	-3,361	2,202	,000	1,000	228
Erro Resíduo	-3,999	2,122	,000	,989	228

a. Variável Dependente: PTGL_TOTAL

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança				Durbin-Watson
						Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F	
1	,680 ^a	,462	,457	,848	,462	96,507	2	225	,000	2,047

a. Preditores: (Constante), SWBQ_TOTAL, CBI_TOTAL

b. Variável Dependente: PTGL_TOTAL

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	138,845	2	69,422	96,507	,000 ^b
	Resíduo	161,854	225	,719		
	Total	300,699	227			

a. Variável Dependente: PTGL_TOTAL

b. Preditores: (Constante), SWBQ_TOTAL, CBI_TOTAL

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro Erro	Beta	t		Limite inferior	Limite superior	Tolerância	VIF
1	(Constante)	-,121	,266		-,456	,649	-,646	,403		
	CBI_TOTAL	,411	,049	,430	8,365	,000	,314	,508	,907	1,102
	SWBQ_TOTAL	,602	,075	,412	8,016	,000	,454	,751	,907	1,102

a. Variável Dependente: PTGL_TOTAL

Anexo J - Outputs Efeito da Religião no CPT

Descritivos

PTGL_TOTAL		N	Média	Erro Desvio	Erro Erro	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo	Variância entre componentes
						Limite inferior	Limite superior			
Não		115	3,10	1,222	,114	2,87	3,33	0	5	
Sim		91	3,35	1,073	,113	3,13	3,58	1	5	
Total		206	3,21	1,163	,081	3,05	3,37	0	5	
Modelo	Efeitos fixos			1,159	,081	3,05	3,37			
	Efeitos aleatórios				,127	1,60	4,82			,019

Teste de Homogeneidade de Variâncias

PTGL_TOTAL		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
	Com base em média	1,426	1	204	,234
	Com base em mediana	,466	1	204	,496
	Com base em mediana e com df ajustado	,466	1	190,890	,496
	Com base em média aparada	1,150	1	204	,285

ANOVA

PTGL_TOTAL		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos		3,249	1	3,249	2,419	,121
Nos grupos		273,977	204	1,343		
Total		277,226	205			

Anexo K - Outputs Efeito do Tipo de Religião no CPT

Descritivos

PTGL_TOTAL		N	Média	Erro Desvio	Erro Erro	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo	Variância entre componentes
						Limite inferior	Limite superior			
católica		176	3,19	1,143	,086	3,02	3,36	0	5	
protestante		2	4,50	,370	,262	1,17	7,83	4	5	
muçulmana		1	1,00	.	.	.	.	1	1	
ortodoxa		4	2,36	1,954	,977	-,75	5,47	1	5	
judaica		1	1,76	.	.	.	.	2	2	
outra		5	3,50	,581	,260	2,78	4,22	3	4	
Evangelica		1	3,57	.	.	.	.	4	4	
Budista		1	4,29	.	.	.	.	4	4	
Adventista do Sétimo Dia		1	3,52	.	.	.	.	4	4	
Espírita Kardecista		2	4,24	1,077	,762	-5,44	13,92	3	5	
Total		194	3,20	1,160	,083	3,03	3,36	0	5	
Modelo	Efeitos fixos			1,149	,082	3,04	3,36			
	Efeitos aleatórios				,367	2,37	4,03			,155

Teste de Homogeneidade de Variâncias

PTGL_TOTAL		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
	Com base em média	2,685	4	184	,033
	Com base em mediana	2,133	4	184	,078
	Com base em mediana e com df ajustado	2,133	4	179,960	,079
	Com base em média aparada	2,565	4	184	,040

ANOVA

PTGL_TOTAL		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos		17,167	9	1,907	1,446	,171
Nos grupos		242,737	184	1,319		
Total		259,904	193			

PTGL_TOTAL		N	Média	Erro Desvio	Erro Erro	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo	Variância entre componentes
						Limite inferior	Limite superior			
católica		176	3,19	1,143	,086	3,02	3,36	0	5	
outra		18	3,25	1,355	,319	2,58	3,93	1	5	
não sabe/ não responde		34	3,17	1,112	,191	2,79	3,56	0	5	
Total		228	3,19	1,151	,076	3,04	3,34	0	5	
Modelo	Efeitos fixos			1,156	,077	3,04	3,35			
	Efeitos aleatórios				,077 ^a	2,87 ^a	3,52 ^a			-,030

a. Aviso: A variância entre componentes é negativa. Ela foi substituída por 0,0 no cálculo dessa medida de efeitos aleatórios.

Teste de Homogeneidade de Variâncias

PTGL_TOTAL		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
	Com base em média	,755	2	225	,471
	Com base em mediana	,398	2	225	,672
	Com base em mediana e com df ajustado	,398	2	216,777	,672
	Com base em média aparada	,673	2	225	,511

ANOVA

PTGL_TOTAL		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos		,076	2	,038	,029	,972
Nos grupos		300,623	225	1,336		
Total		300,699	227			

Anexo L - Outputs Efeito da Posição Religiosa no CPT

	N	Média	Erro Desvio	Erro Erro	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo	Variância entre componentes
					Limite inferior	Limite superior			
ateu	21	2,76	1,273	,278	2,18	3,34	0	4	
agnóstico	12	3,06	1,159	,335	2,33	3,80	1	4	
acredito em Deus ou noutra entidade religiosa	191	3,25	1,143	,083	3,08	3,41	0	5	
Outra	2	3,51	,052	,037	3,04	3,98	3	4	
É confuso/complicado	2	3,21	,303	,214	,49	5,94	3	3	
Total	228	3,19	1,151	,076	3,04	3,34	0	5	
Modelo	Efeitos fixos		1,152	,076	3,04	3,34			
	Efeitos aleatórios			,076 ^a	2,98 ^a	3,41 ^a			-,005

a. Aviso: A variância entre componentes é negativa. Ela foi substituída por 0,0 no cálculo dessa medida de efeitos aleatórios.

Teste de Homogeneidade de Variâncias

PTGI_TOTAL		Estatística de Levene		df1	df2	Sig.
PTGI_TOTAL	Com base em média	1,630	4	223	,168	
	Com base em mediana	1,358	4	223	,250	
	Com base em mediana e com df ajustado	1,358	4	218,200	,250	
	Com base em média aparada	1,550	4	223	,189	

ANOVA

PTGI_TOTAL	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	4,956	4	1,239	,934	,445
Nos grupos	295,743	223	1,326		
Total	300,699	227			