



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

**A expressão emocional, o suporte social e o ajustamento diádico no crescimento pós-traumático em doentes oncológicos**

FRANCISCA FIGUEIROA GOMES

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSORA DOUTORA CATARINA RAMOS

**Professor de Seminário de Dissertação:**

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicologia Clínica

2020

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

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho encerra uma etapa de crescimento pessoal e académico que abre portas para um futuro profissional. Este é o momento de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a elaboração desta dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica.

Aos homens e mulheres que têm ou tiveram doença oncológica e que aceitaram, com total disponibilidade e atenção, participar neste estudo. O meu profundo agradecimento por toda a dedicação e honestidade no preenchimento dos questionários e na partilha de experiências pessoais, muitas difíceis de relatar e relembrar. Sem dúvida que a presente investigação não teria sido possível sem a vossa colaboração.

À Professora Doutora Catarina Ramos, minha orientadora, por toda a dedicação, atenção e compreensão ao longo deste projeto. Obrigada pela partilha de material de estudo e por ter estimulado o meu interesse na área do crescimento pós-traumático. Todas as críticas, correções e sugestões foram fundamentais para alargar os meus conhecimentos e concluir este grande desafio académico.

À Professora Doutora Isabel Leal, coordenadora do seminário de dissertação, pela incansável disponibilidade e simpatia em toda esta jornada.

À Doutora Helena Grilo e à Doutora Albina Dias, pela sua amabilidade em permitir a recolha da nossa amostra nos vários movimentos do Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro, localizado nas instalações do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil em Lisboa.

Ao membros do Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro e dos respetivos movimentos, por todo o carinho e interesse na distribuição e recolha dos questionários.

Ao ISPA-IU, especialmente ao corpo docente de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, pelos conhecimentos e competências transmitidos.

Às minhas colegas de investigação, Catarina Antunes, Raquel Rocha e Inês Carixas, um especial agradecimento por me terem acompanhado em todo o projeto, sempre com grande companheirismo e apoio.

Um grande e especial obrigada aos meus pais e família por me terem dado esta oportunidade e por acreditarem nas minhas capacidades. Apesar de na maior parte do tempo estarem longe fisicamente, a sua coragem, determinação e sabedoria deram-me forças para lutar pelos meus sonhos.

A todos/as os/as meus/minhas amigos/as de sempre, por serem fonte de positividade e alegria. O meu sincero agradecimento pela presença e pelo incentivo nos momentos mais difíceis.

Ao Gonçalo, obrigada por toda a motivação e carinho. Por me ter feito sentir que sou capaz de ultrapassar os desafios que se cruzam no meu caminho.

No início da licenciatura, guardei em memória a seguinte frase de Robert Collier: “O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”. Hoje, nunca fez tanto sentido.

A todos, os meus sinceros agradecimentos!

## Resumo

**Introdução:** O diagnóstico oncológico é percebido como um acontecimento traumático que abala fortemente o mundo assumptivo do sujeito. O Crescimento Pós-Traumático (CPT) trata-se da percepção de benefícios e de mudanças psicológicas positivas em consequência de um trauma. O principal objetivo desta investigação é avaliar o CPT e a sua relação com diversos fatores psicossociais na experiência oncológica, nomeadamente a Expressão Emocional, o Suporte Social Percebido e o Ajustamento Diádico. **Método:** A amostra é constituída por 228 participantes ( $M$  de idade = 53,09;  $DP$  = 15,00), que foram ou são pacientes oncológicos, fluentes na língua portuguesa e residentes em Portugal. Os participantes preencheram o questionário que abrange as seguintes escalas: Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT), a *Distress Disclosure Index* (DDI) e *Opener Scale*, a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) e a Escala de Ajustamento Diádico (DAS). **Resultados:** A expressão emocional ( $\beta = 0,11$ ;  $p = 0,071$ ) e a expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,38$ ;  $p \leq 0,001$ ) são as principais preditoras do processo de CPT nesta amostra. O CPT também é significativamente predito aquando de um maior suporte social percebido proveniente de amigos ( $\beta = 0,11$ ;  $p = 0,150$ ) e outros significativos ( $\beta = 0,05$ ;  $p = 0,556$ ). **Conclusão:** Este estudo proporciona importantes evidências empíricas ao modelo de CPT, sendo relevante considerar a expressão emocional, o suporte social percebido e o ajustamento diádico, em combinação com outras variáveis, para estudos futuros sobre o processo de CPT.

Palavras-chave: Crescimento Pós-Traumático; Trauma; Pacientes oncológicos; Expressão Emocional; Suporte Social; Ajustamento Diádico.

## Abstract

**Introduction:** Oncologic diagnosis is perceived as a traumatic event that strongly shakes the subject's assumptive world. Post-Traumatic Growth (PTG) is about perceiving benefits and positive psychological changes as a result of trauma. This investigation main goal is to evaluate the PTG and its relationship with several psychosocial factors in the oncologic experience, namely Emotional Expression, Perceived Social Support and Dyadic Adjustment. **Method:** The sample consists of 228 participants ( $M$  of age = 53.09;  $SD$  = 15.00), who were or are oncologic patients, fluent in the Portuguese language and living in Portugal. Participants completed the questionnaire in paper or online, which covers the following scales: *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI), the *Distress Disclosure Index* (DDI) and *Opener Scale*, the *Multidimensional Perceived Social Support Scale* (MSPSS) and the *Dyadic Adjustment Scale* (DAS). **Results:** Emotional expression ( $\beta = 0,11$ ;  $p = 0,071$ ) and emotional expression with a significant other ( $\beta = 0,38$ ;  $p \leq 0,001$ ) are the main predictors of the PTG process in this sample. The PTG is also significantly predicted when there is more Perceived Social Support from friends ( $\beta = 0,11$ ;  $p = 0,150$ ) and other significant ones ( $\beta = 0,05$ ;  $p = 0,556$ ). **Conclusion:** This research provides important empirical evidence for the CPT model, and it is relevant to consider emotional expression, perceived social support and dyadic adjustment, in combination with other variables, for future studies on the CPT process.

Key-words: Post-Traumatic Growth; Trauma; Oncologic Patients; Emotional Disclosure; Social Support; Dyadic Adjustment.

## Índice

Lista de Quadros.....	VII
Lista de Abreviaturas.....	VIII
Lista de Anexos.....	VIII
1. Introdução .....	9
2. Enquadramento Teórico.....	10
2.1. Crescimento Pós-Traumático .....	10
2.1.1. Definição de crescimento pós-traumático. ....	11
2.1.2. Crescimento pós-traumático em doentes oncológicos. ....	15
2.2. Expressão Emocional.....	18
2.2.1. Definição de expressão emocional.....	18
2.2.2. Expressão emocional em doentes oncológicos.....	20
2.3. Suporte Social.....	21
2.3.1. Definição de suporte social.....	21
2.3.2. Suporte social em doentes oncológicos.....	23
2.4. Ajustamento Diádico .....	25
2.4.1. Definição de ajustamento diádico.....	25
2.4.2. Ajustamento diádico em doentes oncológicos.....	26
2.5. Crescimento Pós-Traumático, Expressão Emocional, Suporte Social e Ajustamento Diádico em Doentes Oncológicos .....	27
2.6. Objetivos e Hipóteses.....	30
3. Método .....	32
3.1. Desenho do Estudo .....	32
3.2. Participantes .....	32
3.3. Procedimentos .....	37
3.4. Material .....	39
3.5. Análise Estatística.....	41

4. Resultados .....	42
4.1. Análise Descritiva.....	42
4.2. Associação entre as variáveis .....	44
4.3. Modelos de Regressão Linear Múltipla (MRLM).....	47
4.3.1. Relação entre a expressão emocional e o suporte social percebido no crescimento pós-traumático. ....	47
4.3.2. Relação entre o ajustamento diádico e o crescimento pós-traumático.....	49
5. Discussão .....	52
5.1. Limitações .....	59
5.2. Considerações Finais, Implicações Práticas e Propostas para Estudos Futuros.....	60
6. Referências Bibliográficas .....	62
Anexos .....	78

### **Lista de Quadros**

Quadro 1 .....	33
Quadro 2 .....	35
Quadro 3 .....	43
Quadro 4 .....	46
Quadro 5 .....	49
Quadro 6 .....	51

## **Lista de Abreviaturas**

- APA – American Psychological Association
- CPT – Crescimento Pós-Traumático
- DAS – Dyadic Adjustment Scale
- DDI – Distress Disclosure Index
- DP – Desvio-Padrão
- IDPT – Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático
- i.e. – isto é
- IPOFG – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil
- LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro
- M - Média
- MAPO – Movimento de Apoio à Pessoa Ostomizada
- MOVAPLAR – Movimento de Apoio a Laringectomizados
- MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support

## **Lista de Anexos**

Anexo A) Autorização formal para a utilização do instrumento IDPT;.....	79
Anexo B) Autorização formal para a utilização do instrumento DDI;.....	80
Anexo C) Autorização formal para a utilização do instrumento DAS;.....	81
Anexo D) Autorização formal para a utilização do instrumento MSPSS; .....	82
Anexo E) Requerimento à Liga Portuguesa Contra o Cancro para recolha de dados.....	83
Anexo F) Consentimento Informado.....	85
Anexo G) Protocolo.....	87
Anexo H) Outputs relativos à Estatística Descritiva das variáveis em estudo .....	99

## 1. Introdução

Existem acontecimentos extremamente stressantes que ocorrem na vida das pessoas, de forma relativamente comum, que desencadeiam reações psicológicas de elevada intensidade emocional. Tais acontecimentos podem ser, por exemplo, uma doença grave, uma agressão sexual, o falecimento de alguém próximo, uma catástrofe natural, um acidente de viação, o desemprego, o divórcio (Lindstrom, Cann, Calhoun & Tedeschi, 2013; Ramos & Leal, 2013), entre outros. O trauma pode ter um impacto negativo no ajustamento psicológico do indivíduo às circunstâncias do acontecimento, manifestando sintomas psicopatológicos como depressão, ansiedade e stress pós-traumático (Linley, Joseph & Goodfellow, 2008; Ramos & Leal, 2013). O desenvolvimento de problemas pós-traumáticos, ao nível psicológico e emocional, tem sido objeto de inúmeras investigações (Joseph & Linley, 2005). Porém, uma outra trajetória de adaptação psicológica ao trauma pode incluir a experiência de mudanças psicológicas positivas, cujo processo é denominado por Crescimento Pós-Traumático (CPT) (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku & Calhoun, 2018). O CPT tem sido alvo de estudo nos últimos anos, despoletando um crescente interesse na experiência de mudanças positivas após o trauma, especialmente na área da psico-oncologia. O cancro é uma doença crónica com um elevado risco de vida e de efeitos físicos e psicológicos devastadores nos sujeitos, sendo considerado uma experiência traumática. Muitos sobreviventes descrevem alterações positivas e benefícios na forma como vivem desde o diagnóstico de cancro, tanto a nível individual como interpessoal (Silva & Canavarro, 2015). É claro que diversos fatores contribuem positivamente para o desenvolvimento pós-traumático, mas inúmeros outros carecem de investigação na área do CPT. Desta forma, este estudo procura obter maior conhecimento acerca dos fatores psicossociais que influenciam o CPT em pacientes oncológicos, principalmente a expressão emocional, o suporte social percebido e o ajustamento diádico.

Apesar de algumas investigações explorarem os fatores psicossociais e o seu papel no processo do CPT, a sua relação com a expressão emocional, com o suporte social percebido e com o ajustamento diádico parece inconsistente nos resultados dos estudos. Uma rede de apoio forte e adequada pode estimular um *coping* mais positivo e um melhor ajustamento ao cancro, contribuindo também para a melhoria da saúde física (Cohen, 2004; Roberts, Cox, Shannon & Wells, 1994; Stanton, Danoff-Burg, Cameron et al., 2000). No mesmo sentido, o ajustamento diádico é considerado um fator importante para a adaptação psicológica à doença pelo doente e pelo parceiro, contribuindo também para a melhoria da qualidade de vida (Brandão et al., 2017). O mesmo é esperado relativamente à expressão emocional, no sentido em que uma maior

partilha e abertura das preocupações e angústias permitirá uma melhor compreensão da doença, facilitando a atribuição de significado à experiência e, conseqüentemente, a retirada de benefícios desta. Assim, pretende-se averiguar se uma percepção positiva de ajustamento diádico e de suporte social e se um maior nível de expressão emocional são preditores do CPT. Se de facto existir evidência positiva entre as variáveis, é interessante averiguar qual destas variáveis é que prediz o processo de CPT em maior grau.

No âmbito de um desenho de investigação transversal, a amostra é de 228 sujeitos que apresentaram ou apresentam diagnóstico de cancro, em que alguns são utentes nos movimentos de apoio do Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro e os restantes foram recrutados por via *online* e pela rede de contactos próxima.

A presente dissertação de mestrado está organizada em três secções principais. A primeira secção engloba a introdução aos temas abordados ao longo do estudo, como o modelo de CPT e o seu papel na psico-oncologia; a expressão emocional, o suporte social e o ajustamento diádico em doentes oncológicos e enquanto possíveis fatores do CPT. As limitações encontradas em estudos realizados até o momento apresentam-se nesta secção que se encerra com a apresentação da pertinência e dos objetivos específicos do estudo. Já na segunda secção, está explicada a metodologia utilizada na investigação, nomeadamente os procedimentos, os participantes, os instrumentos aplicados e a análise estatística. A terceira e última secção diz respeito à apresentação e descrição dos resultados obtidos, seguida de uma discussão geral do trabalho realizado, incluindo as limitações metodológicas e sugestões para investigações futuras.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. Crescimento Pós-Traumático**

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (APA, 1994), um trauma é um acontecimento em que decorre ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros, gerando sentimentos de medo intenso/horror e de falta de ajuda. A vivência de um acontecimento inesperado e repentino, em que o indivíduo não possui tempo para adquirir recursos suficientes para uma adaptação adequada ao acontecimento, distingue-se de outras experiências de stress pela intensidade das reações provocadas e pelas implicações ao nível do sistema de crenças do sujeito (Silva &

Canavarro, 2015). Quanto maiores forem as perdas experienciadas pelo sujeito, maior é a probabilidade da experiência ser traumática. Estas perdas podem cingir-se não apenas às perdas externas (como a saúde, a casa, a comunidade do indivíduo). O grau de desorganização e desintegração cognitivas, seguidas da falta de preparação psicológica para lidar com o inesperado, determina a experiência como traumática (Janoff-Bulman, 2006).

As experiências traumáticas podem desencadear, não apenas angústia e emoções negativas fortes, mas também mudanças positivas na vida do sujeito. Janoff-Bulman (2006) realça a coexistência de um grupo de respostas diferente, em que as reações são mais positivas do que negativas, pelo que a percepção de mudanças positivas, de crescimento e de desenvolvimento pessoal após o trauma não ocorre em substituição da regressão e do declínio no funcionamento do indivíduo, mas sim em conjunto com a percepção dos aspetos negativos. Ao longo do tempo, os sobreviventes de experiências traumáticas tendem a perceber a sua vivência traumática de uma nova forma, como um ponto de partida para avaliações e mudanças positivas nas suas vidas. O mesmo evento traumático torna-se a base para uma nova perspectiva de vida (Janoff-Bulman, 2006). Indivíduos que experienciaram eventos traumáticos retiraram benefícios que advieram da sua própria experiência, a nível do *self*, das relações, da espiritualidade, da filosofia de vida e das prioridades de vida (Svetina & Nastran, 2012). Face ao processo evolutivo de adaptação do ser humano, estas mudanças positivas são apontadas como um efeito do *coping* ao lidar com uma grande variedade de acontecimentos traumáticos, como queimaduras (Rosenbach & Renneberg, 2008), abuso sexual (Frazier & Berman., 2008), desastre, violação, ataque cardíaco, esclerose múltipla ou cancro (Joseph & Linley, 2005).

### **2.1.1. Definição de crescimento pós-traumático.**

O processo de atribuir significado a experiências de trauma é conhecido como Crescimento Pós-Traumático (CPT). Tedeschi e Calhoun (1996; 2004) definem o CPT como uma experiência subjetiva de mudanças psicológicas positivas que resultaram de um conjunto de esforços realizados para lidar com eventos de vida altamente ameaçadores, ou seja, trata-se de uma trajetória de adaptação psicológica que visa o encontro de benefícios em relação a circunstâncias traumáticas e de stress.

O confronto com um evento traumático tende a desorganizar e a desintegrar o sujeito internamente, o que, por sua vez, repercute-se em certos níveis de stress e obriga à emergência de um processo de reestruturação cognitiva que visa a aceitação de que a vida nem sempre segue um percurso lógico, compreensível e previsível (Tedeschi & Calhoun, 1995). O mundo

assumptivo (“*assumptive world*”) do sujeito refere-se a um modelo do mundo e do próprio, através do qual se constrói planos, se percebe pessoas e eventos e se prevê o futuro, funcionando, de maneira geral, como um guia cognitivo-emocional para planejar e agir efetivamente na realidade (Janoff-Bulman, 2006). O mundo assumptivo de um indivíduo caracteriza-se pelos princípios orientadores de vida ou ao sistema de crenças centrais acerca do próprio, dos outros e do mundo que permitem a organização e compreensão da realidade e do seu funcionamento (Janoff-Bulman, 2006). As crenças centrais, domínio fundamental do mundo interno assumptivo, são esquemas gerais e abstratos que representam as interpretações mais profundas e amplas que o indivíduo tem acerca do próprio e do mundo. Estes esquemas são estruturas cognitivas que o humano utiliza para organizar internamente experiências e antecipar resultados. Ao longo do tempo, os esquemas tornam-se cada vez mais gerais, compactos, resilientes e resistentes à mudança pelo que, na idade adulta, parecem inquestionáveis e incontestáveis. No entanto, são estes esquemas que providenciam as expectativas mais básicas acerca dos resultados e interações no mundo. As crenças centrais definem-se por princípios orientadores de vida que organizam o modo de perceber e compreender o próprio, o outro e o mundo, fornecendo um confortável sentido de segurança, proteção e confiança que é reforçado ao longo do tempo (Janoff-Bulman, 2006).

Um acontecimento traumático abala o sentido de proteção e segurança, anteriormente garantido na vida do sujeito (Janoff-Bulman, 2006). Confrontadas com a experiência traumática, as vítimas olham para o mundo de forma diferente, percebendo-o como arbitrário e perigoso. Assim, percebem que o seu mundo interno não é efetivamente seguro e sofrem uma dose dupla de ansiedade (Janoff-Bulman, 2006). Neste sentido, ocorre ruptura das suposições que o indivíduo tem acerca do mundo, ou seja, a previsibilidade e o controlo dos aspetos quotidianos são ameaçados (Calhoun & Tedeschi, 2014; Cann et al., 2011). Nesta perspetiva, o sujeito questiona toda a compreensão que tem de si e do mundo, quebrando o sistema de crenças centrais (Silva & Canavarro, 2015) e iniciando uma revisão na tentativa de atribuir significado à experiência traumática (Calhoun & Tedeschi, 2014; Tedeschi & Calhoun, 1995). É este processo de revisão que induz a reconstrução e reorganização das crenças centrais do indivíduo, podendo ocorrer ruminação, ou seja, o aparecimento repetitivo e persistente de pensamentos relativos ao acontecimento (Calhoun & Tedeschi, 2014).

A ruminação é um processo cognitivo, sobretudo automático, que se caracteriza pela emergência recorrente de pensamentos repetitivos. Por um lado, a ruminação pode ser de natureza intrusiva e disruptiva, por outro, de natureza deliberada e construtiva. A ruminação intrusiva surge sob a forma de recordações e imagens do acontecimento traumático e das suas

consequências (Cann et al., 2011; Taku, Tedeschi, Cann & Calhoun, 2009), tratando-se de intrusões espontâneas e persistentes de conteúdo desagradável, sobre as quais o sujeito não apresenta controlo (Calhoun & Tedeschi, 2013). Nesta fase, com a intenção de diminuir e/ou evitar o sofrimento, o indivíduo tende a utilizar estratégias centradas na gestão de emoções negativas, como por exemplo, a negação, o isolamento social, a ocupação profissional constante, a adesão excessiva de práticas desportivas ou o abuso de bebidas alcoólicas (Silva & Canavarro, 2015). A ruminação deliberada ocorre quando o indivíduo, de um modo deliberado e consciente, tenta processar a informação para compreender e atribuir sentido ao acontecimento traumático. Ao integrar a experiência em novos esquemas cognitivos enquanto reconstrói as suas crenças centrais, anteriormente quebradas, a realidade permanece inteligível (Calhoun & Tedeschi, 2013). Assim, o sujeito torna-se mais consciente, os pensamentos são mais deliberados e visam a reavaliação da situação com a procura de significado, o planeamento de estratégias de resolução de problemas, a recordação e verbalização dos aspetos mais marcantes do trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004). Segundo o modelo teórico do CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018), ambos os processos aparentam um papel importante para o desenvolvimento de CPT. A ruminação intrusiva é fundamental para o início do CPT (Cann et al., 2011). A ruminação deliberada pode ser mais facilitadora de CPT, visto que a presença de pensamentos menos intrusivos e mais ponderados parece estar relacionada com o CPT (Lindstrom et al., 2013).

Numa nova narrativa de vida, é esperado que o sujeito adquira um conjunto de benefícios, em relação ao próprio e às relações interpessoais. Na perspetiva do paciente, tanto de si próprio como dos recursos que tem para lidar com a angústia, espera-se uma maior força pessoal, autoconfiança e disposição para enfrentar as circunstâncias do futuro, sendo comum o investimento em novos interesses e experiências. A nível relacional, as interações passam a ser mais íntimas, abertas à expressão emocional e empáticas, demonstrando compaixão pelos outros. A filosofia de vida é também marcada por novos desafios, objetivos e prioridades (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Ainda na sua definição, o CPT pode ser descrito em cinco principais domínios (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2018), cujos índices são bem representados pelo Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996): 1) Relações Interpessoais (“*Relating to Others*”); 2) Novas Possibilidades (“*New Possibilities*”); 3) Competências Pessoais (“*Personal Strength*”); 4) Mudança Espiritual (“*Spiritual Change*”); e 5) Apreciação da Vida (“*Appreciation of Life*”).

Relativamente às Relações Interpessoais, para lidar com a situação traumática e com o stress, é provável que o sujeito procure ajuda e apoio nas relações com os outros, principalmente família e amigos (Tedeschi & Calhoun, 1996). Assim, num contexto de expressão pessoal acerca das experiências negativas, o indivíduo percebe uma maior conexão emocional e intimidade nas suas relações com os outros (Calhoun & Tedeschi, 2001; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2018). Desta forma, o sujeito aceita a ajuda prestada pelos outros, dá mais valor às redes sociais existentes e/ou investe em novas relações (Calhoun & Tedeschi, 2001). Estes factos podem determinar a percepção de uma maior clareza acerca das relações, pelo que algumas podem ser fortalecidas/valorizadas e outras enfraquecidas/cessadas (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Surgem Novas Possibilidades e oportunidades ao longo do processo de luta pela adversidade, que advêm da procura e descoberta de alternativas pelo sobrevivente. Desta forma, o sujeito cria uma nova filosofia de vida, surgindo novas oportunidades que não existiam antes do acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Nas Competências Pessoais, o aumento da percepção de força pessoal está relacionada com o reconhecimento de apresentar capacidades para lidar com os desafios e adversidades do futuro. Esta percepção de força só se dá quando o indivíduo distingue que, depois do trauma, tornou-se numa pessoa mais capaz e mais forte para confrontar as adversidades (Lindstrom et al., 2013).

A Mudança Espiritual e existencial do sujeito é determinada por uma maior clareza quanto às questões religiosas ou espirituais (Lindstrom et al., 2013). A fé numa entidade religiosa pode aumentar após o trauma, constituindo um mecanismo de *coping* no processo cognitivo de procura de significado. Contrariamente, pode ocorrer uma diminuição na fé numa entidade religiosa e uma diminuição das práticas espirituais ou religiosas (Calhoun & Tedeschi, 2001).

Em termos de Apreciação da Vida, como resultado da reestruturação cognitiva consequente à confrontação com o trauma, o sujeito reconhece que nem sempre é possível prever ou controlar determinados eventos (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2018). Com isto, inicia um processo de revisão da importância dada a cada evento, começando a tomar mais atenção e dar mais valor aos pequenos detalhes, antes desvalorizados, resultando numa alteração de prioridades e uma maior valorização pela vida (Lindstrom et al., 2013; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Diferentes fatores têm sido apontados como preditores de CPT, como o género e a idade, o evento traumático, os traços de personalidade, as estratégias de *coping*, o suporte social, entre

outros (Barskova & Oesterreich, 2009). As mulheres e os indivíduos mais jovens tendem a experienciar um maior CPT, enquanto que o estatuto socioeconómico não está relacionado com o CPT (Barskova & Oesterreich, 2009). Apesar da relação não ser direta, os fatores sociais também são importantes preditores do CPT. A qualidade das relações sociais, manifestada a partir do suporte emocional e instrumental, parece ter um maior peso no CPT do que o estatuto social em si (como os estatutos de solteiro ou casado). Além disso, o uso de estratégias de *coping* adaptativas prediz um maior CPT (Barskova & Oesterreich, 2009).

Contudo, o crescimento após um trauma não é uma experiência universal, nem acontece de forma imediata após o evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). A existência de CPT não significa que não exista qualquer perturbação emocional, mas sim que pode coexistir com vários níveis de sofrimento psicológico (Tedeschi & Calhoun, 1999). Em termos de novas possibilidades na vida e de crescimento pessoal, o CPT aparece relacionado com a vivência de algum tipo de angústia ou stress associada à doença. Consistente com a perspetiva teórica de Tedeschi e Calhoun (2004), de que é necessário o sujeito perceber a sua situação como traumática a fim de experienciar e reportar CPT, parece existir uma relação moderadamente positiva e robusta entre crescimento e stress psicológico em pacientes e sobreviventes oncológicos (Marziliano, Tuman & Moyer, 2019).

### **2.1.2. Crescimento pós-traumático em doentes oncológicos.**

Seguindo a linha de investigação deste projeto, o cancro é um acontecimento inesperado com uma grande intensidade reativa (com sintomas de medo e ansiedade, culpa, vergonha, depressão, entre outros) que abala o sistema de crenças do indivíduo. O diagnóstico pode ser considerado pelo paciente oncológico como um acontecimento traumático, uma vez que coloca em risco o bem-estar e a vida do próprio e o paciente apresenta reações psicológicas de confronto com o trauma, neste caso o cancro. É uma doença percebida como uma ameaça de vida e põe em causa todos os objetivos anteriormente estabelecidos pelo sujeito, o que provoca respostas de medo e desespero (Holland, 1989). As características do cancro e dessa realidade, tais como, a dificuldade em encontrar um único fator indutor de stress, a natureza biológica da doença, o medo do sujeito focado no futuro, as memórias traumáticas, a impossibilidade prática de estabelecer o início e o fim do tratamento, juntamente com as diferenças no controlo percebido por parte do doente, justificam o cenário clínico do cancro como um evento stressante crónico (Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009). Para pacientes com cancro, o diagnóstico e os efeitos colaterais do tratamento são exigentes e carregados de emoções negativas. Ao longo do

curso da doença, existem múltiplos acontecimentos ameaçadores, pelo que as reações traumáticas podem ser o reflexo de contínuas exposições a situações indutoras de stress (Silva & Canavarro, 2015).

Dependendo do tipo de tratamento e dos métodos requeridos, podem existir consequências físicas e psicológicas permanentes, como dores, alterações irreversíveis na imagem corporal, fadiga, náuseas, dificuldades cognitivas, entre outras. Para além disso, o indivíduo pode ficar impossibilitado de exercer qualquer atividade profissional, o que pode proporcionar problemas financeiros, de isolamento e/ou ocupacionais (Silva & Canavarro, 2015). O indivíduo fica exposto a elevadas exigências, responsabilidades e mudanças no próprio e no contexto que o rodeia, as quais originam mal-estar emocional e dificuldades a diversos níveis (Silva & Canavarro, 2015). Mesmo após o final dos tratamentos, os sujeitos com doença oncológica continuam a ter várias preocupações que induzem o stress, como o desejo de voltar à normalidade, a difícil aceitação de alguns efeitos secundários, as alterações físicas que impõe limites quotidianos e, sobretudo, o medo de recidiva do tumor (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner & Kahana, 2006).

Quando comparados com sujeitos da população não-clínica, o CPT é significativamente superior em pacientes com diagnóstico de cancro (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Martins da Silva, Moreira & Canavarro, 2011). Em congruência, algumas pessoas com doença oncológica adotam o *mindset* de que o “cancro é gerível”, existindo a possibilidade de visualizar o cancro como uma oportunidade (Zion, Schapira & Crum, 2019). A perceção do cancro como uma oportunidade não valida o cancro como um acontecimento favorável ou de processo fácil, no entanto a experiência oncológica pode ser o catalisador de mudanças positivas que não teriam ocorrido de outra maneira (Zion, Schapira & Crum, 2019).

O CPT é um aspeto importante no *coping* e no ajustamento à doença. Muitos sobreviventes de cancro reportam, pelo menos, algumas mudanças positivas após experienciar o trauma e apresentam menores níveis de angústia e maiores níveis de bem-estar (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos & Vlahos, 2008). A mudança de crenças pode desencadear um redireccionamento positivo da perspetiva do doente para a procura de significado, a reapreciação da vida, o autocrescimento e/ou a motivação para mudanças saudáveis no estilo de vida (como por exemplo, uma melhor alimentação e maior prática de exercício físico) (Silva & Canavarro, 2015). Grande parte dos sobreviventes oncológicos descrevem benefícios na qualidade de vida e reportam uma maior facilidade de aceitação da incerteza em relação ao futuro, comparativamente com populações com outro tipo de problema de saúde ou com a população geral. Estes sobreviventes também manifestam alterações positivas quanto à sua

perspetiva de vida, às suas relações interpessoais e ao seu autoconceito, tendo este último sido avaliado de forma muito positiva (Andrykowski & Hunt, 1993).

Numa revisão sistemática acerca de CPT em sobreviventes com cancro, Stanton, Bower e Low (2006) sugerem que a presença de CPT é muito prevalente depois do diagnóstico. Mais de 25% dos doentes oncológicos admitem que as relações familiares e de amizade estão fortalecidas, mais próximas, ligadas e com maior consciência do valor próprio, demonstrando maior compaixão e empatia por aqueles que estão em sofrimento, maior apreciação da vida, espiritualidade mais elevada e, ainda, maior satisfação na relação conjugal. Um estudo com sobreviventes de cancro da próstata (Thornton & Perez, 2006) realça o aumento de CPT nesta população um ano após cirurgia. Esta evidência positiva pode também ser inferida relativamente a doentes com diagnóstico de cancro do pulmão. Estes pacientes reportam uma maior perceção de benefícios ao longo do tempo quando o doente não demonstra um nível elevado de stress associado à doença e mobiliza estratégias de *coping* orientadas para a resolução do problema (Thornton et al., 2012).

O estudo do CPT e da perceção de benefício na experiência oncológica e a sua relação com outras variáveis parece ter uma grande incidência de investigação em população com diagnóstico de cancro de mama. Um estudo comparativo entre 80 mulheres com cancro de mama e 80 mulheres com problemas benignos na mama demonstra que o cancro é, de facto, um fenómeno que abala o sistema assumptivo do sujeito e com um grande potencial de criar mudanças, tanto de natureza positiva como negativa (Andrykowski et al., 1996). No estudo qualitativo fenomenológico de Fallah, Keshmir, Lotfi, Azargashb e Akbari (2012), com 23 mulheres com cancro de mama, grande parte das participantes (86,95%) reportaram um aumento do crescimento espiritual, 32% verificaram maior força pessoal, confiança e resiliência em si próprias e 30,43% adotaram estilos de vida mais saudáveis e maior apreciação do mundo, desde o diagnóstico. Este crescimento alterou a perceção de si próprias e da realidade, o que facilitou o seu processo de ajustamento à doença e ao tratamento (Fallah et al., 2012). Nesta mesma população, apesar das doentes com elevado nível de sintomas depressivos apresentarem menor CPT do que as doentes sem evidência depressiva, as mulheres que foram submetidas a tratamentos combinados (isto é, a quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal) apresentaram maiores níveis de CPT do que as que receberam apenas terapia hormonal após cirurgia (Romeo et al., 2017).

## 2.2. Expressão Emocional

### 2.2.1. Definição de expressão emocional.

A emoção é um fenômeno psicobiológico, influenciado pela nossa herança evolutiva e pelas nossas circunstâncias atuais (Ekman, 1993). Em tom de senso-comum, a expressão emocional é entendida como uma consequência de um evento interno, ou seja, o humano sente algo internamente e expressa-o sob a forma de emoção, positiva ou negativa. Uma das primeiras referências neste âmbito, James (1890) (citado por Miguel, 2015) referiu que a expressão emocional define-se como uma reação do organismo a um estímulo percebido, o que gera um sentimento. Ao longo do séc. XX, o conceito evoluiu com o aumento do número de estudos acerca da movimentação muscular da face, concluindo que as sete emoções básicas (alegria, raiva, tristeza, surpresa, medo, nojo e desprezo) são universalmente interpretadas e reconhecidas através das expressões faciais (Ekman, 1992; Ekman, 1999; Ekman, Friesen & Ellsworth, 2013), presumindo que estas emoções apresentam uma base biológica (Ekman, 1992). É a morfologia, a configuração momentânea produzida pela contração de um determinado grupo de músculos faciais que dá informação específica para a distinção de cada uma das emoções expressas. Não é a partir da expressão facial que a emoção se origina, mas surge como resposta a um evento social, seja real, lembrado, antecipado ou imaginado (Ekman, 1992). A dinâmica do movimento também contém informação adicional acerca da intensidade e da genuinidade da emoção. Neste sentido, uma outra modalidade na expressão de emoções inclui determinados movimentos da cabeça (para baixo, para cima, para trás e para o lado) e das mãos (por exemplo, o punho fechado fornece informação compatível para a expressão de raiva). Por vezes, a voz, a postura e a ação corporal poderão ser os únicos códigos de uma mensagem emocional (Ekman, 1992).

A *Basic Emotion Theory* (BET) (Ekman, 1992; 1999) entende a emoção como a “gramática da vivência social”, sendo aquilo que situa o próprio numa ordem moral e social. A emoção estrutura interações e constrói relações importantes para o indivíduo. De acordo com esta teoria, as emoções são pensadas como estados distintos e breves, envolvendo componentes fisiológicos, subjetivos e expressivos que permitem aos seres humanos responder, de maneiras tipicamente adaptativas, a problemas evolutivamente significativos (Ekman, 1992; Keltner, Sauter, Tracy & Cowen, 2019). A BET tem sido central no estudo da expressão emocional, assumindo que a emoção permite ao sujeito responder de forma adaptativa a ameaças e oportunidades significativas no meio ambiente (como uma ameaça adversária ou um parceiro sexual disponível). Esta teoria postula que a expressão não-verbal de emoções partilha cinco

propriedades: 1) são padrões breves e coerentes de comportamento que tendem a surgir em experiências subjetivas distintas; 2) sinalizam o estado emocional atual, as intenções e/ou facilitam a avaliação da situação pelo indivíduo; 3) apresentam alguma similaridade transcultural em termos de surgimento e reconhecimento; 4) encontram precursores evolutivos nos comportamentos de outros animais mamíferos em contextos semelhantes aos que o Homem encontra; e 5) tendem a surgir como respostas fisiológicas com carga emotiva. As respostas emotivas podem surgir como resposta do Sistema Nervoso Simpático e Parassimpático, por padrões cognitivos, por movimentos do corpo e por comportamentos expressivos que coordenam as interações sociais através da informação recebida e das respostas evocadas nos outros (Keltner et al., 2019). As últimas duas décadas de investigação científica acerca da expressão emocional salienta que este processo se baseia em padrões dinâmicos de comportamentos que envolvem múltiplas modalidades para além da ativação facial e do movimento corporal, como a vocalização, o olhar, os gestos, a postura, as respostas autonómicas (por exemplo, lágrimas), o contacto táctil, entre outras. A expressão emocional desencadeia inferências sistemáticas e respostas comportamentais nos outros, o que provoca a entrada num processo de análise da emoção expressa pelo indivíduo a nível diádico e grupal. Por outras palavras, através da expressão emocional, o sujeito rapidamente providencia informação relevante ao outro que determinará o comportamento mais adaptativo subsequente (Keltner et al., 2019).

É possível inferir que a expressão e abertura emocional não é efetiva para todos. Várias pesquisas salientam a importância da categorização positiva e negativa da experiência emocional. Por um lado, a abordagem comportamental confere o valor da sobrevivência em direção a metas e objetivos positivos, que estão associados à emoção positiva. Por outro lado, a inibição comportamental, o comportamento de fuga/evitamento está associado à emoção negativa (Zakowski, Herzer, Barrett, Milligan & Beckman, 2011) A abertura expressiva emocional é mais eficaz em indivíduos orientados para a abordagem, ou seja, que adquirem estratégias expressivas de *coping*, do que em pessoas que apresentam dificuldades em identificar e expressar emoções (Lumley, Tojek & Macklem, 2002; Stanton, Kirk, Cameron & Danoff-Burg, 2000). A expressão emocional aparece habitualmente associada a benefícios psicológicos, enquanto que a inibição emocional é prejudicial à saúde mental e considerado um fator de stress crónico. A abertura emocional permite, não só a partilha das emoções, como também o alívio da tensão. Para além disso, a expressão de emoções relacionadas com um trauma num ambiente seguro e de confiança, desenvolve sentimentos de controlo e domínio sob a situação (Ullrich & Lutgendorf, 2002).

Em relação a diferenças de género na expressão emocional, é de salientar que os homens têm menor propensão a expressarem-se emocionalmente do que as mulheres, ou seja, as mulheres apresentam uma maior tendência para a expressão emocional. Além disso, os homens não são tão recetivos ao suporte emocional, o que lhes facilitaria a expressão das suas emoções como as mulheres (Zakowski et al., 2003).

### **2.2.2. Expressão emocional em doentes oncológicos.**

A expressão emocional traz benefícios para a população saudável e para a população com doença crónica, tendo um papel significativo no bem-estar de pacientes oncológicos (Stanton et al., 2002).

A maioria da população, quando confrontada com um evento traumático, demonstra uma vontade de falar sobre a sua experiência, surgindo a necessidade de uma rede de suporte social e apoio que permita a expressão emocional (Zakowski et al., 2003). No contexto de doença oncológica, o conceito de expressão emocional tem sido intrinsecamente associado à capacidade de adaptação dos pacientes. O recurso a estratégias de *coping* que utilizam ativamente o processamento e a expressão emocional pode proporcionar um melhor ajustamento em doentes oncológicos (Stanton, Kirk et al., 2000). Tendo em conta que o diagnóstico e o tratamento do cancro são experiências stressantes que suscitam emoções e experiências negativas, como ansiedade, tristeza, raiva, culpa e medo (Brandão, Tavares, Schulz & Matos, 2016; Ji et al., 2019), a expressão emocional é um meio importante de *coping* para lidar com o trauma (Zakowski et al., 2003).

A expressão emocional como mecanismo de *coping* no cancro de mama promove um melhor ajustamento psicológico à doença e melhora a saúde física (Stanton, Danoff-Burg et al., 2000). A expressão emocional parece relacionar-se positivamente com uma autoperceção de saúde adequada e menor quantidade de consultas médicas neste cancro em específico (Stanton, Danoff-Burg et al., 2000). Na investigação acerca de padrões de *coping* no cancro de mama, mulheres que apresentam uma elevada capacidade de expressar as suas emoções reportam menos angústia em relação aos pensamentos sobre a doença (Roussi, Krikeli, Hatzdimitriou & Koutri, 2007; Zakowski, Valdimarsdottir & Bovbjerg, 2001). No mesmo sentido, promover a expressão dos pensamentos e sentimentos relacionados com o cancro produz resultados benéficos na saúde dos indivíduos, principalmente no que toca à redução significativa de sintomas físicos negativos e de consultas médicas relacionadas com a morbilidade da doença (Stanton et al., 2002).

Uma grande variedade de benefícios a nível da saúde mental em doentes oncológicos tem sido associada à expressão emocional (Roussi et al., 2007; Stanton, Danoff-Burg et al., 2000; Stanton et al., 2002; Zakowski, Valdimarsdottir & Bovbjerg, 2001; Zakowski et al., 2003). No entanto, situações onde não há qualquer rede de apoio social ou quando o suporte disponível tem respostas negativas nos indivíduos comprometem o processamento emocional da experiência subjetiva e a expressão emocional das vítimas (Zakowski et al., 2003). Visto que uma das principais funções do suporte social é a oportunidade do indivíduo partilhar e expressar os seus sentimentos, os benefícios da expressão emocional são muitas vezes obtidos através do diálogo e da discussão com os membros da rede de apoio social (Zakowski et al., 2003). Quando, num contexto de empatia e de aceitação (por exemplo: diálogo com elementos da rede de suporte social, escrita, reza) proporcionado por uma rede de suporte adequada, o indivíduo expressa aquilo que sente/sentiu em relação ao acontecimento e a informação é ouvida, discutida e validada no mundo exterior ao sujeito. Esta abertura emocional poderá contribuir significativamente para a redução de respostas inadequadas e emoções negativas face ao trauma, facilitando a aceitação de perdas e o abandono de objetivos inatingíveis (Silva & Canavarro, 2015).

Numa outra perspetiva, a inibição emocional pode apresentar efeitos adversos, tanto na população saudável como na população com doença crónica (Zakowski et al., 2003). A inibição da expressão emocional restringe o processamento cognitivo e contribui para angústia associada a pensamentos intrusivos (Zakowski, Valdimarsdottir & Bovbjerg, 2001), pelo que a supressão de emoções ou a ambivalência sobre a expressão emocional está associada a um maior número de pensamentos intrusivos em sobreviventes de cancro de mama (Lu et al., 2017).

## **2.3. Suporte Social**

### **2.3.1. Definição de suporte social.**

O suporte social adequado pode funcionar como um mecanismo de  *coping*  adaptativo, um meio através do qual as pessoas lidam com eventos de grande stress. Usualmente, o conceito de suporte social refere-se às funções realizadas pelos outros significativos (como membros familiares, amigos, profissionais, entre outros) para um indivíduo (House et al., 1985). Numa dinâmica interpessoal, estas funções sociais envolvem atenção e preocupação emocional, apoio instrumental e partilha de informação sobre o próprio e o ambiente (Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987).

Segundo Bloom (2000), o suporte social categoriza-se em cinco componentes funcionais: 1) Suporte Emocional, Afetivo ou de Estima, o sujeito sente-se valorizado pelos outros pois estes oferecem amor, amizade e proteção sem olhar a falhas ou limitações; 2) Suporte Percetivo, na medida em que os membros da rede social facilitam uma avaliação mais adequada do problema do indivíduo, ajudando-o a estabelecer e a atingir objetivos; 3) Suporte Informativo, que se refere às atitudes positivas (conselhos, favores, etc.) para compreender situações difíceis; 4) Suporte Instrumental, que corresponde ao apoio em termos de recursos necessários para o sujeito solucionar um problema; e 5) Suporte de Convívio Social que se traduz no sentimento de companhia, integração e pertença a uma rede social e na participação de atividades sociais. Alguns tipos de suporte social podem ter um efeito mais eficaz do que outros, dependendo do controlo que a pessoa exerce em situações de stress. O apoio emocional é o único que promove o controlo sob emoções negativas em situações de stress, quando a situação é incontrolável. Já numa situação controlável, o apoio instrumental e informativo facilita a resolução de problemas (Serra, 2002).

Numa perspetiva multidimensional, a Teoria de Suporte Social de Weiss (1974, citado por Drageset & Lindstrom, 2003) descreve o suporte social em seis diferentes funções obtidas na relação com os outros, cada uma delas importante e eficaz dependendo das circunstâncias. Essas componentes são: 1) Vinculação, em que a proximidade emocional e a segurança aumentam no sujeito, sendo fundamental manter a relação com os outros para evitar o isolamento ou a solidão; 2) Integração Social, é imprescindível que o sujeito se sinta integrado num grupo ou numa rede social, como por exemplo na família. O isolamento social caracteriza-se pela ausência de integração; 3) Oportunidade de Prestação de Cuidados, relacionada com o sentimento de ser necessário para os outros; 4) Aliança Fiável, que se refere às relações mais fortes, seguras e disponíveis para o apoio, ou seja, relações mais sólidas e duradouras; 5) Certeza de Valor, que se traduz pelo reconhecimento e valorização do sujeito por parte dos outros, a nível de qualidades e competências, tratando-se de uma função importante na manutenção da autoestima; e, por fim, 6) Orientação/Aconselhamento, por parte de alguém de confiança que dá espaço ao apoio emocional e ajuda na tomada de decisões.

Nas últimas décadas, tem surgido grande interesse no estudo dos fenómenos psicológicos inerentes ao suporte social, particularmente no contexto de saúde. O suporte social é um importante preditor da saúde mental e física (Zakowski et al., 2003) e está fortemente relacionado com o ajustamento psicológico, com a saúde, com o bem-estar e com a qualidade de vida (Cohen, 2004). O suporte social parece aliviar a angústia associada à situação de crise,

dificulta o desenvolvimento de doenças e, quando o sujeito se encontra doente, apresenta uma influência positiva na recuperação (Pais-Ribeiro, 1999).

### **2.3.2. Suporte social em doentes oncológicos.**

A oportunidade de partilhar os problemas e as preocupações com alguém disponível auxilia a adaptação emocional à doença, pelo que o suporte social percebido tem vindo a ser identificado como um preditor de um melhor ajustamento ao cancro (Lewis et al., 2001). Em particular, o apoio emocional tem sido associado à redução de stress e de perturbações do humor e à melhoria da recuperação física em pacientes oncológicos (Roberts, Cox, Shannon & Wells, 1994). A obtenção de suporte, por parte da família e dos amigos, caracterizada por segurança, reconforto e resolução de problemas no período a seguir ao diagnóstico, é um importante recurso aos sobreviventes de cancro para encontrar um significado positivo na sua experiência de vida (Schroevers, Helgeson, Sanderman & Ranchor, 2010). Numa revisão sistemática realizada por Luszczynska, Pawlowska, Cieslak, Knoll e Scholz (2013), analisando 14 estudos originais num total de 2759 pacientes, conclui-se que existem relações positivas entre o suporte social percebido e recebido e a qualidade de vida em indivíduos com cancro, sendo o apoio dos prestadores de cuidados o mais significativo, seguido do suporte prestado pela família e amigos.

O suporte social é fundamentalmente importante para o bem-estar de pacientes com cancro. Em particular, o suporte social percebido atenua o stress relacionado com a doença, aparece associado a maiores níveis de bem-estar e qualidade de vida e, ainda, a uma maior longevidade (Korotkin et al., 2019). Quando o suporte percebido é adequadamente disponível e satisfatório, sobreviventes de cancro reportam menos angústia e um menor efeito negativo associado à doença (Schroevers et al., 2010). Um suporte social verdadeiro, eficiente e permanente parece mediar positivamente as respostas psicológicas de forma a alimentar a esperança do paciente oncológico (Crothers, Tomter & Garske, 2006). Isto vai de encontro ao papel mediador do suporte social no desenvolvimento de bem-estar espiritual e de esperança (Mahdian & Ghaffari, 2016). Quando o suporte social recebido é efetivo e realizado por pessoas significantes para o próprio, os pacientes manifestam um melhor ajustamento psicológico aos problemas colocados pelo cancro comparativamente a doentes cujo sistema de suporte não é tão efetivo (Crothers, Tomter & Garske, 2006). Korotkin e colaboradores (2019), num estudo sobre tipos de suporte social considerados importantes pelos próprios doentes, realçam o companheirismo, a empatia, a presença e o ser tratado como igual pela rede de suporte informal (família e amigos) e formal (médicos, enfermeiros, entre outros) como os tipos de suporte mais

identificados. Os pacientes oncológicos que percebem um maior suporte social tendem a utilizar estratégias de resolução de problemas, reestruturação cognitiva e o próprio suporte social para facilitar o processo de ajustamento à doença, enquanto os doentes que não têm uma rede de suporte fortalecida tendem à autocrítica e ao isolamento (Taywade, 2018).

Um estudo quantitativo longitudinal examinou as percepções de 153 pacientes oncológicos acerca das mudanças positivas e negativas relacionadas com a doença, concluindo que um maior nível de suporte social, especialmente no início da quimioterapia, prediz um maior número de alterações positivas na vida do sujeito. Desta forma, o encontro de consequências positivas no cancro promove o bem-estar psicológico, mas o paciente apresentar baixos recursos psicossociais é um fator de risco que pode dificultar a percepção de benefício na adversidade (Pinquart, Fröhlich & Silbereisen, 2007). O suporte social tem um efeito mediador no encontro de benefícios relacionados com a doença oncológica como estratégia de *coping*, principalmente nas relações familiares (Luszczynska, Mohamed & Schwarzer, 2005).

Em pacientes com cancro de mama, o suporte social percebido de outros significativos para o sujeito pode preencher aspetos socio-emocionais necessários para um ajustamento mental e psicológico adequado à doença (Mishra & Saranath, 2019). Sobreviventes deste tipo de cancro com elevados níveis de suporte social percebido e de otimismo são mais propícios a desenvolver CPT e a adotar mudanças positivas na vida, realçando que apenas o apoio obtido por uma pessoa íntima e próxima moderou o CPT (Bozo, Gündoğdu & Büyükaşık-Çolak, 2009). Nesta população oncológica específica, a presença de suporte social moderado a elevado está significativamente associado a menores níveis de sintomas consequentes da quimioterapia (Oh et al., 2020), facilitando o processo de adaptação à realidade.

O suporte social também pode estar patente no vínculo entre o prestador de cuidados/médico com o paciente pelo que, quando baseado numa relação de colaboração, empatia e confiança, os pacientes estão mais propensos a aderirem aos tratamentos para problemas médicos de longo prazo (Fuertes et al., 2007).

A angústia do paciente oncológico não está presente apenas no próprio, mas também nos membros da família que apresentam mecanismos de *coping* e de ajustamento semelhantes aos utilizados pelos próprios doentes (Svetina & Nastran, 2012).

## 2.4. Ajustamento Diádico

### 2.4.1. Definição de ajustamento diádico.

O conceito de ajustamento diádico tem assumido um lugar proeminente na investigação das relações familiares e de casamento. É uma variável entendida numa dimensão individual num processo contínuo e mutável, mas o nível de satisfação ou sucesso da relação depende de diversos fatores, dificultando a definição e avaliação na área (Gomez & Leal, 2008).

O ajustamento conjugal prende-se com a perceção do grau que o indivíduo tem de acordo ou desacordo no seu relacionamento conjugal (Spanier & Lewis, 1980). Segundo Rao (2017), o ajustamento diádico é um comportamento adaptativo através do qual o casal satisfaz as necessidades um do outro. O ajustamento conjugal é visto como o processo pelo qual os casais atingem a gratificação mútua e alcançam objetivos em comum, mantendo um certo nível de individualidade na relação, tendo um papel fundamental na saúde e no desenvolvimento de bem-estar psicológico dos indivíduos (Brandão et al., 2017). Ao longo deste processo, o casal aprende a cooperar um com o outro em diferentes áreas da vida, ao longo do tempo, ajustando-se de acordo com as circunstâncias (Rao, 2017). Byrne, Carr e Clark (2004) definem o ajustamento diádico como um processo que tem em conta 4 aspetos do funcionamento conjugal: a satisfação conjugal, a solidariedade, o consenso e a coesão e, além disso, a expressão de emoções e sentimentos do casal no ambiente familiar. Por isso mesmo, o ajustamento diádico não surge por si só, é necessário o esforço do casal e a aquisição de determinadas competências. Níveis elevados de ajustamento e intimidade entre o casal podem desempenhar um papel importante na satisfação marital e na estabilidade de uma vida em comum (Davoodvandi, Nejad & Farzad, 2018).

Spanier (1976) e Spanier e Lewis (1980) realçam o consenso, a coesão e a expressão afetiva como os três principais processos de interação conjugal. O consenso refere-se ao acordo em questões financeiras, religiosas, de amizade, de comportamento apropriado, de filosofia de vida, das formas de lidar com pais e sogros, de objetivos, de tomada de decisões, entre outras. A coesão trata-se do grau de conexão ou de separação que o indivíduo sente em relação ao sistema relacional do casal (Spanier, 1976; Spanier & Lewis, 1980), envolvendo conexão emocional (Craddock, 1991). Já a expressão de afeto prende-se com a demonstração de afeto e relações sexuais (Spanier, 1976; Spanier & Lewis, 1980).

Os indivíduos tendem a assumir estratégias de *coping* que se baseiam nas relações com os outros significativos, sendo de extrema pertinência entender esse *coping* no contexto conjugal (Badr, 2004). Os casais que respondem juntos a uma situação de doença, como

unidades interpessoais, apresentam maiores níveis de ajustamento (Baider & Kaplan De-Nour, 1988). A mobilização de estratégias de *coping* individuais, mas congruentes e complementares em díade, é fundamental no processo de ajustamento e adaptação à doença (Badr, 2004).

#### **2.4.2. Ajustamento diádico em doentes oncológicos.**

O diagnóstico de cancro coloca em causa o quotidiano e as relações mais próximas do contexto social. Para casais, o cancro é reconhecido como uma “doença nossa” (Brandão et al., 2017). Dia após dia, o paciente encontra mais e maiores desafios relacionados com o diagnóstico e subsequentes tratamentos que persistem ao longo do tempo. A preocupação com os sintomas, o medo em relação aos resultados dos tratamentos e o receio de um mau prognóstico aumentam significativamente, o que poderá gerar elevados níveis de angústia, depressão e ansiedade (Holland & Rowland, 1992), não apenas nos doentes como também nos seus parceiros íntimos e na relação (Brandão et al., 2017).

A maior parte dos casamentos resiste após a gestão de uma doença oncológica em um dos elementos do casal, mas existe um elevado risco de angústia psicológica e conjugal (Northouse, Templin, Mood & Oberst, 1998). Os stressores crónicos, como o cancro, podem afetar adversamente o bem-estar do casal, pois são introduzidas oportunidades de conflito e de tensão que o casal não teria experienciado de outra forma (Karney, Story & Bradbury, 2005). Para além do confronto com o diagnóstico, os casais que lidam diariamente com o cancro enfrentam desafios quotidianos associados às consequências e tratamentos da doença, sendo essencial a compreensão das estratégias que facilitam a adaptação e o restabelecimento da homeostasia diádica (Karney, Story & Bradbury, 2005).

O apoio de um parceiro íntimo, normalmente, tem um papel crítico no ajustamento à doença do paciente (Künzler, Nussbeck, Moser, Bodenmann & Kayser, 2014). Nos casais com um membro doente, o apoio conjugal facilita a utilização de um *coping* mais efetivo na luta contra a doença, a compreensão e atribuição de significado ao evento ameaçador, a motivação para novas ações e previne o aumento de *distress* emocional (Baider, Koch, Esacson & Kaplan De-Nour, 1998). A qualidade do apoio recebido por parte do companheiro encontra-se associada a uma adaptação positiva ao cancro (Northouse, Dorris & Charron-Moore, 1995), pelo que interações positivas na díade conjugal estão associadas a uma maior qualidade de vida em pacientes com cancro (Manne, Ostroff, Sherman, Heyman, Ross & Fox, 2004). No entanto, o impacto negativo de um relacionamento problemático pode ser maior que o impacto positivo dos benefícios de uma relação de suporte. A vivência de uma doença crónica é extremamente

difícil para o doente, pelo que a sobrecarga emocional e psicológica de uma relação insatisfatória e desajustada pode dificultar o ajustamento do sujeito à doença (Lopes, 2015). É importante realçar que a maneira do casal enfrentar a doença está, em grande parte, determinada pelo funcionamento conjugal anterior. A forma de comunicar, de partilhar sentimentos e preocupações, o grau de flexibilidade na organização de tarefas e atividades quotidianas, o respeito, a indiferença ou a agressão são características fundamentais da qualidade da relação e dos padrões de interação. Desta forma, o funcionamento conjugal anterior à doença é crítico na interação de suporte e no ajustamento do casal à doença (Lopes, 2015). Lopes (2015) realça o papel importante das características individuais dos membros, como o apoio social disponível, o estadio do cancro, entre outros fatores.

No contexto específico de diagnóstico de cancro de mama, o ajustamento diádico funciona como um fator importante na adaptação psicológica à doença pelas doentes e seus parceiros (Brandão et al., 2017). Nestas mulheres, maiores níveis de ajustamento conjugal aparecem associados a melhor ajustamento emocional, funcionamento sexual, qualidade de vida e imagem corporal. Pelo contrário, um mau ajustamento diádico, para além de prejudicar a adaptação à doença, pode lentificar as trajetórias de tratamento e recuperação e diminuir o desempenho físico (Brandão et al., 2017). Em parceiros de mulheres com cancro de mama, um maior ajustamento conjugal tende a estar associado a menores níveis de angústia e, ainda, a maiores níveis de bem-estar psicológico (Northouse, Templin & Mood, 2001).

A comunicação e o comportamento em casal pode afetar significativamente o ajustamento ao cancro dos casais em que a mulher é a paciente (Luszczynska, Gerstorf, Boehmer, Knoll & Schwarzer, 2007) o que não acontece tanto quando o homem é o paciente (Schulz & Schwarzer, 2004).

Os parceiros partilham um enorme sofrimento, semelhante ao experienciado pelos pacientes. Reportam várias queixas psicossomáticas, ansiedade e depressão em níveis tão elevados como o das suas pacientes. É o sofrimento, a crise existencial que proporciona o caminho de crescimento pessoal (Weiss, 2004a).

## **2.5. Crescimento Pós-Traumático, Expressão Emocional, Suporte Social e Ajustamento Diádico em Doentes Oncológicos**

O modelo teórico de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018) sugere que a capacidade de expressão emocional, caracterizada por atitudes de abertura em ambientes sociais como a partilha de emoções e diálogos relacionados com o evento stressante, facilita a

aquisição de crescimento psicológico. Existe evidência de que uma maior capacidade e oportunidade de expressão emocional, ao lidar com situações traumáticas, está intimamente associada a uma maior propensão ao CPT (Hassija & Turchik, 2016). Um estudo realizado com estudantes universitários japoneses apontou que os indivíduos que contaram a outros a própria experiência de eventos altamente stressantes reportaram maiores níveis de CPT do que aqueles que não partilharam a sua experiência (Taku et al., 2009). Em relação à experiência oncológica, a expressão emocional facilita o ajustamento e a adaptação à doença, proporcionando o CPT, particularmente, em pacientes com cancro de mama (Low, Stanton & Danoff-Burg, 2006), mas também noutros tipos de cancro (Arden-Close, Gidron, Bayne & Moss-Moris, 2013). No mesmo sentido, num estudo realizado com sobreviventes de cancro, Schroevers e colaboradores (2010) verificaram uma correlação positiva entre a existência de expressão emocional e a perceção de alterações positivas. Em mulheres com cancro de mama, a expressão emocional poderá conduzir à diminuição do *distress*, enquanto que a falta de oportunidade para a expressão emocional tem um efeito adverso (Iwamitsu et al., 2003).

Numa outra perspetiva, é razoável inferir que a expressão emocional está diretamente relacionada com um maior CPT, pelo que a partilha de aspetos positivos da experiência pós-traumática poderá facilitar significativamente o processo, o que não acontece claramente aquando de temas diretamente relacionados com aspetos negativos (Lindstrom et al., 2013).

O modelo teórico de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018) propõe que uma experiência altamente stressante e ameaçadora pode desafiar objetivos valiosos da vida pessoal e crenças centrais em relação a si próprio, ao futuro e ao mundo. De acordo com esta teoria, o contexto social apresenta um papel importante no desenvolvimento pós-traumático, na medida em que, proporcionando oportunidades de expressão emocional, estimulando o processamento cognitivo e oferecendo novas perspetivas, os membros da rede de suporte podem ajudar o outro a encontrar um significado positivo e a percecionar crescimento após o trauma (Schroevers et al., 2010). O suporte prestado pela família e pelos amigos mais próximos, através de tranquilização, proteção e auxílio na resolução de problemas, mantém a atividade do processamento da experiência da doença oncológica, o que facilita o desenvolvimento pós-traumático (Schroevers & Teo, 2008). O modelo de processamento sociocognitivo de Lepore (2001) enfatiza o contexto interpessoal na recuperação do cancro, propondo que respostas sociais negativas dadas à divulgação das preocupações relacionadas com a doença pode inibir o processamento cognitivo da experiência e, conseqüentemente, impedir o CPT. No mesmo sentido, a falta de suporte social ou uma rede de suporte inadequada pode intensificar o sofrimento e facilitar o desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático (Lepore, 2001).

A satisfação com a rede de suporte e a percepção de suporte recebido, em termos de diálogo e discussão sobre a experiência de cancro, aparecem associados a um maior desenvolvimento pós-traumático (Cardova et al., 2001). Um estudo de Harper e colaboradores (2007) concluiu que o suporte social percebido não está relacionado com mudanças psicológicas positivas, enquanto um outro estudo de Kinsinger e colaboradores (2006) verificou uma associação significativa entre o suporte emocional e o encontro de benefícios em 250 homens com cancro da próstata.

O CPT em casal é um fenómeno representativo de uma forma de *coping* diádico. Após o trauma, os pacientes e os parceiros parecem desenvolver crescimento pós-traumático individual e também em díade, dependendo do género e da ameaça (Künzler et al., 2014). Kausar e Saghir (2010) realçam, no seu estudo, a importância do ajustamento diádico e da satisfação marital no processo de descoberta de benefício (CPT) após o diagnóstico oncológico, verificando associações positivas e significativas entre as variáveis. O ambiente em casal, ao oferecer um espaço aberto à expressão emocional, funciona como um facilitador da ruminação deliberada nos indivíduos e, conseqüentemente, promove também o CPT através de conforto/suporte emocional e de novos esquemas cognitivos. Isto porque, sendo o surgimento de pensamentos relacionados com o trauma um processo de sofrimento emocional, o conforto num ambiente de suporte que contribua para amenizar a angústia do doente, para construir um sentido ao trauma e para diminuir sentimentos de medo e de zanga pode facilitar o processamento cognitivo, sem se tornar sobrecarregado (Weiss, 2004b). Uma relação conjugal de apoio promove a ruminação deliberada na medida em que oferece um modelo de estilo de vida satisfatório e melhorado em novas circunstâncias após o trauma (Weiss, 2004a; 2004b).

Os maridos de sobreviventes de cancro de mama, tal como as suas mulheres (Cordova et al., 2001) experimentam CPT, mudanças positivas na vida como consequência do trauma que se baseiam no fortalecimento das relações interpessoais e numa maior valorização da vida (Weiss, 2004a).

Os pacientes e os parceiros tendem a apresentar CPT precoce (6 meses depois do diagnóstico) em casais, cujo paciente é a mulher. Apesar disso, os casais de pacientes de ambos os sexos parecem desenvolver um crescimento diádico mútuo (Künzler et al., 2014; Weiss, 2004b). Os casais partilham tanto a angústia como os potenciais benefícios após um diagnóstico de cancro, sendo essencial para os profissionais conhecerem as estratégias de *coping* utilizadas pela díade conjugal aquando de adversidades (Künzler et al., 2014).

Tendo em conta a presente pesquisa, denota-se a falta de estudos que compreendam e clarifiquem a relação destas três variáveis (expressão emocional, suporte social percebido e ajustamento diádico) em conjunto e a sua relação com o Crescimento Pós-Traumático no contexto oncológico. É fundamental aprofundar o conhecimento do papel destes fatores psicossociais no desenvolvimento pós-traumático.

No âmbito do CPT, ainda não foram especificamente descritos os fatores que potenciam, de facto, um nível mais elevado de CPT nem a sua evolução no contexto psico-oncológico. Relativamente à expressão emocional, é de realçar a falta de esclarecimento da sua influência no CPT em Portugal, principalmente no que respeita à expressão emocional como mecanismo de *coping* no ajustamento ao cancro sendo, por isso, fundamental investigar qual a influência da expressão emocional no processo de desenvolvimento pós-traumático. Em relação ao suporte social, grande parte dos estudos realizados utilizaram diversos tipos de instrumentos que avaliam vários tipos de suporte social, tendo dado pouco ênfase à perceção da qualidade e disponibilidade da rede de apoio por parte do paciente, sendo importante clarificar qual a relação entre o suporte social percebido e o CPT. Neste sentido, é pertinente pensar nesta relação utilizando um instrumento multidimensional que avalie a perceção de suporte social do sujeito em relação aos vários membros significativos que compõem uma rede de apoio, como a famílias e os amigos. Relativamente ao ajustamento diádico, a investigação que relaciona esta variável com o CPT é muito recente a nível mundial, pelo que não existe muita investigação acerca da relação entre a perceção de ajustamento da relação conjugal e o CPT na experiência de cancro, sobretudo em Portugal. Assim, torna-se pertinente averiguar essa relação numa amostra de doentes oncológicos residentes em Portugal.

## **2.6. Objetivos e Hipóteses**

O estudo do CPT ainda é recente em Portugal e este estudo pretende analisar as relações entre as variáveis expressão emocional, suporte social, ajustamento diádico e CPT numa amostra de doentes oncológicos residentes em Portugal. O foco situa-se na influência da expressão emocional, do suporte social e do ajustamento diádico no processo de perceção de benefícios na vivência de trauma, neste caso o cancro. De acordo com a literatura revista, este é o primeiro estudo a investigar a influência da expressão emocional, do suporte social e do ajustamento diádico no processo de CPT em doentes oncológicos, de maneira a contribuir para um conhecimento mais aprofundado do fenómeno e dos processos adjacentes na população oncológica.

No presente estudo, o diagnóstico de cancro será considerado um evento traumático, visto que está altamente associado a mortalidade, a uma elevada probabilidade de cirurgia e a uma mudança radical de aspetos importantes da vida. Como principal objetivo, pretende-se analisar as possíveis relações existentes entre as variáveis psicossociais Expressão Emocional, Suporte Social Percebido e Ajustamento Diádico e o CPT, contribuindo para uma melhor compreensão da manifestação das variáveis nesta amostra. Neste sentido e em seguimento do modelo de CPT, a intenção trata de se analisar o valor preditivo da Expressão Emocional e do Suporte Social Percebido no processo de CPT. Paralelamente, pretende-se estudar o papel do Ajustamento Diádico no CPT.

Em primeiro lugar, prevê-se que um maior nível de expressão emocional esteja diretamente associado a um maior desenvolvimento de CPT. Neste sentido, é esperado que a expressão emocional seja uma das variáveis mais preditoras de CPT. Em relação ao suporte social percebido, espera-se que uma maior perceção de suporte social contribua para o CPT. Englobando a compreensão relacional entre o ajustamento diádico e o CPT, é expectável que um maior nível de ajustamento diádico esteja associado a um maior nível de CPT, ou seja, parte-se da hipótese de que as interações positivas em casal, baseadas no consenso e no conforto emocional, promovem o CPT no indivíduo doente. Especificamente, colocam-se as seguintes hipóteses, na amostra do presente estudo:

H1: Nesta amostra, a expressão emocional apresenta-se correlacionada positivamente com o CPT;

H2: O suporte social percebido está correlacionado positivamente com o CPT;

H3: O ajustamento diádico aparece correlacionado positivamente com o CPT;

H4: A expressão emocional e o suporte social são as variáveis mais preditoras de CPT.

H5: O ajustamento diádico é uma variável preditora de CPT.

O estudo destas hipóteses contribuirá para o aprofundamento do conhecimento dos fatores que influenciam o CPT em contexto de doença oncológica, o que poderá contribuir para o aperfeiçoamento de abordagens dos cuidadores e prestadores de saúde e dos técnicos na área do ajustamento e adaptação à doença, em relação ao paciente e ao seu sistema interpessoal.

### 3. Método

#### 3.1. Desenho do Estudo

A presente investigação é observacional, descritiva e transversal, pois os investigadores não intervêm, mas sim desenvolvem procedimentos para descrever eventos naturais e os seus efeitos e para fornecer informação acerca da população que se pretende estudar. Neste estudo, existe apenas um único grupo que representa a população em estudo e os dados são recolhidos num único momento. Este estudo é também correlacional, visto que inspeciona se a ocorrência de determinado fenómeno na mesma população se relaciona com aspetos específicos (Pais-Ribeiro, 2010).

#### 3.2. Participantes

A amostra é constituída por 228 sujeitos, maiores de 18 anos e com o diagnóstico de cancro. Os restantes critérios de inclusão foram os seguintes: 1) Estar em fase de tratamento, de vigilância ou sob alta médica; 2) Ler e escrever fluentemente em língua portuguesa; e 3) Não apresentar qualquer tipo de perturbação física ou mental que condicione o preenchimento dos questionários.

Tendo em conta os participantes abordados em modo presencial e em modo *online*, obteve-se uma amostra total de 246 participantes. Para a análise estatística, foi necessária a exclusão de 18 participantes pelo que, neste sentido, teve-se em consideração as respostas de 228 participantes. A exclusão de participantes foi pensada caso a caso e ocorreu por vários motivos, nomeadamente: 1) Não apresentar um diagnóstico oncológico, não sendo indicados para a participação no estudo; 2) Não preenchimento de um ou mais do que um questionário do estudo; e 3) Não residir em Portugal, critério de inclusão no estudo. Desta forma, ocorreu um *dropout* de 7,32%.

Em análise de frequências, descrita no Quadro 1, os dados obtidos de mais de metade dos 228 participantes ( $n = 128$ ; 56,1%) foram recolhidos através do questionário *online*. Assim sendo, o Movimento Vencer e Viver é o segundo local com um maior número de participantes representado na amostra ( $n = 57$ ; 25%), seguido do Movimento de Apoio à Pessoa Ostomizada ( $n = 17$ ; 7,5%).

Relativamente às características sociodemográficas (Quadro 1), estão presentes 191 (83,8%) participantes do sexo feminino e 37 (16,2%) do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre os 18 e os 91 anos, numa média de 53,09 anos ( $DP = 15,00$ ). Os sujeitos

são maioritariamente de nacionalidade portuguesa ( $n = 217$ ; 95,2%), sendo a cidade de Lisboa a localidade de residência com um maior número de participantes desta amostra ( $n = 43$ ; 18,9%), seguida de Funchal ( $n = 20$ ; 8,7%), de Sintra ( $n = 14$ ; 6,1%) e de Almada ( $n = 13$ ; 5,7%). Como habilitações literárias, grande parte dos participantes completou o secundário ( $n = 61$ ; 26,8%) e apresenta uma licenciatura concluída ( $n = 61$ ; 26,8%), enquanto outra parte dos participantes concluiu o 1º Ciclo ( $n = 27$ ; 11,8%) e o 3º Ciclo ( $n = 34$ ; 14,9%). A maioria dos sujeitos são ativos profissionalmente ( $n = 123$ ; 54,4%), alguns encontram-se na reforma ( $n = 73$ ; 32,3%) e outros estão desempregados ( $n = 16$ ; 7,1%). Como estado civil, os participantes são maioritariamente casados ( $n = 123$ ; 53,9%) ou divorciados ( $n = 31$ ; 13,6%) ou solteiros ( $n = 30$ ; 13,2%). Atualmente, 169 sujeitos (74,1%) mantêm uma relação amorosa. A duração da maioria dos relacionamentos amorosos encontra-se maioritariamente entre os 0 e os 10 anos ( $n = 41$ ; 25,9%) e entre os 21 e os 30 anos ( $n = 36$ ; 15,8%). Um grande número de participantes são pais ( $n = 172$ ; 75,4%), principalmente de dois ( $n = 75$ ; 43,1%), de um ( $n = 70$ ; 40,2%) ou de três ( $n = 20$ ; 11,5%) filhos. Embora uma minoria dos participantes seja praticante de uma religião ( $n = 91$ ; 44,2%), 191 indivíduos (98,2%) acreditam em Deus ou noutra entidade religiosa e 194 (85,1%) assumem ter religião. A religião Católica é aquela que apresenta um maior número de participantes desta amostra ( $n = 176$ ; 90,7%), seguida de Ortodoxa ( $n = 4$ ; 2,1%), Protestante ( $n = 2$ ; 1,0%) e Espírita Kardecista ( $n = 2$ ; 1,0%).

#### Quadro 1

##### *Caraterísticas Sociodemográficas (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
Romana	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
Ativo(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)	18	8,3
Casado(a)	123	53,9
Divorciado(a)	31	13,6
Relação Amorosa (Sim)	169	74,1
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
Número 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	98,2
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

Nota. *M* – média; *DP* – desvio-padrão.

No que diz respeito às características clínicas, descritas no Quadro 2, os três diagnósticos oncológicos mais frequentes nesta amostra são, respetivamente: o cancro de mama ( $n = 147$ ; 64,5%), o cancro da cabeça e pescoço ( $n = 21$ ; 9,2%) e o cancro do cólon e do reto ( $n = 13$ ; 5,7%). Para 207 participantes (91,2%) da amostra, este foi o seu primeiro diagnóstico oncológico. O tempo médio desde o diagnóstico é de 74,33 meses ( $DP = 117,80$ ) ( $Min = 1$ ;  $Max = 1297$ ) e o estadio de cancro mais frequente é o estadio III ( $n = 58$ ; 25,6%), salientando que 85 participantes (37,4%) não sabem ou não quiseram responder a esta informação. Quanto aos tratamentos, 223 indivíduos (98,2%) iniciaram os tratamentos, sendo o protocolo mais prevalente a combinação de cirurgia, quimioterapia e radioterapia ( $n = 48$ ; 21,7%) seguido de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal ( $n = 45$ ; 20,4%). A maioria dos participantes está em vigilância ( $n = 111$ ; 50,0%) em relação à doença, mas mais de um quarto da amostra encontra-se em tratamento ( $n = 60$ ; 27%). Para além destes tratamentos, 50 participantes (21,9%) utilizaram terapêuticas alternativas, nomeadamente o Reiki ( $n = 13$ ; 5,7%) e a Acupuntura ( $n = 10$ ; 4,4%). Uma grande parte dos sujeitos ( $n = 174$ ; 76,7%) assume que tem ou teve alguém próximo com cancro. Relativamente a perturbações mentais ( $n = 80$ ; 35,1%), uma parte significativa dos participantes apresenta depressão ( $n = 27$ ; 11,8%) ou ansiedade ( $n = 27$ ; 11,8%) enquanto uma outra parte apresenta ambos os diagnósticos (depressão e ansiedade) ( $n = 13$ ; 5,7%). Menos de metade da amostra teve acompanhamento psicológico ( $n = 92$ ; 40,4%).

## Quadro 2

### Caraterísticas Clínicas ( $N = 228$ )

Variável	<i>n</i>	%
Tempo desde o diagnóstico, em meses ( <i>M</i> , <i>DP</i> )	74,33	117,80
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	11,8
Ansiedade	27	11,8
Depressão e Ansiedade	13	5,7
Acompanhamento Psicológico	92	40,4

Nota. *M* – média; *DP* – desvio-padrão.

### 3.3. Procedimentos

Este estudo faz parte de um projeto mais abrangente, o qual pretende avaliar variáveis psicossociais em doentes oncológicos. Antes de concluir a recolha de dados, foi necessário obter autorização formal para a utilização dos instrumentos IDPT (Anexo A), DDI (Anexo B), DAS (Anexo C) e MSPSS (Anexo D) no presente estudo. A autorização formal para a utilização do DDI e do DAS foi obtida oralmente, pelo que as restantes autorizações seguiram via e-mail para os autores da adaptação e validação portuguesa de cada instrumento, tendo recebido aprovação pela mesma via.

O processo de amostragem é não-probabilístico, visto que não é conhecida a representatividade da amostra em relação à população, e por conveniência do tipo bola de neve. Grande parte dos participantes são utentes num destes três movimentos: Vencer e Viver – Movimento de Apoio a Mulheres com Cancro de Mama; MAPO – Movimento de Apoio à Pessoa Ostomizada; e MOVAPLAR – Movimento de Apoio a Laringectomizados. Estes movimentos pertencem ao Núcleo Regional Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC),

localizado nas instalações do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG) em Lisboa.

Para que fosse possível a recolha da amostra na LPCC, foi necessário apresentar à Direção da LPCC um requerimento com uma breve descrição do estudo e dos principais objetivos (Anexo E). Após receber autorização da LPCC para a realização do projeto, a investigadora deslocou-se aos espaços físicos dos movimentos, conforme a disponibilidade de cada investigadora e de acordo com os dias marcados com a Direção da LPCC. A investigadora entrou diretamente em contacto com os sujeitos nas salas de espera dos três locais. Nos movimentos de Laringectomizados ou de Ostomizados, os utentes aguardaram por tratamentos de enfermagem e, no Vencer e Viver, são acompanhados para recolha de informações, consultas de psicologia, atribuição e substituição de próteses e/ou soutiens, entre outros.

Ao abordar o participante nas salas de espera, a investigadora explicou verbalmente o objetivo e procedimento do estudo, realçando o anonimato e confidencialidade dos dados e a participação voluntária. O consentimento informado (Anexo F) foi entregue ao participante que, após receber esta informação, assinou o consentimento informado. Posteriormente, foi-lhe entregue o protocolo de questionários para autopreenchimento (Anexo G). Todos os questionários foram aplicados de uma só vez a cada participante, individualmente, e o preenchimento do protocolo tem uma duração aproximada de 30 minutos. A recolha da amostra na LPCC decorreu desde o dia 27 de Janeiro ao dia 10 de Março de 2020.

Num processo de amostragem não probabilística, por conveniência do tipo bola de neve, outra parte dos participantes foi recolhida através da rede de contactos pessoal. Na rede de contactos próxima, cada investigadora abordou doentes ou sobreviventes oncológicos, seus conhecidos, para explicar brevemente o estudo. Quando o sujeito pareceu interessado em participar, caso não fosse possível aplicar o questionário pessoalmente, solicitou-se o contacto de e-mail. Nestes poucos casos, o link para o preenchimento do questionário foi-lhe enviado por essa via e preenchido no Google Forms. O link foi obtido através da formatação *online* em Google Forms do questionário. A primeira resposta obtida neste processo de recolha de dados por conveniência do tipo bola de neve foi a 14 de Janeiro de 2020 e a última foi recolhida a 1 de Abril de 2020.

Adicionalmente, cada investigadora partilhou o link para preenchimento do questionário no Google Forms nas suas redes sociais *online* (nomeadamente, *Facebook* e *Instagram*), alcançando desta forma um maior número de participantes. O processo de recolha de dados através da partilha, nas redes sociais *online* de cada investigadora, do link para preenchimento do questionário iniciou-se a 22 de Fevereiro de 2020 e terminou a 27 de Abril de 2020.

### 3.4. Material

Para realizar a presente investigação, foram aplicados dois questionários - o Questionário Sociodemográfico e o Questionário Clínico - e quatro instrumentos de avaliação psicológica: o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT), a *Distress Disclosure Index* (DDI), a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) e a Escala de Ajustamento Diádico (DAS). De seguida, estão explícitas as características de cada instrumento.

**Crescimento pós-traumático.** O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT; *Posttraumatic Growth Inventory* – PTGI) (Ramos, Leal, Marôco & Tedeschi, 2016; Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996) é utilizado para avaliar as alterações psicológicas positivas percebidas por sujeitos que vivenciaram um trauma. O IDPT apresenta 21 itens, divididos em 5 subescalas: Relação com os Outros (7 itens), Novas Possibilidades (5 itens), Força Pessoal (4 itens), Mudança Espiritual (2 itens) e Apreciação da Vida (3 itens). A escala de resposta é do tipo Likert de 6 pontos. Os sujeitos assinalam o grau que consideram ter mudado como consequência da experiência de trauma, neste caso o cancro, ou seja, a escala 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 entre 0 e 105. Uma maior pontuação significa uma maior percepção de CPT. Este instrumento apresenta boas características psicométricas, com fiabilidade de  $\alpha = 0.76$  para a versão original de Tedeschi e Calhoun (1996) e de  $\alpha = 0.90$  para a versão portuguesa (Silva et al., 2009). Nesta amostra, para este instrumento, a fiabilidade é calculada através do coeficiente de Alfa de *Cronbach* (Quadro 3), sendo este de  $\alpha = 0.95$ , assegurando uma óptima consistência interna (Marôco, 2011). De igual modo, os seus domínios também apresentaram valores iguais ou superiores a 0.70 no nível da consistência interna, assegurando-a como ótima.

**Expressão emocional.** Em relação à *Distress Disclosure Index* (DDI; Kahn & Hessling, 2001), esta escala tenciona avaliar a tendência de divulgação/expressão de informações perturbadoras para o próprio (Kahn, Hucke, Bradley, Glinski & Malak, 2012). É composto por 12 itens numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (“Discordo totalmente”) a 5 (“Concordo totalmente”). A pontuação mínima é de 12 pontos e a máxima é de 60 pontos. Uma elevada pontuação significa uma elevada tendência para a expressão emocional e uma baixa pontuação indica uma baixa tendência para a expressão emocional. Os itens de pontuação inversa são: itens 2, 4, 5, 8, 9 e 10. Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de  $\alpha = 0.89$  para a versão original (Kahn et al., 2012). A escala DDI utilizada neste estudo é a versão traduzida de inglês para português por Ramos (2016), visto que a escala original encontra-se em processo de adaptação para a população portuguesa com diagnóstico

oncológico no âmbito deste projeto. A *Opener Scale* (Miller, Berg & Archer, 1983) é composta por 5 itens e avalia o grau no qual o sujeito se expressa emocionalmente, através da partilha e do debate, com alguém significativo para o indivíduo, como o cônjuge ou o amigo. A escala é do tipo Likert de 5 pontos, desde 1 (“Não falei de todo”) a 5 (“Falei completamente”). A pontuação mínima é de 5 pontos e a pontuação máxima é de 25 pontos. Uma elevada pontuação revela uma maior tendência para partilhar ou falar, com alguém próximo, acerca dos seus pensamentos, sentimentos e emoções. A seleção dos itens foi efetuada previamente por Gore, Cross e Morris (2006). A *Opener Scale* apresenta uma boa consistência interna de 0,83 (Gore, Cross & Morris, 2006). Na amostra do presente estudo, a fiabilidade do instrumento DDI foi calculada através do coeficiente de Alfa de *Cronbach* (Quadro 3), tendo sido obtido um valor de  $\alpha = 0.77$  para a DDI e de  $\alpha = 0.87$  para a *Opener Scale*, o que indica uma ótima consistência interna (Marôco, 2011).

**Suporte social percebido.** 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., 1988) pretende avaliar o suporte social proveniente da família, dos amigos e de outros significativos. É constituída por 12 itens, todos cotados numa escala tipo Likert de 7 pontos, variando entre 1 (“Discordo completamente”) e 7 (“Concordo completamente”). A escala está organizada em 3 subescalas: Família (F), Amigos (A) e Outros Significativos (OS). A escala OS é única entre as medidas de avaliação referidas, sendo o sujeito que define quem são os “outros significativos”, cujos itens de avaliação são: 1, 2, 5 e 10. Os itens da escala F são: 3, 4, 8 e 11. Os itens da escala A são: 6, 7, 9 e 12. O MSPSS apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de  $\alpha = 0.85$  para a versão original (Zimet et al., 1988) e de  $\alpha = 0.94$  para a versão portuguesa (Carvalho et al., 2011). Quanto à fiabilidade do instrumento MSPSS nesta amostra, calculada pelo coeficiente de alfa de *Cronbach* (Quadro 3), esta revela uma ótima consistência interna ( $\alpha = 0.94$ ). De igual modo, os seus domínios, também apresentaram valores iguais ou superiores a 0.90 ao nível da consistência interna, assegurando-a como ótima.

**Ajustamento diádico.** A Escala de Ajustamento Diádico (*Dyadic Adjustment Scale – DAS*) (Gomez & Leal, 2008; Spanier, 1976) avalia a relação conjugal. É constituída por 32 itens, dos quais 30 são cotados numa escala tipo Likert de 6 pontos que variam entre 0 (“Sempre em desacordo” ou “sempre”) a 5 (“Sempre de acordo” ou “nunca”). Os restantes itens (itens 29 e 30) são respondidos com “sim” ou “não”. Os itens 1 a 22, 25 a 28 e 32 apresentam 6 opções de resposta. Os itens 23 e 24 apresentam 5 opções de resposta e o item 31 apresenta 7 opções de resposta. A DAS está organizada em 4 subescalas: Consenso (13 itens); Satisfação (10 itens),

Coesão (5 itens) e Expressão de Afeto (4 itens). A escala total apresenta boas propriedades psicométricas com fiabilidade de  $\alpha = 0.88$  para a versão original (Spanier, 1976) e de  $\alpha = 0.89$  para a versão portuguesa (Gomez & Leal, 2008). Nesta amostra, a fiabilidade do instrumento DAS foi calculada através do coeficiente de alfa de *Cronbach* (Quadro 3), tendo obtido um valor de  $\alpha = 0.93$ , o que indica uma ótima consistência interna. De igual modo, é de referir que quase todos seus domínios apresentaram valores iguais ou superiores a 0.70 ao nível da consistência interna, indicando uma boa consistência interna. Apenas a dimensão Expressão do Afeto, apresenta valores ligeiramente abaixo do bom ( $\alpha = 0.67$ ) (Marôco, 2011).

O conjunto de questionários e instrumentos utilizado no presente estudo pode ser consultado no Anexo G.

### 3.5. Análise Estatística

Inicialmente, foi efetuada uma análise descritiva (mínimo, máximo, média, desvio-padrão, frequência e percentagem) para efeitos de descrição das características sociodemográficas (Quadro 1) e clínicas (Quadro 2). Quanto às variáveis psicossociais em estudo, foi realizada, de igual modo, uma análise descritiva e psicométrica (Quadro 3) incluindo os valores de mínimo, máximo, média, desvio-padrão, assimetria e curtose e o alfa de *Cronbach*.

A normalidade das variáveis psicossociais em estudo foi verificada através dos valores de Assimetria e Curtose, sendo os mesmos adequados se ( $<3$ ) e ( $<7$ ), respetivamente, de forma a se verificar um bom ajustamento à normalidade (Marôco, 2011). A consistência interna das mesmas foi avaliada através do coeficiente de alfa de *Cronbach*, assegurando uma boa fiabilidade quando  $\alpha \geq 0,70$  (Marôco, 2011) (Quadro 3). Seguidamente, possíveis associações entre as variáveis psicossociais em estudo foram testadas através de correlações bivariadas de *Pearson* (Quadro 4). O coeficiente de correlação de *Pearson* é uma medida de correlação paramétrica que estuda a associação de duas variáveis quantitativas, sem que exista necessariamente nexos de causalidade (Marôco, 2011).

De seguida, foram realizados diversos modelos de regressão linear múltipla (MRLM) para as variáveis psicossociais (Expressão Emocional; Suporte Social Percebido; e Ajustamento Diádico) com o intuito de perceber quais as preditoras significativas do Crescimento Pós-Traumático (CPT). A Regressão Linear utiliza-se de forma a ser possível: 1) Modelar relações funcionais entre variáveis (por relação funcional entende-se, numa forma lata, qualquer relação que possa ser modelada por uma função matemática); 2) Predizer o valor de uma variável

dependente (ou de resposta/critério) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou preditoras) quantitativas; 3) Avaliar se as variações da variável dependente (quantitativa) podem ser explicadas, de forma significativa, pelas variações de X variáveis independentes (Marôco, 2011). Os modelos de regressão linear múltiplas foram realizados se os seus pressupostos forem verificados, como o caso da independência dos erros, onde é necessário verificar se a autocorrelação entre os erros é nula, isto através da Estatística de Durbin-Watson ( $\sim 2$ ) e, o caso do pressuposto da multicolinearidade, onde é necessário as variáveis independentes não serem colineares, ou seja, não estarem fortemente correlacionadas, assegurado através do valor de VIF ( $\leq 5$ ) (Marôco, 2011).

Primeiramente, para compreender quais as variáveis preditoras significativas do CPT, foi realizado um MRLM que engloba a expressão emocional e subescalas (DDI e *Opener Scale*) e o suporte social percebido e subescalas (Família, Amigos e Outros Significativos) como variáveis independentes, sendo o CPT Total (Modelo 1a) e os seus domínios (Relação com os Outros – Modelo 1b, Novas Possibilidades – Modelo 1c, Força Pessoal – Modelo 1d, Mudança Espiritual – Modelo 1e, Apreciação da Vida – Modelo 1f) as variáveis dependentes, utilizando a amostra total (Quadro 5). De seguida, foi repetido o mesmo MRLM em seis modelos posteriores, cada um com um domínio de CPT como variável dependente (i.e., CPT Total – Modelo 2a, Relação com os Outros – Modelo 2b, Novas Possibilidades – Modelo 2c, Força Pessoal – Modelo 2d, Mudança Espiritual – 2e, Apreciação da Vida – Modelo 2f), utilizando uma subamostra com base no critério de manter, atualmente, uma relação amorosa ( $n = 168$ ), sendo o ajustamento diádico e as respetivas subescalas (Consenso, Satisfação, Coesão e Expressão de Afeto), a expressão emocional (DDI e *Opener Scale*) e o suporte social percebido e suas dimensões (Família, Amigos e Outros Significativos) as variáveis independentes (Quadro 6).

A análise estatística realizada neste presente estudo foi feita através do programa *IBM SPSS Statistics v.26*, utilizando níveis de significância de  $p\text{-value} \leq 0,10$ .

## **4. Resultados**

### **4.1. Análise Descritiva**

No Quadro 3 encontram-se os valores das estatísticas descritivas, de normalidade e de consistência interna, de todas as variáveis psicossociais em estudo.

É possível verificar, através dos coeficientes de assimetria e de curtose, que a distribuição da normalidade das diferentes variáveis psicossociais revela um bom ajustamento (Marôco, 2011).

De igual modo, é possível observar no Quadro 3 que a maioria dos valores dos alfas de *Cronbach*, das diferentes variáveis em estudo, apresentam-se superiores a 0.70, revelando um bom indicador de consistência interna (Marôco, 2011). Apenas uma dimensão da variável Ajustamento Diádico (*DAS*), especificamente, a dimensão “*Expressão de Afeto*”, apresentou um valor ligeiramente fraco, mas aceitável, de consistência interna ( $\alpha = 0.67$ ) (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Uma vez que as supostas variáveis preditoras apresentam um bom ajustamento à normalidade, é possível proceder ao tratamento e cálculo dos dados através de modelos de regressões lineares múltiplas para cada uma das variáveis dependentes (*CPT* e cada uma das suas 5 dimensões). Antes de analisar as possíveis relações entre as variáveis preditoras e as variáveis critério em estudo, serão primeiramente verificadas possíveis associações entre as diversas variáveis.

Nesta amostra, o valor médio de *CPT* (Total) é moderado ( $M = 66,98$ ;  $DP = 24,12$ ), ou seja, encontra-se ligeiramente acima do valor médio do *score* total, variando entre os 0 (Mínimo) e os 105 (Máximo) pontos. Comparativamente às outras subescalas do *CPT*, a dimensão Relação com os Outros é aquela que apresenta o valor médio mais elevado ( $M = 22,86$ ;  $DP = 9,74$ ), com Mínimo de 0 pontos e Máximo de 35 pontos.

### Quadro 3

#### *Análise Descritiva, Normalidade e Consistência Interna das variáveis psicossociais*

Variáveis	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	$\alpha$
Crescimento Pós-Traumático (Total)	0	105	66,98	24,12	-0,71	-0,20	0,95
Relação com os Outros	0	35	22,86	8,74	-0,81	-0,10	0,90
Novas Possibilidades	0	25	14,62	6,90	-0,50	-0,78	0,88
Força Pessoal	0	20	13,90	4,84	-0,87	0,17	0,82
Mudança Espiritual	0	10	4,83	3,38	-0,07	-1,26	0,77
Apreciação da Vida	0	15	10,76	3,89	-0,87	-0,04	0,81
Expressão Emocional (DDI)	12	60	34,23	8,86	0,26	0,87	0,81

Expressão Emocional com outro significativo ( <i>Opener Scale</i> )	5	25	13,56	5,89	0,19	-1,02	0,87
Ajustamento Diádico (Total)	32	146	107,61	23,65	-0,99	0,50	0,93
Consenso	2	65	47,46	13,74	-1,60	2,18	0,96
Satisfação	8	49	37,32	7,05	-0,84	1,46	0,73
Coesão	2	24	14,38	4,78	-0,18	-0,22	0,78
Expressão de Afeto	0	12	8,45	3,20	-0,95	-0,14	0,67
Suporte Social Percebido (Total)	1	7	5,65	1,24	-1,48	2,55	0,94
Família	1	7	5,71	1,54	-1,40	1,23	0,95
Amigos	1	7	5,40	1,45	-1,15	1,20	0,95
Outros Significativos	1	7	5,84	1,41	-1,75	2,93	0,92

Nota. *M* – Média; *DP* – Desvio-Padrão;  $\alpha$  – Coeficiente de *Alfa de Cronbach*.

#### 4.2. Associação entre as variáveis

De forma a analisar o grau de relacionamento linear entre as variáveis psicossociais em estudo, realizou-se um teste de coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). No Quadro 4 apresentam-se as correlações entre as diferentes variáveis em estudo.

Os quadros seguintes indicam que a maior parte das associações, nas diversas variáveis psicossociais em estudo, são estatisticamente significativas ( $p \leq 0,10$ ). É também possível verificar a existência de alguma variação de sentido e de magnitude destas mesmas. Apesar desta variação, existem, maioritariamente, associações de magnitude forte e/ou moderada ( $\leq 0,75$ ). Por sua vez, ao nível do sentido das mesmas, existe, em maior parte, associações positivas. Como principais exceções dessa positividade nas diferentes associações significativas, está a associação significativa moderada e negativa ( $r = -0,18$ ;  $p = 0,019$ ) entre a variável expressão emocional e a variável ajustamento diádico (Total), a associação significativa moderada e negativa ( $r = -0,20$ ;  $p = 0,008$ ) entre a variável expressão emocional e a subescala Consenso do ajustamento diádico, a associação significativa moderada e negativa ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,075$ ) entre a variável expressão emocional e a subescala Satisfação do ajustamento diádico e, por fim, a associação significativa moderada e negativa ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,066$ ) entre a variável expressão emocional e a subescala Expressão de Afeto do ajustamento diádico.

As associações significativas e estatisticamente mais fracas, presentes no quadro, são entre a subescala Força Pessoal do CPT e a subescala Família do suporte social percebido ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,035$ ) e, entre a subescala Apreciação da Vida do CPT e a subescala Família do MSPSS ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,022$ ). Por outro lado, as associações significativas e estatisticamente mais fortes, presentes no quadro, são entre a variável CPT (Total) e a subescala Novas Possibilidades do CPT ( $r = 0,91$ ;  $p \leq 0,001$ ) e entre a variável CPT (Total) e a subescala Relação com os Outros do CPT ( $r = 0,91$ ;  $p \leq 0,001$ ).

## Quadro 4

### *Correlações de Pearson das Variáveis Psicossociais em Estudo*

Variáveis	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Crescimento Pós-Traumático (Total)	0,907***	0,916***	0,861***	0,686***	0,869***	0,273***	0,453***	0,256***	0,174***	0,249***	0,231***	0,004	-0,060	0,045	0,111	0,026
2. Relação com os Outros	-	0,738***	0,704***	0,568***	0,699***	0,302***	0,394***	0,278***	0,299***	0,243***	0,234***	0,040	-0,025	0,087	0,102	0,060
3. Novas Possibilidades		-	0,756***	0,548***	0,827***	0,241***	0,473***	0,213***	0,101	0,246***	0,200***	0,039	-0,029	0,057	0,148*	0,067
4. Força Pessoal			-	0,507***	0,729***	0,215***	0,357***	0,206**	0,140**	0,186***	0,200***	-0,043	-0,071	-0,027	0,056	-0,040
5. Mudança Espiritual				-	0,508***	0,173***	0,263***	0,091	0,069	0,082	0,081	-0,092	-0,138*	-0,027	0,021	-0,058
6. Apreciação da Vida					-	0,170**	0,409***	0,250***	0,152**	0,258***	0,229***	0,005	-0,058	0,044	0,115	0,013
7. Expressão Emocional (DDI)						-	0,345***	0,180***	0,093	0,191***	0,179***	-0,181**	-0,204***	-0,138*	-0,008	-0,142*
8. Expressão Emocional com outro significativo ( <i>Openner Scale</i> )							-	0,259***	0,180***	0,232***	0,248***	0,082	-0,021	0,047	0,354***	0,064
9. Suporte Social Percebido (Total)								-	0,855***	0,817***	0,869***	0,250***	0,068	0,402***	0,318***	0,195**
10. Família									-	0,510***	0,644***	0,225***	0,058	0,367***	0,302***	0,151*
11. Amigos										-	0,577***	0,157**	0,030	0,276***	0,187**	0,143*
12. Outros Significativos											-	0,283***	0,094	0,423***	0,354***	0,226***
13. Ajustamento Diádico (Total)												-	0,906***	0,805***	0,580***	0,856***
14. Consenso													-	0,541***	0,272***	0,804***
15. Satisfação														-	0,560***	0,586***
16. Coesão															-	0,391***
17. Expressão de Afeto																-

Notas. \*\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*  $p < 0,10$

### 4.3. Modelos de Regressão Linear Múltipla (MRLM)

De forma a verificar as possíveis relações entre as variáveis psicossociais expressão emocional, suporte social percebido, ajustamento diádico e, as suas respetivas dimensões, perante o Crescimento Pós-Traumático e os seus respetivos domínios, foram realizados modelos de regressão linear múltipla.

Assim sendo, no cálculo de modelos de regressão linear múltipla, selecionou-se, como variável dependente, o Crescimento Pós-Traumático e cada um dos seus respetivos domínios e, como variáveis independentes, as variáveis expressão emocional, suporte social percebido, ajustamento diádico e as suas respetivas dimensões.

Os resultados que se obtiveram em cada modelo de regressão linear múltipla (MRLM) são apresentados no Quadro 5 e no Quadro 6.

#### 4.3.1. Relação entre a expressão emocional e o suporte social percebido no crescimento pós-traumático.

Os pressupostos dos modelos de regressão linear múltipla do CPT e de cada um dos seus domínios, em função da expressão emocional e suporte social percebido, foram verificados, mais especificamente a multicolinearidade e a independência dos erros. Os modelos têm estas condições de aplicação verificadas através da estatística de Durbin-Watson ( $\sim 2$ ) e a estatística *VIF* ( $\leq 5$ ) (Marôco, 2011).

Analisando os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, em função da expressão emocional, suporte social percebido, e das suas respetivas dimensões, é possível verificar-se, através do Quadro 5, a existência de uma ou mais variáveis preditoras significativas em cada um destes MRLM.

Os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, em função da expressão emocional, suporte social percebido e, das suas respetivas dimensões, apontaram valores da estatística de *VIF* (1,158-2,034) e valores da estatística de Durbin-Watson (1,882-2,190), indicadores de modelos de regressão lineares múltipla adequados, aos dados em estudo.

O primeiro modelo, com o CPT Total como variável dependente (Modelo 1a), conclui-se significativo ( $F(5,222) = 14,053$ ;  $p \leq 0,001$ ) apresentando uma variância explicada de 22,3%. Uma análise aos coeficientes de regressão e à sua significância estatística revela que a expressão emocional com outro significativo é significativamente boa preditora do CPT Total ( $\beta = 0,38$ ;  $p \leq 0,001$ ). Os dados deste modelo também indicam que a variável expressão emocional é preditora marginalmente significativa ( $\beta = 0,11$ ;  $p = 0,071$ ) do CPT Total.

O Modelo 1b, com a dimensão Relação com os Outros como variável dependente, conclui-se significativo ( $F(5,222) = 12,186; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 19,8%. Os dados revelam que tanto a expressão emocional ( $\beta = 0,17; p = 0,007$ ) como a expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,29; p \leq 0,001$ ) são as únicas preditoras significativas do mesmo.

O Modelo 1c, em que a dimensão Novas Possibilidades é a variável dependente, conclui-se significativo ( $F(5,222) = 15,043; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 23,6%. Os dados sugerem que tanto a expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,42; p \leq 0,001$ ) como a subescala Amigos do suporte social percebido ( $\beta = 0,15; p = 0,041$ ) são ambas preditoras significativas do mesmo.

O Modelo 1d, com o domínio Força Pessoal como variável dependente, conclui-se significativo ( $F(5,222) = 7,853; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 13,1%. Os dados revelam a variável expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,29; p \leq 0,001$ ) como a única preditora significativa do domínio Força Pessoal do CPT.

O modelo em que a subescala Mudança Espiritual se trata da variável dependente (Modelo 1e) conclui-se significativo ( $F(5,222) = 3,721; p = 0,003$ ), apresentando uma variância explicada de 5,7%. Uma análise aos coeficientes de regressão revela que apenas a expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,23; p = 0,001$ ) é a preditora significativa do domínio Mudança Espiritual do CPT.

Por fim, o último modelo, com a Apreciação da Vida como variável dependente (Modelo 1f), conclui-se significativo ( $F(5,222) = 10,994; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 18,0%. Os dados indicam que a expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,36; p \leq 0,001$ ) é significativamente boa preditora do domínio Apreciação da Vida do CPT. De igual modo, a subescala Amigos do suporte social percebido apresenta-se como uma preditora marginalmente significativa ( $\beta = 0,15; p = 0,053$ ) desse domínio.

Quadro 5

*Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (Expressão Emocional e Suporte Social Percebido) do CPT e dos seus domínios (Relação com os Outros, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual, Apreciação da Vida) (N = 228)*

	<u>Modelo 1a</u>		<u>Modelo 1b</u>		<u>Modelo 1c</u>		<u>Modelo 1d</u>		<u>Modelo 1e</u>		<u>Modelo 1f</u>	
	CPT (Total)		CPT (Relação com os Outros)		CPT (Novas Possibilidades)		CPT (Força Pessoal)		CPT (Mudança Espiritual)		CPT (Apreciação da Vida)	
	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>
Expressão Emocional (DDI)	0,11	1,81*	0,17	2,72***	0,07	1,07	0,09	1,33	0,09	1,34	0,01	0,11
Expressão Emocional com outro significativo (Opener Scale)	0,38	5,87***	0,29	4,50***	0,42	6,60***	0,29	4,36***	0,23	3,24***	0,36	5,48***
Suporte Social Percebido (Família)	0,01	0,12	0,11	1,40	-0,10	-1,23	-0,00	-0,02	0,02	0,28	-0,04	-0,50
Suporte Social Percebido (Amigos)	0,11	1,45	0,08	1,03	0,15	2,06**	0,06	0,72	0,01	0,07	0,15	1,94*
Suporte Social Percebido (Outros Significativos)	0,05	0,59	0,01	0,16	0,06	0,72	0,08	0,91	-0,01	-0,12	0,08	0,93
F (5,222)	14,053***		12,186***		15,043***		7,853***		3,721***		10,994***	
R <sup>2</sup> ajust	0,22		0,20		0,24		0,13		0,06		0,18	

Notas. \*\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*  $p < 0,10$

#### 4.3.2. Relação entre o ajustamento diádico e o crescimento pós-traumático.

A variável ajustamento diádico apresenta uma condição no tipo de sujeitos no qual esta deve ser aplicada, esta condição é de que os sujeitos têm de manter uma relação amorosa. Assim sendo, para a mesma ser estudada como uma possível preditora do CPT e dos seus domínios, foi necessária a criação de uma subamostra com os participantes que, de facto, responderam ter uma relação amorosa ( $n = 168$ ). Assim, foram considerados os valores de ajustamento diádico, para esta subamostra, os quais foram avaliados através do DAS.

Os pressupostos dos modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, em função da expressão emocional, suporte social percebido e, ajustamento diádico, foram verificados, mais especificamente a multicolinearidade e a independência dos erros. Os

modelos têm estas condições de aplicação verificadas através da estatística de Durbin-Watson ( $\sim 2$ ) e a estatística *VIF* ( $\leq 5$ ) (Marôco, 2011).

Os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e de cada um dos seus domínios, em função das diferentes dimensões da expressão emocional, do suporte social percebido e do ajustamento diádico, são demonstrados no Quadro 6.

Os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, em função da expressão emocional, suporte social percebido e ajustamento diádico e, das suas respetivas dimensões, apontaram valores da estatística de *VIF* (1,268-3,296) e valores da estatística de Durbin-Watson (1,970-2,128), indicadores de modelos de regressão lineares múltipla adequados, aos dados em estudo.

No primeiro modelo com o CPT Total como variável dependente (Modelo 2a), conclui-se significativo ( $F(9,158) = 5,084; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 18,0%. Uma análise aos coeficientes de regressão e à sua significância estatística, revela que a expressão emocional com outro significativo é significativamente boa preditora do CPT Total ( $\beta = 0,39; p \leq 0,001$ ).

O Modelo 2b, com o domínio Relação com os Outros como variável dependente, conclui-se significativo ( $F(9,158) = 4,975; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 17,6%. Os dados revelam que tanto a expressão emocional ( $\beta = 0,16; p = 0,047$ ) como a expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,35; p \leq 0,001$ ) são as únicas preditoras significativas do mesmo.

O Modelo 2c, com a dimensão Novas Possibilidades como variável dependente, conclui-se significativo ( $F(9,158) = 4,523; p \leq 0,001$ ) apresentando uma variância explicada de 16,0%. Os dados sugerem que apenas a variável expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,40; p \leq 0,001$ ) é a única preditora significativa do mesmo.

O modelo com a subescala Força Pessoal como variável dependente (Modelo 2d), conclui-se significativo ( $F(9,158) = 3,903; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 13,5%. Os dados revelam que tanto a variável expressão emocional com outro significativo ( $\beta = 0,31; p \leq 0,001$ ) como subescala Outros Significativos do suporte social percebido ( $\beta = 0,24; p = 0,046$ ) são preditoras significativas do domínio Força Pessoal do CPT.

Uma outra análise aos coeficientes de regressão (Modelo 2e) revela que nenhuma das variáveis é preditora significativa do domínio Mudança Espiritual do CPT.

Por fim, o último modelo com a dimensão Apreciação da Vida como variável dependente (Modelo 2f), conclui-se significativo ( $F(9,158) = 4,61; p \leq 0,001$ ), apresentando uma variância explicada de 16,3%. Os dados indicam que a expressão emocional com outro significativo ( $\beta =$

0,39;  $p \leq 0,001$ ) e a subescala Outros Significativos do suporte social percebido ( $\beta = 0,23$ ;  $p = 0,051$ ) são significativamente boas preditoras do domínio Apreciação da Vida do CPT.

Quadro 6

*Modelo e coeficiente de regressão dos preditores (Expressão Emocional, Suporte Social Percebido e Ajustamento Diádico) do CPT e dos seus domínios (Relação com os Outros, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual, Apreciação da Vida) (N = 168)*

	<u>Modelo 2a</u>		<u>Modelo 2b</u>		<u>Modelo 2c</u>		<u>Modelo 2d</u>		<u>Modelo 2e</u>		<u>Modelo 2f</u>	
	CPT (Total)		CPT (Relação com os Outros)		CPT (Novas Possibilidades)		CPT (Força Pessoal)		CPT (Mudança Espiritual)		CPT (Apreciação da Vida)	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$
<b>Expressão Emocional (DDI)</b>	0,11	1,40	0,16	2,00**	0,07	0,86	0,11	1,30	0,09	1,02	-0,00	0,04
<b>Expressão Emocional com outro significativo (Opener Scale)</b>	0,39	4,72***	0,35	4,20***	0,40	4,76***	0,31	3,63***	0,21	2,34	0,39	4,68***
<b>Suporte Social Percebido (Família)</b>	-0,01	-0,07	0,12	1,11	-0,09	-0,81	-0,14	-1,19	0,05	0,39	-0,05	-0,41
<b>Suporte Social Percebido (Amigos)</b>	0,04	0,45	0,03	0,36	0,05	0,50	0,10	1,00	-0,06	-0,64	0,04	0,42
<b>Suporte Social Percebido (Outros Significativos)</b>	0,11	0,98	0,00	0,01	0,11	0,96	0,24	2,01**	-0,01	-0,10	0,23	1,96**
<b>Ajustamento Diádico (Consenso)</b>	-0,11	-0,88	-0,10	-0,83	-0,13	-1,01	0,04	0,31	-0,23	-1,71	-0,07	-0,54
<b>Ajustamento Diádico (Satisfação)</b>	0,05	0,51	0,10	0,97	0,04	0,39	-0,05	-0,42	0,08	0,71	0,01	0,10
<b>Ajustamento Diádico (Coesão)</b>	-0,10	-1,11	-0,14	-1,45	-0,05	-0,54	-0,07	-0,74	-0,08	-0,76	-0,09	-0,98
<b>Ajustamento Diádico (Expressão de Afeto)</b>	0,08	0,65	0,11	0,88	0,13	1,01	-0,07	-0,53	0,11	0,82	0,02	0,18
<b>F (9,158)</b>	5,084***		4,975***		4,523***		3,903***		1,599		4,611***	
<b>R<sup>2</sup> ajust</b>	0,18		0,18		0,16		0,14		0,03		0,16	

Notas. \*\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*  $p < 0,10$

## 5. Discussão

O diagnóstico de doença oncológica e toda a sua vivência é uma experiência traumática que envolve sentimentos de raiva, medo e incerteza do futuro, sendo uma experiência altamente stressante e de sofrimento que implica diversas mudanças na vida do sujeito.

O presente estudo pretendeu contribuir, de forma original, para a compreensão do fenómeno do CPT em doentes oncológicos ao nível da expressão emocional, suporte social percebido e ajustamento diádico. Neste sentido, pretendeu-se analisar, correlacionar e prever o nível de CPT a partir das variáveis psicossociais, nesta amostra de doentes oncológicos residentes em Portugal.

Neste estudo, os resultados comprovam a perceção de CPT por parte dos pacientes/sobreviventes oncológicos. De uma forma geral, os resultados confirmam a literatura existente de que o ser humano é capaz de encontrar significado, benefício e oportunidade após uma experiência traumática e adquirindo uma nova perspetiva de vida. Os seguintes estudos demonstraram que existe CPT em sujeitos que vivenciaram algum tipo de acontecimento traumático ao longo da sua vida (Frazier & Berman, 2008; Janoff-Bulman, 2006; Joseph & Butler, 2010; Joseph & Linley, 2005; Kleim & Ehlers, 2009; Rosenbach & Ronneberg, 2008; Svetina & Nastran, 2012; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004), incluindo o diagnóstico de cancro (Andrykowski & Hunt, 1993; Mystakidou et al., 2008; Prati & Pietrantonio, 2009; Stanton, Bower & Low, 2006; Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009; Thornton et al., 2012; Thornton & Perez, 2006; Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005). Em particular, existe grande prevalência de CPT quando o sujeito apresenta um diagnóstico de cancro de mama (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova et al., 2001; Fallah et al., 2012; Martins da Silva, Moreira & Canavarro, 2011; Morril, Brewer, O'Neill, Lillie, Dees, Carey & Rimer, 2008; Romeo et al., 2017; Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003; Weiss, 2004b), sendo importante realçar, também, que este foi o cancro mais frequente na amostra do presente estudo.

Primeiramente, os participantes desta amostra apresentam, em média, um nível moderado de CPT, ou seja, ligeiramente acima do valor médio do *score* total. O valor médio total de CPT obtido no presente estudo é consideravelmente superior ao obtido por Thornton e Perez (2006) e por Thornton e colaboradores (2012), mas semelhante aos valores obtidos num estudo realizado com doentes oncológicos no Irão (Heidarsadeh et al., 2014) e em estudos comparativos entre população saudável e população com cancro de mama, realizados nos EUA (Cordova et al., 2001) e em Portugal (Martins da Silva, Moreira & Canavarro, 2011). No entanto, as diferenças sociodemográficas e clínicas entre os participantes podem ter determinado as diferenças nos resultados de CPT entre o presente estudo e os estudos

supracitados. Em termos de características sociodemográficas, o estudo de Tedeschi e Calhoun (1996), numa amostra de estudantes, demonstra que existem diferenças de género no nível de CPT, em que as mulheres reportam uma maior perceção de benefícios e mudanças positivas do que os homens. Tendo em conta estas diferenças entre resultados, que mais de 80% desta amostra é do sexo feminino e que mais de 60% desta amostra apresenta diagnóstico de cancro de mama, isto pode sugerir que uma perceção mais elevada de mudanças positivas associadas à doença ocorre, em maior grau, no sexo feminino e na experiência de cancro de mama.

Especificamente, em termos de subescalas, a dimensão Relações Interpessoais obteve o maior valor em comparação com as restantes dimensões, o que vai de encontro a outros estudos (Bellizzi & Blan, 2006; Cordova et al., 2001; Danhauer et al., 2013; Stanton et al., 2006). Este resultado sugere que os participantes perceberam um maior benefício nas suas relações com os outros, demonstrando-se mais capazes de estabelecer laços relacionais mais positivos e íntimos e de procurar apoio na sua rede interpessoal significativa (família, amigos, entre outros). O item 6 “Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade” é aquele que retrata um maior nível de CPT, realçando que a perceção de benefício por parte dos doentes, nesta amostra, pode estar representada por uma maior elucidação acerca das relações que ficaram mais fortes ou mais fracas para o doente ou sobrevivente após o diagnóstico de cancro.

No âmbito dos objetivos específicos, a expressão emocional e a expressão emocional com outro significativo encontram-se significativa e positivamente associadas com o CPT, avaliado na escala total e nas suas dimensões. Este resultado confirma a primeira hipótese inicialmente colocada e vai de encontro a outros estudos que realçam a relação da expressão emocional com o CPT (Dong, Gong, Jiang, Deng & Liu, 2015; Levi-Belz, 2019; Hassija & Turchik, 2015; Pietruch & Jobson, 2012; Slavin-Spenny, Cohen, Oberleitner & Lumley, 2011) e, em particular, na população oncológica (Arden-Close et al., 2013; Henderson, Davison, Pennebaker, Gatchel & Baum, 2002; Low, Stanton & Danoff-Burg, 2006; Schroevers et al., 2010). Esta associação é consistente com modelos de crescimento pessoal em situações de crise que identificam estratégias de *coping* como um caminho no qual os sujeitos encontram benefício após uma situação altamente stressante (Schaefer & Moos, 1992; Tedeschi & Calhoun, 2013; Tedeschi et al., 2018). Assim, a partilha de informações perturbadoras é realizada por doentes oncológicos na tentativa de encontrar um significado ou desenvolver novas perspetivas face à sua experiência de cancro (Henderson et al., 2002), o que, em última instância, poderá potenciar o desenvolvimento de CPT.

A segunda hipótese proposta, de que o suporte social percebido e o CPT estão associados significativamente e positivamente, é verificada pelos resultados do presente estudo, o que vai de encontro aos resultados de vários estudos prévios com diversas amostras (Cadell, Regehr & Hemsworth, 2003; Dong et al., 2015; Levi-Belz, 2019; Pietruch & Jobson, 2012; Prati & Pietrantonio, 2009; Senol-Durak & Ayvasik, 2010) e, em particular, com amostras oncológicas (Bozo, Gündoğdu & Büyükaşık-Çolak, 2009; Danhauer et al., 2013; Dong et al., 2017; Kinsinger et al., 2006), à exceção da dimensão Mudança Espiritual.

O modelo de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018) integra o suporte social como uma fonte de conforto, de reconstrução de novos esquemas cognitivos e de novas possibilidades para lidar com a adversidade, promovendo uma adaptação mais bem sucedida às crises de vida e apresentando um papel importante na capacidade individual de retirar benefício do evento traumático.

A associação positiva e moderada entre a dimensão Família do suporte social percebido e o domínio Relações com os Outros do CPT é a mais forte, em comparação com as restantes subescalas do CPT e do suporte social percebido. Este resultado propõe que uma maior perceção de suporte social por parte da família está associado a uma maior valorização das relações com os outros após o trauma, a qual poderá ser caracterizada pela perceção de uma maior proximidade e intimidade relacional. Um outro resultado obtido no presente estudo elucida-nos acerca da complexidade das relações entre o CPT, a expressão emocional e o suporte social. Assim, é pertinente realçar que a expressão emocional e a expressão emocional com outro significativo estão relacionadas significativamente com o suporte social percebido e as suas dimensões, à exceção da associação não significativa entre Família e expressão emocional. Estes resultados sugerem que, esta amostra, maioritariamente feminina, não parece recorrer à família como meio para a expressão de emoções e sentimentos relacionados com a experiência de cancro, mas sim a outros significativos. Uma vez que a presente amostra é constituída maioritariamente por mulheres, podemos inferir que, estes resultados podem ser justificados através do papel de cuidadoras da família que estas mulheres podem assumir. Por essa razão, podem não estar dispostas a sobrecarregar a família com os seus sentimentos e pensamentos perturbadores.

A dimensão Amigos do suporte social percebido, para além de estar moderadamente relacionada com o CPT (Total) e as respetivas dimensões, exceto Mudança Espiritual, está ainda mais associada à Apreciação da Vida. Desta forma, uma maior perceção de suporte social, nomeadamente de amigos e outros significativos, parece associar-se significativamente ao aumento de CPT. Assim, é possível inferir que um pensamento recorrente acerca do trauma, a

reavaliação e a redefinição das crenças e valores, através de oportunidades de abertura, de partilha emocional e da percepção de apoio de amigos e de pessoas significativas para o sujeito, pode ajudá-lo a compreender uma alteração de prioridades de vida e a redefinir objetivos de vida – aspetos importantes do CPT.

Um dos principais objetivos do presente estudo foi tentar perceber se o ajustamento diádico potenciaria o CPT, partindo do pressuposto (informado pela literatura) de que um ambiente positivo em casal seria uma fonte importante de partilha e expressão emocional e que, por isso, poderia estar associado positivamente ao CPT.

De uma perspetiva geral, o ajustamento diádico não parece estar associado ao CPT nesta amostra oncológica, rejeitando a terceira hipótese proposta. Apesar da dimensão Coesão estar positivamente relacionada com a dimensão Novas Possibilidades, não se trata de uma associação muito significativa e, além disso, a dimensão Consenso surge negativamente associada à Mudança Espiritual. Isto pode sugerir que, se o número de participantes da amostra fosse superior, poderiam existir associações significativas entre estas variáveis sendo, por isso, pertinente que sejam elaboradas outras investigações para explorar a relação do ajustamento diádico e o CPT, tanto no doente como no parceiro. Este resultado refuta o encontrado por outros estudos (Aflakseir, Nowroozi, Mollazadeh & Goodarzi, 2016; Bellur, Aydin & Alplay, 2018; Svetina & Nastran, 2012; Weiss, 2004b). Em particular, Kausar e Saghir (2010) verificaram uma relação positiva entre o CPT e a satisfação marital (avaliada através da Escala de Ajustamento Diádico [DAS]) em mulheres com cancro de mama e seus parceiros. O cancro da mama, especificamente, é apontado como uma “doença do casal” (Baider & Kaplan De-Nour, 1988) e, apesar de algumas relações saírem fortalecidas após uma doença oncológica, trata-se de uma experiência que afeta a relação amorosa e que apresenta consequências negativas a nível das estratégias de comunicação, da relação sexual e dos papéis identitários (Ming, 2002).

Os resultados do estudo de Lahav, Kanat-Maymon e Solomon (2017), numa população de veteranos de guerra e respetivas mulheres, verificam que o CPT está tendencialmente associado a um baixo ajustamento diádico em ambos os membros do casal, não se tratando de uma associação significativa, o que vai de encontro aos resultados da presente investigação. Isto parece refletir estratégias defensivas em resposta à adversidade e que comprometem a capacidade dos sobreviventes de se expressarem emocionalmente e procurarem apoio na relação conjugal. As emoções negativas associadas ao trauma não são expressas no seio da relação e as dificuldades atuais, resultantes da experiência traumática, não são genuinamente partilhadas no casal. Neste sentido, a ausência de percepção de ajustamento diádico poderá

promover uma menor expressão emocional no casal, o que por sua vez compromete a percepção de CPT.

É de salientar que 74% da nossa amostra mantém uma relação amorosa com duração entre os 11 e os 60 anos, enquanto que a restante amostra está numa relação há menos de 11 anos. O elevado tempo de relação amorosa pode ter condicionado uma menor percepção de ajustamento diádico, o que pode conduzir à não escolha do/a companheiro/a, por parte do doente oncológico, para partilhar as emoções associadas à doença. Isto parece salientar, mais uma vez, a importância da expressão emocional com alguém significativo para o sujeito (que pode ser o/a companheiro/a ou não) no desenvolvimento de CPT.

A quarta hipótese é relativa ao valor preditivo da expressão emocional e do suporte social percebido no desenvolvimento do CPT.

Os resultados deste estudo confirmam que a expressão emocional especificamente a tendência de debater e partilhar determinados temas com outro significativo, é preditora significativa do CPT e das suas dimensões nesta amostra, o que vem corroborar a hipótese colocada. Este resultado pode confirmar que falar sobre o cancro e outros assuntos significativos para o próprio reflete uma oportunidade para ocorrerem processos cognitivos, afetivos e interpessoais que promovem a percepção de benefícios por parte do doente ou sobrevivente.

A expressão emocional de informações perturbadoras para o indivíduo é uma variável preditora marginalmente significativa do CPT. O aumento do CPT é assegurado por uma maior capacidade de expressão emocional, o que já tinha sido verificado em alguns estudos com populações que experienciaram situações traumáticas (Dong et al., 2015; Hassija & Turchik, 2015; Lindstrom et al., 2013; Slavin-Spenny et al., 2011; Taku et al., 2009), como o cancro (Arden-Close et al., 2013; Low, Stanton & Danoff-Burg, 2006; Henderson et al., 2002; Manne et al., 2004). Um dos componentes que Tedeschi e colaboradores (2018) apontam como potenciador de CPT é a autorrevelação, principalmente quando o sujeito que experienciou o trauma percebe a partilha de informações difíceis como bem recebida por parte dos outros. O estudo de Taku e colaboradores (2020) verificou que uma experiência positiva de expressão emocional realizada pelo próprio conduz a um maior CPT, em vários países (EUA, Austrália, Itália, Alemanha, Polónia, Japão, Turquia, Nepal, Portugal e Peru), independentemente das características populacionais, o que sugere que o CPT a nível individual é inseparável de conexões sociais ajustadas e positivas e é mais provável que a pessoa sinta mais alívio e menos angústia após debater o evento traumático (Taku et al., 2020).

A expressão emocional pode ser representada de várias formas, sendo a mais comum o debate, a partilha e a conversa com os outros acerca do acontecimento traumático. Tedeschi e colaboradores (2018) enumeram alguns aspetos relevantes da autorrevelação para o CPT, como: 1) aliviar a angústia emocional inicial associada à experiência; 2) promover o processamento cognitivo; 3) ser alcançada como uma forma de CPT; 4) evocar pensamentos e sentimentos inconscientes; e/ou 5) estabelecer relações de suporte para a pessoa que divulgou.

A expressão emocional apresenta dois aspetos fundamentais: pode funcionar como mecanismo de *coping* e como potenciador do processamento cognitivo, sendo este último um dos fatores principais para anteceder o CPT (Tedeschi et al., 2018). A expressão emocional, através de autorrevelação, pode influenciar o processamento cognitivo, o qual desempenha um papel importante no processo de CPT. Os eventos traumáticos, frequentemente, implicam a ruminação acerca da vivência. Neste processo, a expressão sobre os próprios pensamentos, emoções e sentimentos relacionados com o trauma, através do debate ou da escrita emocionalmente expressiva, promove mudanças qualitativas no processamento cognitivo, como a significação da experiência, especialmente quando as respostas sociais à revelação são positivas (Tedeschi et al., 2018).

A expressão emocional com outro significativo foi considerado o principal preditor do CPT total e das suas dimensões nos modelos explicativos presentes neste estudo, nomeadamente no modelo com a amostra total e no modelo que inclui apenas os participantes com relação amorosa, o que vem confirmar o sugerido pelo modelo de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018). Nesta perspetiva, a expressão emocional como capacidade do indivíduo se “abrir” e divulgar informações íntimas e/ou perturbadoras com outras pessoas significativas dessensibiliza as emoções negativas, melhora a aproximação relacional, considera e reconhece a força pessoal (Prati & Pietrantonio, 2009). Para além disso, pode alterar as características de um pensamento automático e intrusivo para um pensamento mais deliberado e reflexivo, como uma oportunidade de atribuir um significado e um sentido à experiência através da revisão de crenças, promovendo a aceitação da realidade e o reconhecimento interior (Cordova et al., 2001; Tedeschi et al., 2018).

O suporte social percebido tem vindo a ser apontado como facilitador do processo de CPT em diferentes modelos de crescimento pessoal em situações de crise (Schaefer & Moos, 1992; Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018) e em vários estudos (Prati & Pietrantonio, 2009; Su & Chen, 2015), especialmente com população oncológica (Bozo, Gündoğdu & Büyükaşık-Çolak, 2009; Schroevers et al., 2010;).

Os resultados da presente investigação demonstram que a dimensão Amigos da variável suporte social percebido prediz, de forma estatisticamente significativa, a dimensão Novas Possibilidades e marginalmente a dimensão Apreciação da Vida, no modelo explicativo que engloba a amostra total. No modelo explicativo com participantes que mantêm uma relação amorosa, é de salientar que a dimensão Outros Significativos prediz significativamente as dimensões Força Pessoal e Apreciação da Vida (CPT). Ambos os resultados vêm corroborar, em parte, a sexta hipótese proposta, ou seja, apenas o suporte social percebido de amigos ou outros significativos (e não o suporte social percebido da família) é que predizem três das dimensões do CPT. Assim, o suporte social por amigos ou outros significativos providencia um contexto de tranquilização e de securização para a partilha de informação acerca do evento stressante, o que parece promover o CPT, em particular uma maior valorização de si próprio e uma reestruturação dos objetivos de vida.

Tal como explicado anteriormente, esta amostra é maioritariamente constituída por mulheres que podem assumir um papel de cuidadoras perante a família, procurando, por isso, um maior suporte emocional e partilhando as suas preocupações relativas à doença com amigos e outros significativos (e não com a família). Isto pode justificar a predição significativa do CPT em função do suporte social percebido por parte dos amigos e outros significativos, corroborando os resultados obtidos nas correlações anteriores.

Para além disso, estes resultados também podem ser justificados pelo facto de grande parte da amostra (i.e., 76,7%) apresentar alguém próximo com cancro. Ao partilhar informações relacionadas com a doença e as suas consequências com alguém próximo que também tem ou teve cancro, o sujeito identifica pensamentos, sentimentos e emoções idênticos aos seus, sentindo-se mais escutado e compreendido num ambiente de validação externa, empatia e inclusão. Estas ações de suporte, tanto ajudam na gestão das emoções negativas, como contribuem para a atribuição de novas alternativas de significado à adversidade, facilitando a emergência de CPT.

Contrariamente à última hipótese proposta, o ajustamento diádico não prediz o CPT na amostra de população oncológica que mantêm uma relação amorosa ou conjugal. Este resultado refuta os resultados de vários estudos com população clínica (Senol-Durak & Ayvasik, 2010) e com doentes com cancro (Cordova et al., 2001; Weiss, 2004a; 2004b).

Com o objetivo de tentar compreender como é que o ajustamento diádico se comportava no modelo explicativo, essa variável foi incluída como independente nas regressões. No entanto, corroborando os resultados que indicaram a ausência de associação significativa entre as duas variáveis (CPT e Ajustamento Diádico), é possível concluir que, no modelo explicativo,

o ajustamento diádico não prediz o CPT. Tendo em conta as variáveis que foram boas predictoras no modelo, este resultado evidencia, uma vez mais, o papel fundamental no CPT da expressão emocional com alguém significativo, como o debate acerca de assuntos relacionados com a doença, indo de encontro ao modelo teórico de Calhoun e Tedeschi (2013) e Tedeschi e colaboradores (2018).

### **5.1. Limitações**

Ao longo da presente investigação, foram detetadas algumas lacunas e limitações que podem influenciar os resultados do estudo. Tanto foram identificadas pelas investigadoras no momento de recolha e análise de dados, como também foram sugeridas pelos participantes. No questionário clínico, poderiam ter sido colocadas as questões “Já teve outras doenças físicas?” e “Já experienciou algum trauma? Se sim, qual?”, visto que o sujeito poderá já ter experienciado CPT aquando de uma outra doença grave/limitadora ou aquando de outro tipo de evento traumático. Verificando a homogeneidade de género na amostra, percebe-se que se obteve um maior número de respostas de mulheres do que de homens. O facto de grande parte dos participantes terem sido diagnosticados com cancro de mama também é apontado como limitação. A presente amostra apresenta uma grande média de tempo desde o diagnóstico (aproximadamente, 6 anos e 2 meses), o que pode ser limitante no sentido em que os participantes podem ter experienciado CPT num período de tempo mais próximo ao diagnóstico, comprometendo as respostas dadas acerca da perceção de CPT. Estas três características comprometem a representatividade da amostra e a generalização dos resultados para a população portuguesa de doentes oncológicos. Assim, parece pertinente que, futuramente, seja recolhida uma população mais heterogénea em termos de género, de tipo de cancro e de tempo médio desde o diagnóstico.

Sendo este um ano atípico dada a situação de pandemia do vírus COVID-19, a recolha presencial nas instalações do IPOFG foi interrompida em Março de 2020. Assim, a recolha através do questionário online tornou-se o método de recolha preferencial, pelo que as investigadoras intensificaram a sua divulgação nas redes sociais e de contactos próximos. Deste modo, é possível inferir que toda a população, incluindo a oncológica, estaria principalmente focada nas informações e avanços relativos ao COVID-19 e com menor disponibilidade para responder a este questionário, o que pode ter impedido um maior número de respostas.

Apenas parte da amostra mantinha uma relação amorosa ou conjugal, tratando-se de uma subamostra mais reduzida, o que limitou a obtenção e análise de resultados acerca da relação entre o ajustamento diádico e o CPT.

Os participantes apontaram o protocolo como sendo demasiado extenso, com questões muito idênticas e conceitos complexos, o que implica uma grande concentração por parte dos participantes, deixando-os cansados e com a perceção de que respondem várias vezes à mesma questão colocada de formas diferentes. Na recolha presencial, os participantes respondiam ao questionário nos movimentos da LPCC, aos quais se dirigiam com alguma pressa. Estas lacunas diminuíram a disposição para terminar o preenchimento da forma mais atenta e autêntica possível o que, por sua vez, pode ter causado enviesamentos de resposta.

Outro aspeto que deverá ser colocado à consideração em investigações futuras é o de que nem todos os doentes ostomizados são/foram doentes com cancro, ou seja, alguns foram submetidos a ostomia por outro tipo de problemas de saúde. Assim, no MAPO, nem todos os sujeitos que lá chegavam seriam indicados para preencher o protocolo.

## **5.2. Considerações Finais, Implicações Práticas e Propostas para Estudos Futuros**

Nesta investigação, procurou-se perceber as relações entre as variáveis expressão emocional, suporte social, ajustamento diádico e o CPT e de que forma é que estas variáveis influenciam o processo de CPT, numa amostra de doentes e sobreviventes de cancro com residência em Portugal. Os objetivos do estudo foram cumpridos e a maior parte das hipóteses foram confirmadas. No âmbito da psico-oncologia, este estudo salienta a importância, nos doentes com cancro, da expressão emocional para o desenvolvimento de CPT em termos de partilha, conversa e debate acerca de sentimentos e emoções relacionados com o cancro e outros assuntos importantes para o próprio, potenciando o encontro de benefício após o diagnóstico. Além disso, verifica-se que uma perceção de suporte social, principalmente por parte de amigos e outros significativos, contribui, em maior grau, para o processo de CPT.

Em particular, a inovação e a pertinência deste trabalho prendem-se com o estudo de um conjunto de variáveis nunca antes estudadas em simultâneo numa amostra de doentes oncológicos em Portugal. Ao nível teórico, os resultados obtidos nesta investigação corroboram o modelo de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018), o que significa que, indubitavelmente, a expressão emocional e a perceção de suporte social são aspetos fundamentais no processo de retirada de benefício após um diagnóstico oncológico. No mesmo sentido, ao percecionarem um maior apoio de amigos e de outros significativos, os doentes

parecem mais propícios a experienciar o CPT, do que quando percebem suporte por parte da família. Ao nível de intervenção clínica em psico-oncologia, é expectável que este estudo saliente a importância dos profissionais de saúde que contactam diretamente com os doentes oncológicos utilizarem uma perspetiva sistémica que envolva a rede de suporte mais próxima do doente, para além da família. Deste modo e convidando à expressão emocional através da conversa de temas perturbadores para o sujeito, os profissionais de saúde facilitariam um processamento cognitivo e emocional mais adequado nos pacientes, uma mudança de perspetiva sobre a doença e, por fim, a perceção de mudanças positivas (i.e., CPT).

Relativamente ao papel do ajustamento diádico no CPT, os resultados não foram conclusivos. Por se tratar de uma variável pouco estudada no âmbito do CPT em Portugal, sugere-se que sejam realizadas investigações com vista à descrição e compreensão da relação entre o ajustamento diádico e o CPT em doentes oncológicos em Portugal.

No presente estudo, apenas algumas variáveis responsáveis pelo CPT foram estudadas. Em estudos futuros, propõe-se incluir mais variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca do desenvolvimento de CPT, contribuindo para o aperfeiçoamento do modelo de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018) em termos teóricos e para a melhoria da abordagem psicossocial dos profissionais de saúde aos doentes com cancro, em termos práticos. Tendo em conta as associações significativas entre a expressão emocional (DDI e *Opener Scale*) e o suporte social percebido e restantes dimensões, seria pertinente explorar, através do modelo de equações estruturais, o papel mediador da relação entre estas variáveis no processo de CPT em doentes oncológicos. Sugere-se também uma pesquisa e um estudo mais aprofundado entre o ajustamento diádico e o CPT, tanto nos doentes como nos seus parceiros, acrescentando mais variáveis e averiguando se a duração da relação conjugal influencia o processo. A investigação acerca do CPT e da sua relação com outras variáveis devia, também, cingir-se a amostras maiores e mais heterogéneas com o intuito de obter respostas mais rigorosas acerca da perceção de CPT, neste sentido com o mínimo de tempo possível após o diagnóstico.

## 6. Referências Bibliográficas

- Aflakseir, A., Nowroozi, S., Mollazadeh, J., & Goodarzi, M. A. (2016). The role of psychological hardiness and marital satisfaction in predicting posttraumatic growth in a sample of women with breast cancer in Isfahan. *Iranian journal of cancer prevention, 9*(4). doi:10.17795/ijcp-4080
- American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.<sup>a</sup> Ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Andrykowski, M. A., Curran, S. L., Studts, J. L., Cunningham, L., Carpenter, J. S., McGrath, P. C., Sloan, D. A. & Kenady, D. E. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology, 49*(8), 827-834. doi:10.1016/0895-4356(96)00028-5
- Andrykowski, M. A. & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology, 2*(4), 261-276. doi:10.1002/pon.2960020406
- Arden-Close, E., Gidron, Y., Bayne, L., & Moss-Morris, R. (2013). Written emotional disclosure for women with ovarian cancer and their partners: randomised controlled trial. *Psycho-Oncology, 22*(10), 2262-2269. doi:10.1002/pon.3280
- Badr, H. (2004). Coping in marital dyads: A contextual perspective on the role of gender and health. *Personal relationships, 11*(2), 197-211. Badr, H. (2004). doi:10.1111/j.1475-6811.2004.00078.x
- Baider, L. A., & Kaplan De-Nour, A. (1988). Breast cancer—a family affair.
- Baider, L., Koch, U., Esacson, R., & Kaplan De-Nour, A. (1998). Prospective study of cancer patients and their spouses: the weakness of marital strength. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 7*(1), 49-56. doi:10.1002/(sici)1099-1611(199801/02)7:1<49::aid-pon312>3.0.co;2-z

- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and rehabilitation, 31*(21), 1709-1733. doi:10.1080/09638280902738441
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*(1), 47. doi:10.1037/0278-6133.25.1.47
- Bellur, Z., Aydın, A., & Alpay, E. H. (2018). Mediating role of coping styles in personal, environmental and event related factors and posttraumatic growth relationships in women with breast cancer. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 21*(1). doi:10.5505/kpd.2018.65365
- Bloom, J. R. (2000). The role of family support in cancer control. *Cancer and the family, 2*, 55-72.
- Bozo, Ö., Gündoğdu, E., & Büyükaşık-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism—posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of health psychology, 14*(7), 1009-1020. doi:10.1177/1359105309342295
- Brandão, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-oncology, 26*(12), 2019-2029. doi:10.1002/pon.4432
- Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 43*, 114-127. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.002
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral couples therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary family therapy, 26*(4), 361-387. doi:10.1007/s10591-004-0642-9
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(3), 279-287. doi:10.1037/0002-9432.73.3.279
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 157-172). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10397-008

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The Process of Posttraumatic Growth in Clinical Practice. *Posttraumatic growth in clinical practice*, 1-22.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1–23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 137-156. doi:10.1080/10615806.2010.529901
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, (54), 331-357. doi:10.14195/1647-8606\_54\_13
- Craddock, A. E. (1991). Relationships between attitudinal similarity, couple structure, and couple satisfaction within married and de facto couples. *Australian Journal of psychology*, 43(1), 11-16. doi:10.1080/00049539108259090
- Crothers, M. K., Tomter, H. D., & Garske, J. P. (2006). The relationships between satisfaction with social support, affect balance, and hope in cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, 23(4), 103-118. doi:10.1300/j077v23n04\_06
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176. doi:10.1037//0278-6133.20.3.176
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., ... & Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(12), 2676-2683. doi:10.1002/pon.3298
- Davoodvandi, M., Nejad, S. N. & Farzad, V. (2018). Examining the effectiveness of gottman couple therapy on improving marital adjustment and couples' intimacy. *Iranian journal of psychiatry*, 13(2), 135.

- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *15*(4), 306-320. doi:10.1002/pon.955
- Dong, C., Gong, S., Jiang, L., Deng, G., & Liu, X. (2015). Posttraumatic growth within the first three months after accidental injury in China: The role of self-disclosure, cognitive processing, and psychosocial resources. *Psychology, health & medicine*, *20*(2), 154-164. doi:10.1080/13548506.2014.913795
- Dong, X., Li, G., Liu, C., Kong, L., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2017). The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, *29*, 47-52. doi:10.1016/j.ejon.2017.04.007
- Drageset, S.P., & Lindstrom, T.C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(4), 401-409. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00618.x
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of personality and social psychology*, *53*(1), 71. doi:10.1037/0022-3514.53.1.71
- Ekman, P. (1992). *Are there basic emotions?* *Psychological Review*, *99*(3), 550–553. doi:10.1037/0033-295x.99.3.550
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American psychologist*, *48*(4), 384. doi:10.1037/0003-066x.48.4.384
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. *Handbook of cognition and emotion*, *98*(16), 45-60.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (2013). *Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings* (Vol. 11). Elsevier.
- Fallah, R., Keshmir, F., Lotfi, K. F., Azargashb, E., & Akbari, M. E. (2012). Post-traumatic growth in breast cancer patients: a qualitative phenomenological study. *Middle East Journal of Cancer*, *3*(2-3), 35-44.

- Frazier, P. A., & Berman, M. I. (2008). Posttraumatic growth following sexual assault. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (p. 161–181). John Wiley & Sons Inc.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L. S. (2007). The physician–patient working alliance. *Patient education and counseling*, *66*(1), 29-36. doi:10.1016/j.pec.2006.09.013
- Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica*, *26*(4), 625-638. doi:10.14417/ap.522
- Gore, J. S., Cross, S. E., & Morris, M. L. (2006). Let’s be friends: relational self-construal and the development of intimacy. *Personal Relationships*, *13*, 83-102. doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00106.x
- Harper, F. W., Schmidt, J. E., Beacham, A. O., Salsman, J. M., Averill, A. J., Graves, K. D., & Andrykowski, M. A. (2007). The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *16*(1), 79-91. doi:10.1002/pon.1068
- Hassija, C. M., & Turchik, J. A. (2016). An examination of disclosure, mental health treatment use, and posttraumatic growth among college women who experienced sexual victimization. *Journal of loss and trauma*, *21*(2), 124-136. doi:10.1080/15325024.2015.1011976
- Heidarzadeh, M., Rassouli, M., Shahbolaghi, F. M., Majd, H. A., Karam, A. M., Ghanavati, A., ... & Tahmasebi, M. (2014). The Relationship of Posttraumatic Growth with quality of life in cancer patients. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, *3*(9), 98-102.
- Henderson, B. N., Davison, K. P., Pennebaker, J. W., Gatchel, R. J., & Baum, A. (2002). Disease disclosure patterns among breast cancer patients. *Psychology and Health*, *17*(1), 51–62. doi:10.1080/08870440290001520
- Holland, J. C. (1989). Clinical course of cancer. *Handbook of psychooncology*.

- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1992). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., Williams, D., Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Social support and health. *Measures and concepts of social support*, 83, 123-140. doi:10.1093/med:psych/9780195126709.003.0001
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(3), 289–294. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01119.x
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth. In Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G., *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81–99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ji, L. L., Tsai, W., Sun, X. L., Lu, Q., Wang, H. D., Wang, L. J., & Lu, G. H. (2019). The detrimental effects of ambivalence over emotional expression on well-being among Mainland Chinese breast cancer patients: Mediating role of perceived social support. *Psycho-oncology*, 28(5), 1142-1148. doi:10.1002/pon.5069
- Joseph, S. & Butler, L. D. (2010). Positive Changes Following Adversity. *Research Quarterly*, 21(3).
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of general psychology*, 9(3), 262-280. doi:10.1037/1089-2680.9.3.262
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 41-65. doi: 10.1521/jscp.20.1.41.22254
- Kahn, J. H., Hucke, B. E., Bradley, A. M., Glinski, A. J., & Malak, B. L. (2012). The Distress Disclosure Index: A research review and multitrait–multimethod examination. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 134. doi: 10.1037/a0025716

- Karney, B. R., Story, L. B., & Bradbury, T. N. (2005). Marriages in context: Interactions between chronic and acute stress among newlyweds. *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*, 13-32. doi:10.1037/11031-001
- Kausar, R., & Saghir, S. (2010). Posttraumatic growth and marital satisfaction after breast cancer: Patient and spouse perspective. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(1), 3.
- Keltner, D., Sauter, D., Tracy, J., & Cowen, A. (2019). Emotional expression: Advances in basic emotion theory. *Journal of Nonverbal Behavior*, 1-28. doi:10.1007/s10919-019-00293-3
- Kinsinger DP, Penedo FJ, Antoni MH, Dahn JR, Lechner S, Schneiderman N. (2006). Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15(11):954–961. doi:10.1002/pon.1028
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(1), 45-52. doi:10.1002/jts.20378
- Korotkin, B. D., Hoerger, M., Voorhees, S., Allen, C. O., Robinson, W. R., & Duberstein, P. R. (2019). Social support in cancer: How do patients want us to help?. *Journal of psychosocial oncology*, 37(6), 699-712. doi:10.1080/07347332.2019.1580331
- Künzler, A., Nussbeck, F. W., Moser, M. T., Bodenmann, G., & Kayser, K. (2014). Individual and dyadic development of personal growth in couples coping with cancer. *Supportive care in Cancer*, 22(1), 53-62. doi:10.1007/s00520-013-1949-6
- Lahav, Y., Kanat-Maymon, Y., & Solomon, Z. (2017). Posttraumatic growth and dyadic adjustment among war veterans and their wives. *Frontiers in psychology*, 8, 1102. doi:10.3389/fpsyg.2017.01102
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99–116). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/10402-006

- Levi-Belz, Y. (2019). With a little help from my friends: A follow-up study on the contribution of interpersonal characteristics to posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 11(8), 895. doi:10.1037/tra0000456
- Lewis, J. A., Manne, S. L., DuHamel, K. N., Vicksburg, S. M. J., Bovbjerg, D. H., Currie, V., ... & Redd, W. H. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 231-245. doi:10.1023/A:1010714722844
- Lindstrom, C., Cann, A., Calhoun, L. & Tedeschi, R. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50-55. doi:10.1037/a0022030
- Linley, P. A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 877-891. doi:10.1521/jscp.2008.27.8.877
- Lopes, M. M. (2015). *Relação entre crenças centrais, estilo de ruminação, expressão emocional, sintomas de perturbação pós-stress traumático e crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama* (Doctoral dissertation).
- Low, C. A., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: mechanisms for positive health effects. *Health Psychology*, 25(2), 181. doi:10.1037/0278-6133.25.2.181
- Lu, Q., Yeung, N., Man, J., Gallagher, M. W., Chu, Q., & Deen, S. H. (2017). Ambivalence over emotional expression, intrusive thoughts, and posttraumatic stress symptoms among Chinese American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3281-3287. doi:10.1007/s00520-017-3744-2
- Lumley, M. A., Tojek, T. M., & Macklem, D. J. (2002). Effects of written emotional disclosure among repressive and alexithymic people. In S. J. Lepore & J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (p. 75–95). American Psychological Association. doi:10.1037/10451-004

- Luszczynska, A., Gerstorff, D., Boehmer, S., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2007). Patients' coping profiles and partners' support provision. *Psychology and Health, 22*(7), 749-764. doi.org/10.1080/14768320600976232
- Luszczynska, A., Mohamed, N., & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine, 10*, 365–375. doi: 10.1080/13548500500093738
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology, 22*(10), 2160-2168. doi:10.1002/pon.3218
- Mahdian, Z., & Ghaffari, M. (2016). The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 18*(3), 130-138. doi:10.22038/jfmh.2016.6873
- Manne, S., Ostroff, J., Sherman, M., Heyman, R. E., Ross, S., & Fox, K. (2004). Couples' support-related communication, psychological distress and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 660. Doi:10.1037/0022-006x.72.4.660
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics [Statistical analysis using SPSS Statistics]* (5ª Edição). Pero Pinheiro, Portugal: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de psicologia, 65-90*. doi:10.14417/lp.763
- Martins da Silva, S. I., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: a controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma, 16*(4), 323-340. doi:10.1080/15325024.2011.572039
- Marziliano, A., Tuman, M., & Moyer, A. (2019). The Relationship between Post-traumatic Stress and Post-traumatic Growth in Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psycho-Oncology, 1-13*. doi:10.1002/pon.5314

- Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf*, 20(1), 153-162. doi:10.1590/1413-82712015200114
- Miller, L. C., Berg, J. H., & Archer, R. L., (1983). Openers: individuals who elicit intimate self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1234-1244. doi:10.1037/0022-3514.44.6.1234
- Ming, V. M. W. (2002). Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. *Psychology, health & medicine*, 7(1), 37-51. doi:10.1080/13548500120101540
- Mishra, V. S., & Saranath, D. (2019). Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 28(3), 629-634. doi:10.1002/pon.5001
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(9), 948-953. doi:10.1002/pon.1313
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British journal of health psychology*, 13(4), 633-646. doi:10.1348/135910707x246177
- Northouse, L.L, Dorris, G., & Charron-Moore, C. (1995). Factors affecting couples adjustment to recurrent breast cancer. *Social Science Medicine*, 41(1), 69-76. doi:10.1016/0277-9536(94)00302-a
- Northouse, L., Templin, T., & Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of behavioral medicine*, 24(2), 115-136. doi:10.1023/a:1010772913717
- Northouse, L. L., Templin, T., Mood, D., & Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: A longitudinal analysis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 7(1), 37-48.
- Oh, G. H., Yeom, C. W., Shim, E. J., Jung, D., Lee, K. M., Son, K. L., ... & Im, S. A. (2020). The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients

- with breast cancer: A prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109911. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.109911
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 17(3), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª Ed.). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Pietruch, M., & Jobson, L. (2012). Posttraumatic growth and recovery in people with first episode psychosis: an investigation into the role of self-disclosure. *Psychosis*, 4(3), 213-223. doi:10.1080/17522439.2011.608434
- Pinquart, M., Fröhlich, C., & Silbereisen, R. K. (2007). Cancer patients' perceptions of positive and negative illness-related changes. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 907-921. doi:10.1177/1359105307082454
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388. doi:10.1080/15325020902724271
- Ramos, A. C. M. B. (2016). Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: Um programa de intervenção.
- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. doi:10.5964/pch.v2i1.39
- Ramos, C., Leal, I., Marôco, A. L., & Tedeschi, R. G. (2016). The Posttraumatic Growth Inventory: Factor Structure and Invariance in a Sample of Breast Cancer Patients and in a Non-Clinical Sample. *The Spanish journal of psychology*, 19, E64. doi:10.1017/sjp.2016.65
- Rao, S. L. (2017). Marital adjustment and depression among couples. *The international Journal of Indian psychology*, 4(87), 34-42. doi:10.25215/0402.045
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Shannon, V. J., & Wells, N. L. (1994). A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health & Social Work*, 19(3), 157-164. doi:10.1093/hsw/19.3.157

- Romeo, A., Ghiggia, A., Tesio, V., Di Tella, M., Torta, R., & Castelli, L. (2017). Post-traumatic growth, distress and attachment style among women with breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 35(3), 309-322. doi:10.1080/07347332.2017.1289291
- Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2008). Positive change after severe burn injuries. *Journal of Burn Care & Research*, 29(4), 638-643. doi:10.1097/BCR.0b013e31817de275
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 31(1), 97-109. doi:10.1007/s10608-006-9110-1
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46-53. doi:10.1002/pon.1501
- Schroevers, M. J., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-oncology*, 17(12), 1239-1246. doi:10.1002/pon.1366
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 716-732. doi:10.1521/jscp.23.5.716.50746
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487. doi:10.1037/0278-6133.22.5.487
- Senol-Durak, E., & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17(2), 150-158. doi:10.1007/s10880-010-9192-5
- Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra, *O Stress na vida de todos os dias*, (pp. 365-439). Coimbra: Edição do autor.

- Silva, S. & Canavarro, M. C. (2015). Desenvolvimento Pós-Traumático na Experiência de Cancro. In E. Albuquerque & A. S Cabral, *Psico-oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 403 – 416). Lisboa: Lidel.
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S. & Canavarro, M. (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 y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(28), 105-133. Retirado de <https://www.researchgate.net/publication/234164878>
- Slavin-Spenny, O. M., Cohen, J. L., Oberleitner, L. M., & Lumley, M. A. (2011). The effects of different methods of emotional disclosure: Differentiating post-traumatic growth from stress symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 993-1007. doi:10.1002/jclp.20750
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28. doi:10.2307/350547
- Spanier, G. B., & Lewis, R. A. (1980). Marital quality: A review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 825-839. doi:10.2307/351827
- Stanton A. L., Bower J. E. & Low C. A. (2006) Posttraumatic growth after cancer. In: Calhoun LG, Tedeschi RG (eds) *Handbook of posttraumatic growth: research and practice*. Lawrence Erlbaum, New Jersey, pp 138–175
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., ... & Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 4160-4168. doi:10.1200/JCO.2002.08.521

- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1150. doi:10.1037/0022-3514.78.6.1150
- Su, Y. J., & Chen, S. H. (2015). Emerging posttraumatic growth: A prospective study with pre- and posttrauma psychological predictors. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 7(2), 103. doi:10.1037/tra0000008
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion?. *Clinical psychology review*, 29(1), 24-33. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.006
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 24(3.), 298-306.
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Calhoun, L. G. (2009). The culture of disclosure: Effects of perceived reactions to disclosure on posttraumatic growth and distress in Japan. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(10), 1226–1243. doi:10.1521/jscp.2009.28.10.1226
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Krosch, D., David, G., Kehl, D., ... & Soejima, T. (2020). Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. *Personality and Individual Differences*, 110222. doi:10.1016/j.paid.2020.110222
- Taywade, A. P. (2018). Perceived social support and coping strategies among cancer patients. *Indian Journal of Health and Well-being*, 9(3), 562-565.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471. doi:10.1002/jts.2490090305
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. G. (1999). *Facilitating Post Traumatic Growth*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501\_01
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- Thornton, A. A., Owen, J. E., Kernstine, K., Koczywas, M., Grannis, F., Cristea, M., ... & Stanton, A. L. (2012). Predictors of finding benefit after lung cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 21(4), 365-373. doi:10.1002/pon.1904
- Thornton, A. & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology*, 15(4), 285-296. doi:10.1002/pon.953
- Ullrich, P. M., & Lutgendorf, S. K. (2002). Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(3), 244-250. doi:10.1207/S15324796ABM2403\_10
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 20(2), 175-192. doi:10.1080/08870440512331317634
- Weiss, T. (2004a). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(4), 260-268. doi:10.1002/pon.735
- Weiss, T. (2004b). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746. doi:10.1521/jscp.23.5.733.50750
- Zakowski, S. G., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K. K., Garrett, S., Flanigan, R., & Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 271-286. doi:10.1348/135910703322370851
- Zakowski, S. G., Herzer, M., Barrett, S. D., Milligan, J. G., & Beckman, N. (2011). Who benefits from emotional expression? An examination of personality differences among gynaecological cancer patients participating in a randomized controlled emotional

disclosure intervention trial. *British Journal of Psychology*, 102(3), 355-372.  
doi:10.1348/000712610X524949

Zakowski, S. G., Valdimarsdottir, H. B., & Bovbjerg, D. H. (2001). Emotional expressivity and intrusive cognitions in women with family histories of breast cancer: Application of a cognitive processing model. *British Journal of Health Psychology*, 6(2), 151-165.  
doi:10.1348/135910701169124

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.  
doi:10.1207/s15327752jpa5201\_2

Zion, S. R., Schapira, L., & Crum, A. J. (2019). Targeting Mindsets, Not Just Tumors. *Trends in cancer*, 5(10), 573-576. doi:10.1016/j.trecan.2019.08.001

# ANEXOS

## **Anexo A) Autorização formal para a utilização do instrumento IDPT;**



Lisboa, 1 de outubro de 2019

Exm<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> 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

Sónia Silva

30 de abril de 2020, 15:20

SS

Re: Pedido de autorização formal à utilização do instrumento PTGI

Para: Francisca Figueiroa

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.fpce.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, n.º 329 – 2.º 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.fpce.uc.pt/saude/>

## **Anexo B) Autorização formal para a utilização do instrumento DDI;**

A autorização formal para a utilização do instrumento *Distress Disclosure Index* (DDI) foi concedida à Professora Doutora Catarina Ramos, orientadora deste projeto, cuja validação para a população portuguesa do instrumento DDI está a ser processada pela mesma.

## **Anexo C) Autorização formal para a utilização do instrumento DAS;**



Lisboa, 1 de outubro de 2019

Exm<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Leal,

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 Ajustamento Diádico, gostaríamos de solicitar a sua autorização formal para utilizar o instrumento Escala de Ajustamento Diádico (DAS) 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

A autorização formal para a utilização do instrumento DAS (*Dyadic Adjustment Scale*) foi obtida verbalmente pela Professora Doutora Isabel Leal.

## Anexo D) Autorização formal para a utilização do instrumento MSPSS;



Lisboa, 1 de outubro de 2019

Exmº Sr.º Dr. Serafim Carvalho,

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 Suporte Social Percebido, gostaríamos de solicitar a sua autorização formal para utilizar o instrumento Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) validado para a população portuguesa.

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

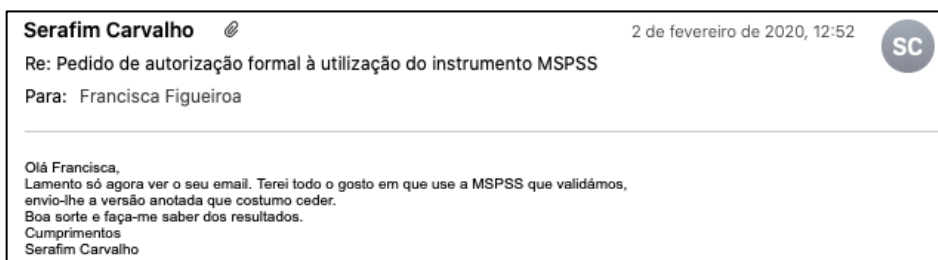
Com os melhores cumprimentos,

Catarina Antunes

Francisca Figueiroa

Inês Carixas

Raquel Rocha



## Anexo E) Requerimento à Liga Portuguesa Contra o Cancro para recolha de dados



Lisboa, 20 de Novembro de 2019

Exm<sup>o</sup>(a) Sr<sup>o</sup>(a),

As alunas do ISPA – Instituto Universitário, 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 objetivo o estudo do Crescimento Pós-Traumático e outras variáveis psicossociais em pacientes com doenças oncológicas. O Crescimento Pós-Traumático refere-se ao processo de atribuir significado positivo à experiência subjetiva de trauma. Vários estudos demonstram que as experiências traumáticas podem desencadear, não apenas sofrimento, mas também mudanças positivas nos vários níveis da vida do sujeito. Este estudo tem como objetivo averiguar, a partir da perceção do paciente oncológico, a relação entre o Crescimento Pós-Traumático e as seguintes variáveis: expressão emocional, suporte social percebido, ajustamento diádico, espiritualidade, religiosidade e *expert companion*.

Para avaliar estas dimensões, serão utilizados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica: Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI) (Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009), Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota-Pereira, 2011), *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Gomez & Leal, 2008), *Distress Disclosure Index* (DDI) (Kahn & Hessling, 2001), Questionário de Bem-Estar Espiritual (Gouveia, Marques & Pais-Ribeiro, 2009), *Dimensions of Religiosity Scale* (DRS) (Joseph, 2007) e Escala de Expert Companion. O preenchimento dos questionários tem uma duração aproximada de 30 minutos. É expectável que a recolha de dados seja realizada desde o dia 2 de Dezembro de 2019 ao dia 2 de Março de 2020, caso seja possível.

Neste sentido, gostaríamos de aplicar 200 protocolos à população oncológica, independentemente do tipo de cancro, em processo de tratamento e/ou com alta da doença (5 anos).

Por este meio, vimos solicitar a autorização de V. Exa. para proceder à recolha de dados na Liga Portuguesa Contra o Cancro. A participação dos doentes inclui apenas o preenchimento dos questionários, em um só momento, e na presença da investigadora. Os dados recolhidos serão analisados de forma global, tendo em conta os

resultados totais do grupo abrangido e não resultados individuais, garantindo total confidencialidade e anonimato dos participantes.

Se possível, tendo em conta que este projeto é realizado em grupo, mostramo-nos disponíveis para marcar uma reunião com o objetivo de nos ficarem a conhecer, de esclarecermos eventuais questões e de conhecermos as instalações onde decorrerá a recolha de dados.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-nos através dos e-mails: [aramos@ispa.pt](mailto:aramos@ispa.pt), [ileal@ispa.pt](mailto:ileal@ispa.pt), [franciscafig@hotmail.com](mailto:franciscafig@hotmail.com), [antunescatarina2@gmail.com](mailto:antunescatarina2@gmail.com), [kelitarocha96@hotmail.com](mailto:kelitarocha96@hotmail.com) e [inescarixas@gmail.com](mailto:inescarixas@gmail.com).

Agradecendo desde já a atenção dispensada, inscrevemo-nos

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Antunes

Francisca Figueiroa

Inês Carixas

Raquel Rocha

## **Anexo F) Consentimento Informado**



### **O Crescimento pós-traumático e variáveis psicossociais em doentes oncológicos**

#### **Consentimento informado**

Este estudo insere-se num protocolo criado com o objetivo 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 G) Protocolo

### Questionário Sociodemográfico

1. Género: Feminino  Masculino
2. Idade: \_\_\_\_ 2.1. Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
4. Residência (Concelho): \_\_\_\_\_
  
5. Habilitações literárias completas:

Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
1º ciclo (1º - 4º ano)	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
2º ciclo (5º - 6º ano)	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
3º ciclo (7º - 9º ano)	<input type="checkbox"/>		
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	Outro: _____	
  
6. Situação profissional:

Estudante	<input type="checkbox"/>	Desempregado/a	<input type="checkbox"/>
Ativo/a	<input type="checkbox"/>	Reformado/a	<input type="checkbox"/>
Outro: _____			
  
7. Estado Civil:

Solteiro	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>		
  
- 7.1 Mantém, atualmente, uma relação amorosa/casamento?  
Sim  Não
- 7.2 Se sim, atualmente, qual a duração? \_\_\_\_\_
  
8. Filhos:  
Sim  Não
- 8.1 Se sim, quantos? \_\_\_\_\_
  
9. Em relação à religião, qual a sua posição?

Sou ateu	<input type="checkbox"/>
Sou agnóstico/a	<input type="checkbox"/>
Acredito em Deus ou outra entidade religiosa	<input type="checkbox"/>
Outra: _____	
  
- 9.1 Tem religião?  
Sim  Não
  
- 9.1.1 Se sim, qual?

Católica	<input type="checkbox"/>	Ortodoxa	<input type="checkbox"/>
Protestante	<input type="checkbox"/>	Judaica	<input type="checkbox"/>
Muçulmana	<input type="checkbox"/>	Outra: _____	
  
- 9.1.2 Se sim, é praticante?  
Sim  Não

## Questionário clínico

1. Indique, por favor, a data na qual obteve o diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ano)
2. Qual o tipo de cancro?  
Cancro do Pulmão  Cancro da Mama   
Cancro da Próstata e Urogenital  Cancro do Estômago   
Cancro do Cólon e Reto (Colorretal)  Cancro do Colo do Útero   
Cancro da Cabeça e do Pescoço  Neoplasia Cerebral   
Outro: \_\_\_\_\_
3. Qual o estadió do cancro?  
Estadio I  Estadio II   
Estadio III  Estadio IV   
Não sei / Não respondo
4. Já iniciou o tratamento?  
Sim  Não
- 4.1 Se sim, qual/ quais? (Assinalar todas as opções corretas)  
Cirurgia  Radioterapia   
Quimioterapia  Terapia hormonal   
Outro(s): \_\_\_\_\_
- 4.2 Se sim, qual a atual fase do tratamento?  
Em tratamento  Alta médica   
Em vigilância
5. Atualmente encontra-se a utilizar ou já utilizou terapêuticas alternativas/complementares (ex: acupunctura, 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. Descobri 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.

<b>Discordo Totalmente</b>					<b>Concordo Totalmente</b>
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

<b>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:</b>	<b>Não falei de todo</b>				<b>Falei completamente</b>
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

## DAS

De seguida, encontram-se referidas algumas áreas que podem gerar acordo ou desacordo entre os elementos de um casal. Por favor, com uma cruz (X), indique em relação a cada uma, o grau aproximado de concordância existente entre si e o seu companheiro/a.

	<b>Sempre de acordo</b>	<b>Quase sempre de acordo</b>	<b>Ocasionalmente em desacordo</b>	<b>Frequentemente em desacordo</b>	<b>Quase sempre em desacordo</b>	<b>Sempre em desacordo</b>
1. Finanças familiares						
2. Aspetos ligados a divertimentos						
3. Religião						
4. Demonstrações de afeto						
5. Amigos						
6. Relações sexuais						
7. Convencionalismo (considerar o que é um comportamento correto ou apropriado)						
8. Filosofia de vida						
9. Formas de lidar com familiares						
10. Objetivos e coisas consideradas importantes						
11. Quantidade de tempo passado em conjunto						
12. Tomada de decisões importantes						
13. Tarefas domésticas						
14. Interesses e atividades nos tempos livres						
15. Decisões profissionais						

	<b>Sempre</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
Com que frequência fala sobre, ou tem considerado, o divórcio, a separação ou o fim da relação?						
Com que frequência você ou o/a seu companheiro/a sai de casa depois de uma discussão?						
Considera que, de forma geral, as coisas com o/a seu companheiro/a correm bem?						
Confia no seu companheiro/a?						
Alguma vez lamenta ter-se casado (ou morar junto)?						
Com que frequência você ou o seu companheiro/a discutem?						
Com que frequência você ou o/a seu companheiro/a deixa o outro com “os nervos à flor da pele?”						

	<b>Todos os dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
Costuma beijar o/a seu companheiro/a?					

	<b>Todos</b>	<b>A maioria</b>	<b>Alguns</b>	<b>Muito poucos</b>	<b>Nenhum</b>
Você e o/a seu companheiro/a têm atividades e interesses fora de casa em que se envolvem juntos?					

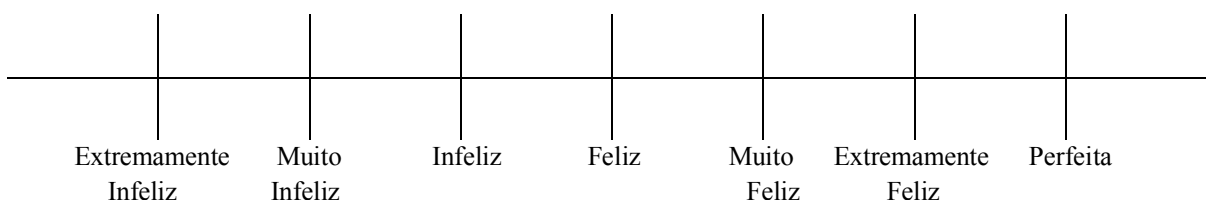
Com que frequência acontecem as seguintes situações entre si e o seu companheiro/a?

	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais do que uma vez por dia
Terem uma troca de ideias estimulante						
Rirem em conjunto						
Discutirem calmamente um assunto						
Trabalharem juntos num projeto						

Por favor, indique se nas últimas semanas têm existido diferenças de opinião ou problemas na relação relativamente aos seguintes aspetos:

	Sim	Não
Estar demasiado cansado para ter relações sexuais		
Falta de demonstração de amor		

Os traços da seguinte linha representam diferentes graus de felicidade na relação conjugal. O traço do meio («feliz») caracteriza a maioria das relações. Por favor, considerando a vossa relação na globalidade, assinale o grau de felicidade que a caracteriza.



Qual das seguintes afirmações descreve melhor o que sente sobre o futuro da sua relação conjugal?

- Quero desesperadamente que a minha relação tenha sucesso e *faria tudo o fosse necessário* para isso.
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso e *farei tudo* para isso.
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso e *farei tudo o que estiver ao meu alcance* para isso.
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso, mas *não posso fazer muito mais do que tenho feito* para isso.
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso mas *não posso fazer mais do que tenho feito* para isso.
- A minha relação nunca poderá ter sucesso e *nada mais posso fazer* para isso.

## 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.							

As questões que se seguem deverão ser preenchidas com base na sua experiência individual de cancro. Não existem respostas certas ou erradas, estamos simplesmente interessados em saber a sua opinião particular sobre a sua experiência individual com a sua doença oncológica.

### Expert Companion

Um *Expert Companion* define-se como alguém próximo, seja familiar, cônjuge ou psicólogo que acompanha o indivíduo durante o período após trauma, num contexto de relação de escuta ativa, respeito, compreensão e não julgamento ou minimização. Tendo em conta esta breve descrição, responda, por favor, às seguintes questões:

1. Desde que obteve o diagnóstico de cancro, precisou de contar com um *Expert Companion*?

Sim

Não

2. Quem foi o seu **Expert Companion** (selecione uma única opção)?

Nenhum	<input type="checkbox"/>	Companheiro/a/ Cônjuge	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>	Amigo/a	<input type="checkbox"/>
Líder Espiritual	<input type="checkbox"/>	Psicólogo/a	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro/a	<input type="checkbox"/>	Outro, qual? _____	<input type="checkbox"/>

3. A sua pessoa próxima, ou seja, o seu **Expert Companion** providenciou-lhe o seguinte apoio (selecione todas as opções correspondentes):

Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Suporte emocional	<input type="checkbox"/>
Suporte psicológico	<input type="checkbox"/>
Companhia nas idas às consultas e/ou exames	<input type="checkbox"/>
Suporte económico	<input type="checkbox"/>
Suporte instrumental (p.ex. transporte para o hospital)	<input type="checkbox"/>
Apoio na literacia sobre a doença (p.ex. fornecimento de informação sobre os tratamentos)	<input type="checkbox"/>
Outro, qual? _____	

4. Qualifique, por favor, o apoio dessa pessoa durante a doença, considerando os seguintes aspetos:

Presença

Não se aplica/Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>	Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Sempre	<input type="checkbox"/>		

Importância

Não se aplica/Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>
Moderada	<input type="checkbox"/>	Muita	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>		

Satisfação

Não se aplica/Nenhuma	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>
Moderada	<input type="checkbox"/>	Muita	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>		

5. Sente que o apoio dessa pessoa o fez passar com maior tranquilidade e positivismo esta fase da sua vida?

Sim  Não

6. Apercebeu-se do apoio do **Expert Companion** desde que fase de tratamento?

Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	No início dos tratamentos	<input type="checkbox"/>
Passado 1 ano	<input type="checkbox"/>	No fim dos tratamentos	<input type="checkbox"/>
Depois de ter baixa médica	<input type="checkbox"/>		

7. A relação tornou-se mais forte depois desta fase?

Sim  Não

8. Antes deste acontecimento, alguma vez pensou que esta pessoa se tornasse num **Expert Companion**?

Sim  Não

## 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:

<b>Muito pouco</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
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:

<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1	2	3	4	5

1. Eu sinto-me feliz quando penso em Deus <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
2. Eu vou sempre acreditar em Deus <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
3. Os meus pensamentos derivam, com frequência, para Deus <sup>a</sup>	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 <sup>a</sup> existe	1	2	3	4	5
6. Eu penso em Deus <sup>a</sup> 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 <sup>a</sup> , todos os dias	1	2	3	4	5
9. Deus <sup>a</sup> não me ajuda a tomar decisões	1	2	3	4	5
10. Eu sei que Deus <sup>a</sup> 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 <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
13. Eu tento seguir os princípios mencionados na Bíblia <sup>b</sup>	1	2	3	4	5
14. Eu sei que Jesus <sup>a</sup> estará sempre lá para mim	1	2	3	4	5
15. Eu não posso tomar decisões importantes sem a ajuda de Deus <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
16. Eu tenho a certeza que Deus <sup>a</sup> está ciente de tudo o que eu faço	1	2	3	4	5
17. Quando me estou a sentir mal, pensar em Jesus <sup>a</sup> ajuda a animar-me	1	2	3	4	5
18. Eu gosto de falar sobre Jesus <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
19. A vida de Jesus <sup>a</sup> é um exemplo para mim	1	2	3	4	5
20. Deus <sup>a</sup> 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 H) Outputs relativos à Estatística Descritiva das variáveis em estudo

### Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro	Estatística	Erro
CPT_Total	228	,00	105,00	66,9781	24,11508	-,705	,161	-,195	,321
CPT_Relação_Outros	228	,00	35,00	22,8640	8,73566	-,807	,161	-,095	,321
CPT_Novas_Possibilidades	228	,00	25,00	14,6184	6,90330	-,503	,161	-,778	,321
CPT_Força_Pessoal	228	,00	20,00	13,9035	4,84376	-,873	,161	,173	,321
CPT_Mudança_Espiritual	228	,00	10,00	4,8289	3,37543	-,065	,161	-1,261	,321
CPT_Apreciação_Vida	228	,00	15,00	10,7632	3,89239	-,867	,161	-,039	,321
DDI_SOMA	228	12,00	60,00	34,2325	8,86330	,255	,161	,873	,321
Expressão_Emocional_Open_Scale	228	5,00	25,00	13,5614	5,88964	,191	,161	-1,024	,321
Suporte_Social_Percebido_Total	228	1,00	7,00	5,6484	1,24347	-1,478	,161	2,547	,321
MSPSS_Familia	228	1,00	7,00	5,7072	1,54078	-1,399	,161	1,228	,321
MSPSS_Amigos	228	1,00	7,00	5,3958	1,44840	-1,150	,161	1,203	,321
MSPSS_Outros_Significativos	228	1,00	7,00	5,8421	1,41412	-1,753	,161	2,934	,321
Ajustamento_Diádico_Total	168	32,00	146,00	107,6071	23,64534	-,993	,187	,500	,373
DAS_Consenso	168	2,00	65,00	47,4583	13,74353	-1,597	,187	2,179	,373
DAS_Satisfação	168	8,00	49,00	37,3155	7,04659	-,836	,187	1,461	,373
DAS_Coesão	168	2,00	24,00	14,3810	4,78246	-,181	,187	-,218	,373
DAS_Expressão_Afecto	168	,00	12,00	8,4524	3,20144	-,950	,187	-,138	,373
N válido (de lista)	168								

Output 1: Estatística Descritiva das variáveis em estudo

## Relação\_amorosa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	59	25,9	25,9	25,9
	Sim	169	74,1	74,1	100,0
Total		228	100,0	100,0	

Output 2: Frequências da variável Relação Amorosa

## Anexo I) Ouputs relativos aos Testes Estatísticos realizados no presente estudo

		Correlações																
		CPT_Total	CPT_Relação_Outros	CPT_Novas_Possibilidades	CPT_Força_Pessoal	CPT_MudançaEspiritual	CPT_Apreciação_Vida	DDI_SOMA	Expressão_Emocional_Oper_Scale	Suporte_Social_Parcido_Total	MSPSS_Família	MSPSS_Amigos	MSPSS_Outros_Significativos	Ajustamento_Diádico_Total	DAS_Consenso	DAS_Satisfação	DAS_Coesão	DAS_Expressão_Afecto
CPT_Total	Correlação de Pearson	1	.907**	.916**	.861**	.686**	.869**	.273**	.453**	.256**	.174**	.249**	.231**	.004	-.060	.045	.111	.026
	Sig. (2 extremidades)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.008	.000	.000	.954	.440	.562	.152	.737
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
CPT_Relação_Outros	Correlação de Pearson	.907**	1	.738**	.704**	.568**	.699**	.302**	.394**	.278**	.229**	.243**	.234**	.040	-.025	.087	.102	.060
	Sig. (2 extremidades)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.606	.746	.263	.187	.441
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
CPT_Novas_Possibilidades	Correlação de Pearson	.916**	.738**	1	.756**	.548**	.827**	.241**	.473**	.213**	.101	.246**	.200**	.039	-.029	.057	.148	.067
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.001	.128	.000	.002	.616	.709	.466	.055	.392
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
CPT_Força_Pessoal	Correlação de Pearson	.861**	.704**	.756**	1	.507**	.729**	.215**	.357**	.140**	.186**	.200**	-.043	-.071	-.027	.056	.115	.040
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000		.000	.000	.001	.000	.002	.035	.005	.002	.576	.363	.000	.724	.474
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
CPT_MudançaEspiritual	Correlação de Pearson	.686**	.568**	.548**	.507**	1	.508**	.173**	.263**	.091	.069	.082	.081	-.092	-.138	-.027	.021	-.058
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.000		.000	.009	.000	.171	.297	.219	.225	.237	.075	.729	.783	.457
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
CPT_Apreciação_Vida	Correlação de Pearson	.869**	.699**	.827**	.729**	.508**	1	.170**	.409**	.250**	.152**	.258**	.229**	.005	-.058	.044	.115	.013
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.000	.000		.010	.000	.000	.000	.000	.000	.952	.457	.571	.136	.866
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
DDI_SOMA	Correlação de Pearson	.273**	.302**	.241**	.215**	.173**	.170**	1	.345**	.180**	.093	.191**	.179**	-.181**	-.204**	-.138	-.008	-.142
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.001	.009	.010		.000	.006	.162	.004	.007	.019	.008	.075	.916	.066
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
Expressão_Emocional_Oper_Scale	Correlação de Pearson	.453**	.394**	.473**	.357**	.263**	.409**	.345**	1	.259**	.180**	.232**	.248**	.082	-.021	.047	.354**	.064
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.006	.000	.000	.289	.791	.547	.000	.410
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
Suporte_Social_Parcido_Total	Correlação de Pearson	.256**	.278**	.213**	.206**	.091	.250**	.180**	.259**	1	.855**	.817**	.869**	.250**	.068	.402**	.318**	.195
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.001	.002	.171	.000	.006	.000		.000	.000	.000	.001	.383	.000	.000	.011
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
MSPSS_Família	Correlação de Pearson	.174**	.229**	.101	.140**	.069	.152**	.093	.180**	.855**	1	.510**	.644**	.225**	.058	.367**	.302**	.151
	Sig. (2 extremidades)	.008	.000	.128	.035	.297	.022	.162	.006	.000		.000	.000	.003	.452	.000	.000	.051
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
MSPSS_Amigos	Correlação de Pearson	.249**	.243**	.246**	.186**	.082	.258**	.191**	.232**	.817**	.510**	1	.577**	.157	.030	.276**	.187**	.143
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.005	.219	.000	.004	.000	.000	.000		.000	.042	.701	.000	.015	.064
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
MSPSS_Outros_Significativos	Correlação de Pearson	.231**	.234**	.200**	.200**	.081	.229**	.179**	.248**	.869**	.644**	.577**	1	.283**	.094	.423**	.354**	.226**
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.002	.002	.225	.000	.007	.000	.000	.000	.000		.000	.226	.000	.000	.003
	N	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	168	168	168	168
Ajustamento_Diádico_Total	Correlação de Pearson	.004	.040	.039	-.043	-.092	.005	-.181**	.082	.250**	.225**	.157**	.283**	1	.906**	.805**	.580**	.856**
	Sig. (2 extremidades)	.954	.608	.616	.576	.237	.952	.019	.289	.001	.003	.042	.000		.000	.000	.000	.000
	N	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
DAS_Consenso	Correlação de Pearson	-.060	-.025	-.029	-.071	-.138	-.058	-.204**	-.021	.068	.058	.030	.094	.906**	1	.541**	.272**	.804**
	Sig. (2 extremidades)	.440	.746	.709	.363	.075	.457	.008	.791	.383	.452	.701	.226	.000		.000	.000	.000
	N	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
DAS_Satisfação	Correlação de Pearson	.045	.087	.057	-.027	-.027	.044	-.138	.047	.402**	.367**	.276**	.423**	.805**	.541**	1	.560**	.586**
	Sig. (2 extremidades)	.562	.263	.466	.724	.729	.571	.075	.547	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
DAS_Coesão	Correlação de Pearson	.111	.102	.148	.056	.021	.115	-.008	.354**	.318**	.302**	.187**	.354**	.580**	.272**	.560**	1	.391**
	Sig. (2 extremidades)	.152	.187	.055	.474	.783	.136	.916	.000	.000	.000	.015	.000	.000	.000	.000		.000
	N	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
DAS_Expressão_Afecto	Correlação de Pearson	.026	.060	.067	-.040	-.058	.013	-.142	.064	.195**	.151	.143	.226**	.856**	.804**	.586**	.391**	1
	Sig. (2 extremidades)	.737	.441	.392	.604	.457	.866	.066	.410	.011	.051	.064	.003	.000	.000	.000	.000	
	N	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).  
\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Output 3: Coeficientes de correlação (Pearson) das variáveis em estudo

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,490 <sup>a</sup>	,240	,223	21,25266	1,947

a. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

b. Variável Dependente: CPT\_Total

Output 4: Resumo do modelo entre o CPT Total em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	31736,900	5	6347,380	14,053	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	100271,991	222	451,676		
	Total	132008,890	227			

a. Variável Dependente: CPT\_Total

b. Preditores: (Constante), MSPSS Outros Significativos, DDI SOMA, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

Output 5: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Total em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro				Beta	Ordem zero	Parcial		Parte
1 (Constante)	20,161	7,893		2,554	,011					
DDI_SOMA	,310	,171	,114	1,812	,071	,273	,121	,106	,864	1,158

Expressão Emocional Open Scale	1,533	,261	,375	5,866	,000	,453	,366	,343	,839	1,191
MSPSS_Familia	,152	1,230	,010	,124	,902	,174	,008	,007	,554	1,804
MSPSS_Amigos	1,785	1,234	,107	1,446	,150	,249	,097	,085	,622	1,607
MSPSS_Outros_Significativos	,838	1,423	,049	,589	,556	,231	,040	,034	,492	2,034

a. Variável Dependente: CPT\_Total

Output 6: Coeficientes do modelo entre o CPT Total em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,464 <sup>a</sup>	,215	,198	7,82476	1,882

a. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

b. Variável Dependente: CPT\_Relação\_Outros

Output 7: Resumo do modelo entre o CPT Relação com os Outros em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Regressão	3730,424	5	746,085	12,186	,000 <sup>b</sup>
Resíduo	13592,361	222	61,227		
Total	17322,785	227			

a. Variável Dependente: CPT\_Relação\_Outros

b. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

Output 8: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Relação com os Outros em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Coeficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Ordem zero	Parcial	Parcial	Tolerância	VIF
		Erro	Beta							
1 (Constante)	4,479	2,906		1,541	,125					
DDI_SOMA	,172	,063	,174	2,720	,007	,302	,180	,162	,864	1,158
Expressão Emocional Open Scale	,433	,096	,292	4,503	,000	,394	,289	,268	,839	1,191
MSPSS_Familia	,635	,453	,112	1,402	,162	,229	,094	,083	,554	1,804
MSPSS_Amigos	,467	,455	,077	1,028	,305	,243	,069	,061	,622	1,607
MSPSS_Outros_Significativos	,084	,524	,014	,161	,872	,234	,011	,010	,492	2,034

a. Variável Dependente: CPT\_Relação\_Outros

Output 9: Coeficientes do modelo entre o CPT Relação com os Outros em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,503 <sup>a</sup>	,253	,236	6,03301	1,950

a. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

b. Variável Dependente: CPT\_Novas\_Possibilidades

Output 10: Resumo do modelo entre o CPT Novas Possibilidades em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Regressão	2737,615	5	547,523	15,043	,000 <sup>b</sup>
Resíduo	8080,187	222	36,397		
Total	10817,803	227			

a. Variável Dependente: CPT\_Novas\_Possibilidades

b. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

Output 11: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Novas Possibilidades em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Beta	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância
1 (Constante)	3,074	2,241		1,372	,171					
DDI_SOMA	,052	,049	,067	1,067	,287	,241	,071	,062	,864	1,158
Expressão_Emocional_Open_Scale	,490	,074	,418	6,598	,000	,473	,405	,383	,839	1,191
MSPSS_Familia	-,428	,349	-,096	-1,227	,221	,101	-,082	-,071	,554	1,804
MSPSS_Amigos	,720	,350	,151	2,055	,041	,246	,137	,119	,622	1,607

MSPSS_Outros_Significativos	,289	,404	,059	,715	,475	,200	,048	,041	,492	2,034
-----------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

a. Variável Dependente: CPT\_Novas\_Possibilidades

Output 12: Coeficientes do modelo entre o CPT Novas Possibilidades em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,388 <sup>a</sup>	,150	,131	4,51497	2,190

a. Preditores: (Constante), MSPSS Outros Significativos, DDI SOMA, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

b. Variável Dependente: CPT\_Força\_Pessoal

Output 13: Resumo do modelo entre o CPT Força Pessoal em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Regressão	800,415	5	160,083	7,853	,000 <sup>b</sup>
Resíduo	4525,462	222	20,385		
Total	5325,877	227			

a. Variável Dependente: CPT\_Força\_Pessoal

b. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

Output 14: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Força Pessoal em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Coeficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro	Beta				Orde m zero	Parcial	Part e	Tolerância	VIF
1 (Constante)	6,387	1,677			3,809	,000					
DDI_SOMA	,048	,036	,088		1,327	,186	,215	,089	,082	,864	1,158
Expressão Emocional Open Scale	,242	,056	,294		4,357	,000	,357	,281	,270	,839	1,191
MSPSS_Familia	-,005	,261	-,002		-,019	,985	,140	-,001	-,001	,554	1,804
MSPSS_Amigos	,188	,262	,056		,716	,475	,186	,048	,044	,622	1,607
MSPSS_Outros_Significativos	,273	,302	,080		,905	,367	,200	,061	,056	,492	2,034

a. Variável Dependente: CPT\_Força\_Pessoal

Output 15: Coeficientes do modelo entre o CPT Força Pessoal em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,278 <sup>a</sup>	,077	,057	3,27862	1,949

a. Preditores: (Constante), MSPSS Outros Significativos, DDI SOMA, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

b. Variável Dependente: CPT\_Mudança\_Espiritual

Output 16: Resumo do modelo entre o CPT Mudança Espiritual em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	199,971	5	39,994	3,721	,003 <sup>b</sup>
	Resíduo	2386,358	222	10,749		
	Total	2586,329	227			

a. Variável Dependente: CPT\_Mudança\_Espiritual

b. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

Output 17: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Mudança Espiritual em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade		
	B	Erro Erro				Beta	Orde m zero	Parcial	Part e	Tolerância	VIF
1 (Constante)	1,630	1,218		1,339	,182						
DDI_SOMA	,036	,026	,093	1,344	,180	,173	,090	,087	,864	1,158	
Expressão_Emocional_Open_Scale	,131	,040	,228	3,242	,001	,263	,213	,209	,839	1,191	
MSPSS_Familia	,053	,190	,024	,278	,781	,069	,019	,018	,554	1,804	
MSPSS_Amigos	,012	,190	,005	,065	,949	,082	,004	,004	,622	1,607	

MSPSS_Outros_Significativos	-,027	,219	-,011	-,122	,903	,081	-,008	-	,492	2,034
-----------------------------	-------	------	-------	-------	------	------	-------	---	------	-------

a. Variável Dependente: CPT\_Mudança\_Espiritual

Output 18: Coeficientes do modelo entre o CPT Mudança Espiritual em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,445 <sup>a</sup>	,198	,180	3,52382	1,980

a. Preditores: (Constante), MSPSS Outros Significativos, DDI SOMA, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

b. Variável Dependente: CPT\_Apreciação\_Vida

Output 19: Resumo do modelo entre o CPT Apreciação de Vida em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	682,566	5	136,513	10,994	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	2756,645	222	12,417		
	Total	3439,211	227			

a. Variável Dependente: CPT\_Apreciação\_Vida

b. Preditores: (Constante), MSPSS\_Outros\_Significativos, DDI\_SOMA, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, MSPSS\_Familia

Output 20: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Apreciação de Vida em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Coeficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro	Beta				Orde m zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	4,591	1,309			3,508	,001					
DDI_SOMA	,003	,028	,007	,111	,911	,170	,007	,007	,864	1,158	
Expressão Emocional Open Scale	,238	,043	,360	5,482	,000	,409	,345	,329	,839	1,191	
MSPSS_Familia	-,102	,204	-,040	-,499	,618	,152	-,033	-,030	,554	1,804	
MSPSS_Amigos	,398	,205	,148	1,942	,053	,258	,129	,117	,622	1,607	
MSPSS_Outros_Significativos	,219	,236	,079	,927	,355	,229	,062	,056	,492	2,034	

a. Variável Dependente: CPT\_Apreciação\_Vida

Output 21: Coeficientes do modelo entre o CPT Apreciação de Vida em função dos vários domínios do MSPSS e dos domínios do DDI

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,474 <sup>a</sup>	,225	,180	21,82657	2,051

a. Preditores: (Constante), DAS Expressão Afecto, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS Amigos, DDI SOMA, DAS Coesão, MSPSS Família, DAS Satisfação, MSPSS Outros Significativos, DAS Consenso

b. Variável Dependente: CPT\_Total

Output 22: Resumo do modelo entre o CPT Total em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	21799,475	9	2422,164	5,084	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	75271,096	158	476,399		
	Total	97070,571	167			

a. Variável Dependente: CPT\_Total

b. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, DDI\_SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

Output 23: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Total em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro	Beta				Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	22,977	13,170			1,745	,083					
DDI_SOMA	,299	,214	,111		1,401	,163	,271	,111	,098	,789	1,268
Expressão Emocional Open Scale	1,629	,345	,387		4,722	,000	,423	,352	,331	,731	1,369
MSPSS_Familia	-,133	1,855	-,008		-,071	,943	,186	-,006	-,005	,399	2,509
MSPSS_Amigos	,696	1,566	,041		,445	,657	,187	,035	,031	,569	1,756
MSPSS_Outros_Significativos	2,198	2,240	,114		,981	,328	,222	,078	,069	,365	2,740

DAS_Consenso	-,191	,218	-,109	-,876	,382	-,060	-,070	-	,319	3,137
DAS_Satisfação	,185	,366	,054	,505	,615	,045	,040	,035	,429	2,331
DAS_Coesão	-,524	,474	-,104	-	,271	,111	-,088	-	,554	1,805
DAS_Expressão_Afecto	,626	,958	,083	,653	,514	,026	,052	,046	,303	3,296

a. Variável Dependente: CPT\_Total

Output 24: Coeficientes do modelo entre o CPT Total em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

#### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,470 <sup>a</sup>	,221	,176	7,97269	2,080

a. Preditores: (Constante), DAS Expressão Afecto, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS Amigos, DDI SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

b. Variável Dependente: CPT\_Relação\_Outros

Output 25: Resumo do modelo entre o CPT Relação com os Outros em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

#### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Regressão	2846,339	9	316,260	4,975	,000 <sup>b</sup>
Resíduo	10043,066	158	63,564		
Total	12889,405	167			

a. Variável Dependente: CPT\_Relação\_Outros

b. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, DDI\_SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

Output 26: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Relação com os Outros em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Coeficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro				Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
	1 (Constante)	4,060	4,811		,844	,400				
DDI_SOMA	,156	,078	,158	1,999	,047	,282	,157	,140	,789	1,268
Expressão Emocional Open Scale	,529	,126	,345	4,196	,000	,393	,317	,295	,731	1,369
MSPSS_Familia	,750	,678	,123	1,107	,270	,238	,088	,078	,399	2,509
MSPSS_Amigos	,204	,572	,033	,356	,722	,203	,028	,025	,569	1,756
MSPSS_Outros_Significativos	,008	,818	,001	,009	,993	,220	,001	,001	,365	2,740
DAS_Consenso	-,066	,080	-,104	-,834	,405	-,025	-,066	-,059	,319	3,137
DAS_Satisfação	,130	,134	,104	,974	,331	,087	,077	,068	,429	2,331
DAS_Coesão	-,250	,173	-,136	-1,445	,151	,102	-,114	-,101	,554	1,805
DAS_Expressão_Afecto	,308	,350	,112	,880	,380	,060	,070	,062	,303	3,296

a. Variável Dependente: CPT\_Relação\_Outros

Output 27: Coeficientes do modelo entre o CPT Relação com os Outros em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,453 <sup>a</sup>	,205	,160	6,13599	1,970

a. Preditores: (Constante), DAS Expressão Afecto, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS Amigos, DDI SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

b. Variável Dependente: CPT\_Novas\_Possibilidades

Output 28: Resumo do modelo entre o CPT Novas Possibilidades em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	1532,515	9	170,279	4,523	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	5948,765	158	37,650		
	Total	7481,280	167			

a. Variável Dependente: CPT\_Novas\_Possibilidades

b. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, DDI\_SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

Output 29: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Novas Possibilidades em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro				Beta	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância
1 (Constante)	4,514	3,702		1,219	,225					
DDI_SOMA	,052	,060	,069	,864	,389	,222	,069	,061	,789	1,268
Expressão_Emocional_Open_Scale	,461	,097	,395	4,755	,000	,422	,354	,337	,731	1,369
MSPSS_Familia	-,424	,522	-,091	-,813	,418	,119	-,065	-,058	,399	2,509
MSPSS_Amigos	,221	,440	,047	,501	,617	,149	,040	,036	,569	1,756
MSPSS_Outros_Significativos	,602	,630	,112	,956	,341	,178	,076	,068	,365	2,740
DAS_Consenso	-,062	,061	-,127	-1,012	,313	-,029	-,080	-,072	,319	3,137
DAS_Satisfação	,040	,103	,042	,388	,699	,057	,031	,028	,429	2,331

DAS_Coesão	-,073	,133	-,052	-,544	,587	,148	-,043	-,039	,554	1,805
DAS_Expressão_Afecto	,273	,269	,131	1,014	,312	,067	,080	,072	,303	3,296

a. Variável Dependente: CPT\_Novas\_Possibilidades

Output 30: Coeficientes do modelo entre o CPT Novas Possibilidades em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,426 <sup>a</sup>	,182	,135	4,45447	2,055

a. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS Amigos, DDI SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

b. Variável Dependente: CPT\_Força\_Pessoal

Output 31: Resumo do modelo entre o CPT Força Pessoal em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Regressão	696,914	9	77,435	3,903	,000 <sup>b</sup>
Resíduo	3135,080	158	19,842		
Total	3831,994	167			

a. Variável Dependente: CPT\_Força\_Pessoal

b. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão Emocional Open Scale, MSPSS Amigos, DDI SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

Output 32: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Força Pessoal em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Coeficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro				Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	6,230	2,688		2,318	,022					
DDI_SOMA	,057	,044	,105	1,299	,196	,264	,103	,093	,789	1,268
Expressão Emocional_Open_Scale	,255	,070	,305	3,627	,000	,340	,277	,261	,731	1,369
MSPSS_Familia	-,449	,379	-,135	-1,185	,238	,126	-,094	-,085	,399	2,509
MSPSS_Amigos	,321	,320	,096	1,004	,317	,187	,080	,072	,569	1,756
MSPSS_Outros_Significativos	,918	,457	,239	2,007	,046	,219	,158	,144	,365	2,740
DAS_Consenso	,014	,044	,040	,314	,754	-,071	,025	,023	,319	3,137
DAS_Satisfação	-,031	,075	-,046	-,422	,674	-,027	-,034	-,030	,429	2,331
DAS_Coesão	-,071	,097	-,071	-,736	,463	,056	-,058	-,053	,554	1,805
DAS_Expressão_Afecto	-,104	,195	-,069	-,531	,596	-,040	-,042	-,038	,303	3,296

a. Variável Dependente: CPT\_Força\_Pessoal

Output 33: Coeficientes do modelo entre o CPT Força Pessoal em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,289 <sup>a</sup>	,083	,031	3,37498	2,128

a. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, DDI\_SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

b. Variável Dependente: CPT\_Mudança\_Espiritual

Output 34: Resumo do modelo entre o CPT Mudança Espiritual em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	163,921	9	18,213	1,599	,120 <sup>b</sup>
	Resíduo	1799,698	158	11,390		
	Total	1963,619	167			

a. Variável Dependente: CPT\_Mudança\_Espiritual

b. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, DDI\_SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

Output 35: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Mudança Espiritual em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro				Orde zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1 (Constante)	3,420	2,036		1,680	,095					
DDI_SOMA	,034	,033	,087	1,016	,311	,169	,081	,077	,789	1,268

Expressão Emocional Open Scale	,125	,053	,209	2,341	,020	,223	,183	,178	,731	1,369
MSPSS_Familia	,112	,287	,047	,392	,696	,061	,031	,030	,399	2,509
MSPSS_Amigos	-,154	,242	-,064	-,637	,525	,020	-,051	- ,049	,569	1,756
MSPSS_Outros_Significativos	-,034	,346	-,012	-,098	,922	,052	-,008	- ,007	,365	2,740
DAS_Consenso	-,057	,034	-,230	-1,706	,090	- ,138	-,134	- ,130	,319	3,137
DAS_Satisfação	,040	,057	,083	,711	,478	- ,027	,056	,054	,429	2,331
DAS_Coesão	-,056	,073	-,077	-,757	,450	,021	-,060	- ,058	,554	1,805
DAS_Expressão_Afecto	,121	,148	,113	,817	,415	- ,058	,065	,062	,303	3,296

a. Variável Dependente: CPT\_Mudança\_Espiritual

Output 36: Coeficientes do modelo entre o CPT Mudança Espiritual em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Resumo do modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,456 <sup>a</sup>	,208	,163	3,49710	2,056

a. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, DDI\_SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

b. Variável Dependente: CPT\_Apreciação\_Vida

Output 37: Resumo do modelo entre o CPT Apreciação de Vida em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	507,490	9	56,388	4,611	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	1932,296	158	12,230		
	Total	2439,786	167			

a. Variável Dependente: CPT\_Apreciação\_Vida

b. Preditores: (Constante), DAS\_Expressão\_Afecto, Expressão\_Emocional\_Open\_Scale, MSPSS\_Amigos, DDI\_SOMA, DAS\_Coesão, MSPSS\_Familia, DAS\_Satisfação, MSPSS\_Outros\_Significativos, DAS\_Consenso

Output 38: Anova da regressão linear múltipla entre o CPT Apreciação de Vida em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo	Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados	t	Sig.	Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Erro				Beta	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância
1 (Constante)	4,753	2,110		2,253	,026					
DDI_SOMA	,001	,034	,003	,039	,969	,189	,003	,003	,789	1,268
Expressão Emocional Open Scale	,259	,055	,388	4,680	,000	,399	,349	,331	,731	1,369
MSPSS_Familia	-,123	,297	-,046	-,413	,680	,202	-,033	-,029	,399	2,509
MSPSS_Amigos	,105	,251	,039	,420	,675	,199	,033	,030	,569	1,756
MSPSS_Outros_Significativos	,705	,359	,230	1,964	,051	,263	,154	,139	,365	2,740
DAS_Consenso	-,019	,035	-,068	-,543	,588	-,058	-,043	-,038	,319	3,137
DAS_Satisfação	,006	,059	,011	,099	,921	,044	,008	,007	,429	2,331

DAS_Coesão	-,074	,076	-,093	-,980	,329	,115	-,078	-	,554	1,805
								,069		
DAS_Expressão_Afecto	,028	,153	,023	,179	,858	,013	,014	,013	,303	3,296

a. Variável Dependente: CPT\_Apreciação\_Vida

Output 39: Coeficientes do modelo entre o CPT Apreciação de Vida em função dos vários domínios do MSPSS, dos domínios do DDI e dos domínios do DAS