

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

A EXPRESSÃO EMOCIONAL, O SUPORTE SOCIAL E O AJUSTAMENTO DIÁDICO NO CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO EM DOENTES ONCOLÓGICOS

Francisca Figueiroa¹ (✉ franciscafig@hotmail.com), Catarina Antunes¹, Inês Carixas¹, Raquel Rocha¹, Catarina Ramos², & Isabel Leal³

¹ ISPA – Instituto Universitário, Portugal

² LabPSI – Laboratório de Psicologia Egas Moniz, CiiEM – Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz, Egas Moniz, CRL, Portugal

³ WJCR – William James Center for Research; ISPA – Instituto Universitário, Portugal

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 (Holland, 1989). Contudo, as experiências traumáticas podem desencadear, não apenas angústia e emoções negativas fortes, mas também mudanças positivas na vida do sujeito (i.e., 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.

Numa nova narrativa de vida, é esperado que o sujeito adquira um conjunto de benefícios, que podem ocorrer em cinco principais domínios (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004): (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*”).

Crescimento pós-traumático, expressão emocional, suporte social e ajustamento diádico em doentes oncológicos

O modelo teórico de CPT (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 a adaptação à doença, proporcionando o CPT, particularmente, em pacientes com cancro de mama (Low et al., 2006), mas também noutros tipos de cancro (Arden-Close et al., 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).

Ainda, de acordo com modelo teórico de CPT (Tedeschi et al., 2018), 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 perceber 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 partilha das preocupações relacionadas

com a doença podem inibir o processamento cognitivo da experiência e, consequentemente, 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 (Cordova 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 benefícios (i.e., 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, de suporte emocional e, consequentemente, promove também o CPT (Weiss, 2004a,b).

O estudo do CPT ainda é recente em Portugal. Com base na revisão de literatura, identifica-se a falta de estudos que clarifiquem a relação destas três variáveis (i.e., expressão emocional, suporte social percebido e ajustamento diádico) com o CPT no contexto oncológico. É fundamental aprofundar o conhecimento do papel destes fatores psicossociais no desenvolvimento pós-traumático.

Este estudo pretende analisar as relações entre as variáveis: expressão emocional, suporte social, e ajustamento diádico na explicação do processo de CPT numa amostra de doentes oncológicos.

MÉTODO

Participantes

A amostra inicial foi de 246 participantes. Foram excluídos 18 participantes (7.3%), o que resultou numa amostra final de 228 participantes, 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; e (2) Ler e escrever fluentemente em língua portuguesa.

Relativamente às características sociodemográficas, esta é uma amostra maioritariamente feminina ($n=191$; 83,8%) com uma média de idades de 53,09 anos ($DP=15,00$). A maioria dos participantes completou o ensino secundário ($n=61$; 26,8%) ou apresenta uma licenciatura concluída ($n=61$; 26,8%). Atualmente, 169 (74,1%) dos sujeitos mantêm uma relação amorosa.

No que diz respeito às características clínicas, 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%). O tempo médio desde o diagnóstico é de 74,33 meses ($DP=117,80$). Apenas 5 (1,8%) participantes da amostra ainda não tinham iniciado o tratamento. Uma grande parte dos sujeitos assume que tem ou teve alguém próximo com cancro ($n=174$; 76,7%).

Material

Para realizar a presente investigação, foram aplicados: o Questionário Sociodemográfico; o Questionário Clínico; o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT; Ramos et al., 2016; Silva et al., 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996) para avaliar o CPT; o *Distress Disclosure Index* (DDI; Kahn & Hessling, 2001) e a *Opener Scale* (Miller et al., 1983), para avaliar a expressão emocional e a expressão emocional com outro significativo, respetivamente; a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS; Carvalho et al., 2011; Zimet et al., 1988), para avaliar o suporte social percebido; e a Escala de Ajustamento Diádico (DAS; Gomez & Leal, 2008; Spanier, 1976), para avaliar o ajustamento diádico.

Procedimento

A presente investigação é quantitativa, observacional, transversal e correlacional. O processo de amostragem foi não-probabilístico por conveniência do tipo bola de neve. Os participantes foram recolhidos presencialmente nos movimentos Vencer e Viver, MAPO e MOVAPLAR da Liga Portuguesa Contra o Cancro localizados no IPO de Lisboa, através do questionário online (*Google Forms*) e através da rede de contactos pessoal. Em todos os meios de recolha de dados, foi providenciado o consentimento informado e foram explicados os objetivos e os procedimentos do estudo, antes do preenchimento dos questionários. A recolha de dados ocorreu de 14 de Janeiro de 2020 a 1 de Abril de 2020.

Inicialmente, foi efetuada uma análise descritiva e psicométrica das variáveis psicossociais em estudo, incluindo os valores de mínimo, máximo, média, desvio-padrão, assimetria e curtose e o alfa de *Cronbach*. Possíveis associações entre as variáveis psicossociais em estudo foram testadas através de correlações bivariadas de *Pearson*. De seguida, foram realizados diversos modelos de regressão linear múltipla para compreender quais as variáveis em estudo (Expressão Emocional; Suporte Social Percebido; e Ajustamento Diádico) explicam significativamente o CPT. Os modelos de regressão linear múltipla 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 (~ 2) e o pressuposto da multicolinearidade, onde é necessário, as variáveis independentes não serem colineares, ou seja, não estarem fortemente correlacionadas, assegurado através do valor de VIF (≤ 5) (Marôco, 2011).

A análise estatística realizada neste presente estudo foi feita através do programa *IBM SPSS Statistics v.26*, utilizando níveis de significância de *p-value* $\leq 0,001$.

RESULTADOS

Análise descritiva

No âmbito da análise descritiva, identificou-se que todas as variáveis revelaram uma distribuição normal e uma boa fiabilidade com valores próximos ou superiores a 0,7 (Tabela 1).

Tabela 1

Análise descritiva, normalidade e consistência interna das variáveis psicossociais

Variáveis	Min	Max	M	DP	Assimetria	Curtose	α
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; α – Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Para analisar as correlações entre as variáveis em estudo, realizou-se um teste de coeficiente de correlação de Pearson (r). Verificam-se relações estatisticamente significativas e positivas entre o CPT e expressão emocional ($r=0,273$; $p\leq 0,001$), entre o CPT e expressão emocional com outro significativo ($r=0,453$; $p\leq 0,001$), entre o CPT e o suporte social percebido ($r=0,256$; $p\leq 0,001$). No entanto, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre CPT e o ajustamento diádico.

Modelos de regressão linear múltipla

Para todos os modelos de regressão linear múltipla, os pressupostos 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 (~ 2) e a estatística *VIF* (≤ 5) (Marôco, 2011).

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

Os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, demonstraram que a expressão emocional com outro significativo ($\beta=0,38$; $p\leq 0,001$) e a expressão emocional ($\beta=0,11$; $p=0,071$) explicam a variância do CPT total em 22,3%, com um modelo significativo [$F(5,222)=14,053$; $p\leq 0,001$]. Os resultados referentes às restantes sub-escalas do CPT estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Modelo explicativo de CPT, com as variáveis expressão emocional e suporte social percebido (N=228)

Variáveis	Modelo									
	Modelo 1a CPT (Total)		Modelo 1b CPT (Relação com os outros)		Modelo 1c CPT (Novas possibilidades)		Modelo 1d CPT (Força pessoal)		Modelo 1e CPT (Mudança espiritual)	
	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<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
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***
Suporte social percebido (Família)	0,01	0,12	0,11	1,40	-0,10	-1,23	-0,00	-0,02	0,02	0,28
Suporte social percebido (Amigos)	0,11	1,45	0,08	1,03	0,15	2,06**	0,06	0,72	0,01	0,07
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
<i>F</i> (5,222)	14,053***		12,186***		15,043***		7,853***		3,721***	
<i>R</i> ² ajust	0,22		0,20		0,24		0,13		0,06	

Nota. *** $p<0,01$; ** $p<0,05$; * $p<0,10$.

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, foi necessária a criação de uma subamostra com os participantes que, de facto, têm uma relação amorosa ($n=168$).

Os resultados obtidos dos diferentes modelos de regressão linear múltipla do CPT e, cada um dos seus domínios, demonstraram um modelo estatisticamente significativo [$F(9,158)=5,084$; $p\leq 0,001$], com uma variância explicada de CPT da escala total de 18%, sendo que a expressão emocional com outro significativo é a única variável associada significativamente ao CPT ($\beta=0,39$; $p\leq 0,001$), nesta sub-amostra de participantes que se encontram numa relação amorosa. Os resultados referentes às restantes sub-escalas do CPT estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Modelo explicativo de CPT, com ajustamento diádico, expressão emocional e suporte social percebido (N=168)

Variáveis	Modelo									
	Modelo 2a CPT (Total)		Modelo 2b CPT (Relação com os outros)		Modelo 2c CPT (Novas possibilidades)		Modelo 2d CPT (Força pessoal)		Modelo 2e CPT (Mudança espiritual)	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
Expressão emocional (DDI)	0,11	1,40	0,16	2,00**	0,07	0,86	0,11	1,30	0,09	1,0
Expressão emocional com outro significativo (<i>Opener scale</i>)	0,39	4,72***	0,35	4,20***	0,40	4,76***	0,31	3,63***	0,21	2,3
Suporte social percebido (Família)	-0,01	-0,07	0,12	1,11	-0,09	-0,81	-0,14	-1,19	0,05	0,3
Suporte social percebido (Amigos)	0,04	0,45	0,03	0,36	0,05	0,50	0,10	1,00	-0,06	-0,6
Suporte social percebido (Outros significativos)	0,11	0,98	0,00	0,01	0,11	0,96	0,24	2,01**	-0,01	-0,1
Ajustamento diádico (Consenso)	-0,11	-0,88	-0,10	-0,83	-0,13	-1,01	0,04	0,31	-0,23	-1,7
Ajustamento diádico (Satisfação)	0,05	0,51	0,10	0,97	0,04	0,39	-0,05	-0,42	0,08	0,7
Ajustamento diádico (Coesão)	-0,10	-1,11	-0,14	-1,45	-0,05	-0,54	-0,07	-0,74	-0,08	-0,7
Ajustamento diádico (Expressão de afeto)	0,08	0,65	0,11	0,88	0,13	1,01	-0,07	-0,53	0,11	0,8
$F(9,158)$	5,084***		4,975***		4,523***		3,903***		1,599	
R^2 ajust	0,18		0,18		0,16		0,14		0,03	

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam que a expressão emocional e, especificamente a tendência de debater e partilhar determinados temas com outro significativo, prediz significativamente do CPT e das suas dimensões nesta amostra. 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 que prediz marginalmente o 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, entre as quais, o cancro (Arden-Close et al., 2013; Henderson et al., 2002; Low et al., 2006; 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.

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 com o outro, 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 considerada o principal preditor do CPT total e das suas dimensões, nomeadamente, com a amostra total e na sub-amostra com os participantes com relação amorosa, o que vem confirmar o sugerido pelo modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018).

A dimensão Amigos do 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 que 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). 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.

O ajustamento diádico não prediz o CPT na amostra de população oncológica que mantém 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,b).

Ao longo da presente investigação, foram detetadas algumas limitações que podem influenciar os resultados do estudo. Não se verifica uma homogeneidade de género nem do tipo de cancro, visto que se obteve um maior número de respostas de mulheres do que de homens e que grande parte dos participantes terem sido diagnósticos com cancro de mama. A presente amostra apresenta uma grande média de tempo desde o

diagnóstico, 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 percepção de CPT. Estas características comprometem a representatividade da amostra e a generalização dos resultados para a população portuguesa de doentes oncológicos. Apenas parte da amostra mantinha uma relação amorosa ou conjugal, tratando-se de uma sub-amostra mais reduzida, o que limitou a obtenção e análise de resultados acerca da relação entre o ajustamento diádico e o CPT.

Ao nível teórico, os resultados obtidos nesta investigação corroboram o modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018), o que significa que, indubitavelmente, a expressão emocional e a percepção de suporte social são aspetos fundamentais no processo de percepção 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 percecionam 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 facilitarem um processamento cognitivo e emocional mais adequado aos pacientes e utilizarem uma perspetiva sistémica que envolva a rede de suporte mais próxima do doente, para além da família, de forma a promover a mudança de perspetiva sobre a doença e, conseqüentemente, a percepção de mudanças positivas (i.e., CPT).

REFERÊNCIAS

- 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. <https://doi.org/10.1002/pon.3280>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, (54), 331-357. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13

- 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. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica, 26*(4), 625-638. <https://doi.org/10.14417/ap.522>
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1011976>
- 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. <https://doi.org/10.1080/08870440290001520>
- Holland, J. C. (1989). Clinical course of cancer. In J. C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 75-100). Oxford University Press.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*(3), 289-294. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01119.x>
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(1), 41-65. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.41.22254>
- 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.
- Kinsinger D. P., Penedo F. J., Antoni M. H., Dahn J. R., 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. <https://doi.org/10.1002/pon.1028>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1949-6>
- 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). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10402-006>

- 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. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.2.181>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.4.660>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics [Statistical analysis using SPSS Statistics]* (5ª ed.). ReportNumber, Lda.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.6.1234>
- 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. <https://doi.org/10.1017/sjp.2016.65>
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 46-53. <https://doi.org/10.1002/pon.1501>
- 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. <https://doi.org/10.1002/pon.1366>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9192-5>
- 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 Psicológica, 28*(2), 105-133. <https://www.researchgate.net/publication/234164878>
- 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. <https://doi.org/10.2307/350547>
- 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. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.10.1226>

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress, 9*(3), 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.733.50750>
- 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. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2