



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Crescimento pós-traumático, stress pós-traumático, processo cognitivo e expressão emocional: Comparação entre Mulheres com cancro da mama e Mulheres sem doença oncológica

Ângela Manuel Marques Caeiro

Orientadora de Dissertação:
Professora Doutora Isabel Leal

Co-orientadora de Dissertação:
Mestre Catarina Ramos

Coordenada do Seminário de Dissertação:
Professora Doutora Isabel Leal

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2014

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

Agradecimentos

Este é o momento de agradecer a todos os que me deram um apoio fundamental na elaboração desta tese de mestrado.

À Professora Doutora Isabel Leal por ter aceitado orientar a minha dissertação. À Mestre Catarina Ramos, co-orientadora deste trabalho, agradeço a sua dedicação, simpatia, compreensão, e especialmente, as suas sábias sugestões. Obrigada por terem estimulado o meu interesse na área do cancro da mama e do crescimento pós-traumático.

À Lisete, a minha colega nesta investigação, agradeço todas as vezes que nos apoiámos mutuamente.

A todas as participantes no estudo porque sem a sua disponibilidade a realização da tese não seria possível.

Às minhas amigas Luísa, Marta e Marina, que são um grande suporte para mim desde a licenciatura. Obrigada pela preciosa ajuda durante o mestrado!

A todos os amigos que nos momentos cruciais me transmitiram força, ânimo e confiança em mim própria.

Aos meus pais, obrigada pela dedicação, paciência, exigência, ensinamentos e, principalmente, por todo o amor que nutrem por mim.

À restante família porque apesar de na maior parte do tempo estarem longe fisicamente, incentivam-me a fazer mais e melhor.

Ao meu avô José Mira Marques, que está no “Céu” mas que continua a iluminar a minha vida, recordo com muita saudade os seus conselhos e os sorrisos que partilhámos.

Nos momentos mais difíceis costumo ter em mente a frase de Sigmund Freud: “Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste.”, a Psicologia Clínica está cada vez mais perto de ser uma realidade! Obrigada a todos!

Resumo

Introdução: O cancro da mama é o tipo de cancro mais prevalente nas mulheres portuguesas, associado a sintomas de PPST mas atualmente também existem estudos que indicam que podem surgir mudanças positivas, em consequência da experiência traumática. Este estudo realizou-se com o objetivo de avaliar o Crescimento Pós-Traumático (CPT) e os sintomas da Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST) em mulheres com cancro da mama (MCM) e em mulheres sem doença oncológica (MSDO), que tenham vivido outros acontecimentos traumáticos nos últimos 5 anos, em Portugal. **Método:** No estudo comparativo transversal participaram 132 MCM (M de idade = 54.95; DP = 9.74) e 150 MSDO (M de idade = 33.65; DP = 13.53) que responderam às escalas: Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI), Inventário de Crenças Centrais (CBI), Inventário de Pensamentos Relacionados com o Acontecimento (ERRI), Índice de Expressão Emocional relacionada com o Stress (DDI), e Escala de sintomas da Perturbação de Pós-stress Traumático (PCL-C), em formato papel ou *online*. **Resultados:** Os resultados evidenciam um CPT total mais elevado nas MCM, sendo que a ruminação é mais elevada nas MSDO e ao nível da expressão emocional não se registam diferenças. Existem correlações fracas entre o CPT e os sintomas de PPST. **Conclusão:** O presente estudo apresenta resultados relevantes para a investigação do CPT e das variáveis que predizem o processo de desenvolvimento de CPT em MCM e MSDO. Para estudos futuros recomenda-se a realização de um estudo longitudinal, de modo a comparar estas relações conceptuais, nos dois grupos, ao longo do tempo.

Palavras-Chave: Crescimento pós-traumático, Mulheres com cancro da mama, Mulheres sem doença oncológica

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most prevalent type of cancer in Portuguese women, associated with PTSD symptoms, and nowadays there are also studies which indicate positive changes as a consequence of the traumatic experience. This study's goal was to evaluate Posttraumatic Growth (PTG) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in women who suffer from breast cancer (WBC), and in women without any oncologic disease (WWBC), who lived traumatic events in the last five years, in Portugal. **Method:** In the comparative transversal study participated 132 (WBC) (M age = 54.95; SD = 9.74), and 150 WWBC (M age = 33.65, SD = 13.53), who answered to the surveys: Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Core Beliefs Inventory (CBI), Event Related Rumination Inventory (ERRI), Distress Disclosure Index (DDI) and Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C), in paper or online. **Results:** The results show a higher PTG in WBC, being the rumination higher in WWBC, regarding emotional expression no differences were recorded. There are weak correlations between PTG and PTSD symptoms. **Conclusion:** This study shows relevant results for the investigation of PTG, and for the variables that predict the development of CPT in WBC and WWBC. For future studies it is recommended a longitudinal study to compare these conceptual relations, on both groups, through time.

Key-words: Posttraumatic growth, Women with breast cancer, Women without oncologic disease

Índice

Introdução	1
Método	8
Delineamento	8
Procedimento	8
Participantes	9
Instrumentos	15
Inventário de desenvolvimento pós-traumático (PTGI)	15
Inventário de crenças centrais (CBI)	16
Inventário de pensamentos relacionados com o acontecimento (ERRI)	16
Índice de expressão emocional relacionada com o stress (DDI)	17
Escala de sintomas da perturbação pós-stress traumático (PCL-C)	17
Análise Estatística	18
Resultados	19
Discussão	26
Conclusão	30
Referências	32
Anexos	37

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características Socio-demográficas das Participantes	10
Tabela 2. Características Clínicas das Participantes	13
Tabela 3. Hipótese 1	19
Tabela 4. Hipótese 2	20
Tabela 5. Hipótese 3	21
Tabela 6. Hipótese 4	21
Tabela 7. Hipótese 5	22
Tabela 8. Hipótese 6	23
Tabela 9. Hipótese 7	24
Tabela 10. Hipótese 8	25

Lista de Figuras

Figura 1. Acontecimentos Traumáticos das MSDO

15

Anexos

Anexo A. Questionários: Investigação sobre Crescimento Pós-Traumático	38
Anexo B. Consentimento Informado	47
Anexo C. Testes de Ajustamento à Distribuição Normal das Amostras	48
Anexo D. Anexo D. Testes T para Duas Amostras Independentes	49

Introdução

Os acontecimentos muito stressantes que ocorrem na vida dos sujeitos são comuns e podem levar a uma variedade de reações psicológicas potencialmente traumáticas. Estes acontecimentos são tão diversos, como por exemplo, uma doença grave do próprio/de alguém próximo, um acidente de viação, uma agressão sexual, um desastre natural ou o falecimento de um ente querido (Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013; Ramos, & Leal, 2013). Os acontecimentos referidos anteriormente podem ser tão traumáticos de modo a causarem depressão, ansiedade ou até mesmo perturbação de pós-stress traumático (PPST) (Ramos, & Leal, 2013). Chan, Ho, Tedeschi e Leung (2011) defendem que as avaliações negativas que as pessoas elaboram do trauma são as principais fontes de PPST. Contudo, a emergência de perturbações psiquiátricas parece ser a exceção e não a regra (Calhoun, & Tedeschi, 2013).

No presente estudo vamos analisar o cancro da mama, enquanto acontecimento traumático, dado que é o tipo de cancro mais diagnosticado nas mulheres, na Europa e em Portugal. Segundo os dados da Direção Geral de Saúde (DGS), no nosso país surgem cerca de 4.500 novos casos de cancro da mama por ano, sendo que cerca de 1.500 mulheres acabam por morrer todos os anos (DGS, 2013). O diagnóstico de cancro da mama implica uma confrontação com um trauma que pode ser mortal, aliado à possibilidade da cirurgia mutiladora (Ogden, 2004), causando medo e incerteza em relação ao futuro (Bulotienè, & Matuizienè, 2014; Silva, Moreira, & Canavarro, 2012). Deste modo, o cancro da mama pode envolver stress e representa uma ameaça interna que pode causar sintomas de PPST (Koutrouli, Anagnostopoulos, & Potamianos, 2012; Silva, Bettencourt, Moreira, & Canavarro, 2011), tendo sido já relatados em mais de 20% de mulheres com cancro da mama (MCM) (Chan et al., 2011).

Mesmo após um tratamento bem sucedido, este diagnóstico pode continuar a ser uma fonte de angústia, ansiedade, depressão ou de sintomas de PPST, uma vez que podem surgir dificuldades na readaptação às rotinas pós-cancro da mama, alguma diminuição das capacidades físicas e/ou cognitivas, e ainda possíveis efeitos secundários que duram após o término dos tratamentos (Bulotienè, & Matuizienè, 2014).

Contudo, além dos sintomas de PPST e dos aspetos negativos inerentes à doença, pode surgir a perceção de mudanças positivas que têm sido denominadas por vários conceitos: benefícios percebidos em relação ao acontecimento traumático, crescimento relacionado com o stress ou crescimento pós-traumático (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006). No presente

estudo vamos utilizar o conceito de Tedeschi e Calhoun (1996; 2004), crescimento pós-traumático (CPT). Os sintomas de PPST e o CPT apesar de serem diferentes conceptualmente apresentam alguns critérios em comum, nomeadamente: Aumentam consoante o risco percebido a partir do acontecimento traumático; Resultam do confronto individual com o acontecimento traumático, o qual exige esforços sócio-cognitivos por parte do sujeito para conciliar o choque do diagnóstico de cancro da mama e os respetivos tratamentos. Diversos estudos salientam que a PPST diminui com o passar do tempo, enquanto o CPT surge durante o confronto com o trauma, permanece durante os tratamentos e perdura após os tratamentos e ao longo do tempo (Danahauer, Case, Tedeschi, Russell, Vishnevsky, & Triplett, 2013).

Apesar da coexistência de CPT e PPST após o trauma ser comprovada por alguns estudos, outros referem que os dois constructos não se encontram correlacionados, nomeadamente em mulheres com cancro da mama (Koutrouli et al., 2012; Cordova et al., 2007) e em pacientes com cancro colon-rectal (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009). A perspetiva de Chan et al. (2011) é de que tanto o CPT como os sintomas de PPST são multidimensionais e as suas relações podem depender das diferentes dimensões.

Para esclarecer melhor o que é o CPT podemos defini-lo como a perceção de mudanças positivas resultantes da vivência de acontecimentos muito stressantes e/ou traumáticos (Tedeschi, & Calhoun, 2004). Por outras palavras, podemos dizer que o CPT é uma experiência de auto-desenvolvimento, uma transformação de vida positiva que surge como resultado do confronto individual com determinada situação traumática (Silva et al., 2012). Estas mudanças positivas podem ocorrer em cinco áreas diferentes, as quais representam as dimensões do CPT: 1) Força pessoal (o sujeito desenvolve uma auto-imagem de força e confiança para enfrentar situações futuras); 2) Novas possibilidades (exploração de novas opções na vida); 3) Relação com os outros (as relações com a família e com os amigos são fortalecidas); 4) Apreciação da vida (mudança de prioridades e os detalhes da vida são mais valorizados); 5) Mudança espiritual (aumento da fé numa entidade superior) (Tedeschi, & Calhoun, 2004).

Para Tedeschi e Calhoun (2004), o CPT é um processo e um resultado porque ocorre através das tentativas do sujeito em adaptar-se às situações stressantes e não é apenas um efeito do acontecimento “sísmico”. Assim, podemos considerar que o CPT é um processo dinâmico: o acontecimento traumático coloca em causa as crenças básicas do sujeito, gerando sofrimento emocional que posteriormente dá origem ao processo cognitivo, a ruminação, para

que o sujeito tente integrar a experiência, reduzindo o desconforto e construindo novos significados (Tedeschi, & Calhoun, 2004).

Concretamente, para se verificar a existência de CPT é preciso que os acontecimentos traumáticos sejam compreendidos como desafios que alteram as crenças fundamentais que o sujeito tem do mundo, ou seja, há a disrupção do “mundo assumptivo” (Janoff-Bulman, 2004). O mundo assumptivo é o conjunto de crenças fundamentais que o sujeito tem e que orientam a sua vida, ao nível do seu comportamento e da interpretação que faz do comportamento dos outros. É através destes pressupostos fundamentais que cada sujeito prevê e compreende os acontecimentos do mundo (Cann et al., 2010). É importante ressaltar que o acontecimento experimentado não tem que ser necessariamente percebido como traumático, mas como suficientemente stressante para desafiar as crenças básicas produzindo uma reavaliação dos objetivos pessoais (Silva et al., 2011). Decerto que um diagnóstico de cancro é prejudicial para a vida do sujeito em muitos aspetos, salientando-se a questão assustadora da iminência da morte e o confronto com os efeitos secundários dos tratamentos, aspetos que conseqüentemente desafiam as crenças centrais (Ho, Chan, Yau, & Yeung, 2011). O sujeito, após a vivência do acontecimento traumático, pode percecionar o mundo como mais imprevisível, referindo que o acontecimento em causa divide a sua vida “no antes e no depois” (Calhoun, & Tedeschi, 2006). Cordova, Cunningham, Carlson e Andrykowski (2001) estudaram o CPT em MCM comparando-as com a população normativa, tendo sido confirmada a hipótese de que o CPT é mais elevado em MCM.

Em suma, quanto maior a intensidade da disrupção das crenças centrais, maior a probabilidade de ocorrência de CPT, na medida em que as crenças centrais são consideradas o principal fator preditor de CPT (Cann et al., 2010). A reconstrução das crenças centrais mas também o processo cognitivo são fatores que desempenham um papel fundamental no processo de CPT (Currier, Lisman, Harris, Tait, & Erbes, 2012), uma vez que o crescimento individual percebido envolve mudanças/transformações internas, em vez de mudanças externas nas circunstâncias (Calhoun, & Tedeschi, 2006). Para a existência de crescimento é preciso que o acontecimento seja significativo para desafiar o “mundo assumptivo” do sujeito de modo a que este desafio inicie processos cognitivos sobre esta crise de vida e as suas possíveis implicações (Cann et al., 2010), e é este processamento cognitivo envolvido na forma de lidar com as crenças pessoais que torna possível reconhecer as mudanças positivas e a experiência de CPT (Cann et al., 2011).

Assim, após a disrupção de crenças centrais sobre si próprio, os outros e o mundo o sujeito encontra necessidade de processar cognitivamente a experiência traumática, envolvendo-se em pensamentos repetitivos para assimilar e reintegrar as crenças centrais previamente modificadas. Os pensamentos repetitivos denominam-se por ruminação.

Esta ruminação pode ser intrusiva, ou seja, pensamentos negativos, indesejados e que surgem na mente, de forma incontrolada. Por outro lado, a ruminação pode ser deliberada, na qual ocorrem pensamentos intencionais com o objetivo de compreender o acontecimento traumático e as respetivas consequências inerentes (Lindstrom et al., 2013). Os resultados dos estudos ao nível da ruminação são inconclusivos. No estudo de Lindstrom et al. (2013), tanto a ruminação deliberada como a intrusiva contribuem para um maior CPT. Chan et al. (2011), num estudo com MCM, sugerem que há a ocorrência de reflexões negativas e positivas relacionadas com o cancro da mama e que podem ser avaliadas separadamente. Segundo este ponto de vista, a ruminação intrusiva é um componente indicador de processamento cognitivo, sendo natural após acontecimentos traumáticos (Cann et al., 2011; Helgeson et al., 2006), e por isso desempenha um papel adaptativo no ajustamento à experiência traumática. Também Taku, Calhoun, Cann e Tedeschi (2008) analisaram as relações entre ruminação, angústia e CPT, numa amostra de estudantes japonesas enlutadas, e defendem que ambas as formas de ruminação podem ser esperadas após uma crise de vida, referindo que o facto de o sujeito experienciar CPT não é sinónimo de ausência de angústia, os dois constructos podem coexistir.

Contrariamente, outras evidências apontam que a ruminação intrusiva está associada a mudanças negativas na perspetiva do trauma e só a ruminação deliberada é que facilita o processamento cognitivo e posteriormente o CPT (Stockton, Hunt, & Joseph, 2011; Cann et al., 2011). O estudo de Stockton et al., (2011), com uma amostra de estudantes universitários, teve como resultado que a ruminação intrusiva apresenta-se como uma forma potencialmente improdutivo de processamento cognitivo e que está associada a mudanças negativas após o trauma e, pelo contrário, a ruminação deliberada apresenta uma forma mais produtiva de processamento cognitivo que está associado ao CPT. Cann et al. (2011) corroboram esta perspetiva, confirmando que o estilo de ruminação intrusiva é preditivo de ansiedade e o estilo de ruminação deliberado é preditivo de CPT.

Outra variável que tem vindo a ser associada ao CPT é a expressão emocional, a qual define-se pela propensão individual para a expressão das emoções relacionadas com a experiência traumática, com os outros. Os indivíduos que tendem a falar sobre as suas

emoções desagradáveis com outras pessoas desfrutam de um maior bem-estar e têm atitudes mais positivas em relação à procura de aconselhamento, comparativamente com os indivíduos que tendem a esconder as suas emoções (Kahn, & Garrison, 2009). No estudo de Cordova et al., (2007), as mulheres que percebem os seus amigos e a família como menos receptivos a discutir a experiência de cancro da mama eram mais angustiadas, evitavam falar e pensar sobre a doença, inibindo o processamento cognitivo e emocional. No mesmo sentido, segundo Currier et al., (2012), a expressão emocional relacionada com o trauma é um aspeto relevante para o surgimento de CPT, pois através da partilha do acontecimento e das sequelas relevantes, presume-se que as pessoas possam experimentar validação emocional, apoio interpessoal, o que por sua vez, facilita o processamento cognitivo do trauma podendo mesmo potenciar o surgimento de novas narrativas que refletem mudanças positivas. Ou seja, a expressão de emoções, sentimentos e experiências relacionadas com o trauma, facilita a ruminação e consequentemente o CPT (Ramos, & Leal, 2013). Tendo em conta a experiência de cancro, Servaes, Vingerhoets, Vreugdenhil, Keuning e Broekhuijsen (1999), compararam MCM com a população normativa ao nível da expressão emocional. Os autores determinaram como hipótese inicial de que as MCM iriam expressar emoções negativas de uma forma mais suave e descobriram que as pacientes com cancro da mama apresentavam mais ambivalência ao expressar emoções. Contudo, referiram que é possível que as pacientes, em relação à sua doença, apresentem um estilo de personalidade mais repressivo.

Também Graves et al. (2005) compararam MCM com mulheres sem doença oncológica (MSDO) em relação à expressão/reconhecimento emocional, e o resultado do estudo não demonstrou que as pacientes com cancro da mama relatassem uma tendência para a inibição emocional. Lieberman e Goldstein (2006), especificamente, defendem que a repressão das emoções negativas tem sido considerada prejudicial para MCM. Acrescenta-se que, noutro contexto, num estudo com veteranos de guerra, Currier et al., (2012), demonstraram que quem desejava falar mais sobre o trauma evidenciava maiores níveis de CPT.

Em suma, as crenças centrais, a ruminação intrusiva e deliberada e a expressão emocional são facilitadoras destas mudanças positivas denominadas CPT. O estudo de Lindstrom et al. (2013) analisou a relação entre a ameaça às crenças centrais, a ruminação, a expressão emocional e o CPT numa amostra de estudantes universitários e revelou que se o acontecimento traumático não desafiar as crenças centrais, os processos que levam ao CPT (ruminação e expressão emocional) não são prováveis de ocorrer.

O CPT também tem sido associado a fatores individuais e psicossociais como a idade (Danhauer et al., 2013). No estudo de Cordova et al., (2007), o CPT foi negativamente correlacionado com a idade, ou seja, as mulheres mais novas com cancro da mama apresentavam mais CPT em comparação com as mais velhas. Deste modo, vamos estudar também mais pormenorizadamente a variável idade e o CPT.

Não temos conhecimento de nenhum estudo que compare MCM portuguesas com uma amostra de indivíduos saudáveis que reportem eventos stressantes da sua vida num determinado período tempo (Silva, Moreira, & Canavarro, 2011, 2012). Em congruência com esta limitação no panorama de investigação nacional, e tendo em conta que a investigação sobre CPT em Portugal é ainda recente, a presente investigação pretende torna-se pertinente, ao estudar o CPT em uma amostra de mulheres com cancro da mama e em uma amostra de mulheres saudáveis que experienciaram um acontecimento traumático nos últimos cinco anos.

Através da pesquisa realizada também não temos conhecimento da existência de estudos que correlacionem as três variáveis descritas e o CPT em MCM, em comparação com mulheres sem o diagnóstico de cancro. Quanto ao CPT e ao PPST, persistem incongruências nos estudos previamente realizados sobre a associação destas duas variáveis e a sua possível correlação (Cordova et al., 2007), por isso esta é mais uma razão para nos debruçarmos sobre o seu estudo.

Assim, surge o presente estudo que propõe a comparação entre as crenças centrais, a ruminação, a expressão emocional e o CPT/PPST em MCM e MSDO. Este estudo tem como objetivos: avaliar a manifestação das variáveis (CPT, sintomas de PPST, crenças centrais, ruminação, expressão emocional) em MCM; comparar a manifestação das mesmas variáveis em MCM e em MSDO; compreender a correlação das variáveis psicossociais nos dois grupos de participantes.

Neste sentido, definimos as seguintes hipóteses:

H1: MCM apresentam níveis mais elevados de CPT em comparação com MSDO.

H2: A mudança de crenças centrais está presente em MCM em comparação com MSDO.

H3: O estilo de ruminação intrusiva apresenta um valor mais elevado em MCM comparativamente com MSDO.

H4: O estilo de ruminação deliberada apresenta um valor mais elevado em MCM comparativamente com MSDO.

H5: A expressão emocional é mais elevada em MCM do que em MSDO.

H6: Nas participantes do estudo, a mudança de crenças centrais, a ruminação e a expressão emocional estão positivamente correlacionadas com o CPT e a PPST.

H7: Existem correlações entre CPT e os sintomas de PPST em todas as mulheres.

H8: A idade das mulheres (MCM e MSDO) e o CPT estão negativamente correlacionados.

Método

Delineamento

O presente estudo é comparativo, transversal e descritivo, na medida em que são avaliadas as seguintes variáveis: as crenças centrais, a ruminação relacionada com o acontecimento, o nível de expressão emocional, o crescimento pós-traumático e o stress pós-traumático, através de questionários de auto-preenchimento, comparando dois grupos: MCM e MSDO.

Procedimento

Para ambas as amostras, a avaliação foi efetuada num só momento, através da entrega presencial de: a) questionário sócio-demográfico; b) questionários para a avaliação das variáveis psicossociais (Anexo A). Para além destes documentos é anexada uma folha de consentimento informado (Anexo B), e salientamos oralmente o carácter voluntário de participação, que os dados individuais são confidenciais e a identidade anónima e o facto de não existirem respostas certas ou erradas. Transmitimos ainda que apenas poderiam participar neste estudo mulheres que tenham vivenciado um acontecimento traumático nos últimos cinco anos.

Após a aceitação em participar e o respetivo preenchimento dos questionários, os mesmos são entregues pessoalmente à investigadora ou pelo correio.

O questionário foi ainda colocado *online* na plataforma *Google Docs* (no dia 9 de Julho de 2014 e a recolha terminou no dia 30 de Setembro), com o intuito de se conseguir uma amostra com a maior dimensão possível.

Assim, neste estudo a amostra é constituída por 282 mulheres de nacionalidade portuguesa. Sendo que 132 são MCM e 150 não sofreram de doença oncológica.

A população normativa tem uma amostra de conveniência/bola de neve (Pais Ribeiro, 1999), ou seja, as investigadoras construíram a sua amostra questionando sujeitos “próximos” acerca da vivência de um acontecimento traumático nos últimos cinco anos e perguntando se conheciam outras mulheres que se integrassem nessa condição, provenientes de vários locais de Portugal.

Relativamente às MCM salienta-se que este grupo de participantes inclui-se numa investigação mais abrangente com mulheres com cancro da mama, e na qual se inclui o presente estudo. Deste modo, as 132 MCM foram selecionadas através do contacto da investigadora principal no hospital em que recebem o acompanhamento clínico direcionado ao cancro da mama (sendo também uma amostra de conveniência). A recolha da amostra foi efetuada nos respetivos hospitais (Movimento Vencer e Viver – núcleo regional Sul, Hospital da Luz, Serviço de Oncologia do Hospital São Francisco Xavier, Serviço de Oncologia do Hospital de Santo António e no Centro de Mama do Centro Hospitalar de S. João), após as respetivas autorizações e também com a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Participantes

Das 150 MSDO, 77 preencheram o questionário em papel e as restantes 73 preencheram o questionário *online*, tendo estas sido selecionadas aleatoriamente.

As MCM são utentes de diversos hospitais de Lisboa e do Porto: 3% no Movimento Vencer e Viver – núcleo regional Sul, 15.2% no Hospital da Luz, 22% no Serviço de Oncologia do Hospital São Francisco Xavier, 29.5% no Serviço de Oncologia do Hospital de Santo António e 30.3% no Centro de Mama do Centro Hospitalar de S. João.

A média de idades das mulheres com cancro de mama é de 54.95 anos ($DP = 9.74$), e as MSDO apresentam uma média de idades de 33.65 anos ($DP = 13.53$). Todas as mulheres participantes no estudo residem em Portugal continental, sendo que as MCM residem maioritariamente no distrito do Porto (57.6%) e no distrito de Lisboa (31.1%). Já a amostra de MSDO ao nível do distrito de residência é mais heterogénea, destacando-se que 40.7% habitam no distrito de Lisboa, 11.3% no distrito de Setúbal, 8% no distrito de Santarém e 7.3% tanto no distrito de Évora como no distrito de Leiria.

Ao nível das habilitações literárias estas duas amostras independentes também se apresentam diferentes. A maioria das MCM completaram o 1º ciclo do ensino básico (27.3%) ou frequentaram o ensino superior (28%). Por sua vez, a maioria das MSDO têm estudos superiores (65.3%). É importante referir que nas habilitações literárias “intermédias”, até ao 3º ciclo do ensino básico, encontram-se 56.1% das MCM, contrastando com as MSDO (11.3%).

Quanto à situação profissional, em ambas as amostras, a maioria das mulheres encontram-se ativas (53.8% das MCM e 68.7% das MSDO). Devido à diferença significativa da média de idades, 27.3% das MCM já se encontram reformadas e apenas 4% das MSDO se encontram nesta situação. As profissões que estas mulheres desempenham são muito diversificadas, sendo que na amostra de MCM destacam-se as profissões de empregada fabril (11.5%), empregada doméstica e secretária/administrativa (ambas com 9.9%) e educadora de infância (6.1%). Nas MSDO as profissões que se destacam são a de estudante (26%), psicóloga (10.7%) e professora (8.7%).

Relativamente ao estado civil, 62.9% das MCM estão casadas e 54.7% das MSDO estão solteiras. Aliada a esta variável está o número de filhos: 41.7% e 31.8% das MCM têm dois ou um filho, respetivamente. Pelo contrário, 64% das MSDO não têm filhos.

No que concerne ao rendimento anual familiar, tanto nas MCM (40.2%) como nas MSDO (38%), o rendimento anual mais frequente é inferior a 10.000€. Seguindo-se o rendimento anual entre 10.001€ e 20.000€ que se apresenta em 28% das MCM e em 26% das MSDO.

Com o intuito de descrever melhor as nossas amostras analisámos o facto de as mulheres terem ou não alguma doença física, sendo que no caso das MSDO excluímos da nossa amostra as mulheres que referiram ter doença oncológica. Assim, na questão “tem ou teve alguma doença física?”, 50.8% das MCM responderam “sim” e 90% das MSDO responderam “não” (Tabela 1).

Tabela 1

Características Socio-demográficas das Participantes

	Médias/Percentagens	
	MSDO (<i>n</i> = 150)	MCM (<i>n</i> =132)
Idade	(18-85) – <i>M</i> =33.65 (<i>DP</i> =13.53)	(34-82) – <i>M</i> =54.95 (<i>DP</i> =9.74)
Estado civil		
Solteira	54.7%	8.3%
Casada	24.7%	62.9%
União de facto	7.3%	3%
Divorciada	10%	15.9%
Viúva	2.7%	7.6%

Número de filhos		
0	64%	15.9%
1	12.7%	31.8%
2	18.7%	41.7%
3	4%	9.1%
4	0%	0.8%
5	0.7%	0.8%
Habilitações literárias		
1º ciclo do ensino básico	1.3%	27.3%
2º ciclo do ensino básico	3.3%	9.8%
3º ciclo de ensino básico	6.7%	18.9%
Ensino secundário	23.3%	15.9%
Ensino superior	65.3%	28%
Situação profissional		
Ativa	68.7%	53.8%
Desempregada	27.3%	18.9%
Reformada	4%	27.3%
Rendimento anual do agregado familiar		
< 10.000€	38%	40.2%
Entre 10.001 e 20.000€	26%	28%
Entre 20.001 e 37.500€	19.3%	16.7%
Entre 37.501 e 70.000€	7.3%	4.5%
> 70.000€	2%	4.5%
Não refere	7.3%	6.1%
Distrito de residência da amostra		
Aveiro	1.3%	0.8%
Beja	4.7%	0%
Braga	2%	0.8%
Coimbra	2.7%	0%
Évora	7.3%	2.3%
Faro	2.7%	2.3%
Guarda	0.7%	0%
Leiria	7.3%	0%
Lisboa	40.7%	31.1%
Portalegre	0%	0.8%
Porto	5.3%	57.6%
Santarém	8%	1.5%
Setúbal	11.3%	2.3%
Viana do Castelo	0.7%	0.8%
Viseu	5.3%	0%
Doença física		
Sim	10%	50.8%
Não	90%	49.2%
Acontecimento traumático/diagnóstico (nº meses)	(Min(0)-(60)Máx) <i>M=27.68 (DP=17.85)</i>	(Min(0)-(55)Máx) <i>M=13.36 (DP=8.37)</i>

Para caracterizarmos melhor as MCM analisámos várias variáveis clínicas associadas ao cancro da mama. O diagnóstico de cancro foi obtido entre Novembro de 2009 e Agosto de 2013. Acrescenta-se que para todas as participantes este era o primeiro diagnóstico de cancro da mama ou de outro tipo de doença oncológica, uma vez que, um dos critérios de inclusão foi não terem metástases ou recidiva, para além do critério de ausência de perturbações psicológicas ou doença física que compromettesse a participação no estudo.

Relativamente ao estadio, 25.8% apresentavam o estadio II e 9.8% o estadio III, 49.2% não sabe o estadio da doença.

Das 132 mulheres em estudo, 99.2% já tinha iniciado o tratamento do cancro da mama. Dentro da multiplicidade de tratamentos, as participantes realizaram anteriormente ou iriam iniciar os seguintes tratamentos: 56.1% a cirurgia conservadora; 38.6% a mastectomia; 77.3% a quimioterapia; 66.7% a radioterapia externa; 8.3% a radioterapia interna; 72% a terapêutica hormonal e 22.7% a terapêutica dirigida. Dependendo do diagnóstico de cancro da mama os tratamentos aplicados são combinados de forma diferente, concentrando-se 11.4% das mulheres na mastectomia, quimioterapia, radioterapia externa e na terapêutica hormonal e 10.6% na cirurgia conservadora, quimioterapia, radioterapia externa e na terapêutica hormonal. Quanto à fase de tratamento em que se encontravam aquando a avaliação, 52.3% estava a realizar a terapêutica hormonal e 14.4% estava a realizar o tratamento de quimioterapia.

Para além dos tratamentos ditos da medicina tradicional, 12.1% das mulheres utiliza ou utilizou terapêuticas alternativas ou complementares.

A maioria das participantes encontrava-se a efetuar os tratamentos sistémicos para o cancro da mama (90.9%) aquando do preenchimento do questionário, sendo que apenas 9.1% das MCM tinham terminado o tratamento, tendo já alta médica 3%.

Destas mulheres, 69.7% tinham antecedentes familiares de doença oncológica. Relativamente ao diagnóstico de perturbações da saúde mental, 37.1% das mulheres têm ou tiveram doença mental, sendo a depressão a mais frequente (81.3%). Apenas 32.6% das MCM refere ter recebido acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (Tabela 2).

Tabela 2

Características Clínicas das Participantes

	Percentagens MCM
Local de recolha de dados	
Movimento Vencer e Viver	3%
Hospital São Francisco Xavier	22%
Hospital da Luz	15.2%
Hospital de São João	30.3%
Hospital Santo António	29.5%
Estadio do cancro	
0	1.5%
I	9.1%
II	25.8%
III	9.8%
IV	4.5%
Não sabe	49.2%
Início do tratamento	
Sim	99.2%
Não	0.8%
Cirurgia conservadora	
Sim	56.1%
Não	43.9%
Mastectomia	
Sim	38.6%
Não	61.4%
Quimioterapia	
Sim	77.3%
Não	22.7%
Radioterapia externa	
Sim	66.7%
Não	33.3%
Radioterapia interna	
Sim	8.3%
Não	91.7%
Terapêutica hormonal	
Sim	72%
Não	28%
Terapêutica dirigida	
Sim	22.7%
Não	77.3%

Fase do tratamento	
Em quimioterapia	14.4%
Em terapêutica hormonal	52.3%
Em terapêutica dirigida	6.1%
Em radioterapia	7.6%
Vigilância clínica	9.1%
Terapêutica hormonal e terapêutica dirigida	5.3%
Radioterapia e terapêutica hormonal	4.5%
Vai realizar a cirurgia	0.8%
Término dos tratamentos	
Sim	9.1%
Não	90.9%
Utilização de terapêuticas complementares ou dirigidas	
Sim	12.1%
Não	87.9%
Alta médica	
Sim	3%
Não	97%
Antecedentes familiares de cancro	
Sim	69.7%
Não	30.3%
Paciente com doença mental	
Sim	37.1%
Não	62.9%
Tipo de doença mental	
Depressão	81.3%
Perturbação de ansiedade	10.4%
Esgotamento	4.2%
Esgotamento e depressão	2.1%
Epilepsia e dislexia	2.1%
Acompanhamento psicológico	
Sim	32.6%
Não	67.4%

Relativamente aos acontecimentos que as 150 MSDO relataram como traumáticos, destaca-se a morte de um familiar ou amigo (42%), a doença grave de um familiar ou amigo com 13.3% e problemas na relação conjugal e/ou amorosa, 9.3% (Figura 1).

Analisámos o tempo desde a obtenção do diagnóstico de cancro da mama e dos acontecimentos traumáticos referidos pelas MSDO até à data da avaliação, em meses, deste modo cinco anos correspondem a 60 meses. Nas MCM, a média de tempo é de 13.36 meses

($DP = 8.37$) e para as MSDO o tempo desde a ocorrência do acontecimento traumático tem uma média de 27.68 ($DP = 17.85$) (Tabela 1).

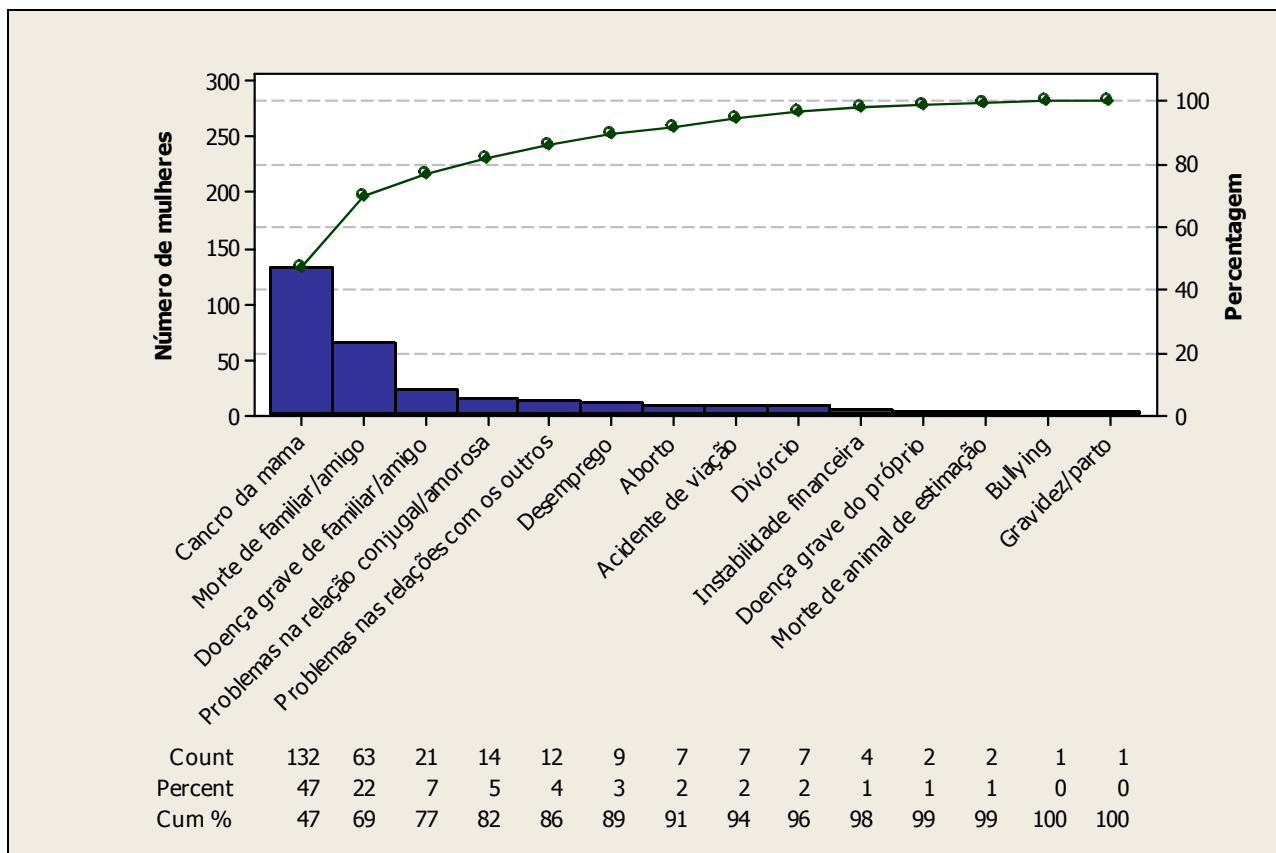


Figura 1. Acontecimentos Traumáticos das MSDO

Instrumentos

Inventário de desenvolvimento pós-traumático (PTGI)

Este inventário de auto-preenchimento pretende avaliar a perceção subjetiva de mudanças psicológicas positivas, provenientes do esforço cognitivo e emocional do sujeito para lidar com os acontecimentos de vida adversos. Vamos utilizar a adaptação para a população portuguesa de Silva, Moreira, Pinto, Sousa e Canavarro (2009), que tem por base a versão original de *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)* de Tedeschi e Calhoun (1996). Para medir o crescimento pós-traumático estamos perante 21 afirmações (como por exemplo: “Dedico-me mais às minhas relações”), em que o sujeito pode escolher uma opção de 1: “Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento” a 5: “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento”, consoante o seu grau de

identificação com o item. Ao contrário da versão original, nesta versão portuguesa o CPT é avaliado em quatro dimensões: Percepção de recursos e competências pessoais (itens: 4, 10, 11, 12, 13 e 19 – consistência interna de 0.924); Novas possibilidades e valorização da vida (itens: 1, 2, 3, 7, 14 e 17 – consistência interna de 0.885); Fortalecimento das relações interpessoais (itens: 6, 8, 9, 16, 20 e 21 – consistência interna de 0.910); Desenvolvimento Espiritual (itens: 5, 15 e 18 – consistência interna de 0.781). Assim, no geral houve uma boa consistência interna para a escala, $\alpha = 0.937$, e o inventário demonstrou-se adequado para a população portuguesa.

Inventário de crenças centrais (CBI)

O inventário de crenças centrais (*Core Beliefs Inventory (CBI)*, Cann et al., 2010), é um questionário de auto-preenchimento para compreender se os acontecimentos traumáticos “agitaram” as crenças dos indivíduos de modo a que as crenças tenham que ser reestruturadas.

Salienta-se que, foi utilizada a versão traduzida para a população portuguesa de Cann et al. (2010), uma vez que a validação do mesmo para a população portuguesa está a ser desenvolvida no âmbito do projecto de investigação mais abrangente, no qual se insere o presente estudo. É um inventário que avalia o grau de disrupção das crenças centrais do indivíduo, sobre si próprio, os outros e o mundo, constituído por 9 afirmações em que as participantes perante uma escala de *Likert* que varia de 0: “Nada” a 5: “Bastante” assinalam o quanto se identificam com cada afirmação. Como exemplo: “Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas capacidades, forças e fraquezas”. Este instrumento apresenta boas características psicométricas, revelando validade de construto e uma consistência interna superior a 0.80.

Inventário de pensamentos relacionados com o acontecimento (ERRI)

Este questionário de auto-preenchimento é utilizado com o objetivo de compreender o nível de ruminação (intrusiva ou deliberada) que ocorre após determinado acontecimento traumático. Foi aplicada a versão de Cann et al. (2011; *Event Related Rumination Inventory (ERRI)*) traduzida para a língua portuguesa, dado que neste mesmo projecto de investigação está a ser desenvolvida a sua validação para a população portuguesa.

O ERRI avalia a ruminação que ocorre nas semanas imediatamente após o acontecimento traumático, representada através de duas sub-escalas: Ruminação intrusiva (exemplo: “Eu pensei no acontecimento, mesmo sem querer”); Ruminação Deliberada

(exemplo: “Eu pensei se poderia encontrar um significado à minha experiência”). Ambas as sub-escalas são constituídas por 10 itens que variam numa escala de *Likert* de 0: “Nunca” a 3: “Quase sempre”. Esta escala possui propriedades psicométricas sólidas e com uma consistência interna nos itens intrusivos e deliberados superior a 0.80.

Índice de expressão emocional relacionada com o stress (DDI)

Este inventário de auto-preenchimento pretende avaliar a tendência individual para a expressão ou contenção emocional (com amigos/familiares) relacionada com o acontecimento. A versão traduzida para a população portuguesa foi a de Kahn e Hessling (2001), *Distress Disclosure Index (DDI)*, no entanto, este instrumento encontra-se em processo de validação para a população portuguesa no âmbito do mesmo projecto de investigação em que o presente estudo se insere.

A escala é constituída por 12 afirmações, como por exemplo: “Tento procurar alguém com quem falar sobre os meus problemas”. Varia entre 1: “Discordo totalmente” a 5: “Concordo totalmente”. Relativamente às características psicométricas a consistência interna rondou os 0.90.

Escala de sintomas da perturbação pós-stress traumático (PCL-C)

Este inventário de auto-preenchimento tem como objetivo compreender se as pessoas depois de vivenciarem ou assistirem a uma experiência traumática (por exemplo: acidente, agressão, ameaça ou violação) desenvolvem sintomas relacionados com a Perturbação de Pós-Stress Traumático, segundo o diagnóstico do *DSM-IV-TR*. Os sintomas consequentes desta experiência traumática são o reexperienciar do acontecimento, o evitamento constante dos estímulos associados ao trauma e sintomas de activação com uma possível reatividade ao trauma.

Vamos utilizar a versão portuguesa do PCL-C (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*; Marcelino, & Gonçalves, 2012), constituído por 17 itens (por exemplo: “Sonhos repetidos e desagradáveis sobre o acontecimento”), avaliados numa escala de *Likert* que varia entre 1: “Nada” a 5: “Bastante”. Esta escala é caracterizada por três critérios/sintomas: B - Reexperienciar (do item 1 ao item 5 – consistência interna de 0.86), C - Evitamento (do item 6 ao item 12 – consistência interna de 0.87) e D - Hiperativação (do item 13 ao item 17 – consistência interna de 0.88). Deste modo, a versão portuguesa do PCL-C apresenta boas características psicométricas.

Análise estatística

Nesta análise estatística a nossa primeira opção seria realizar o *teste t* para duas amostras independentes e o coeficiente de *Pearson* para as correlações. No entanto, as amostras não seguiam uma distribuição normal através do teste de *Kolmogorov-Sminov* ($n > 50$) em nenhum conjunto de variáveis. Não optámos por invocar o Teorema do Limite Central porque as amostras apresentavam-se fortemente assimétricas na maioria dos casos, ou seja, o *skewness* a dividir pelo seu erro padrão encontra-se fora do intervalo -2 e 2 (Laureano, 2011; Maroco, 2007) (Anexo C).

Deste modo, realizámos a análise estatística com o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney U* porque é a alternativa ao *teste t* quando este não se pode aplicar por violação dos pressupostos e é adequado quando se pretende testar a igualdade de duas distribuições populacionais, comparando a média das ordenações de duas amostras independentes (Laureano, 2011).

Quanto às correlações, utilizámos o *rho de Spearman* em vez do *r de Pearson* porque as variáveis não são normalmente distribuídas (Anexo C). O coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* mede a associação entre as ordenações das duas variáveis. (Laureano, 2011).

É de referir que mesmo sem a verificação do pressuposto da normalidade realizámos o *teste t* para duas amostras independentes, nas cinco primeiras hipóteses, tendo sido os resultados consistentes com os obtidos na abordagem não paramétrica em todos os casos (Anexo D). Também referimos que toda a nossa análise estatística foi realizada no *software IBM SPSS Statistics* (versão 19).

Resultados

Na hipótese 1, o resultado do teste não paramétrico foi o seguinte: *Mann-Whitney U* = 6316.50; *W* = 17641.50; *p* < 0.001. Comparando o crescimento pós-traumático total nos dois grupos, as médias das ordenações são distintas (MSDO = 117.61; MCM = 168.65), sendo que o PTGI é mais elevado em MCM do que em MSDO.

Visto que o PTGI é avaliado em quatro dimensões, realizámos o mesmo teste estatístico em cada dimensão, em relação às Competências Pessoais: (*Mann-Whitney U* = 6039.50; *W* = 17364.50; *p* < 0.001), sendo as médias das ordenações de 115.76 nas MSDO e de 170.75 nas MCM.

Quanto às Novas Possibilidades o *Mann-Whitney U* teve como resultado: (7998.0; *W* = 19323.0; *p* = 0.0025), as médias das ordenações apresentaram-se com os valores de 128.82 nas MSDO e de 155.91 nas MCM.

Na dimensão das Relações Interpessoais o resultado foi *Mann-Whitney U* = 5745.50 (*W* = 17070.50; *p* < 0.001), sendo a média das ordenações de 113.80 nas MSDO e de 172.97 nas MCM.

Por último, na dimensão do Desenvolvimento Espiritual o *Mann-Whitney* teve o resultado de 7117.0 (*W* = 18442.0; *p* < 0.001), com as médias de ordenações de 122.95 nas MSDO e de 162.58 nas MCM.

Assim, há evidências estatísticas significativas para afirmar que o PTGI total e todas as suas dimensões apresentam valores mais elevados nas MCM em comparação com MSDO (Tabela 3).

Tabela 3

Hipótese 1

	Resultados
PTGI total médias	Mean Rank MSDO = 117.61 Mean Rank MCM = 168.65 <i>Mann-Whitney U</i> = 6316.50 <i>Wilcoxon W</i> = 17641.50 <i>Z</i> = - 5.245; <i>Sig</i> < 0.001
Competências pessoais	Mean Rank MSDO = 115.76 Mean Rank MCM = 170.75

	<i>Mann-Whitney U</i> = 6039.50 <i>Wilcoxon W</i> = 17364.50 <i>Z</i> = - 5.655; <i>Sig</i> < 0.001
Novas possibilidades	Mean Rank MSDO = 128.82 Mean Rank MCM = 155.91
	<i>Mann-Whitney U</i> =7998.0 <i>Wilcoxon W</i> = 19323.0 <i>Z</i> = - 2.786; <i>Sig</i> = 0.0025
Relações interpessoais	Mean Rank MSDO = 113.80 Mean Rank MCM = 172.97
	<i>Mann-Whitney U</i> = 5745.50 <i>Wilcoxon W</i> = 17070.50 <i>Z</i> = - 6.085; <i>Sig</i> < 0.001
Desenvolvimento espiritual	Mean Rank MSDO = 122.95 Mean Rank MCM = 162.58
	<i>Mann-Whitney U</i> = 7117.0 <i>Wilcoxon W</i> = 18442.0 <i>Z</i> = - 4.082; <i>Sig</i> < 0.001

Em relação à hipótese 2, o resultado do teste não paramétrico de *Mann-Whitney U* foi o seguinte: 7788.0 ($W = 19113.0$; $p = 0.001$). Comparando as médias das ordenações do CBI, constatamos que a média das MCM (157.50) é superior à média das MSDO (127.42), como se pode ver na Tabela 4.

Tabela 4

Hipótese 2

	Resultado
CBI total medias	Mean Rank MSDO = 127.42 Mean Rank MCM = 157.50
	<i>Mann-Whitney U</i> = 7788.0 <i>Wilcoxon W</i> = 19113.0 <i>Z</i> = - 3.093; <i>Sig</i> = 0.001

Quanto à hipótese 3, na ERRI-I comparando, mais uma vez, as duas amostras, o resultado do teste de *Mann-Whitney U* foi de: 5206.50 ($W = 13984.50$; $p < 0,001$). As médias das ordenações foram de 172.79 e de 105.94 nas MSDO e nas MCM, respectivamente (Tabela 5).

Tabela 5

Hipótese 3

	Resultado
ERRI-I total médias	Mean Rank MSDO = 172.79 Mean Rank MCM = 105.94
	<i>Mann-Whitney U</i> = 5206.50 <i>Wilcoxon W</i> = 13984.50 <i>Z</i> = - 6.874; <i>Sig</i> < 0.001

Na hipótese 4, relativamente à ERRI-D na comparação entre MSDO e MCM, o resultado do teste não paramétrico de *Mann-Whitney U* foi de: 7009.50 ($W = 15787.50$; $p < 0.001$). As médias das ordenações apresentaram-se de forma superior nas MSDO (160.77) em relação às MCM (119.60) (Tabela 6).

Tabela 6

Hipótese 4

	Resultado
ERRI-D total médias	Mean Rank MSDO = 160.77 Mean Rank MCM = 119.60
	<i>Mann-Whitney U</i> = 7009.50 <i>Wilcoxon W</i> = 15787.50 <i>Z</i> = - 4.233; <i>Sig</i> < 0.001

Quanto à hipótese 5, na comparação da DDI, em ambas as amostras, o teste não paramétrico de *Mann-Whitney U* teve como resultado (9148.0; $W = 20473.0$; $p = 0.135$). A média das ordenações é superior nas MCM (147.20) em comparação com as MSDO (136.49), contudo esta diferença de médias não é estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7

Hipótese 5

	Resultado
DDI total médias	Mean Rank MSDO = 136.49 Mean Rank MCM = 147.20
	<i>Mann-Whitney U</i> = 9148.0 <i>Wilcoxon W</i> = 20473.0 $Z = - 1.102$; $Sig = 0.135$

Relativamente à hipótese 6, a sua análise será efetuada por partes, separadamente. Primeiro vamos analisar as correlações do PTGI com as variáveis em estudo e depois as correlações do PCL-C com as mesmas variáveis, considerando o nível de significância de 0.05 no *rho de Spearman*.

Relativamente ao CBI, este apresenta correlações significativas e moderadas com o PTGI e as suas respetivas dimensões. A correlação mais forte é com o PTGI total ($\rho = 0.461$). Assinala-se também que o CBI está um pouco mais correlacionado com as dimensões das Relações Interpessoais ($\rho = 0.431$) e do Desenvolvimento Espiritual ($\rho = 0.423$) do que com as restantes.

Em relação à ERRI-I e ao PTGI, só a correlação com a dimensão do Desenvolvimento Espiritual se mostrou significativa, mas trata-se de uma correlação fraca ($\rho = 0.120$). Já a ERRI-D apresenta correlações significativas com o PTGI e as suas dimensões, mas em geral fracas. As correlações mais fortes foram obtidas com a dimensão das Novas Possibilidades ($\rho = 0.314$) e com o PTGI total ($\rho = 0.291$).

Quanto à DDI, apresenta correlações positivas significativas (para um nível de significância de 0.01) mas fracas com o PTGI total e com todas as dimensões. Sendo a relação mais forte com o PTGI total ($\rho = 0.287$) (Tabela 8).

No caso das escalas CBI e PCL-C e respetivos sintomas, as correlações apesar de significativas são todas fracas e aproximadamente da mesma ordem de grandeza, sendo a mais elevada com o sintoma Evitamento ($\rho = 0.167$).

Os valores da sub-escala de ERRI-I, ruminação intrusiva, apresentam todas as correlações significativas moderadas com os valores do PCL-C. A menor correlação foi obtida com a dimensão de Hiperativação ($\rho = 0.421$).

Já a ERRI-D, ruminação deliberada, revela correlações mais fracas com os valores do PCL-C, em comparação com a ruminação intrusiva com o PCL-C, sendo que todas as correlações se apresentam significativas e moderadas. No entanto, encontram-se perto do limiar do fraco ($\rho = 0.30$). Novamente, a correlação mais fraca foi obtida com a dimensão da Hiperativação ($\rho = 0.293$).

Contrariamente, a DDI não apresenta correlações significativas nem com o PCL-C nem com os sintomas da escala (Tabela 8).

Tabela 8

Hipótese 6

	Resultado PTGI	Resultado PCL-C
CBI total médias	PTGI total: $\rho = 0.661$; $Sig < 0.001$	PCL-C total: $\rho = 0.166$; $Sig < 0.003$
	Competências: $\rho = 0.359$; $Sig < 0.001$	Reexperiencia: $\rho = 0.155$; $Sig = 0.005$
	Possibilidades: $\rho = 0.365$; $Sig < 0.001$	Evitamento: $\rho = 0.167$; $Sig = 0.002$
	Relações: $\rho = 0.431$; $Sig < 0.001$	Hiperativação: $\rho = 0.138$; $Sig = 0.010$
	Espiritualidade: $\rho = 0.423$; $Sig < 0.001$	
ERRI-I total médias	PTGI total: $\rho = 0.020$; $Sig = 0.369$;	PCL-C total: $\rho = 0.528$; $Sig < 0.001$
	Competências: $\rho = -0.080$; $Sig = 0.090$	Reexperiencia: $\rho = 0.539$; $Sig < 0.001$
	Possibilidades: $\rho = 0.040$; $Sig = 0.254$	Evitamento: $\rho = 0.498$; $Sig < 0.001$
	Relações: $\rho = 0.001$; $Sig = 0.492$	Hiperativação: $\rho = 0.421$; $Sig < 0.001$
	Espiritualidade: $\rho = 0.120$; $Sig = 0.022$	
ERRI-D total médias	PTGI total: $\rho = 0.291$; $Sig < 0.001$;	PCL-C total: $\rho = 0.369$; $Sig < 0.001$
	Competências: $\rho = 0.207$; $Sig < 0.001$	Reexperienciar: $\rho = 0.362$; $Sig < 0.001$
	Possibilidades: $\rho = 0.314$; $Sig < 0.001$	Evitamento: $\rho = 0.361$; $Sig < 0.001$
	Relações: $\rho = 0.236$; $Sig < 0.001$	Hiperativação: $\rho = 0.293$; $Sig < 0.001$

	Espiritualidade: $Rho = 0.262; Sig < 0.001$	
DDI total médias	PTGI total: $Rho = 0.287; Sig < 0.001;$ Competências: $Rho = 0.236; Sig < 0.001$ Possibilidades: $Rho = 0.282; Sig < 0.001$ Relações: $Rho = 0.284; Sig < 0.001$ Espiritualidade: $Rho = 0.166; Sig < 0.001$	PCL-C total: $Rho = - 0.012; Sig < 0.836$ Reexperienciar: $Rho = 0.023; Sig = 0.704$ Evitamento: $Rho = - 0.039; Sig = 0.512$ Hiperativação: $Rho = -0.008; Sig = 0.890$

A hipótese 7, quanto à possível correlação entre o PTGI (e dimensões) e o PCL-C (e sintomas): as correlações das outras variáveis com o PCL-C total são todas fracas, não se mostrando significativas a relação com a dimensão Competências Pessoais e com a dimensão das Relações Interpessoais do PTGI. Neste caso a correlação do PCL-C total mais forte foi obtida com a dimensão Desenvolvimento Espiritual do PTGI ($rho = 0.266$).

O sintoma Reexperienciar do PCL-C também tem correlações fracas com todas as variáveis, apenas se mostrando significativa a correlação com as Novas Possibilidades e a correlação com o Desenvolvimento Espiritual (caso em que se obteve a maior correlação com $rho = 0.192$).

A dimensão Evitamento do PCL-C tem correlações fracas com as outras variáveis, sendo mais uma vez significativas a correlação com as Novas Possibilidades e a correlação com o Desenvolvimento Espiritual, em que esta última obteve um valor mais elevado de correlação: $rho = 0.237$.

Finalmente, as correlações da Hiperativação com as outras variáveis também são todas fracas. Contudo, neste caso são maiores e todas significativas, tendo-se obtido também a maior correlação com a dimensão do Desenvolvimento Espiritual ($rho = 0.295$) (Tabela 9).

Tabela 9

Hipótese 7

	PTGI total	Competências	Possibilidades	Relações	Espiritualidade
PCL-C total	$Rho = 0.163$ $Sig = 0.006$	$Rho = 0.054$ $Sig = 0.363$	$Rho = 0.182$ $Sig = 0.002$	$Rho = - 0.039$ $Sig = 0.512$	$Rho = 0.266$ $Sig < 0.001$
Reexperienciar	$Rho = 0.110$ $Sig = 0.065$	$Rho = 0.010$ $Sig = 0.863$	$Rho = 0.141$ $Sig = 0.018$	$Rho = 0.077$ $Sig = 0.199$	$Rho = 0.192$ $Sig = 0.001$

Evitamento	$Rho = 0.114$ $Sig = 0.055$	$Rho = 0.012$ $Sig = 0.839$	$Rho = 0.146$ $Sig = 0.014$	$Rho = 0.052$; $Sig = 0.389$	$Rho = 0.237$ $Sig < 0.001$
Hiperativação	$Rho = 0.224$ $Sig < 0.001$	$Rho = 0.123$ $Sig = 0.039$	$Rho = 0.221$ $Sig < 0.001$	$Rho = 0.187$ $Sig = 0.002$	$Rho = 0.295$ $Sig < 0.001$

Por último, na hipótese 8, existe uma correlação significativa (embora fraca) entre o PTGI e a idade em ambos os grupos. Contudo, a correlação é positiva para as MSDO ($rho = 0.198$) e negativa para as MCM ($rho = - 0.270$) (Tabela 10).

Tabela 10

Hipótese 8

	PTGI total
Idade MSDO	$Rho = - 0.270$; $Sig = 0.002$
Idade MCM	$Rho = 0.198$; $Sig = 0.015$

Discussão

Neste estudo comparámos uma amostra portuguesa de MSDO que experienciaram um acontecimento traumático nos últimos cinco anos e MCM, ao nível de mudança de crenças centrais, ruminação intrusiva e deliberada, expressão emocional, CPT e PPST, tendo também em análise a possibilidade da variável idade ser influenciadora do processo de CPT.

A nossa primeira hipótese foi estatisticamente confirmada, ou seja, o CPT é superior em MCM na sua totalidade e também nas quatro dimensões que segundo o estudo de Silva et al. (2009) o caracterizam. Assim, podemos afirmar que após o diagnóstico e consequentes tratamentos de cancro da mama, as mulheres têm uma maior perceção de recursos e competências pessoais, uma maior abertura a novas possibilidades e valorização da sua vida, fortalecem de forma mais evidente as suas relações interpessoais e aumentam o seu desenvolvimento espiritual comparativamente com as mulheres que viveram outro acontecimento traumático, como por exemplo, a morte ou a doença grave de um familiar ou amigo. Para além disso, estes resultados apontam que, apesar da natureza complexa da doença oncológica, as mulheres portuguesas conseguem atribuir um novo sentido à vida, estabelecendo novas oportunidades e tornando-se mais capacitadas para enfrentar situações adversas (Espadinha, & Pinto, 2014). Estes resultados, quanto à existência de CPT em MCM, vão de encontro ao estudo comparativo de Cordova et al. (2001), aos estudos de Chan et al. (2011) e de Silva et al. (2012) e à meta-análise de Koutrouli et al. (2012).

O pressuposto teórico, definido na segunda hipótese de estudo, no qual o desenvolvimento de CPT ocorre após um acontecimento que representa uma ameaça ao sistema de crenças do sujeito é confirmado através dos resultados do presente estudo. A mudança de crenças centrais está presente nas MCM e nas MSDO mas é mais elevada nas MCM. Este resultado era expectável, tendo em conta que estas últimas apresentam valores mais elevados de CPT e que a reconstrução das crenças desempenha um papel essencial neste processo, segundo a teoria sócio-cognitiva (Currier et al., 2012; Danhauer et al., 2013), corroborando o estudo de validação do CBI de Cann et al., (2010).

Nos estudos anteriores os resultados acerca da ruminação intrusiva e deliberada eram inconclusivos: alguns autores defendem que os dois tipos de ruminação contribuem para o CPT (Lindstrom et al., 2013; Chan et al., 2011), outros defendem que a ruminação intrusiva dificulta o CPT e só a deliberada é que o facilita (Stockton et al., 2011). Como já tínhamos a hipótese de que o CPT era superior em MCM em comparação com MSDO, e tendo em conta

que o processamento cognitivo é também importante para o processo de CPT, colocámos as hipóteses de que ambas as ruminações se apresentavam mais elevadas nas MCM. No entanto, a terceira e a quarta hipótese do nosso estudo não se confirmaram. A ruminação intrusiva e a ruminação deliberada são mais elevadas nas MSDO do que nas MCM. Todavia, nas MSDO a ruminação intrusiva é mais elevada que a deliberada e nas MCM acontece o oposto.

Assim, na nossa amostra podemos interpretar este resultado com o facto de 32.6% das MCM terem acompanhamento psicológico, o que pode facilitar uma integração da experiência. Também é importante ter em conta o tempo passado desde o diagnóstico/acometimento traumático até ao momento da avaliação, sendo que nas MSDO a média de tempo ronda os 27 meses, ou seja mais de dois anos, e nas MCM a média do tempo passado é de cerca de um ano. A ruminação é mais provável ocorrer logo após o acontecimento traumático, deste modo um ou dois anos depois é tempo suficiente para a pessoa resolver cognitivamente o stress traumático inerente ao acontecimento, e assim, diminuir a ruminação intrusiva e deliberada.

No mesmo sentido, sendo a expressão emocional facilitadora de CPT (Ramos, & Leal, 2013; Currier et al., 2012), também conjecturamos que esta seria mais elevada em MCM do que em MSDO. Todavia, a ligeira diferença existente na expressão emocional em ambas as amostras não é estatisticamente significativa e, por esse motivo, a quinta hipótese não foi confirmada. Deste modo, independentemente do acontecimento traumático e/ou stressante, o nível de expressão emocional é idêntico nas MCM e nas MSDO. Este dado encaminha-nos para a importância da variabilidade das características individuais, independentemente do acontecimento traumático e/ou stressante, sendo a expressão emocional moderada em ambas as amostras. Se a expressão emocional é importante para a adaptação ao cancro (Lieberman, & Goldstein, 2006), podemos pensar que na população normativa também é relevante para a adaptação a outros acontecimentos traumáticos, como por exemplo, no estudo de Currier et al. (2012) com veteranos de guerra e no estudo de Kahn e Garrison (2009) com estudantes universitários.

Lindstrom et al. (2013), no seu estudo com estudantes universitários conclui que existe uma forte relação entre a ameaça às crenças centrais, a ruminação intrusiva e deliberada, a expressão emocional e o CPT. Assim sendo, colocámos como sexta hipótese que as crenças centrais, os dois estilos de ruminação e a expressão emocional estavam positivamente correlacionadas com o CPT e também com a PPST, dado que a PPST é comum ocorrer em MCM (Koutrouli et al., 2012) e julga-se ter alguns critérios comuns com o CPT.

Analisámos todas as participantes do estudo conjuntamente, tendo em conta que todas vivenciaram acontecimentos traumáticos, e os resultados foram diversos. Primeiramente, as crenças centrais apresentam correlações significativas e moderadas com o CPT (congruente com a hipótese 2).

Quanto à ruminação intrusiva, esta só se correlaciona positivamente com a dimensão do desenvolvimento espiritual do CPT e apresenta uma correlação fraca. Já a ruminação deliberada apresenta correlações positivas com o CPT e todas as suas dimensões, sendo também correlações fracas. Em consonância com o que foi referido na análise das hipóteses 3 e 4, as possibilidades de a ruminação (tanto intrusiva como deliberada) não estar claramente associada ao CPT na nossa amostra e também de a ruminação deliberada ser mais preditiva de CPT (congruente com o estudo de Cann et al., 2011), confirmam-se.

Relativamente à expressão emocional, esta apresenta correlações positivas significativas com o CPT e as suas dimensões mas também se revelam fracas. Apesar da expressão emocional se demonstrar moderada em ambas as amostras, parece não ser condição necessária para a existência de CPT.

Já relativamente aos sintomas de PPST, observa-se uma correlação positiva com a mudança de crenças centrais, embora de forma fraca. A ruminação intrusiva e a ruminação deliberada encontram-se positivamente correlacionadas e de forma moderada com os sintomas de PPST, sendo que os pensamentos intrusivos apresentam uma correlação mais forte, em comparação com os pensamentos deliberados. Este resultado leva-nos ao encontro do estudo de Chan et al. (2011), no qual os autores determinam que ambas as formas de ruminação são componentes do processo cognitivo que ocorre em resposta ao acontecimento traumático.

Assim, através das correlações existentes, podemos colocar a hipótese de que se na nossa amostra o estilo de ruminação intrusivo está mais associado aos sintomas de PPST do que ao CPT, pode mesmo ser improdutivo para o desenvolvimento do processo de crescimento (Stockton et al., 2011).

Por fim, a expressão emocional não apresenta correlações significativas com os sintomas de PPST. Este resultado pode relacionar-se com o estudo de Cordova et al. (2007), em que as mulheres que não discutem a experiência traumática com familiares e amigos tornam-se mais angustiadas e conseqüentemente com possíveis sintomas de PPST.

A nossa sétima hipótese foi parcialmente confirmada, sendo que os resultados revelam que existem correlações entre o CPT total e as suas dimensões com o PCL-C e os seus

sintomas mas são todas fracas e nem todas se revelam significativas. Acredita-se que os sintomas de PPST podem ser importantes do ponto de vista do sofrimento psíquico e servir de catalisador do CPT mas nos estudos de Chan et al. (2011), Salsman et al. (2009) e no estudo de Cordova et al., (2007), o PPST e o CPT não foram significativamente correlacionados. A literatura não tem sido unânime quanto a esta questão, mas é de salientar que no nosso estudo existem correlações significativas, ainda que fracas.

A nossa última hipótese também foi parcialmente confirmada: existe correlação fraca entre a idade e o CPT, nas duas amostras. Acrescenta-se que, a correlação é negativa entre o CPT e a idade, apenas no grupo de MCM, indicando que a menor idade está associada a maior CPT. Este resultado é congruente com os estudos de Cordova et al. (2007) e de Danhauer et al. (2013). Nas MSDO verifica-se o contrário, observando-se uma correlação positiva na qual quanto mais idade, mais CPT relatado. Este resultado leva-nos a pensar que as MCM sentem a sua doença como perturbadora e inesperada. Aliado ao facto de numa idade mais jovem o diagnóstico de cancro da mama ser menos consistente com a sua fase da vida comparativamente com mulheres mais idosas, podendo ser também mais agressivo e mortal (Cordova et al., 2007).

É também importante salientar que a possibilidade de ficar estéril com a quimioterapia prevê-se mais terrível numa mulher jovem do que numa mulher depois da menopausa (Ogden, 2004). Tendo igualmente em conta que a média de idades nas MCM é muito mais elevada do que nas MSDO este resultado leva-nos a considerar que a relação entre a idade e o CPT pode ser dependente do tipo de acontecimento experienciado, pelo que recomenda-se o estudo mais aprofundado da análise do CPT nos diversos tipos de trauma.

Em suma, destacamos a existência de CPT na nossa amostra, com maior prevalência nas MCM, sendo as crenças centrais a variável mais fortemente associada ao crescimento. Mais uma vez, referimos que a ausência de relação esperada entre CPT, estilos de ruminação e expressão emocional pode estar associada ao tempo decorrido entre o diagnóstico/acontecimento traumático e a avaliação efetuada.

Conclusão

O presente estudo teve como resultados que o CPT é superior em MCM em comparação com MSDO. A mudança de crenças centrais também se encontra mais elevada nas MCM, sendo positivamente correlacionada com o CPT. Já a ruminação, tanto a intrusiva como a deliberada, revela-se superior em MSDO. Quanto à expressão emocional é idêntica nas MCM e nas MSDO. Ao nível das correlações, a ruminação e a expressão emocional apresentam correlações fracas com o CPT.

O nosso estudo foi inovador e pertinente por ter comparado uma amostra de MCM e uma amostra de MSDO que tivessem vivido um acontecimento traumático num espaço de tempo determinado, testando um conjunto de variáveis que não tinha sido antes estudado na população portuguesa. Para além disso, foram avaliadas mudanças positivas após o diagnóstico de cancro da mama juntamente com as variáveis correspondentes ao processo cognitivo que ocorre imediatamente após o acontecimento traumático. Este facto permite-nos uma melhor compreensão do processo de crescimento individual e processamento da experiência traumática em MCM portuguesas, o que por sua vez, pode potenciar a identificação de áreas a explorar no acompanhamento psicológico individual que é fornecido a estas participantes nos hospitais onde são acompanhadas. A nossa amostra de MSDO foi constituída por mulheres muito diversificadas a vários níveis, entre os quais, a idade, o nível de escolaridade, o distrito de residência e o tipo de acontecimento traumático. Salienta-se que ao contrário dos outros estudos comparativos, a amostra do presente estudo não é constituída apenas por estudantes universitários mas por mulheres da população normativa portuguesa, sendo esta claramente uma mais-valia. Deste modo, os resultados demonstram a especificidade da população portuguesa, o que pode ser muito útil na prática clínica dos psicólogos que trabalham com pessoas que viveram acontecimentos traumáticos, proporcionando um acompanhamento mais eficaz e o possível processo de CPT.

Como limitações do nosso estudo apontamos: A amostragem de conveniência tanto nas MSDO como nas MCM; A diferença de idades em ambas as amostras, ou seja, a média de idades nas MCM e nas MSDO distancia-se cerca de 20 anos, sendo assim uma amostra muito heterogénea e este dado pode condicionar os resultados obtidos e as respetivas conclusões retiradas; O facto de as MSDO terem uma escolaridade mais elevada que as MCM, sendo que o questionário *online* determina que o preenchimento do mesmo tenha sido efetuado por participantes com facilidade de acesso e manuseamento das ferramentas *online*, o que poderá

justificar provavelmente as habilitações literárias superiores neste grupo; O estudo ser transversal e não longitudinal; A não contemplação de outros fatores preditores de CPT e que podem estar relacionados com o CPT mas que também podem condicionar o processo cognitivo (como por exemplo: fatores de personalidade, ambientais e sociais); E o período de cinco anos em ambas as amostras, pelo que não foi possível avaliar a manifestação das variáveis em mulheres com acontecimentos anteriores a esta data, ou seja, que ocorreram anteriormente a 2009. Também pode ser considerada uma limitação para o presente estudo a utilização do teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, a qual foi efetuada de acordo com os pressupostos estatísticos, uma vez que, ao ser um teste estatístico mais conservador e menos potente, há uma maior probabilidade de ocorrer o erro tipo II, ou seja, a probabilidade de não se rejeitar a hipótese nula, quando esta é falsa. Para contrapor esta limitação, sugere-se a realização de estudos com uma maior amostra em ambos os grupos de modo a potenciar a normalidade e homocedasticidade da amostra e permitir a utilização de testes paramétricos, os quais são mais potentes.

Para estudos futuros, recomenda-se a realização de estudos adicionais sobre CPT na população portuguesa, com especial ênfase nos estilos de ruminação e na expressão emocional, uma vez que estas variáveis apresentaram correlações fracas com o CPT.

Sugere-se também um estudo longitudinal de comparação entre MCM e MSDO. Por fim, sugere-se um estudo, ao nível do CPT, que compare outros tipos de trauma como por exemplo, pacientes com cancro da mama, pacientes com cancro do colo do útero e pacientes com fibromialgia, comparando os resultados entre mulheres com diferentes patologias mas também poderia ser interessante um estudo comparativo entre géneros, para os diversos tipos de trauma.

Referências

- Bulotienė, G., & Matuizienė, J. (2014). Posttraumatic stress in breast cancer patients. *Acta Médica Lituanica, 21*, 43-50.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R., Kilmer, R., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauser, S. (2010). The core beliefs inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress & Coping, 23*, 19-34.
- Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R., Triplett, K., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the event related rumination inventory. *Anxiety, Stress & Coping, 24*, 137-156.
- Chan, M., Ho, S., Tedeschi, R., & Leung, C. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 20*, 544-552.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study. *Health Psychology, 20*(3), 176-185.
- Cordova, M., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings, 14*, 308-319.

- Currier, J., Lisman, R., Harris, J., Tait, R., & Erbes, C. (2012). Cognitive processing of trauma and attitudes toward disclosure in the first six months after military deployment. *Journal of Clinical Psychology, 69*(3), 209-221.
- Danhauer, S., Case, L., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., & Triplett, K. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology, 22*(12), 1-15.
- Direcção-Geral de Saúde (2013). *Portugal – doenças oncológicas em números*. Disponível em:<http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013.aspx>.
- Espadinha, A., & Pinto, C. (2014). Sobreviventes de cancro: novos desafios em saúde. In M. Dias & E. Durá (Eds), *Territórios da psicológica oncológica*. (Vol. 2, pp. 239-263). Lisboa: Climepsi Editores.
- Graves, K., Schmidt, J., Bollmer, J., Fejfar, M., Langer, S., Blonder, L., & Andrykowski, M. (2005). Emotional expression and emotional recognition in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Psychology and Health, 20*(5), 579-595.
- Helgeson, V., Reynolds, K., & Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797-816.
- Ho, S., Chan, M., Yau, T., & Yeung, R. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among chinese breast cancer patients. *Psychology and Health, 26*, 269-285.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*(1), 30-34.

- Kahn, J., & Garrison, A. (2009). Emotional self-disclosure and emotional avoidance: relations with symptoms of depression and anxiety. *Journal of Counseling Psychology, 56*(4), 573-584.
- Kahn, J., & Hessling, R. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*, 41-65.
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women & Health, 52*, 503-516.
- Lieberman, M., & Goldstein, B. (2006). Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 160-168.
- 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*, 50-55.
- Pais Ribeiro, J. (1999). Aspectos metodológicos de uma investigação. In J. Pais-Ribeiro (Ed.). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (pp. 41- 65). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: Características psicométricas da versão portuguesa da posttraumatic stress disorder checklist – civilian version (PCL-C). *Revista portuguesa de saúde pública, 30*(1), 71-75.
- Maroco, J. (2007). Testes paramétricos para comparar populações a partir de amostras independentes. In J. Maroco (Ed). *Análise estatística com a utilização do spss* (pp. 133-209). Lisboa: Edições Sílabo.
- Laureano, R. (2011). Testes de hipóteses não-paramétricos. In R. Laureano (Ed.). *Testes de hipóteses com o spss* (pp. 95-165). Lisboa: Edições Sílabo.

Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health, 2*, 42-54.

Salsman, J., Segerstrom, S., Brechting, E., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology, 18*, 30-41.

Servaes, P., Vingerhoets, A., Vreugdenhil, G., Keuning, J., & Broekhuijsen, A. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine, 25(1)*, 23-27.

Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de *coping* enquanto factores de risco/protecção. *Revista portuguesa de saúde pública, 29*, 64-76.

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma, 16*, 323-340.

Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology, 21*, 409-418.

- 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. [Breast cancer and relational and personal development: Study of the psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Portuguese women]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105–133.
- Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 85-92.
- Taku, K., Calhoun, L., Cann, A., & Tedeschi, R. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies*, 32, 428-444.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

ANEXOS

Anexo A. Questionários: Investigação sobre Crescimento Pós-Traumático



INVESTIGAÇÃO SOBRE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação em Psicologia da Saúde, da responsabilidade da Dra. Catarina Ramos (ISPA – Instituto Universitário) e é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Este estudo pretende avaliar o crescimento pós-traumático após um acontecimento suficientemente perturbador, stressante, ou traumático.

Se em algum momento da sua vida, passou por uma situação traumática (*por exemplo: o diagnóstico e tratamento de uma doença do próprio ou de outrem; uma separação ou perda de alguém significativo; uma situação de desemprego; um acidente; um assalto; entre outros*), convido-o (a) a participar nesta fase da investigação, através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes.

Preencha o questionário apenas se passou por uma situação traumática, nos últimos 5 anos.

O questionário tem a duração aproximada de 15 minutos, com questões de escolha múltipla e de resposta curta. A sua participação no estudo termina após o preenchimento do questionário. Não será solicitada nenhuma ação adicional.

Assegura-se que todos os dados são totalmente confidenciais.

Esclarece-se que poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a investigadora responsável por e-mail: aramos@ispa.pt.

Muito obrigada pela sua participação!

(Esta primeira folha é para si. Retire-a e assine o consentimento informado, caso aceite participar.)

INVESTIGAÇÃO SOBRE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

Questionário sócio-demográfico

1. Data de Nascimento: ____/____/____ 1.1. Idade: _____
2. Género: Feminino Masculino
3. Nacionalidade: _____
4. Naturalidade: _____
5. Residência (Concelho): _____
6. Habilitações literárias completas:
- Sem escolaridade 4ª classe 6º ano 9º ano 2º ano
- Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento
- Outro _____
7. Situação Profissional:
- Activo Desempregado Reformado Outro _____
8. Profissão: _____
9. Estado Civil:
- Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo
10. Filhos: Sim____ Não____ Se sim, quantos? _____
11. Rendimento anual familiar:
- inferior a 10.000€ entre 10.001 e 20000€ entre 20.001 e 37.500€
- entre 37.501 e 70.000€ superior a 70.001€
12. Tem ou teve alguma doença física? Sim____ Não____
- 12.1. Se sim, foi uma doença oncológica? Sim____ Não____
- 12.2. Se respondeu **sim** na questão anterior, indique qual (quais):
- _____

13. Nos **últimos 5 anos**, considera ter ocorrido na sua vida um acontecimento significativamente negativo? (Por exemplo: doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, assalto, entre outros)

Sim___ Não___

13.1. Por favor, refira qual (quais) o (s) acontecimento (s) com forte impacto na sua vida, nos **últimos 5 anos**:

Morte de familiar/ amigo Doença grave de familiar/ amigo Acidente de viação

Doença grave do próprio Problemas na relação conjugal/ amorosa Desemprego

Problemas nas relações com os outros (ex. familiares, profissionais, sociais) Assalto

Divórcio/ Separação Situação de catástrofe (ex. guerra, incêndio, desastre natural)

Outro _____

13.2. Que nível de stress sentiu **no momento após** o(s) acontecimento(s) traumático(s)? (Escreva cada acontecimento e assinale com uma cruz (X) o algarismo que representa o nível de stress que sentiu no momento após cada acontecimento)

Nada Stressante	Quase nada stressante	Um pouco stressante	Moderadamente stressante	Muito stressante	Bastante stressante	Extremamente stressante
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6
	0	1	2	3	4	5	6

13.3. Dos acontecimentos que reportou indique, por favor qual o que teve maior impacto para a sua vida: _____

13. 4. Quanto ao acontecimento traumático, por favor, indique:

13.4.1. A data (mês, ano) em que ocorreu o acontecimento traumático.

13.4.2. O acontecimento que experimentou ou observou envolveu ameaça de morte, morte real, ferimento grave, ou ameaça à integridade física própria ou de outros? Sim_____ Não_____

13.4.3. A sua resposta ao acontecimento incluiu medo intenso, sensação de desamparo, ou horror? Sim_____ Não_____

De seguida, irá encontrar cinco questionários. Por favor, responda a TODAS as questões, enquanto mantém na memória o acontecimento traumático, que reportou acima, com maior impacto para si. Não existem respostas certas nem erradas.

PCL-C

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

Nada	Pouco	Moderado	Muito	Bastante
1	2	3	4	5

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

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida *desde que ocorreu o acontecimento traumático*. 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 do acontecimento
- 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado do acontecimento
- 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado do acontecimento
- 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado do acontecimento
- 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado do acontecimento
- 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento

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

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 reportou e indique, o quanto a levou a examinar seriamente cada uma das seguintes crenças centrais.

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

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

Pensamentos Relacionados com o Acontecimento

Parte 1

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, dão por si a ter pensamentos acerca do acontecimento, mesmo sem tentarem pensar nele. Indique, por favor, para os seguintes itens quantas vezes teve as experiências descritas, **durante as semanas imediatamente após** o acontecimento.

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3

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

Parte 2

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, passam tempo a pensar, de forma deliberada e intencional no acontecimento. Indique, por favor, quantas vezes passou tempo a pensar, de forma deliberada, nas questões abaixo indicadas, **durante as semanas imediatamente após** o acontecimento.

Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3

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

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo B. Consentimento Informado



INVESTIGAÇÃO SOBRE CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

No âmbito da presente investigação, desenvolvida na especialidade de Psicologia da Saúde, da responsabilidade da Dra. Catarina Ramos (ISPA – Instituto Universitário), declaro ter compreendido a explicação por escrito que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar, os seus objetivos e métodos. Além disso, foi-me informado acerca da total confidencialidade dos dados.

Pelo acima exposto, aceito participar na presente investigação.

Data: ___/___/___

(Assinatura do (a) participante)

(Assinatura da investigadora responsável)

Anexo C. Testes de Ajustamento à Distribuição Normal das Amostras

Hipóteses	Amostras	Médias	Normalidade		
			<i>Kolmogorov Smirnov</i>	<i>Skewness/Erro padrão Skewness</i>	
1	MSDO				
	PTGI total;	2.55 (<i>SD</i> = 0.96)	0.079; <i>Sig</i> = 0,022	- 1.02	
	Competências;	2.72 (<i>SD</i> = 0.10)	0.079; <i>Sig</i> = 0,023	- 1.17	
	Possibilidades;	2.63 (<i>SD</i> = 0.11)	0.092; <i>Sig</i> = 0,003	- 1.41	
	Relações;	2.48 (<i>SD</i> = 0.11)	0.082; <i>Sig</i> = 0,015	- 0.91	
	Espiritualidade.	2.18 (<i>SD</i> = 0.12)	0.100; <i>Sig</i> = 0,001	0.41	
	MCM				
	PTGI total;	3.29 (<i>SD</i> = 0.88)	0.107; <i>Sig</i> = 0.001	- 3	
	Competências;	3.56 (<i>SD</i> = 0.96)	0.131; <i>Sig</i> < 0.001	- 4.27	
	Possibilidades;	3.05 (<i>SD</i> = 0.11)	0.101; <i>Sig</i> = 0.002	- 1.92	
	Relações;	3.43 (<i>SD</i> = 0.10)	0.137; <i>Sig</i> < 0.001	- 4.51	
	Espiritualidade.	2.91 (<i>SD</i> = 0.13)	0.107; <i>Sig</i> = 0.001	- 1.87	
	2	MSDO	2.78 (<i>SD</i> = 0.85)	0.113; <i>Sig</i> < 0.001	- 3.59
		MCM	3.16 (<i>SD</i> = 0.10)	0.087; <i>Sig</i> = 0.017	- 3.02
3	MSDO	1.99 (<i>SD</i> = 0.07)	0.104; <i>Sig</i> < 0.001	- 2.70	
	MCM	1.23 (<i>SD</i> = 0.08)	0.121; <i>Sig</i> < 0.001	2.72	
4	MSDO	1.66 (<i>SD</i> = 0.05)	0.054; <i>Sig</i> = 0.20	- 0.24	
	MCM	1.37 (<i>SD</i> = 0.12)	0.175; <i>Sig</i> < 0.001	32.40	
5	MSDO	2.93 (<i>SD</i> = 0.05)	0.168; <i>Sig</i> < 0.001	19.83	
	MCM	2.97 (<i>SD</i> = 0.08)	0.068; <i>Sig</i> = 0.20	- 0.56	
	MSDO				
	PCL-C total	2.58 (<i>SD</i> = 0.08)	0.067; <i>Sig</i> = 0.095	2.25	
	Reexperianciar	2.66 (<i>SD</i> = 0.08)	0.082; <i>Sig</i> = 0.014	1.40	
	Evitamento	2.36 (<i>SD</i> = 0.08)	0.130; <i>Sig</i> < 0.001	3.50	
	Hiperactivação	2.80 (<i>SD</i> = 0.10)	0.090; <i>Sig</i> = 0.005	1.11	
	MCM				
	PCL-C total	2.36 (<i>SD</i> = 0.08)	0.111; <i>Sig</i> < 0.001	3.07	
	Reexperianciar	2.34 (<i>SD</i> = 0.09)	0.153; <i>Sig</i> < 0.001	3.34	
	Evitamento	2.10 (<i>SD</i> = 0.08)	0.146; <i>Sig</i> < 0.001	3.97	
	Hiperactivação	2.73 (<i>SD</i> = 0.10)	0.101; <i>Sig</i> = 0.002	1.73	

Anexo D. Testes *T* para Duas Amostras Independentes

Hipóteses	Resultados teste <i>t</i> para duas amostras independentes
1	PTGI total – <i>t</i> (279.87) = - 5.635; <i>Sig</i> < 0.001 Competências – <i>t</i> (279.99) = - 5.916; <i>Sig</i> < 0.001 Possibilidades – <i>t</i> (280) = - 2.828; <i>Sig</i> = 0.0025 Relações – <i>t</i> (279.92) = - 6.394; <i>Sig</i> < 0.001 Espiritualidade – <i>t</i> (280) = - 4.156; <i>Sig</i> < 0.001
2	Crenças centrais – <i>t</i> (280) = - 2.934; <i>Sig</i> = 0.002
3	Ruminação intrusiva – <i>t</i> (280) = 7.587; <i>Sig</i> < 0.001
4	Ruminação deliberada – <i>t</i> (280) = 2.259; <i>Sig</i> = 0.013
5	Expressão emocional – <i>t</i> (221.67) = - 0.469; <i>Sig</i> = 0.319