



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

O crescimento pós-traumático em pessoas com cancro e a influência de um Expert Companion no ajustamento psicossocial à doença

ANA FILIPA AFONSO DA SILVA TIRANO

Dissertação orientada por:

PROF. DOUTORA CATARINA RAMOS (ISPA – Instituto Universitário)

Seminário de Dissertação coordenado por:

PROF. DOUTORA ISABEL LEAL (ISPA – Instituto Universitário)

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Lisboa, 2020

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

Agradecimentos

A realização deste estudo foi possível devido ao apoio que me foi prestado por vários amigos, familiares, colegas e profissionais. Assim, queria agradecer muito a todos eles pela motivação que deram ao longo desta etapa.

Desde já, gostaria de agradecer à Professora Isabel Leal, coordenadora do seminário de dissertação, pela confiança, acompanhamento e disponibilidade demonstrada.

À professora Catarina Ramos, minha orientadora, agradeço a oportunidade de explorar este tema, a oportunidade de crescer pessoalmente com este projeto e, acima de tudo, pela motivação constante, o apoio e dedicação incansáveis. Este projeto foi o mais desafiante de todo o meu percurso escolar/académico, mas ao mesmo tempo o que mais me orgulho e isto não seria possível sem todo o apoio que me foi dado ao longo dos dois anos de percurso.

Mais uma vez tenho que agradecer às minhas colegas de trabalho: Joana Menezes, Inês Gonçalves, Patrícia Rodrigues, Teresa Mamede, Sofia Nunes, Ricardo Estrela e Cláudia Meira, por todo o apoio, orientação e momentos passados que me motivaram a terminar esta etapa da melhor maneira possível. Gostaria de agradecer com um carinho especial à Sónia Reis que durante todo o processo foi incansável em todos os aspetos, sejam eles profissionais e/ou pessoais. É um orgulho continuar a pertencer a esta equipa, que lidou comigo diariamente e que me transmitiram o seu conhecimento e experiência de forma inspiradora.

O meu sincero agradecimento às minhas colegas e amigas Diana Brecha e Beatriz Afonso, que se tornaram essenciais neste processo e no meu crescimento pessoal e profissional. Não esquecendo os meus amigos mais próximos por fazerem parte da minha vida há muitos anos, por contruírem de alguma forma para a pessoa que sou hoje, pelo apoio incansável em qualquer momento, sejam eles bons ou não. À minha melhor amiga Matilde Garcia, por toda a paciência em momentos cruciais, por ser um pilar fundamental na minha vida e um exemplo de profissional.

Sem dúvida nenhuma que nada disto era possível sem os meus pais, por me apoiarem e mostrarem o orgulho que têm em mim e, acima de tudo, desafiarem-me a trabalhar naquilo que eu mais me acredito. Aos meus irmãos, Duarte e Mariana. Ao Duarte por, sem que ele saiba, me motivar a ser sempre melhor e à minha irmã por ser amiga, responsável, me motivar a ser sempre a pessoa que sou, por ser a minha pessoa e a pessoa que mais orgulho tenho e que tenha o mesmo orgulho por mim.

A todos os meus familiares mais próximos, que são sempre incansáveis, um verdadeiro exemplo de vida, cada um à sua maneira. O meu agradecimento especial ao meu avô Fernando por todo o orgulho que demonstrou sempre e por me fazer perceber que a palavra cancro não significa fim, mas sim o significado e importância que damos à palavra. E à minha avó Olivia, por todo o carinho dado e por todo o conhecimento que transmitiu, e que nem imagina contribuiu para o meu crescimento pessoal, principalmente durante esta etapa (dela e minha).

Queria ainda agradecer ao meu namorado, Luís que foi a pessoa que mais me ouviu, que mais me aconselhou, que sempre mostrou o maior orgulho e que sempre acreditou que eu tinha um futuro enorme e que ia fazer a diferença, foi e será sempre fundamental.

Resumo

Objetivo: A presente investigação tem como principais objetivos: (a) compreender a associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais e o crescimento pós-traumático, (b) avaliar a intensidade da associação entre as variáveis, com o intuito de perceber a influência do tipo de apoio de um Expert Companion, consoante a gravidade da doença; (c) avaliar as relações entre as variáveis psicossociais, (e) e compreender se o facto de existir um expert companion durante a doença oncológica tem alguma influência no processo de crescimento pós-traumático.

Método: O presente estudo é transversal e correlacional. A amostra, resultante de uma mostragem não probabilística por conveniência, é constituída por 250 indivíduos ($M = 43,50$; $DP = 10,87$), 203 do sexo feminino (81,2%), que já tiveram ou têm diagnóstico de cancro. Foram utilizadas as seguintes escalas: O Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICPT); O Inventário de Crenças Centrais (ICC) ; O inventário de Expressão Emocional (*Distress Disclosure Index* – DDI); A Escala de Controlo Emocional de Courtauld (CEC); A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* - MSPSS). Com o objetivo de perceber de que forma é que a presença do expert companion teve influência no CPT, a amostra foi dividida em dois grupos (G1-sem expert companion; G2 – com expert companion).

Resultados: Foi possível verificar que as variáveis psicossociais se encontram correlacionadas significativamente com o CPT, que existe uma associação positiva e significativa entre a gravidade da situação e o tipo de apoio que um expert companion pode exercer ao longo do processo da doença oncológica e que a idade, a disrupção das crenças centrais, a expressão emocional, o suporte social que é fornecido e a presença de expert companion são variáveis preditoras de CPT.

Palavras-Chave: cancro, crescimento pós-traumático, disrupção das crenças, stress do acontecimento, expressão emocional, controlo emocional, suporte social, *expert companion*

Abstract

Objective: The present investigation has as main objectives: (a) to understand the association between sociodemographic and psychosocial variables and post-traumatic growth, (b) to measure the intensity of the association between the variables, in order to understand the influence of the type of support from an expert companion, depending on the severity of the disease; (c) assess the relationships between psychosocial variables; (e) and whether the fact that an expert companion exists during the oncological disease has any influence on the post-traumatic growth process.

Method: The present study is cross-sectional and correlational. The sample, resulting from a non-probabilistic sample for convenience, consists of 250 individuals ($M = 43.50$; $SD = 10.87$), 203 female (81.2%), who have had or are currently diagnosed with cancer. The following scales were used: The Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI); The Inventory of Central Beliefs (ICB); The inventory of Emotional Expression (Distress Disclosure Index - DDI); The Courtauld Emotional Control Scale (CEC); The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). In order to understand how the presence of the expert companion had an influence on the CPT, the sample was divided into two groups (G1-without expert companion ; G2 - with expert companion).

Result: It was possible to verify that the psychosocial variables are significantly correlated with PTG, that there is a positive and significant association between the severity of the situation and the type of support that an expert companion can offer throughout the oncological disease process and that age, the disruption in central beliefs, the emotional expression, the social support provided and the presence of an expert companion are predictive variables for PTG.

Keyword: cancer, post-traumatic growth, disruption of beliefs, emotional stress, emotional expression, emotional control, social support, expert companion

Índice

Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas.....	vii
Introdução.....	1
Estado de Arte.....	3
Cancro	3
Prevalência de Cancro em Portugal	3
Impacto Psicológico do Cancro	3
Crescimento Pós-Traumático no Cancro.....	5
Definição do crescimento pós-traumático.....	6
Modelo de CPT	9
<i>Expert Companion</i>	16
Objetivos	17
Método.....	18
Participantes.....	18
Material.....	18
Procedimentos	21
Resultados.....	21
Análise Estatística.....	21
Dados Sociodemográficos	22
Dados Clínicos	24
Correlações entre variáveis.....	26
Modelo explicativo de CPT.....	27
Diferenças entre grupos.....	31
Discussão.....	33
Limitações	38
Considerações Finais.....	39
Referências.....	41
Anexos	46

Lista de Figuras

Figura 1 - Uma revisão do Modelo do Crescimento Pós-Traumático, adaptado de (Tedeschi, R.; Shakespeare-Finch, J; Taku, K. & Calhoun, L., 2018).	11
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da Amostra (N=250)	23
Tabela 2 - Características Clínicas da Amostra (N=250).....	24
Tabela 3 - Média, Desvio Padrão, coeficiente de Cronbach e Correlações de Pearson	27
Tabela 4 - Modelo de Regressão Hierárquica – Modelo Final.....	28
Tabela 5 - Modelos de Regressão Hierárquica – Modelos Finais das diferentes variáveis dependentes	30
Tabela 6 - Comparação entre Grupos.....	32

Lista de Abreviaturas

CBI – Core Beliefs Inventory

CEC - Controlo Emocional de Courtauld

CPT – Crescimento Pós-Traumático

DDI – Distress Disclosure Index

DP – Desvio-Padrão

EE – Expressão Emocional

ICC – Inventário de Crenças Centrais

ICPT – Inventário de Crescimento Pós-Traumático

MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support

PTG – Posttraumatic Growth

PTGI – Posttraumatic Growth Inventory

VIF – Variance Inflation Factor

Introdução

O tema específico de crescimento pós-traumático (CPT) é relativamente novo. Foi publicado pela primeira vez em 1995 por Tedeschi e Calhoun. Em 2004, os mesmos autores discutiram o facto de há milhares de anos que existem histórias sobre mudanças positivas em indivíduos como resultado de sofrimento e angústia. O CPT corresponde a um conjunto de mudanças positivas que são percebidas pelo indivíduo após o confronto com determinado acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004). Existem diversos fatores que contribuem para o processo de desenvolvimento de CPT, tais como o processo cognitivo, que é desempenhado pela disrupção das crenças centrais e da reconstrução das mesmas e pela ruminação (intrusiva e deliberada), que empiricamente são considerados os principais preditores de CPT. Contudo, outros fatores poderão ser tidos em conta, tais como as características do indivíduo antes do momento traumático; as características que concernem ao momento em questão; as circunstâncias e recursos que estão disponíveis após o trauma; as competências emocionais e cognitivas do sujeito.

Assim, alguns dos objetivos da presente tese é avaliar as mudanças positivas que podem ocorrer na vida de alguém que experienciou um acontecimento stressante ou traumático como a doença oncológica e avaliar a potencial influência das variáveis psicossociais providenciado por uma pessoa próxima durante todo o processo que faz parte da doença. Seguindo esta linha de pensamento, ao longo da investigação o CPT é analisado através da nova revisão do modelo de crescimento após o trauma (Tedeschi & Calhoun, 2018).

A experiência de uma doença, como o cancro, pode ser entendido como um potencial trauma e, desta forma, tem um enorme impacto no funcionamento psicológico do indivíduo, contudo a vivência da doença oncológica pode conferir uma oportunidade de crescimento psicológico, ou seja, o indivíduo pode reavaliar e redefinir os seus objetivos de vida, descobrir novos significados, definir novas prioridades, adquirir uma maior apreciação pela vida, ter uma abertura a novas oportunidades, ganhar uma maior força pessoal, estabelecer melhores relacionamentos com os outros e, ainda, perceber mudanças a nível espiritual e/ou existencial (Cordova, et al.,2007).

O conceito de *expert companion* é ainda mais recente que o CPT. Este conceito foi referido por Tedeschi e Calhoun (2006), como sendo um facilitador do CPT. Este conceito é definido como uma pessoa que é informada sobre os processos deste fenómeno para que consiga orientar a vivência aos sobreviventes de trauma, considerando, onde é que o sujeito se encontra no processo de doença e providenciando o tipo de apoio que é adequado num certo momento

do processo, respeitando sempre o ritmo e estrutura cognitiva e emocional do sujeito. É uma pessoa que oferece tempo de reflexão, facilitando a autorrevelação de forma natural. A expressão emocional, surge no momento de análise da revisão do modelo de facilitação do CPT, ou seja, a exploração da ruminação intrusiva através da expressão emocional, ajuda a aumentar a sensação de controlo sobre o pensamento e articular esses pensamentos ajuda o processo de organização do próprio pensamento. Por fim, é importante referir que os *expert companion* podem ser: psicólogos, outros profissionais de saúde (p. ex. médicos, enfermeiros) amigos ou familiares (p. ex. cônjuge, filho/a).

No âmbito desta investigação, a amostra é de 250 indivíduos com nacionalidade portuguesa, que têm ou já tiveram sido diagnosticados com cancro, com idades superiores a 18 anos de idade.

A presente tese está distribuída em 3 secções fundamentais. A primeira diz respeito à introdução de temas, tais como a prevalência do cancro em Portugal; o impacto psicológico do cancro; a definição do conceito de crescimento pós-traumático (CPT); como se processa o CPT; que preditores estão envolvidos no CPT; definição do conceito de *expert companion*; tipos de intervenção no CPT. Esta secção termina com a exposição dos objetivos e hipóteses propostas na investigação. A segunda corresponde à associação da metodologia utilizada com a investigação, através da explicação dos procedimentos, participantes e instrumentos (ver anexos 2-5). Por fim, a presente dissertação de mestrado termina com uma discussão geral, compreendendo as limitações metodológicas e as sugestões para estudos futuros.

Estado de Arte

Cancro

Prevalência de Cancro em Portugal

A doença oncológica é uma das principais causas de morte a nível mundial e a segunda maior causa em Portugal. (REF) Ao longo dos últimos anos, tem existido um aumento regular da incidência do cancro no nosso país, a uma taxa de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento está associado ao envelhecimento da população, consequência do aumento da taxa de sucesso no tratamento tanto do cancro como de outras patologias, que aumentam a probabilidade de aparecimento de novas neoplasias (massas anormais de tecidos, cujo crescimento é excessivo, descontrolado e persistentes). Existe, também as modificações dos estilos de vida, que tem algum impacto na incidência de cancro. (REF)

Analisando o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2017) e, mais especificamente, a projeção da incidência e da mortalidade, podemos esperar que até 2035 os números vão aumentar contudo, a mortalidade não irá subir significativamente (ver anexo1).

Impacto Psicológico do Cancro

O diagnóstico de uma doença como o cancro, o qual pode ser percebido como um potencial trauma e ameaça à própria vida e ao bem-estar do individuo, tem um enorme impacto no funcionamento psicológico do individuo e das pessoas que o rodeiam, tanto a curto-prazo – após o diagnóstico – como a longo prazo – durante os tratamentos e mesmo após o término destes (Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010). Perturbações psicológicas como a depressão e a ansiedade são diagnósticos que podem ocorrer devido, segundo Penna (2004), à percepção da severidade dos sintomas, do impacto que este acontecimento nas várias áreas do sujeito, mas também do estigma que a própria palavra “cancro” acarreta, relativamente a este último ponto referido, a doença oncológica acabou por adquirir uma conotação de uma doença terrível e sem cura, que termina numa morte que engloba muito sofrimento e dor.

A experiência de um cancro pode ser traumática, determinando consequências para a vida posterior (Cordova, 2008). O impacto da doença oncológica não se limita apenas ao somático, esta vivência envolve uma diversidade de stressores. Tendo em conta as diversas fases do cancro (diagnóstico, tratamento, recuperação e sobrevivência a longo-prazo) é importante referir que todas contribuem para a morbilidade psicológica (Moyer, 2000 cit. Por,

Varela & Leal, 2004), explicada tanto pelo distúrbio de stress agudo como pelo distúrbio de pós-stress traumático (Gáldon & Perez, 2002).

No que concerne à fase da cirurgia, os autores Jacobsen, Roth e Holland (1998) recordaram que esta fase, pode ser invasiva, dolorosa e até modificar fisicamente partes do corpo do doente. Watson, M. & Kissane, D. (2011) acrescenta ainda, que enquanto recebem o tratamento, existem pessoas que são obrigadas a fazer uma pausa, ou mesmo desistir do trabalho, solicitam apoio para deficiências e experienciam isolamento social e a questão financeira acaba por criar alguma tensão. O individuo é afetado pela percepção individual do impacto da doença no próprio e, também, no seu plano de vida, contendo a percepção do mesmo acerca da sua competência em atingir objetivos futuros (Cardoso et al., 2009).

Um estudo canadiano validou a existência de sofrimento psicossocial significativo em 18% a 79% dos doentes oncológicos, que estão dependentes da fase em que a doença se encontra. Neste mesmo estudo, em doentes que se encontravam internados por motivos diferentes, esta prevalência de sofrimento psicossocial era cerca de 66% e, em doentes em ambulatório, a prevalência de sofrimento psicossocial era cerca de 30%. Este sofrimento relacionado com a doença oncológica é, em grande parte, adequado à situação e envolve mecanismos de adaptação (Cardoso et al., 2009).

Os inúmeros desafios inerentes às diferentes fases do ciclo psico-oncológico – diagnóstico, tratamentos, sobrevivência e fase paliativa – dão origem a diversas respostas (Patrão, 2007). No que concerne à adaptação ao diagnóstico, as reações psicológicas mais comuns, logo após o diagnóstico incluem o choque, a descrença e a negação. Passadas algumas semanas a ansiedade, a revolta, o stress, a raiva, a dúvida e a incerteza são as reações mais comuns. Já durante os tratamentos, a tristeza, a depressão, o desamparo e ainda a desesperança, são as reações que surgem com mais frequência. Após o término dos tratamentos surgem reações como o medo, a ansiedade, a vulnerabilidade e a imprevisibilidade acerca do futuro (Linley, Joseph & Goodfellow, 2008; Schroevers et al., 2010).

Apesar de, a maioria dos estudos serem centrados nas respostas à experiência de cancro, existe a clara evidência da relação entre o diagnóstico de uma doença grave e a percepção de mudanças positivas na esfera biopsicossocial do sujeito (Bellizzi & Blank, 2006). O diagnóstico pode ser súbito e muitas vezes inesperado, a doença e a fase de tratamento podem significar uma ameaça à sua vida e esta experiência pode levar ao surgimento de reações emocionais intensas de medo e de desamparo. Para além do que foi referido, relativamente à fase de diagnóstico, esta pode pôr em causa a percepção de controlo, segurança e previsibilidade

(Green, Epstein, Krupnick, & Rowland, 1997). A experiência da doença oncológica envolve inúmeras ameaças e fatores de stress. Iniciando com o deteção, recolha de informação e à fase em que se conhece o diagnóstico inicial, os indivíduos estão sobre um enorme stress à medida que tentam processar toda a informação médica recolhida de enorme complexidade e quando têm que tomar decisões sobre os tratamentos no contacto de emoções intensificadas (Stanton & Snider, 1993). Relativamente ao tratamento, este pode exigir muito esforço físico e emocional e poderá ter efeitos colaterais permanentes (p.ex. fadiga, alterações cognitivas). Estes fatores de stress poderão surgir ainda após o término dos tratamentos, isto porque os indivíduos têm lidar com o acompanhamento médico menos frequente e tentar retomar as suas atividades da rotina quotidiana habitual que mantinham antes do diagnóstico.

Todo o impacto psicológico e físico que a doença oncológica significa para o individuo traduz-se em diversos fatores de stress que acabam por definir esta experiência. Em dois estudos, mais de 60% dos pacientes com cancro de mama relataram que perceberam que o seu cancro era uma ameaça para o/a próprio/a e responderam com medo e desamparo (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001); e numa amostra heterogénea de pacientes com cancro, 33% são altamente sensíveis a diagnósticos para a Perturbação de Pós-Stress Traumático nos 10 anos seguintes (McGarvey et al., 1998). Devido à natureza potencialmente traumática da experiência de cancro, verifica-se um aumento da literatura sobre a presença de stress pós-traumático nesta população.

Crescimento Pós-Traumático no Cancro

Segundo os autores Everstine e Everstine (1993), quando um individuo é confrontado com um evento inesperado, ocorre um trauma psicológico ou emocional. Waites (1993), define o trauma como “uma ferida infligida contra a mente ou o corpo que exige uma reparação estrutural”. Este evento, classificado como traumático, pode conduzir a um desequilíbrio da vítima o que provoca sofrimento. Os eventos traumáticos alteram o sentimento de segurança e de autossuficiência dos indivíduos, ou seja, são acontecimentos que quebram os mecanismos de adaptação habituais, colocando o individuo em estado de alerta, com sensação de estar perante a uma situação de perigo.

Conforme os autores Calhoun e Tedeschi (1999) salientam, após o momento em que o individuo é confrontado com um evento traumático, podem ocorrer, por vezes, algumas mudanças positivas. Este tipo de crescimento psicológico pós-trauma, tem sido referido por pessoas que atravessam todo o tipo de tragédias, entre elas, serem confrontadas pelo diagnóstico

de uma doença oncológica (Stanton, 2006). Apesar de o facto de que muitas pessoas só experimentem consequências negativas, é aceite que um certo número de indivíduos possa vir a experimentar modificações positivas. Uma experiência traumática pode tornar-se o centro à volta do qual a pessoa reorganiza a vida e se sente motivado a reorientar os seus valores e objetivos (Fullerton & Ursano, 1997).

Definição do crescimento pós-traumático

O crescimento pós-traumático (CPT; *posttraumatic growth* [PTG]) é um conceito que foi desenvolvido por Richard Tedeschi e Lawrence Calhoun e apresentado pela primeira vez em 1995, em livro, e em 1996, através do artigo de validação do inventário para a avaliação do CPT (Inventário Crescimento Pós-Traumático; Posttraumatic Growth Inventory [PTGI]). Este conceito foi abordado por diversos autores, principalmente por pioneiros da teoria existencial (p. ex. Frankl, 1963; Maslow, 1954; Spiegel, 1993; Yalom, 1980). Contudo, é aproximadamente nos últimos 30 anos, este fenómeno tem sido estudado de modo sistemático e empírico (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000).

O CPT corresponde a um conjunto de mudanças positivas que são percecionadas pelo indivíduo como consequência dos esforços individuais utilizados no confronto com determinado acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004).

Estas mudanças positivas percebidas podem definir-se em cinco domínios díspares, que correspondem às cinco dimensões do PTGI: 1 – Relações Interpessoais (*Relating to others*) – o indivíduo aumenta a procura do seu suporte de apoio, para que consiga lidar com a perceção de stress, perda ou morte (Tedeschi & Calhoun, 1996), que poderá conduzir a uma melhor clareza das relações interpessoais, sendo que existem relações que se tornam mais próximas e outras relações que enfraquecem e/ou terminam (Tedeschi & Calhoun, 2004); 2 – Novas Possibilidades (*New Possibilities*) – que diz respeito à perceção de novas oportunidades nos diversos domínios da vida pessoal de cada indivíduo, ou seja, cada indivíduo desenvolve novas perspectivas de realização pessoal, que não existiam antes do trauma surgir (Tedeschi & Calhoun, 1996;2004); 3 – Competências Pessoais (*Personal Strenght*): o indivíduo passa a percecionar em si uma maior força individual para resolver futuros desafios e adversidades, desde que o indivíduo reconhece em si próprio capacidades pessoais para lidar com o acontecimento stressante (Tedeschi & Calhoun, 2004); 4 – Desenvolvimento Espiritual (*Spiritual Change*): Neste domínio existem uma perceção de maior abertura a questões religiosas e uma maior compreensão de assuntos espirituais. A fé numa entidade religiosa

fortalece-se após trauma, sendo utilizada como estratégico de coping (Tedeschi & Calhoun, 2004). Contudo, o confronto com o trauma pode clarificar e diminuir a crença espiritual ou religiosa; 5 – Valorização da Vida (*Appreciation of Life*): após o acontecimento traumático inesperado e consequente percepção de imprevisibilidade e vulnerabilidade, o indivíduo compreende que não é possível prever ou controlar os acontecimentos do dia-a-dia (Tedeschi & Calhoun, 2004), assim, ocorre uma mudança nas prioridades da vida, juntamente com um aumento da apreciação e da valorização dos diferentes momentos do quotidiano.

De acordo com o Modelo Transacional de Stress de Lazarus e Folkman (1987), após o confronto com um determinado acontecimento, o indivíduo realiza a avaliação primária e secundária em simultâneo. A avaliação primária diz respeito ao julgamento do impacto que o evento tem no bem-estar físico e psicológico do indivíduo a curto, médio ou longo-prazo. Por outro lado, a avaliação secundária, diz respeito ao cálculo estimado das capacidades físicas e mentais do sujeito para enfrentar o acontecimento, tendo em conta a gravidade já atribuída na primeira avaliação. Após as considerações, mais ou menos conscientes, o sujeito caracteriza o acontecimento como potencialmente desafiador, traumático e/ou stressante. Consoante a classificação do acontecimento, o indivíduo determina a quantidade de esforços que irá ser despendida para a gestão de stress e quais as estratégias de *coping* que serão desenvolvidas, sendo que estas estratégias podem ser focadas no problema ou nas emoções (Lazarus & Folkman, 1987). Deste modo, é necessário que o acontecimento seja analisado pelo indivíduo como suficientemente stressante ou traumático e para o qual não tem recursos pessoais para lidar com o mesmo, para que se possa desenvolver o crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006).

A vivência de cancro pode conferir uma oportunidade de crescimento psicológico, ou seja, o indivíduo quando confrontado com um acontecimento traumático, pode reavaliar e redefinir os seus objetivos de vida, descobrir novos significados, definir novas prioridades, adquirir uma maior apreciação pela vida, ter uma abertura a novas oportunidades, ganhar uma maior força pessoal, estabelecer melhores relacionamentos com os outros e, ainda, percecionar mudanças a nível espiritual e/ou existencial (Cordova, et al.,2007). É de destacar, que os efeitos positivos da doença oncológica, não ocorrem em todos os pacientes, nem em todas as fases do processo da doença (Kefferon, Grealley & Mutrie, 2009). Assim sendo, a suposição generalizada de que o trauma pode originar-se em perturbação não deve ser substituída por expectativas de que o crescimento é um resultado irremissível, sendo que a angústia e o crescimento pessoal, podem coexistir (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Existem algumas características que fazem parte da experiência da doença oncológica que podem proceder a oportunidades para o CPT. Segundo Watson, & Kissane, (2011), o cancro pode ser profundamente stressante, angustiante e perturbador, contudo também pode levar a que as pessoas reexaminem as suas prioridades, os seus relacionamentos e a si mesmas e acabam por experienciar um senso de crescimento pessoal e uma mudança positiva. Isto porque, em primeiro lugar, a ameaça que é representada pelo cancro – a morte – é orientada para o futuro (Watson, & Kissane, 2011). Torna-se efetivo que as pessoas com cancro se preocupem com a possibilidade de esta doença progredir e acabar por limitar a sua vida.

Em segundo lugar, a ideia de “vivemos para sempre” é interrompida por um longo período de tempo, pelo cancro e o seu tratamento. O doente oncológico pode renunciar ou adaptar-se a atividades usuais que fazem parte da doença, tais como: fadiga, náuseas, dor, stress financeiro ou stress emocional. Com o passar do tempo, os indivíduos são confrontados com a rotina “normal” e com a tomada de decisões sobre as partes da sua vida sobre os quais pretendem retomar, abandonar, alterar ou privilegiar de forma diferente (Watson, & Kissane, 2011), que mais uma vez podemos associar esta ideia a uma maior apreciação e significado de vida.

Em terceiro lugar, se pensarmos na doença oncológica e nos cuidados que os indivíduos necessitam, pensamos nos cuidados físicos, na assistência prática (eg. transporte para as consultas/tratamentos) e ainda, apoio emocional que normalmente são prestados pela rede de apoio, como amigos, familiares, etc., apesar disto Lepore (2001) afirma que enquanto alguns familiares compreendem e atendem a essas necessidades, é muito comum que os pacientes experienciem um afastamento social ou até mesmo uma rejeição mais evidente daqueles a quem recorrem como apoio. Ou seja, as experiências interpessoais positivas e/ou negativas podem levar a uma clarificação das relações – o paciente passa a ter uma noção mais clara das relações fortes e das relações que são mais fracas.

Por último, a doença oncológica confronta as pessoas com a mortalidade. Quando se considera a morte, muitos refletem sobre o significado da vida, o seu propósito no mundo, as suas crenças ou mesmo a falta dela na sua espiritualidade. Para grande parte destes indivíduos, estas considerações existenciais resultam numa maior apreciação da vida e um senso de espiritualidade mais forte ou então, mais clara. (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Resumindo, o cancro pode ser profundamente perturbador, angustiante e implicar muito stress, contudo também pode conduzir as pessoas a reexaminar as suas prioridades, os

relacionamentos e a si mesmas e acabar por experimentar um crescimento pessoal e um ou mais tipos de mudanças positivas.

Modelo de CPT

O modelo de CPT (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006) estabelece o processo de crescimento individual após o trauma, discriminando os fatores que determinam a gênese do CPT. Este processo é iniciado através de um acontecimento disruptor, suficientemente traumático e stressante para que sejam provocadas diversas reações cognitivas e emocionais de grande intensidade. A estrutura cognitiva previamente construída é ameaçada devido à natureza desafiante do acontecimento traumático e, conseqüentemente, a disrupção das crenças centrais (Cann et al., 2010; Tedeschi & Calhoun, 2004). As crenças centrais são definidas como um conjunto de pressupostos básicos sobre si mesmo, os outros e o mundo que lideram o comportamento do sujeito e que o orientam a esperar determinados comportamentos dos outros (Janoff-Bulman, 2004; 2006). Na presença da disrupção do mundo assumptivo, o indivíduo despende esforços emocionais e cognitivos para a reconstrução destas mesmas crenças desconstruídas em consequência do acontecimento percebido como traumático (Cann et al., 2010; Janoff-Bulman, 2006). É durante este processo de redefinição cognitiva que o indivíduo consegue ter a capacidade de perceber mudanças positivas na sua visão do mundo e das interações com os outros (Calhoun & Tedeschi, 2006). Logo, o stress que o acontecimento acarreta torna-se necessário para a disrupção do mundo assumptivo, contudo a reconstrução das crenças centrais, seguido da ruminação, de acordo com este modelo de CPT, acaba por ser o elemento que antecede o processo de transformação do indivíduo após o trauma (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Por conseguinte, o indivíduo vai envolver-se em pensamentos repetitivos sobre o acontecimento – ruminação. Sendo que esta ruminação poderá ser intrusiva ou deliberada. A ruminação intrusiva é caracterizada por pensamentos intrusivos, automáticos e predominantemente negativos. Relativamente à ruminação deliberada, esta define-se por pensamentos positivos, deliberados, voluntários e construtivos que ocorrem com o objetivo de atribuição de um significado para a experiência que o sujeito percebeu como traumático (Cann et al., 2010). O confronto com o evento traumático corresponde a um contexto de elevada intensidade emocional, e é neste meio que os pensamentos intrusivos surgem, sendo que os pensamentos deliberados ocorrem, possivelmente, mais tarde e quando o sujeito evidencia capacidades

emocionais e cognitivas para apreender as consequências da ruminação deliberada e atribuir significado ao trauma, o que por sua vez, prediz o CPT (Cann et al., 2011).

O processamento cognitivo, apesar de ser um elemento fundamental, não é o único fator que está na origem do CPT (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007). Existem outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de CPT, tais como, a importância do *distress* no contexto de processamento cognitivo, a personalidade existente anterior ao trauma, a expressão emocional acerca do acontecimento traumático, as estratégias de *coping*, a valorização das cognições após o trauma, o ambiente sociocultural e a interação social, etc. (Ramos, 2016).

Desde então, revisões acerca deste modelo têm vindo a aparecer, referindo-se explicitamente ao CPT. Contudo, as ideias centrais têm-se mantido constantes, desde a primeira versão formulada em 1995. A segunda versão do esquema pode ser encontrada em Calhoun e Tedeschi (1998b), uma terceira versão em Calhoun e Tedeschi (2006) e Tedeschi e Calhoun (2004b) e a versão mais recente, anterior à que se encontra apresentada esquematicamente em baixo, pode ser encontrada em Calhoun, Cann e Tedeschi (2010) e Calhoun e Tedeschi (2013). Estes modelos incluem nove componentes:

1. A pessoa pré-trauma - bem-estar moderado; esquema cognitivo base para o desenvolvimento após o trauma; estilo cognitivo complexo, ativo, aberto, esperançoso como características que permitem um movimento mais eficiente em direção ao CPT;
2. Evento Disruptivo sísmico – o que é traumático varia de pessoa para pessoa;
3. Desafios – para objetivos e crenças superiores e capacidades para gerir o sofrimento emocional, ou seja, definindo o que é “sísmico” para cada indivíduo;
4. Ruminação – mais automática e intrusiva que deliberada;
5. Sucesso do processo de *coping* – insatisfação de objetivos e crenças inalcançáveis; diminuição de stress emocional através de estratégias efetivas de regulação emocional;
6. Ruminação – mais deliberada que automática e intrusiva;
7. Suporte social – procura de conforto, esquemas novos, comportamentos de *coping* adaptativos representados através do “*expert companionship*”;
8. Crescimento pós-traumático – relativo a relação com os outros, novas possibilidades, força pessoal, mudança espiritual e apreciação da vida.
9. Algum sofrimento persistente ao trauma – que pode manter o foco na mudança e no crescimento.

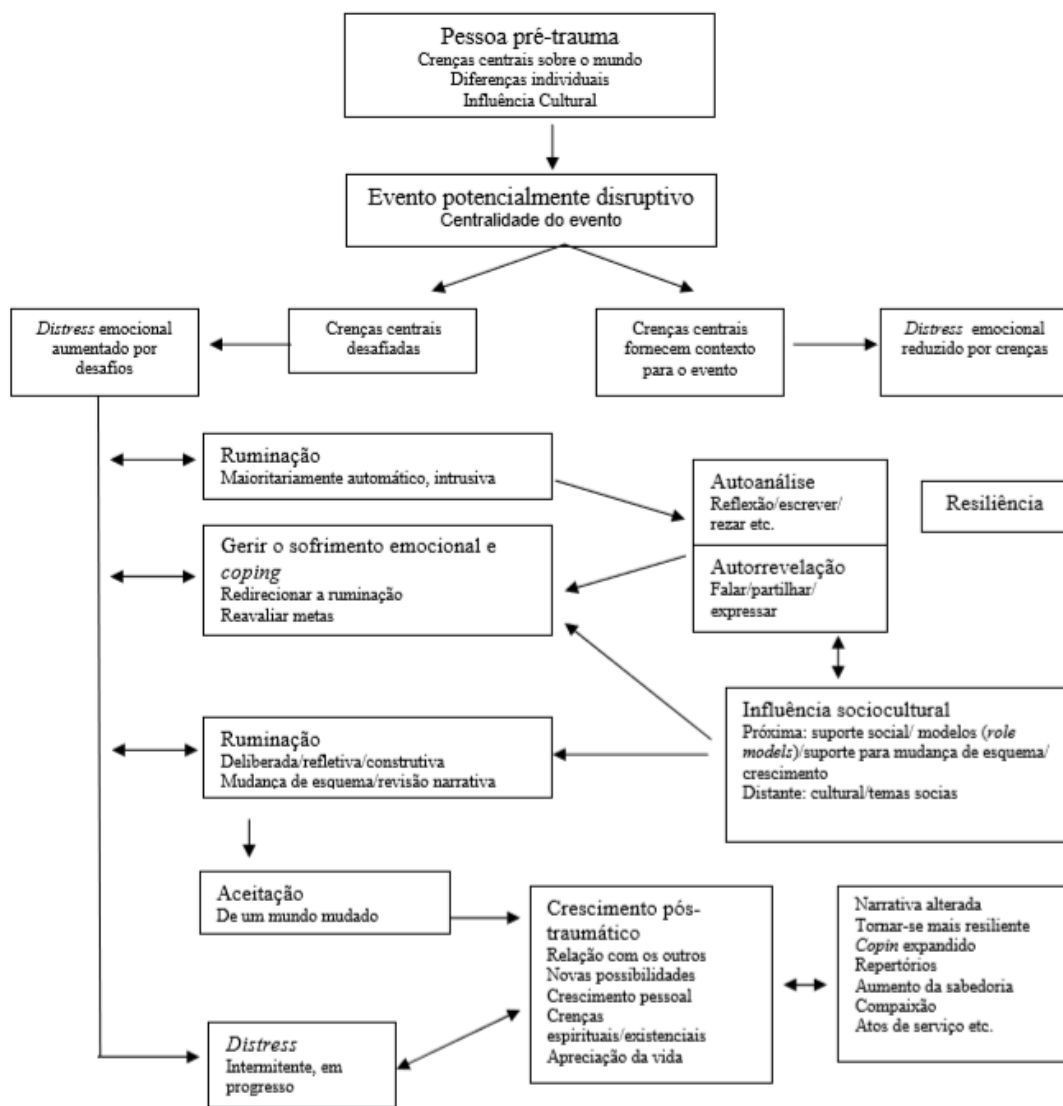


Figura 1. Modelo do Crescimento Pós-Traumático, adaptado de (Tedeschi, R.; Shakespeare-Finch, J; Taku, K. & Calhoun, L., 2018).

Esta última versão, representada esquematicamente acima (Fig.1), foi inspirada nas versões anteriores (Calhoun et al., 2010; Calhoun & Tedeschi, 2013), sendo que existem algumas diferenças. Em primeiro lugar, este modelo inclui os efeitos ou resultados do CPT, ou seja, um efeito indireto no CPT e um efeito direto de aceitação/sabedoria sobre o bem-estar (Tedeschi, ; Shakespeare-Finch,Taku, & Calhoun,, 2018). Esta versão, ilustra que o mesmo evento pode ter efeitos diferentes de pessoas para pessoas, isto é, o mesmo acontecimento pode desafiar e interromper as crenças centrais e objetivos de uma pessoa, levando a uma ruminação intrusiva, que por sua vez pode levar a uma ruminação deliberada, enquanto que este mesmo

evento pode não ter o mesmo efeito e assim, não acionar o CPT. Este modelo também clarifica os inúmeros papéis do sofrimento emocional no CPT e no bem-estar.

Tendo em conta o modelo teórico de Calhoun & Tedeschi (2004; 2006; 2018) acima referido, o crescimento pós-traumático acontece quando o impacto de um determinado acontecimento realiza um nível de stress disruptivo que acaba por perturbar o seu “mundo assumptivo” e questionar os seus princípios orientadores de vida. Este “mundo assumptivo” corresponde ao conjunto de crenças utilizadas pelo indivíduo para que consiga compreender e organizar a nova realidade, como funciona e como é que se insere nela (Janoff-Bulman, 2006).

Crenças centrais.

Em seguimento do acima exposto, as crenças centrais, estas são definidas como um conjunto de pressupostos básicos sobre si próprio, os outros e o mundo que guiam o comportamento do sujeito e que o orientam a esperar determinados comportamentos dos outros (Janoff-Bulman, 2004; 2006). Alguns autores defendiam que a disrupção de crenças centrais estaria positivamente associada à variável severidade do acontecimento traumático, ou seja, uma maior severidade do trauma associava-se a uma maior tendência para a mudança de crenças centrais (Taku et al., 2015). Contudo o que é defendido hoje em dia é que a disrupção de crenças centrais conduz ao crescimento pós-traumático, independentemente da severidade do acontecimento, isto porque, cada indivíduo percebe os acontecimentos de diferentes formas e atribui conotações diferentes aos mesmos (Cann et al., 2010).

Para além disso, na literatura, um número significativo de estudos empíricos tem vindo a surgir cada vez mais, tendo demonstrado uma relação direta entre o grau de disrupção das crenças centrais e a manifestação de CPT (p.ex. Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013; Su & Chen, 2014).

O diagnóstico de cancro pode representar um acontecimento traumático, na vida de uma pessoa e, desta forma, representar uma ameaça à sua vida e ter um impacto disruptivo sobre as crenças centrais (Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan, & Redd, 1995; Kangas, Henry, & Bryant, 2002). Dois dos estudos que avaliam o CPT e as crenças centrais em doentes com cancro, verifica-se a disrupção das crenças centrais como uma consequência da doença oncológica, que são os estudos de Cann et al. (2010) e Danhauer et al. (2013), sendo que somente no estudo de Cann et al. (2010) é que se verificou a ligação direta entre a disrupção das crenças centrais e do CPT.

Suporte social.

O suporte social é considerado como sendo capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, estando assim relacionado com bem-estar do sujeito (Rodriguez & Cohen, 1998). Trata-se de um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais. O suporte social pode ser providenciado por um familiar, conhecido, companheiro/a, cônjuge ou mesmo por um profissional médico. Um estudo de Uchitomi e Cols (2001), demonstrou que o apoio médico aumenta significativamente o “espírito de luta” e reduz o sofrimento psicológico em mulheres com cancro do pulmão.

O fator suporte social, pode influenciar o CPT em diversas formas, tais como: um fator de contexto pré-trauma e uma variável preditora, como um mediador ou como um resultado/desfecho (Tedeschi et al., 2018). Quando consideramos o suporte social como um fator de contexto pré-trauma e uma variável preditora, os autores defendem que o facto de o sujeito ter uma forte rede de suporte social antes do acontecimento traumático, é mais provável que ajude o sujeito a lidar de forma eficaz com esse mesmo acontecimento, e assim pode ou não aumentar diretamente o CPT. Em um estudo, onde o suporte social foi utilizado como variável preditora e que investigava o CPT em 164 sobreviventes de cancro colorretal, verificou-se a existência de correlações moderadas a fortes entre o suporte social e o CPT (Dong et al., 2017). Quando o suporte social é considerado como mediador entre variáveis de diferenças individuais e o CPT, Tedeschi e Calhoun (2018), acrescentam que o facto de ter alguém que pode promover o suporte construtivo pode apoiar no desenvolvimento de novos esquemas. Ou seja, quando as pessoas estão envolvidas na ruminação intrusiva e automática, o facto de partilhar esses pensamentos com outra pessoa da sua confiança, pode ajudar a olhar para as coisas de uma forma diferente, com mais esperança e de forma mais adaptativa. Logo, é importante que seja permitido ao sujeito que conte a sua história, para que consiga atribuir significados à mesma, sendo que o suporte social torna-se um fator que potencia a ocorrência do CPT (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Num estudo desenvolvido com indivíduos que sobreviveram a vários tipos de cancro, os resultados demonstraram a capacidade adaptativa positiva de ter outros sobreviventes de cancro como modelo (Morris, Shakespeare-Finch, & Scott, 2012). Tedeschi e colaboradores (2018) acrescentam que após vivenciar o momento traumático, o sujeito beneficia de estar envolvido num grupo de suporte ou ser capaz de conhecer novas pessoas que, caso a experiência não tivesse acontecido, não as teriam conhecido.

Expressão emocional.

Os mecanismos de ajustamento emocional à doença têm um papel de extrema importância no modo como o sujeito organiza e direciona o seu comportamento. Um ajustamento emocional que não seja eficaz pode ter algumas implicações ao nível emocional, cognitivo e comportamental e podem colocar em risco a adaptação do sujeito a situações de ativação emocional. A necessidade de expressão emocional aliada ao suporte social, leva a que, através do diálogo, o sujeito sinta que a sua história/experiência seja validada e compreendida pelo outro. Consequentemente, ao longo de tempo o indivíduo vai perceber que é capaz de aceitar a sua nova condição e irá investir num processo de reconstrução do seu autoconceito e da sua narrativa, redefinindo os seus objetivos e prioridades (Tedeschi & Calhoun, 2004).

À luz do modelo de crescimento pós-traumático de Tedeschi e Calhoun (2018), consegue-se perceber a importância da utilização de estratégias de ajustamento emocional positivas, sendo que um dos principais desafios do confronto com um acontecimento adverso é a gestão das emoções negativas. A forma como o indivíduo mobiliza os seus recursos e estratégias de ajustamento emocional mostra ter um impacto significativo na qualidade no processo de adaptação do sujeito a uma situação geradora de emoções negativas. Na doença oncológica, estudos indicam que a expressão das emoções negativas parece desempenhar um papel crucial na saúde física e mental destes pacientes (Giese-Davis, & Spiegel, 2003). Efetivamente, a utilização de estratégias mais positivas e ativas de regulação emocional (e.g., aceitação, colocar em perspetiva) parecem ser variáveis centrais no bem-estar e funcionamento individual, necessários para reorganização adaptativa após acontecimentos de vida negativos. Da mesma forma, o recurso a estratégias de regulação emocional mais negativas ou passivas (e.g., ruminação) parece estar associado a maiores dificuldades no processo de adaptação a acontecimentos de vida ameaçadores (Garnefski & Kraaij, 2007).

Diversos estudos têm comprovado, empiricamente, a associação positiva entre a tendência individual para a expressão emocional e o CPT (Cohen & Numa, 2011; Dong et al., 2015; Taku, Tedeschi et al., 2009; Yeung, Lu, Wong, & Huynh, 2015). 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).

Controlo Emocional.

A revisão de literatura demonstra a existência de uma controvérsia relativamente à atribuição de quais são as estratégias positivas e negativas no ajustamento após o início de tratamentos.

Estas estratégias podem ou não surgir em conjunto (Serra, 2002). Sendo que as estratégias focadas nas emoções são utilizadas com o propósito de reduzir a tensão emocional, como por exemplo, o controlo emocional. Por exemplo, investigações mostram uma tendência nas mulheres com cancro da mama de terem dificuldades na expressão de emoções negativas, mais especificamente a raiva. Existe também uma tendência para evitar problemas e conflitos, para o autossacrifício das suas necessidades em função dos outros (Hilakivi-Clarke et al., 1993). Quando este tipo de amostra é comparado com uma amostra de mulheres com patologia benigna, o controlo emocional e a racionalização estão presentes e existe uma tendência para manter relações interpessoais harmoniosas (Carlsson & Hamrin, 1994; Fernandez-Ballesteros & Garde, 1998; Ruiz et al., 1999). Por outro lado, as mulheres com cancro de mama que têm maior expressividade emocional, têm melhor ajustamento (Classen et al., 1996; Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Kodama, & Okawa, 2003).

O processo de ajustamento, por exemplo ao cancro da mama (Osowiecki, et al., 1999), demonstra que é dinâmico, no sentido em que a forma como a mulher lida com as diferentes exigências após a cirurgia pode ser uma e depois modificar-se, o que resulta na utilização de diferentes estratégias de *coping* nos mais diversos momentos do ciclo psico-oncológico.

Aliado a esta consequência, estes conceitos avaliados, fazem parte de um processo defensivo de repressão ou negação dos pensamentos e sentimentos perante estados emocionais intensivos, o que é algo difícil de ser avaliado. Por este mesmo motivo, mais investigações são necessárias, para que o conceito de controlo emocional seja esclarecido, tal como, a sua influência relativamente ao processo de CPT (Swan et al., 1992, cit. por Patrão, I., 2007).

Expert Companion

Um *Expert Companion* define-se com alguém próximo, seja familiar, cônjuge ou psicólogo que acompanha o indivíduo durante o período após trauma, num contexto de relação de escuta ativa, respeito, compreensão e não julgamento ou minimização.

É importante salientar que, para a maioria das pessoas o CPT ocorre sem existir uma intervenção profissional, e que é possível que possam existir outras pessoas na vida do sobrevivente de um trauma que forneçam o tipo de companhia que estimula este crescimento. Tedeschi e Calhoun (2006, cit. por Tedeschi & Calhoun, 2018) descreveram esta abordagem de facilitação de CPT como *expert companion*.

Os princípios básicos do *expert companion* sobrepõem-se, de certa forma, aos princípios de uma boa prática clínica, conforme amplamente descrito por Rogers (1957/2007) e pela teoria dos fatores comuns (Weinberger, 2014). Para além destes fundamentos base, existem ênfases específicos na prática terapêutica que são importantes no processo de facilitação do CPT através do *expert companion* (Calhoun & Tedeschi, 2013).

Sendo que, os sobreviventes de um determinado trauma são, muitas vezes, mistificados e assustados com as suas próprias respostas, o *expert companion* deve saber entender e explicar a fisiologia comum, que acontece depois de evento traumático.

Devido aos sobreviventes utilizarem a ruminação, os *expert companions* devem de ter a capacidade de ouvir histórias traumáticas de forma repetitiva. Pode levar muito tempo até o sujeito reconstruir as suas crenças centrais, logo, os *expert companions* habitualmente têm ser pacientes e ter a capacidade de considerar com cuidado as várias filosofias de vida que os sobreviventes do trauma podem estar a experienciar.

Em seguimento, devido aos sobreviventes terem, muitas vezes, experienciado eventos angustiantes, tanto para os próprios como para os ouvintes, os *expert companions* devem ter a coragem de divulgar e discutir coisas que podem vir a ser muito desconfortáveis. Sendo que isto pode ser feito num ambiente bastante emotivo, os *expert companions* deverão ter a capacidade de oferecer diversas maneiras de gerir estas emoções e de gerir as suas próprias respostas emocionais (Tedeschi et al., 2018).

Os *expert companions* utilizam o conhecimento dos processos CPT de forma a orientar a abordagem aos sobreviventes de trauma, reconhecendo, onde é que o sujeito se encontra no processo e providenciando o tipo de apoio que é adequado num certo momento do processo. Os *expert companions* têm de saber respeitar o ritmo e estrutura do sujeito, têm de também serem aptos para reconhecer quando é que os sujeitos estão prontos para tomar os passos no caminho

da transição (p.ex. movimento de ruminação intrusiva para ruminação deliberada). Os *expert companions* oferecem tempo de reflexão, nestes processos ao mesmo tempo que apreciam que estão a facilitar algo que pode ocorrer naturalmente no pós-trauma. Os *expert companion*, na jornada pós-trauma podem ser: psicólogos, outros profissionais de saúde (p. ex. médicos, enfermeiros) amigos ou familiares (p. ex. cônjuge, filho/a) (Tedeschi et al., 2018).

Objetivos

Nos últimos anos, vários investigadores têm conduzido alguns estudos com o objetivo de perceber o fenómeno do CPT e alguns estudos comparativos (Cordova et al., 2001; Silva, Moreira & Canavarro, 2011) demonstraram que os níveis de CPT são significativamente superiores em indivíduos sujeitos a uma situação traumática em comparação à população geral, sendo necessário um evento suficientemente disruptivo (e não necessariamente traumático) que permita desafiar as crenças individuais, crucial para que o crescimento ocorra (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tendo em conta a revisão de literatura acima referida e no baixo número de estudos que existem em Portugal, o principal objetivo desta investigação inicia-se por tentar perceber como os diferentes fatores podem estar associados ao processo de crescimento pós-traumático em pessoas que passaram ou passam por uma doença oncológica. Como objetivos específicos pretende-se (1) compreender a associação entre as variáveis sociodemográficas e psicossociais nos níveis de crescimento pós-traumático, (2) medir a intensidade da associação entre as variáveis, com o intuito de perceber a influência do tipo de apoio de um *Expert Companion*, consoante a gravidade da doença; (3) perceber se existem diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas, tentando compreender se existem essas diferenças têm influência no processo de CPT, (4) avaliar as relações entre as variáveis psicossociais, (5) e se o facto de existir um *expert companion* durante a doença oncológica tem alguma influência no processo de crescimento pós-traumático.

Método

Participantes

Para este estudo a amostra é de 250 participantes com diagnóstico de cancro, nas diversas fases (início dos tratamentos, durante os tratamentos, depois de terminar os tratamentos), sendo que inicialmente foram recolhidos 274 questionários, no entanto foi verificado que 24 dos questionários não estavam completos e, por essa razão, foram retirados da análise estatística. Os critérios de inclusão foram os seguintes: idade ser superior ou igual a 18 anos e ter, pelo menos, um diagnóstico de cancro. Para a comparação entre grupos a amostra foi dividida em dois grupos: G1 – grupo constituído por 28 participantes que não tiveram a presença de um *Expert Companion*; G2 – grupo constituído por 222 participantes que tiveram a presença de um *Expert Companion*.

Material

Dados Sociodemográficos e clínicos. O questionário sociodemográfico foi contruído, para obter informações relativas a características sociodemográficas (p. ex. idade, género, habilitações literárias, situação económica, estado civil, situação profissional e situação económica) e para obter informações relativas ao acontecimento traumático, a doença oncológica (p.ex. data do diagnóstico, se foi o primeiro diagnóstico, se existe ou existiu alguma doença física para além da doença oncológica, etc.).

Crescimento Pós-traumático. O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT; [Posttraumatic Growth Inventory – PTGI]; Tedeschi & Calhoun, 1996, Silva et al., 2009; Ramos, Leal, Marôco, & Tedeschi, 2016) avalia o grau de mudanças positivas percebidas após o confronto com um acontecimento adverso. O ICPT é um questionário de autopreenchimento, composto por 21 itens classificados em cinco dimensões: Relações Interpessoais; Novas Possibilidades; Competências Pessoais; Desenvolvimento Espiritual; e, por fim a Valorização da Vida. Este questionário apresenta uma escala de Likert de 6 pontos, de “0” - “Eu nunca experienciei esta mudança como resultado da minha doença” a “5” - “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença”. O somatório resultante dos itens corresponde ao CPT percebido, com uma pontuação de 0 a 105 pontos, sendo que quanto maior for o valor total, maior o CPT percebido (Silva et. al, 2009). Este inventário revelou uma

boa consistência interna, tendo apresentado um valor de alfa de *Cronbach* de 0,94, sendo que no presente estudo apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,91.

Crenças Centrais. O Inventário de Crenças Centrais (ICC) (Core Beliefs Inventory – CBI; Cann et al., 2010, versão portuguesa Ramos, Figueiras, Lopes, Leal & Tedeschi, 2016) é um instrumento de autopreenchimento que permite avaliar a disrupção de crenças centrais (p.ex. crenças religiosas, o sentido da vida, etc.), após um acontecimento traumático. Este inventário é constituído por 9 itens (p.ex. “Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca de como as outras pessoas pensam ou se comportam de determinada forma.” Ou “Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do meu valor enquanto pessoa.”). A avaliação é realizada numa escala de *Likert* de 6 pontos, onde o “0” corresponde a Nada, “1” a Muito Pouco, “2” a Pouco, o “3” a Moderadamente, “4” a Muito e, por fim, “5” a Bastante. A pontuação pode variar entre os 0 e os 45, sendo que, uma pontuação elevada indica uma tendência para a mudança de crenças centrais após o acontecimento traumático. Este inventário apresenta boas propriedades psicométricas para a população portuguesa (*alfa de Cronbach* = 0,85), sendo que no presente estudo apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,81.

Expressão Emocional. O inventário de Expressão Emocional (Distress Disclosure Index – DDI, Kahn & Hessling, 2001, versão portuguesa em adaptação, Ramos et al., 2019), foi utilizado com o objetivo de avaliar a tendência para a expressão emocional. É constituído por 12 itens numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que “1” equivale a Discordo Totalmente e “5” a Concordo Totalmente. Neste inventário a pontuação varia entre 12 a 60 pontos, sendo que uma elevada pontuação indica uma elevada tendência para a expressão emocional e uma baixa pontuação indica elevada tendência para a repressão emocional. Este inventário apresenta excelente consistência interna, com um valor de alfa de *Cronbach* de 0,93 (Kahn & Hessling, 2001). Cinco itens da escala *Opener Scale* (Miller, Archer, & Berg, 1983) foram utilizados para a avaliação do grau no qual o indivíduo expressa as emoções especificamente com o cônjuge, o amigo, ou alguém significativo para o indivíduo, através da instrução: “Os itens seguintes incluem uma variedade de temas que pode ter falado com pessoas próximas de si (ex. marido, amigos, familiares) no último mês. Por favor indique o quanto discutiu cada tema. Na última semana eu falei sobre:”. A avaliação é feita através de uma escala *Likert* de 5 pontos, em que “1” corresponde a Não falei de todo e “5” a Falei Completamente. A pontuação máxima é de

25 pontos e uma elevada pontuação indica uma maior tendência para debater ou partilhar com o cônjuge ou alguém significativo, pensamentos, sentimentos e emoções. Apresentando, também uma boa consistência interna de 0,83 (Gore et al., 2006), no presente estudo a consistência interna foi de 0,96.

Controlo Emocional. A Escala de Controlo Emocional de Courtauld (CEC; Watson & Greer, 1983), versão portuguesa de Patrão (2007)) é constituída por 21 itens (em que, os itens 4, 8, 11, 12 e 19 são itens de conversão invertida) que são agrupados em 3 subescalas que avaliam o grau de controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade, ou seja, o controlo de respostas afetivo-negativas. Trata-se de uma escala de resposta *Likert* de 4 pontos, sendo que o “1” corresponde a Quase nunca e o “4” a Quase sempre. O resultado total é calculado através da soma de todos os itens e o resultado para cada subescala é obtido através da soma dos itens correspondentes, sendo que as pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior controlo emocional. Esta escala evidencia boas qualidades psicométricas apresentando um coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0,91 (Patrão, 2007), sendo que no presente estudo apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,83.

Suporte Social. A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Anexo 3), que originalmente é designada por *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Zimet et al., (1988)) e, mais tarde, foi traduzida e adaptada para a população portuguesa (Carvalho, 2006). Esta é uma escala que tem como objetivo avaliar a percepção do suporte social. É composta por 12 itens, numa escala de *Likert* de 7 pontos, sendo que “1” corresponde a Discordo Totalmente e “7” a Concordo Totalmente, dos quais 4 avaliam o suporte social percebido com origem na família, outros 4 avaliam o suporte proveniente dos amigos, e os restantes 4 avaliam o suporte social percebido proveniente de outros significados (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Carvalho, 2011). Sendo que a amplitude de resposta pode variar entre os 12 e os 84 pontos. No estudo de validação da versão portuguesa, o estudo mostrou um alfa de *Cronbach* de 0,88, sendo que no presente estudo apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,87.

Procedimentos

O presente estudo apresenta um desenho de investigação transversal, descritivo e correlacional que inclui a avaliação das variáveis psicossociais. O recrutamento dos participantes iniciou-se no dia 05 de Fevereiro de 2019, finalizando a recolha de dados no dia 29 de Maio de 2019.

A amostragem é não probabilística por conveniência, do tipo bola de neve (Pais-Ribeiro, 2010). A recolha de dados foi efetuada através de um protocolo *online* e em papel e a divulgação do estudo foi através das redes sociais, por *e-mail* e por contactos pessoais. A divulgação começou por ser através das redes sociais e mais tarde, devido à falta de adesão ($n = 25$), foram entregues protocolos em mão ($n = 249$), através da rede de contactos pessoais da investigadora. Inicialmente, foi efectuada uma breve explicação dos objetivos e procedimentos do estudo (Anexo 1) e, posteriormente, foi entregue o consentimento informado para a participação voluntária na investigação (Anexo 4). Este consentimento teve como finalidade explicar os objetivos gerais da investigação, tendo sido destacado e garantido o anonimato e confidencialidade da informação recolhida.

Resultados

Análise Estatística

Quanto à análise estatística, em primeiro lugar foi realizada uma análise dos dados obtidos, no que diz respeito aos dados em falta, *outliers* e normalidade multivariada (Marôco, 2010^a). De seguida, foi efetuada a análise descritiva referente aos dados sociodemográficas, clínicas e, posteriormente, das variáveis psicossociais (totais e subescalas), avaliando a média, o desvio-padrão, assimetria e a curtose das escalas que foram avaliadas.

Foram avaliadas as correlações entre as variáveis psicossociais, de modo a avaliar a relação entre o crescimento pós-traumático e as restantes variáveis, nomeadamente, o suporte social, a expressão emocional, o controlo emocional. Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, *Spearman* e *V de Cramer* (Marôco, 2010).

Posteriormente foi efetuada a Regressão Linear Hierárquica com as variáveis que se encontravam correlacionadas significativamente com CPT, com o objectivo de elaborar um modelo explicativo de CPT. Seguidamente foi ajustado o modelo, verificada a significância do modelo da regressão linear (verificar se a variação da variável dependente é explicada significativamente pela variação das variáveis independentes como previsto pelo modelo

ajustado). De forma a perceber melhor qual o papel influenciador das variáveis psicossociais no CPT, foram realizadas outras cinco Regressões Lineares Múltiplas Hierárquicas, onde a variável que alterava era a dependente, ou seja, as cinco dimensões que caracterizam o CPT foram, por ordem, analisadas como variáveis dependentes. Foram então realizadas seis regressões lineares, no total. Para todos os modelos de regressão linear múltipla (CPT total como variável dependente e sub-escalas de IDPT como variáveis dependentes) foram seguidos os seguintes pressupostos: se os erros são aleatórios e independentes, ou seja, foi aplicado o teste de *Durbin – Watson* ($d \approx 2$); e foi testada a multicolinearidade, ou seja $VIF \leq 5$ (Marôco, 2010).

No encontro dos objetivos propostos nesta dissertação, de testar as diferenças entre grupos no CPT sem (G1) e com (G2) a presença de um *Expert Companion*, foi realizado o teste paramétrico ANOVA factorial (*one-way*). Para a realização deste teste, foi necessário ter em consideração os pressupostos dos testes paramétricos para amostras independentes, nomeadamente, verificar se a variável dependente apresentava distribuição normal (assimetria < 3 e curtose < 7) e o pressuposto da homogeneidade, para avaliar se as populações eram homogéneas, que se verifica através do teste de Levene ($p < 0,05$) (Maroco, 2011). Após a confirmação dos pressupostos, foi possível analisar se existem diferenças significativas entre os níveis das médias dos grupos (G1 e G2).

A análise estatística desenvolveu-se com recurso ao software estatístico – IBM SPSS versão 26.0, em que um valor de $p < 0,05$ será considerado ser estatisticamente significativo.

Dados Sociodemográficos

No que diz respeito às características sociodemográficas, apresentadas no quadro 1, a amostra é constituída, na sua maioria, por mulheres ($n = 203$; 81,2%) e com uma média de idades de 43,50 anos ($DP = 10,87$) (Min.= 20; Máx.= 64 sendo que as sub-regiões com maior número de participantes foi na Grande Lisboa ($n = 105$; 42,0%) e na zona de Sintra ($n = 76$; 30,4%)). Dos 250 participantes, a maioria frequentou o ensino superior, mais especificamente a licenciatura ($n = 89$; 35,6%) ou o Mestrado ($n = 50$; 20,0%). A amostra é maioritariamente casada ($n = 82$; 32,8%) e divorciada/separada ($n = 72$; 28,8%), sendo que, relativamente à situação profissional, a maioria das pessoas encontra-se ativa profissionalmente ($n = 155$; 62,0%) e com um rendimento anual familiar entre os 10.001 e os 20.000 euros ($n = 67$; 26,8%).

Quadro 1

Características Sociodemográficas da Amostra (N=250)

Variável	Total (N=250)	
	N	%
Idade (M, DP)	43,50	10,87
Género		
Feminino	203	81,2
Masculino	47	18,8
Nacionalidade		
Portuguesa	198	79,2
Outra	52	20,8
Residência		
Lisboa	105	42,0
Sintra	76	30,4
Oeiras	24	9,6
Porto	5	2,0
Setúbal	6	2,4
Outro	34	13,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	8	3,2
4ª Classe	11	4,4
6º Ano	11	4,4
9º Ano	23	9,2
12º Ano	46	18,4
Bacharelado	4	1,6
Licenciatura	89	35,6
Mestrado	50	20,0
Doutoramento	8	3,2
Situação Profissional		
Ativo/a	155	62,0
Desempregado/a	85	34,0
Reformado/a	10	4,0
Profissão		
Comercial	29	11,6
Gestor	25	10,0
Administrativo	34	13,6
Empregada Doméstica	20	8,0
Profissional de Saúde	33	13,2
Hotelaria/Turismo/Restauração	36	14,4
Técnico Especialista	43	17,2
Outros	30	12,0
Estado Civil		
Solteiro	42	16,8
Casado	82	32,8
União de facto	43	17,2
Divorciado	72	28,8
Viúvo	11	4,4

Relação Atual		
Não	34	13,6
Sim < 1 ano	48	19,2
Sim 1 a 3 anos	30	12,0
Sim 3 a 5 anos	36	14,4
Sim 5 a 7 anos	38	15,2
Sim 7 a 10 anos	24	9,6
Sim > 10 anos	40	16,0
Rendimento		
Inferior a 10.000 euros	61	24,4
Entre 10.001 e 20.000 euros	67	26,8
Entre 20.001 e 37.500 euros	49	19,6
Entre 37.501 e 70.000 euros	33	13,2
Não sei	40	16,0

Dados Clínicos

No que diz respeito às características clínicas da amostra, todos os participantes já iniciaram o tratamento, sendo que a grande parte da amostra teve o primeiro diagnóstico à menos de 1 ano ($n=109$; 43,6%) e o estágio que cancro mais frequente é o Estádio I ($n = 72$; 28,8%), sendo que o tratamento mais utilizado foi a cirurgia ($n = 207$; 82,8%) e a quimioterapia ($n = 121$; 48,4%) e ainda podemos observar que a maioria dos participantes encontra-se em vigilância ($n = 103$; 41,3%) ou em tratamento ($n = 98$; 39,2%), sendo que a maioria relata ter ou ter tido acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico ($n = 144$; 57,6%) e que, no momento do diagnóstico contou com um *expert companion* ($n = 220$; 88,9%). No quadro 2 é possível verificar todos os valores que correspondem às características clínicas.

Quadro 2

Características Clínicas da Amostra (N=250)

Variável	Total (N=250)	
	N	%
Data Diagnóstico		
Não sei	26	10,4
< 1 ano	109	43,6
1 a 3 anos	66	26,4
3 a 5 anos	20	8,0
5 a 7 anos	14	5,6
7 a 10 anos	10	4,0
> 10 anos	5	2,6

Estadio		
Estadio 0	65	26,0
Estadio I	72	28,8
Estadio II	49	19,6
Estadio II	32	12,8
Estadio IV	2	0,8
Não sei	30	12,0
Início do Tratamento		
Sim	250	100,0
Não	0	0
Tratamento		
Cirurgia	207	82,8
Quimioterapia	121	48,4
Radioterapia Externa	50	20,0
Radioterapia Interna	8	3,2
Terapia Hormonal	18	7,2
Imunoterapia	19	7,6
Transplante de Células Estaminais	3	1,2
Fase Atual		
Tratamento	98	39,2
Em vigilância	103	41,2
Alta médica	27	10,8
Remissão	22	8,8
1º Diagnóstico		
Sim	151	60,4
Não	99	39,6
Doença Física		
Nenhuma	41	16,4
Fibromialgia	48	19,2
Ataque Cardíaco	37	14,8
Hipertensão	41	16,4
Diabetes	43	17,2
Hipertensão + Diabetes	40	16,0
Doença Mental		
Nenhuma	48	19,2
Depressão	57	22,8
Perturbação de Ansiedade	74	29,6
Doença Bipolar	4	1,6
Perturbação de Ansiedade + Depressão	67	26,8
Acompanhamento		
Sim	144	57,6
Não	106	42,4
Expert Companion		
Sim	220	88,0
Não	30	30,0
Quem foi o seu <i>Expert Companion</i>		
Nenhum	28	11,2
Companheiro/a	97	38,8
Familiar	71	28,4
Amigo/a	20	8,0

Líder Espiritual	1	0,4
Psicólogo/a	18	7,2
Profissional de Saúde	5	2,0
Outro	10	4,0

A análise descritiva das variáveis psicossociais está descrita no quadro 3. Quanto à variável em estudo, os valores do total do CPT apresentam uma média de 3,17 ($DP = 0,72$), relativamente às crenças centrais, esta variável apresenta um valor total médio de 4,09 ($DP = 0,58$), em relação à expressão emocional, esta apresenta uma média de 3,82 ($DP = 0,86$) para a escala total, sendo que relativamente a *Opener Scale* da Expressão Emocional apresentou uma média de 1,18 ($DP = 0,34$), podemos ainda observar que relativamente controlo emocional, teve um valor médio de 2,08 ($DP = 0,48$) e, por fim, o suporte social apresentou uma média de 5,41 ($DP = 0,81$). No que diz respeito às subescalas, o controlo emocional da raiva, apresenta o menor valor ($M = 2,06$; $DP = 0,58$) e dimensão Outros Significantes o valor mais elevado ($M = 5,83$; $DP = 1,35$).

Correlações entre variáveis

Inicialmente foi testada a intensidade da associação entre a gravidade da situação e o tipo de apoio do *Expert Companion*, sendo que para isso, foi utilizado o teste de V de Cramer, sendo que para avaliar a gravidade da situação, utilizámos a variável “Estádio”. Tal como pode ser verificado na tabela 3, foi possível observar que é significativa e positiva a associação intensidade da gravidade da situação (Estádio) e o tipo de apoio que o *Expert Companion* exerceu/exerce ao longo do processo da doença oncológica ($V=-0,027$; $p \leq 0,001$).

Sendo que foi verificada a normalidade e homogeneidade das variáveis ($Sk < 3$; $Ku < 7$), utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r). Através da tabela 3, podemos constatar que todas as variáveis psicossociais estão significativamente associadas com o CPT, sendo que o apoio percebido do *Expert Companion* é a variável que se encontra mais fortemente correlacionada com o CPT ($r=0,87$; $p \leq 0,001$) e a *opener scale* da expressão emocional a menos correlacionada com o CPT ($r=0,23$; $p \leq 0,001$). É ainda possível verificar que, de todas as variáveis, o controlo emocional é a única variável que está correlacionado negativamente com a variável dependente ($r=-0,62$; $p \leq 0,001$), ou seja, quanto menor o controlo emocional, maior a perceção de CPT pelo individuo. Relativamente às restantes variáveis em estudo, as crenças centrais ($r=0,74$; $p \leq 0,001$), a expressão emocional ($r=0,60$; $p \leq 0,001$) e o suporte emocional ($r=0,83$; $p \leq 0,001$) encontram-se positiva e significativamente correlacionadas com o CPT.

É importante referir ainda que, todas as variáveis se encontram correlacionadas significativamente entre si, tirando a *opener scale* da variável expressão emocional que só apresenta valores significativos relativamente ao crescimento pós-traumático ($r=0,23$; $p\leq 0,001$), às crenças centrais ($r = 0,13$; $p=0,04$) ao suporte social ($r =0,20$; $p=0,002$).

Quadro 3

Média, Desvio Padrão, coeficiente de Cronbach e Correlações de Pearson

Variáveis	α	M	DP	2	3	4	5	6	7
1. Crescimento Pós-Traumático	0,91	3,17	0,72	0,74***	0,60***	0,23***	-0,62***	0,83***	0,87***
2. Crenças Centrais	0,81	4,09	0,58	—	0,46***	0,13*	-0,47***	0,74***	0,70***
3. Expressão Emocional	0,96	3,82	0,86		—	0,08	-0,80***	0,53***	0,54***
4. <i>Opener Scale</i> – Expressão Emocional	0,41	1,18	0,34			—	-0,12	0,20**	0,14
5. Controlo Emocional	0,83	2,08	0,48				—	-0,59***	-0,60***
6. Suporte Social	0,87	5,41	0,81					—	0,83***
7. <i>Expert Companion</i>	0,93	3,18	1,20						—

Nota. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$; $\alpha =$ *alpha* de Cronbach; M = Média; DP = Desvio padrão.

Modelo explicativo de CPT

Com o objetivo de avaliar as relações entre as variáveis em estudo, foi utilizado o teste da Regressão Linear Múltipla Hierárquica, de forma a testar a relação preditora das variáveis independentes (idade, género, crenças centrais, expressão emocional, controlo emocional, suporte social e *expert companion*) e a variável dependente (CPT).

Para a realização deste primeiro modelo, no passo 1, utilizámos a variável idade como variável independente, no passo 2 foram incluídas as variáveis crenças centrais, expressão emocional e suporte social. No último passo, incluímos a variável *expert companion*. Nesta regressão hierárquica a variável dependente foi o CPT (valor total).

Como se pode observar no quadro 4, o modelo final foi significativo ($F(5,244)=224,35$; $p\leq 0,001$). Sendo que, neste modelo as variáveis: idade ($\beta=-0,081$; $p=0,004$), crenças centrais ($\beta=0,165$; $p\leq 0,001$), expressão emocional ($\beta=0,127$; $p\leq 0,001$), suporte social ($\beta=0,229$; $p\leq 0,001$) e *Expert Companion* ($\beta=0,486$; $p\leq 0,001$) foram predictoras significativas do

modelo. Este modelo explicou uma variância muito elevada de CPT (R^2 ajustado= 82%) (Marôco, 2011).

Quadro 4

Modelo de Regressão Hierárquica – Modelo Final

Variáveis/Modelos	B	β	<i>p-value</i>	<i>F</i>	(gl.)	R^2_{ajust}	ΔR^2
Modelo 1			0,010	6,74	(1,248)	0,023	0,026
Idade	-0,011	-0,163	0,010				
Modelo 2			$\leq 0,001$	188,25	(4,245)	0,751	0,728
Idade	-0,004	-0,058	0,075				
Crenças Centrais	0,314	0,252	$\leq 0,001$				
Expressão Emocional	0,159	0,190	$\leq 0,001$				
Suporte Social	0,477	0,537	$\leq 0,001$				
Modelo 3			$\leq 0,001$	224,35	(5,244)	0,818	0,067
Idade	-0,005	-0,081	0,004				
Crenças Centrais	0,206	0,165	$\leq 0,001$				
Expressão Emocional	0,106	0,127	$\leq 0,001$				
Suporte Social	0,203	0,229	$\leq 0,001$				
<i>Expert Companion</i>	0,291	0,486	$\leq 0,001$				

Nesta dissertação, o questionário utilizado para avaliar o CPT é composto por 21 itens, agrupados em 5 dimensões (relações interpessoais, novas possibilidades, competências pessoais, desenvolvimento espiritual e valorização da vida). Com o objetivo de perceber, mais pormenorizadamente, o valor preditivo das variáveis independentes na perceção do CPT, foram realizadas 5 novas regressões, sendo que a única alteração é a variável dependente.

Neste sentido e como se pode observar no quadro 5, tendo como variável dependente a variável das relações interpessoais, o modelo foi significativo ($F(2,247)=159,62$; $p \leq 0,001$), sendo que as variáveis independentes expressão emocional ($\beta=0,31$; $p \leq 0,001$) e o *Expert*

Companion ($\beta=0,54$; $p\leq 0,001$) foram preditoras deste modelo, sendo que explica 56% da variável dependente ($R^2_{ajust} = 0,56$).

Na regressão hierárquica, em que a variável “Novas Possibilidades” foi incluída como variável dependente, o modelo foi significativo ($F(2,246) = 135,87$; $p\leq 0,001$). Neste modelo, podemos constatar que as variáveis preditoras são a idade ($\beta=-0,21$; $p\leq 0,001$), o suporte social ($\beta=0,28$; $p\leq 0,001$) e o *Expert Companion* ($\beta=0,49$; $p\leq 0,001$). Este modelo explicou uma variância muito elevada da variável dependente (R^2 ajustado= 62%) (Marôco, 2011).

Relativamente à terceira dimensão, utilizada como variável dependente, o modelo foi significativo ($F(3,246)= 167,37$; $p\leq 0,001$), sendo que as variáveis preditoras foram: crenças centrais ($\beta=0,31$; $p\leq 0,001$); o suporte social ($\beta=0,17$; $p=0,02$); e a variável *Expert Companion* ($\beta=0,42$; $p\leq 0,001$). Sendo que este modelo uma variância elevada da variável dependente ($R^2_{ajust} = 67\%$).

Na seguinte regressão, podemos observar que a variável dependente utilizada foi o desenvolvimento espiritual, sendo que o modelo foi significativo ($F(3,246)= 73,39$; $p\leq 0,001$). Através deste modelo, observamos que as variáveis Idade ($\beta=0,28$; $p\leq 0,001$), crenças centrais ($\beta=0,40$; $p\leq 0,001$) e *Expert Companion* ($\beta=0,29$; $p\leq 0,001$), são variáveis preditoras da variável dependente em estudo e que este modelo explica uma variância moderada ($R^2_{ajust} = 48\%$) da variável dependente.

Por fim, utilizamos como variável dependente a Valorização da Vida. Todos os modelos desta regressão, mostraram ser significativos, no entanto, através do critério do R^2_{ajust} , o Modelo 3 foi selecionado ($F(3,246)= 166,57$; $p\leq 0,001$), sendo que este modelo explicou uma variância moderada da variável dependente “Valorização da Vida” (R^2 ajustado= 67%) (Marôco, 2011). Podemos ainda constatar que as variáveis preditoras deste modelo são: a idade ($\beta=-0,34$; $p\leq 0,001$), o suporte social ($\beta=0,27$; $p\leq 0,001$) e o *Expert Companion* ($\beta=0,46$; $p\leq 0,001$).

Nos anexos (6-10) é possível observar mais informação sobre os restantes modelos de cada regressão hierárquica acima indicadas.

Quadro 5

Modelos de Regressão Hierárquica – Modelos Finais das Diferentes Variáveis Dependentes

Variáveis/Modelos	B	β .	<i>p-value</i>	<i>F</i>	(gl.)	R^2_{ajust}	ΔR^2
<i>Relações Interpessoais</i>			$\leq 0,001$	159,62	(2,247)	0,560	0,564
Expressão Emocional	0,265	0,307	$\leq 0,001$				
<i>Expert Companion</i>	0,332	0,538	$\leq 0,001$				
<i>Novas Possibilidades</i>			$\leq 0,001$	135,87	(3,246)	0,619	0,624
Idade	-0,016	-0,208	$\leq 0,001$				
Suporte Social	0,290	0,281	$\leq 0,001$				
<i>Expert Companion</i>	0,342	0,491	$\leq 0,001$				
<i>Competências Pessoais</i>			$\leq 0,001$	167,37	(3,246)	0,667	0,671
Crenças Centrais	0,526	0,308	$\leq 0,001$				
Suporte Social	0,205	0,169	0,018				
<i>Expert Companion</i>	0,342	0,417	$\leq 0,001$				
<i>Desenvolvimento Espiritual</i>			$\leq 0,001$	73,39	(3,246)	0,477	0,472
Idade	0,027	0,278	$\leq 0,001$				
Crenças Centrais	0,737	0,407	$\leq 0,001$				
<i>Expert Companion</i>	0,255	0,293	$\leq 0,001$				
<i>Valorização da Vida</i>			$\leq 0,001$	166,57	(3,246)	0,666	0,670
Idade	-0,031	-0,343	$\leq 0,001$				
Suporte Social	0,338	0,275	$\leq 0,001$				
<i>Expert Companion</i>	0,384	0,463	$\leq 0,001$				

Diferenças entre grupos

No âmbito da ANOVA, foram confirmados os pressupostos, nomeadamente, a amostra apresentou distribuição normal para todas as variáveis ($Sk < 3$; $Ku < 7$) e, no que concerne à homogeneidade das variâncias, verificou-se a homogeneidade para todas as variáveis, através do Teste de Levene ($p \leq 0,05$).

Os resultados da ANOVA unifatorial (Quadro 6) revelam que existiriam diferenças significativas entre os grupos para as seguintes variáveis: (1) Crescimento Pós-Traumático ($F(1,248)=1321,98$; $p \leq 0,001$), sendo que o grupo que indica que não teve um *Expert Companion* (G1) apresenta uma média mais baixa ($M = 1,31$; $DP = 0,07$) comparativamente com o grupo de participantes que indicou que teve um *Expert Companion* (G2) ($M = 3,40$; $p \leq 0,001$). Relativamente às dimensões que fazem parte do IDPT: (a) Relações Interpessoais ($F(1,248)= 319,09$; $p \leq 0,001$), sendo que G2 apresentou médias mais elevadas ($M = 3,13$; $DP = 0,03$), comparativamente com G1; (b) Novas Possibilidades ($F(1,248)=357,01$; $p \leq 0,001$), sendo que o G2 apresenta, novamente, médias mais elevadas ($M = 3,21$; $DP = 0,04$) ao comparar com G1 ($M = 1,18$; $DP = 0,11$); (c) Competências Pessoais ($F(1,248)=542,98$; $p \leq 0,001$), sendo que G2 apresenta média mais alta ($M = 3,83$; $DP = 0,04$) em comparação com G1 ($M = 1,25$; $DP = 0,11$); (d) Desenvolvimento Espiritual ($F(1, 248)=147,23$; $p \leq 0,001$) demonstrou média mais elevado no G2 ($M = 4,14$; $DP = 0,05$), ao comparar com G1 ($M = 2,13$; $DP = 0,22$); (e) Valorização da Vida ($F(1,248)= 311,41$; $p \leq 0,001$), indica que a média do G2 ($M = 3,27$; $DP = 0,05$) é superior à média do G1 ($M = 0,92$; $DP = 0,09$).

Quadro 6

Comparação Entre Grupos

Variável	G1 (Sem <i>Expert Companion</i>) (n = 28)		G2 (Com <i>Expert Companion</i>) (n = 222)		ANOVA unifatorial	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> (1,248)	<i>p</i>
Crescimento Pós-Traumático	1,31	0,07	3,40	0,02	1321,98	≤0,001
Relações Interpessoais	1,37	0,08	3,13	0,03	319,09	≤0,001
Novas Possibilidades	1,18	0,11	3,21	0,04	357,01	≤0,001
Competências Pessoais	1,25	0,11	3,83	0,04	542,98	≤0,001
Desenvolvimento	2,13	0,22	4,14	0,05	147,23	≤0,001
Espiritual						
Valorização da Vida	0,92	0,09	3,27	0,05	311,41	≤0,001

Discussão

O CPT é um processo dinâmico, que depende de inúmeros fatores e da sua interação entre eles, o que torna complexo de ser avaliado. Segundo Calhoun e Tedeschi (2013), o desenvolvimento de CPT é um processo que depende, por exemplo, das características do sujeito pré-trauma, do acontecimento e de fatores socioculturais. As competências que o sujeito adquire ou desenvolve após a situação traumática, são de extrema relevância para o ajustamento psicossocial à situação traumática. Após o surgimento do primeiro livro sobre o CPT, tem sido dada uma maior importância ao processo de facilitação e na integração através de modelos de tratamento do trauma, em vez da introdução de um novo tipo de terapia (Tedeschi & Calhoun, 2018), surgindo assim o conceito de *Expert Companion*.

Os objetivos centrais desta dissertação foram de avaliar a influência das variáveis psicossociais e compreender o seu papel facilitador no desenvolvimento do CPT através de um modelo explicativo utilizando as seguintes variáveis: crenças centrais, expressão emocional, controlo emocional, suporte social e *Expert Companion*. Por fim, foi proposto compreender se a presença de um *Expert Companion* durante todo o processo da doença oncológica tem influência no CPT.

Através dos resultados obtidos, foi possível observar associações entre todas as variáveis em estudo. A disrupção de crenças centrais após um momento traumático, tal como o diagnóstico de um cancro, desempenha um papel fundamental no CPT, conforme se pode confirmar com a associação significativa entre crenças centrais e CPT, encontrada no presente estudo. Estudos empíricos têm demonstrado associações positivas entre as crenças centrais e o CPT (p.ex. Cann et al., 2010), embora a força desta associação possa variar dependendo das características do indivíduo e da gravidade da situação.

A expressão emocional demonstrou estar significativamente associada com o processo de CPT, nesta amostra de doentes com cancro, o que vai ao encontro da literatura. A expressão emocional tem vindo a ser estudada através da compreensão dos seus efeitos na saúde mental e física bem como o seu potencial preditor do CPT. Por exemplo, em casos onde os indivíduos passaram por acidentes graves, aqueles que expressaram as suas emoções sobre o evento demonstraram níveis mais elevados de CPT, em comparação com os restantes (Dong, Gong, Jiang, Deng, & Lui, 2015). É importante salientar ainda que a expressão emocional pode afetar o processo cognitivo, o qual, como referido anteriormente, desempenha um papel fundamental no CPT. Tal como o modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018) sugere, a expressão emocional pode alterar as características do pensamento ruminativo (substituição de ruminação automática

e intrusiva, para deliberada e refletida), levando ao indivíduo a redefinir os seus objetivos de vida. No entanto, a expressão emocional pode ter impacto noutros fatores que podem levar a um possível crescimento individual, tal como, o processamento cognitivo ou a perceção do suporte social. É possível, então, que a expressão emocional tenha maior probabilidade de ter efeito a longo prazo do que a curto prazo, na experiência do CPT (Tedeschi et al.,2018). Dado que a maioria dos participantes desta investigação, teve o primeiro diagnóstico em menos de um ano, pode justificar o facto de esta variável ter demonstrado a associação menos forte ao CPT, apesar de significativa.

Segundo o modelo utilizado como base nesta investigação, o suporte social pode influenciar o CPT de várias maneiras: como um fator pré-traumático e variável preditora; como mediador; ou como um resultado. Sattler, Boyd, e Kirsch (2014), descobriram que a prevenção do suporte emocional era um preditor significativo de crescimento em bombeiros expostos a um evento potencialmente traumático. Adicionalmente, Yu e colegas (2014), descobriram que as perceções estavam correlacionadas com o CPT em mulheres que lutavam contra a infertilidade. No que diz respeito ao suporte social como mediador, foram realizados estudos onde mostram impacto significativo de receber este tipo de apoio emocional no CPT (p. ex. Dirick, & Karanci, 2008; Tallman, Shaw, Schultz, & Altmaier, 2010). Por último, existem autores que demonstraram que aqueles que não só revelaram as experiências traumáticas como também percecionaram as reações do suporte envolvente, relataram níveis de CPT superiores aos que experienciaram reações negativas às suas emoções (Taku, Tedeschi, Cann, & Calhoun, 2009). Nesta investigação, foi avaliado o apoio percebido, potenciado por uma pessoa próxima da rede social e confirmou-se que a perceção do apoio recebido por um *expert companion* foi a variável mais associada ao CPT. Através do modelo explicativo, podemos observar que o conceito de *expert companion* está intimamente ligado com as variáveis preditivas do CPT.

Após o momento disruptivo, o sujeito pode levar muito tempo até reconstruir as suas crenças centrais, o que leva a um *expert companion* ter capacidade de ouvir a mesma história durante o tempo que for preciso e, ao mesmo tempo, a capacidade de respeitar as várias filosofias de vida. Outra característica do *expert companion* é ter a capacidade de disponibilizar diversas maneiras de gerir as emoções e as próprias respostas emocionais, uma vez que a necessidade de expressão emocional quando aliada à perceção de suporte social, leva a que, através do diálogo, o sujeito sinta que a sua experiência seja reconhecida e compreendida pelo outro.

Com o objetivo de analisar as relações entre as variáveis psicossociais foram realizadas Regressões Lineares Hierárquicas, no seguimento de reconhecer de que modo se relacionam, ou seja, o seu valor preditivo. Numa primeira regressão, que teve como variável dependente o CPT, esta foi maioritariamente explicada pelas crenças centrais, a expressão emocional, o suporte social e a perceção do apoio de um *expert companion*. A disrupção das crenças centrais é considerada como um preditor preponderante de CPT uma vez que apresenta uma forte correlação em populações distintas (Cann et al, 2010; Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013; Su & Chen, 2014; Taku et al., 2015) e um forte valor preditivo nos modelos explicativos do processo de CPT (Triplett et al., 2012; Wilson, Morris & Chambers, 2014; Zhou, Wu, Fu & An, 2015, cit por Ramos, 2016).

Relativamente à expressão emocional, diversos estudos têm vindo a comprovar a associação positiva entre a expressão emocional e o CPT (Cohen & Numa, 2011; Taku, Tedeschi et al., 2009). Após o confronto com o acontecimento disruptivo, o sujeito pode experienciar um maior retraimento na expressão das emoções negativas que estão associadas ao acontecimento, o que pode levar ao evitamento do contacto e interação com membros da sua rede de apoio. Ou, em alternativa, o sujeito pode exibir uma maior tendência para a procura do suporte social com o objetivo de expressar emoções e sentimentos de forma a compreender a experiência traumática e incorporar na sua história de vida, otimizando a perceção do crescimento individual após o trauma, o que vai de encontro aos resultados obtidos nesta investigação.

O apoio percebido pelo *expert companion* demonstrou ser um importante preditor de CPT, de acordo com os resultados do modelo explicativo deste estudo, o que vai ao encontro da literatura (Tedeschi et al., 2018). Segundo Tedeschi e Calhoun (2006), a perceção do apoio de um *expert companion* foi referido como um facilitador do CPT, sendo que é definido como uma pessoa informada sobre os processos envolventes do mesmo, de forma a orientar a vivência aos sobreviventes de um determinado trauma tal como a doença oncológica. De igual modo, um *expert companion* é uma pessoa que oferece tempo de reflexão, favorecendo a expressão emocional de forma natural. Contudo, é importante referir que, o *expert companion* assume-se como um preditor mais forte do que a disrupção de crenças centrais, sendo assim um aspecto inovador e não avaliado em outros estudos empíricos até ao momento.

Por contrapartida, o controlo emocional não foi preditivo de CPT, o que pode ser novamente explicado pela escassa investigação neste campo e pela dificuldade de avaliar um conceito que surge como mecanismo de defesa.

Complementarmente, as variáveis sociodemográficas idade e género foram adicionadas, de forma a controlar e perceber a existência de diferenças significativas, sendo que destas, só a variável idade se demonstrou significativa, o que vai de encontro, por exemplo, ao estudo de Cordova et al., (2007), onde ficou demonstrado que 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.

Posteriormente, ao perceber que variáveis eram predictoras do CPT, tentámos analisar com mais pormenor de que forma é que as mesmas variáveis psicossociais prediziam as diferentes dimensões que caracterizam o CPT. Através da realização de outra regressão, onde a dimensão Relações Interpessoais foi considerada como variável dependente, foi possível verificar que somente a expressão emocional e a presença de *expert companion* é que são preditores significativos desta dimensão de CPT. Assim, concluímos que o *expert companion* e o suporte social são dois conceitos que estão correlacionados, onde a necessidade de expressão emocional aliada ao suporte social, leva a que, através do diálogo, o sujeito sinta que a sua história/experiência seja validada e compreendida pelo outro. Acrescentando que o conceito de *expert companion* é, na prática, o apoio percebido pelo sujeito, como resultado da média da presença, satisfação e importância que este apoio teve e a forma como foi sentido. A procura deste suporte social aumenta em situações que o indivíduo tenha que lidar com a perceção de stress, perda ou morte (Tedeschi & Calhoun, 1996), o que poderá conduzir a uma melhor clareza das relações interpessoais.

Quando a dimensão das novas possibilidades foi utilizada como variável dependente, as variáveis idade, suporte social e *expert companion* foram variáveis preditivas. A dimensão das novas possibilidades diz respeito à perceção de novas oportunidades nos diversos domínios da vida pessoal de cada indivíduo, ou seja, cada indivíduo desenvolve novas perspetivas de realização pessoal, que não existiam antes do trauma surgir.

Ao considerar as competências pessoais, como variável dependente, foi possível observar que as crenças centrais, o suporte social e *expert companion*, foram as variáveis preditivas, nesta regressão. Este resultado pode estar aliado ao facto de esta dimensão corresponder ao processo em que o indivíduo passa a perceber em si uma maior força individual para resolver futuros desafios e adversidades, desde que o indivíduo reconheça em si próprias capacidades pessoais para lidar com o acontecimento stressante, sendo que estudos demonstram que a presença do *expert companion* e mecanismos de *coping* (como a procura de

suporte social), têm implicações positivas no aumento de percepção de novas competências pessoais (Cordova et. al, 2007).

Relativamente ao Desenvolvimento Espiritual, o confronto com o trauma pode clarificar ou diminuir a crença espiritual ou religiosa e o apoio do *expert companion*, ao oferecem tempo de reflexão, poderão estar a facilitar algo que pode ocorrer naturalmente no pós-trauma. O que pode justificar os resultados obtidos, quando esta dimensão do CPT é utilizado como variável dependente. Nesta regressão, as variáveis: idade, crenças centrais e *expert companion*, foram preditoras da variável dependente.

Por fim, ao utilizar a dimensão da Valorização da Vida como variável dependente, foi possível verificar que as variáveis independentes: idade, suporte social e *expert companion* foram preditoras da variável dependente. As consequências que um acontecimento traumático e inesperado tem na percepção de imprevisibilidade e vulnerabilidade podem servir de justificação para este acontecimento. Através do apoio social e da presença de um *expert companion*, o indivíduo poderá compreender, mais facilmente, que não é possível prever ou controlar os acontecimentos do dia-a-dia (Tedeschi & Calhoun, 2004). O que vai possibilitar a ocorrência de uma mudança nas prioridades de vida e aumentar a apreciação dos diferentes momentos do quotidiano, valorizando-os.

No que diz respeito à comparação entre grupos, os resultados confirmam o último objetivo proposto nesta dissertação, ou seja, o facto de existir apoio por parte de um *expert companion*, durante todas as fases da doença oncológica, tem influência significativa e positiva no CPT do sujeito. Através da literatura sobre o CPT existem evidências sobre a disrupção das crenças centrais a variável mais preditiva do crescimento sentido por indivíduos que passavam por um momento traumático, no entanto, neste estudo conseguimos comprovar que há diferenças na experiência de CPT, por indivíduos que têm o suporte de um *expert companion* e que o apoio percebido pelo *expert companion* é o principal preditor de CPT, de acordo com os resultados do nosso modelo explicativo. O conceito de *expert companion* é definido como uma pessoa que utiliza o seu conhecimento sobre o tema de forma a orientar a outra pessoa que está a passar ou passou por um momento traumático, respeitando sempre o tempo e a estrutura do sujeito e oferecendo tempo de reflexão com o objetivo de facilitar algo que pode ocorrer naturalmente após o trauma, o que vai de encontro aos resultados obtidos nesta investigação.

Limitações

Genericamente, a presente dissertação proporciona uma contribuição válida para a literatura já existente, no que concerne ao tema do CPT, abrangendo a área do *Expert Companion*, que é pouco explorada em Portugal e da doença oncológica. Não obstante, determinadas limitações e recomendações devem ser apreciadas. A primeira limitação a ser apontada é na construção do questionário sociodemográfico, sendo que não foi realizada a pergunta “Que tipo de cancro tem/teve?”, sendo que o tipo de cancro poderia interferir com a percepção individual de cada uma das variáveis psicossociais e, deste modo, não foi possível controlar esta variável. Algumas questões podem ter condicionado, também, a interpretação dos resultados. O que poderia ter sido mais controlado com a presença do investigador, no momento da realização do questionário.

Diversos autores referem que o diagnóstico e o estigma de uma doença, como o cancro, pode ter consequências no funcionamento psicológico do indivíduo levando à existência de perturbações psicológicas como a depressão e a ansiedade, como se verifica na amostra do presente estudo. Contudo, uma das limitações deste estudo, foca-se no facto de não termos questionado a pessoa se esta doença mental foi diagnosticada antes ou depois do primeiro diagnóstico. Sendo que, para estudos posteriores, seria interessante perceber melhor o impacto que todos os momentos da doença oncológica tiveram ao nível psicológico do indivíduo.

O conceito de *expert companion* é ainda um conceito muito recente, tendo sido referido por Tedeschi e Calhoun em 2006, como um facilitador do CPT. O que se torna uma limitação para o nosso estudo, tanto o facto de o conceito de *Expert Companion* ter ainda sido muito pouco explorado. No entanto, analisando os resultados relativos importância do *Expert Companion na percepção do CPT* estudos posteriores deverão avaliar esta variável não só nesta população oncológica como em outras populações com o objetivo de aumentar a compreensão empírica sobre a influência do expert companion no CPT

O CPT foi avaliado apenas quantitativamente, através do IDPT. Sendo este um constructo que avalia experiências com um forte carácter pessoal, seria importante utilizar uma via qualitativa ou a observação para analisar as mudanças individuais. Isto porque, o facto de avaliarmos o CPT apenas através do autopreenchimento do IDPT contemos a compreensão do conceito. Como sugestão de futuros estudos, sugere-se a realização de estudos mistos que incluam a metodologia qualitativa e quantitativa

Por fim e relativamente ao processo cognitivo relacionado com o acontecimento, este foi explorado através da avaliação da disrupção das crenças centrais, contudo, existem outros

componentes do processo cognitivo que não foram avaliados, tais como o *coping*, a resiliência ou a avaliação cognitiva do acontecimento, que são conceitos igualmente importantes no que diz respeito ao ajustamento psicossocial à doença no processo de CPT. Tais como outros fatores, que a literatura tem vindo a dar reconhecimento, como sendo fatores associados a um aumento do CPT, tais como a abertura à experiência, a personalidade ou o otimismo (Linley & Joseph, 2004; Prati & Pietrantonio, 2009), que apesar de já estarem incluídos no modelo explicativo de CPT (Tedeschi & Calhoun, 2018), não foram avaliados nesta dissertação.

Considerações Finais

Apesar das limitações acima referidas, este estudo, tanto no que concerne ao crescimento pós-traumático, como no *expert companion*, é uma importante contribuição, pois permite compreender melhor a experiência de pessoas que tenham este diagnóstico e de que forma é que poderemos vir a intervir, de forma a influenciar positivamente este crescimento.

O facto de haver a comparação entre indivíduos que têm/tiveram *expert companion* e indivíduos que não têm/tiveram *expert companion*, permite-nos compreender de forma mais abrangente o modo como as variáveis psicossociais se relacionam, nestes dois grupos. Para além de se tornar notória a forma como estas variáveis se relacionam, a presente dissertação permite pensar em como se torna importante, senão essencial, o papel de um *expert companion* e correspondente intervenção realizada neste contexto, uma vez que foi considerado como o principal preditor de CPT, nesta amostra de doentes com cancro. A experiência de uma doença oncológica, pode ser traumática na vida de um indivíduo e ter determinadas consequências, sendo que esta vivência envolve uma diversidade de fatores de stress. Sendo por isso, importante pensar nesta intervenção psicoterapêutica, incluindo um foco reforçado no sentido de diminuir, ou mesmo conter problemas psicológicos como a ansiedade ou a depressão, trabalhar a expressão emocional, tendo em conta características específicas de cada um, de forma a facilitar a partilha com amigos, familiares e profissionais de saúde, aumentando assim a perceção de suporte social, incentivar ou desenvolver estratégias cognitivas que facilitem a regulação das emoções. Desta forma, torna-se possível o ajustamento psicossocial à doença e ao novo enquadramento de vida que dela resulta, proporcionando assim um aumento do crescimento pós-traumático.

Desta forma, em concordância com os estudos anteriores mencionados e considerando os resultados obtidos nesta investigação, concluímos que o *expert companion*, seja ele um familiar, um amigo, um profissional de saúde, entre outros, torna-se fundamental para o

processo de ajustamento à doença oncológica, uma vez que, possibilita a redução de sentimento de ansiedade ou depressão e contribui para o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional o que, por sua vez, permite diminuir o controlo emocional. Sendo que o controlo emocional surge, muitas vezes, como uma defesa, esta diminuição pode ter como consequência o aumento da expressão emocional, o que favorece o suporte social e, por sua vez, tem impacto na forma como olha para a vida e ao mesmo tempo, promove a ocorrência de crescimento pós-traumático.

A forma como refletimos sobre este tema e observando a relação estabelecida entre as variáveis incluídas neste estudo, leva-nos a refletir sobre a necessidade e relevância de um estudo longitudinal, de forma a compreender de que forma esta relação evolui ao longo do tempo, bem como perceber os benefícios para os indivíduos que afirmam que tiveram o apoio de um *expert companion*.

Referências

- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology, 25*, 4756. doi:10.1037/0278-6133.25.1.47
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues, 54*, 357-371.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521–527. doi:10.1023/A:1007745627077
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The core beliefs inventory : a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress & Coping, 23*(1), 19–34. doi:10.1080/10615800802573013
- Cardoso G, Luengo A, Trancas B, Vieira C, Reis D. Aspectos psicológicos do doente oncológico. [Internet]. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. 2009* [acesso 22 dez 2016];7(1):8-18. Disponível: <http://bit.ly/2sGhBB9>
- Carlsson, M., & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing, 17*(5), 418-428.
- Carvalho, S., Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Pereira, J. (2011). Características Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social. *Psicologica: Avaliação Psicológica em Contexto Clínico, 54*, 309-358.
- Ceolin, V. E. S. (2008). A família frente ao diagnóstico do câncer. In: C. F. M. Hart (Org.) *Câncer: Uma abordagem psicológica* (pp. 118-128). Porto Alegre: AGE.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology, 15*(6), 434-437.
- Cohen, M., & Numa, M. (2011). Posttraumatic growth in breast cancer survivors : a comparison of volunteers and non-volunteers. *Psycho-Oncology, 20*(1), 69–76. doi:10.1002/pon.1709
- Cordova, M. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. *Positive psychological perspectives on posttraumatic stress, 185-205*
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*, 308–319. doi:10.1007/s10880007-9083-6

- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russel, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. H., & Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 1–15
- Fernandez -Ballesteros, R., & Garde, R. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning—An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press.
- Gore, J. S., Cross, S. E., & Morris, M. L. (2006). Let 's be friends : Relational self-construal and the development of intimacy. *Personal Relationships*, 13(1), 83–102. doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00106
- Hilakivi-Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R., & Lippman, M. (1993). Psychosocial factors in the development/progression of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 29, 141-160
- Ho, S. M. Y., Chan, M.W. Y., Yau, T. K., & Yeung, R. M. W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology & Health*, 26(3), 269– 285.
- Iwamitsu, Y.M, 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 Neuroscience*, 57, 289-294.
- Jannof-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/20447198>
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81-99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 41–65. doi:10.1521/jscp.20.1.41.22254
- Linley, P. A. (2003). Positive Adaptation to Trauma: Wisdom as Both Process and Outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 601-610.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11-21. doi:10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Linley, P. A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive Changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 877–891. doi: 10.1521/jscp.2008.27.8.877

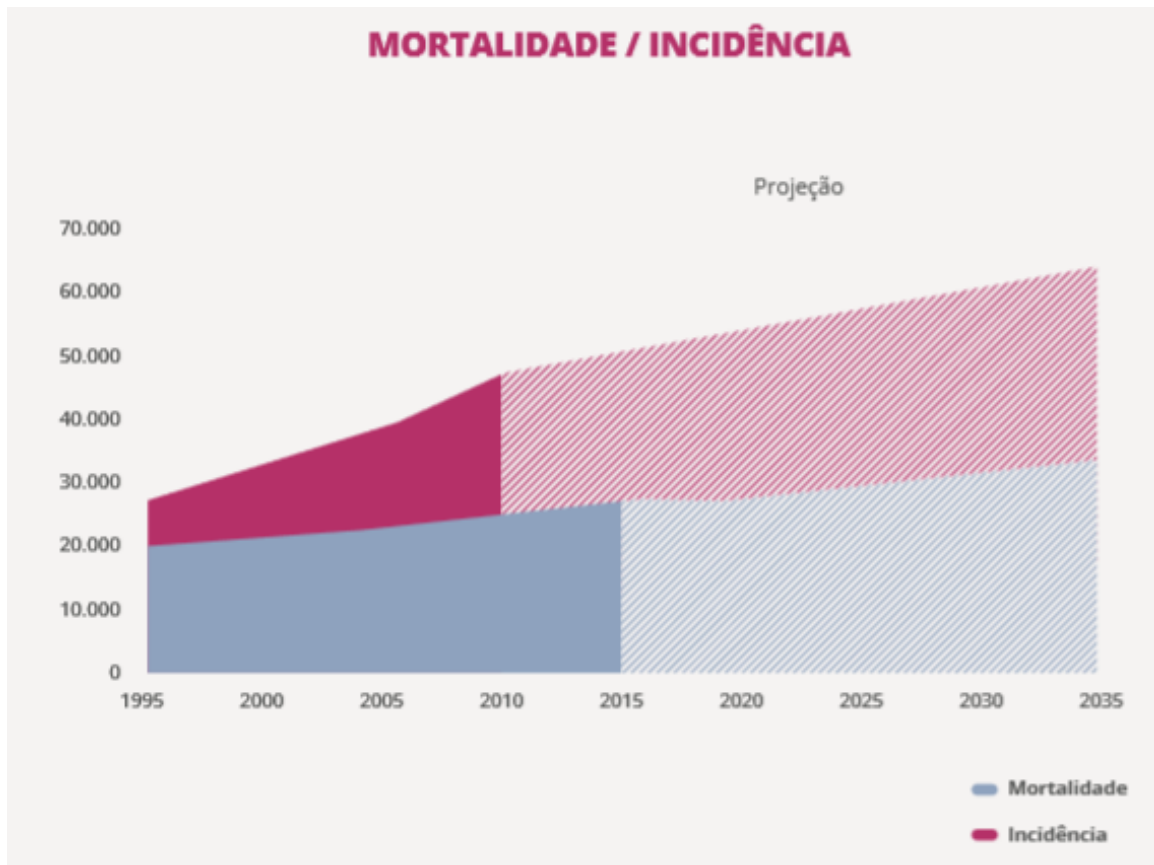
- Liu, J. E., Wang, H. Y., Wang, M. L., Su, Y. L., & Wang, P. L. (2014). Posttraumatic growth and psychological distress in Chinese early-stage breast cancer survivors: a longitudinal study. *Psycho Oncology*, 23, 437-443. doi:10.1002/pon.3436
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper
- Miller, L. C., Archer, R. L., & Berg, J. H. (1983). Openers: Individuals who elicit intimate self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1234-1244. doi:10.1037//0022-3514.44.6.123
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, PT: Placebo, Editora Lda. ISBN 978 989-8463-01-2
- Patrão, I. (2007). *O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos* (Doctoral dissertation). Lisbon: Universidade Nova de Lisboa
- Patrão, I. A. M. (2007). *O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos*. Dissertação de doutoramento. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/208>
- Penna, T. L. M. (2004). Dinâmica psicossocial da família de pacientes com câncer. In J. Mello Filho, & M. Burd. (Orgs.) *Doença e família* (pp. 379-389). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388. doi:10.1080/15325020902724271
- Ramos, A. C. M. B. (2016). Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: Um programa de intervenção. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA-Instituto Universitário.
- Ramos, C., Leal, I., Marôco, A. L., & Tedeschi, R. G. (2016). The Posttraumatic Growth Inventory: Factor Structure and Invariance in a Sample of Breast Cancer Patients and in a Non-Clinical Sample. *The Spanish journal of psychology*, 19, E64. doi:10.1017/sjp.2016.65
- Ramos, C., Leal, I., Tedeschi, R. G., Figueiras, L., & Lopes, M. (2016). Inventário de Crenças Centrais: Estrutura Fatorial e Propriedades Psicométricas na População Normativa Portuguesa. *11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal. Janeiro 26 a 29.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544

- Ruíz, M., Bermudez, M., & Garde, A. (1999). Factores psicosociales en el cáncer de mama: Un estudio cuasi-prospectivo. *Boletín de Psicología*, 64, 57-80.
- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *PsychoOncology*, 18(1), 30-41. doi:10.1002/pon.1367
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46-53. doi:10.1002/pon.1501\
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46-53. doi:10.1002/pon.1501
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46-53. doi:10.1002/pon.1501
- Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra (Ed.), *O stress na vida de todos os dias* (pp. 365-439). Coimbra: Edição do Autor
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27, 1323-1341. doi:10.1080/08870446.2012.676644
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa [Breast cancer and personal and relational growth: Psychometric characteristics of the Portuguese version of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Portuguese women]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28, 105-133. Retirado de <https://www.researchgate.net/publication/234164878>
- Spiegel, D. (1993). *Living beyond limits*. New York: Ballantine Book
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C. Kirk, S., Sworowski, L., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Swan, G., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R. & Spielberger, C. (1992). The rationality/emotional defensiveness scale – II. Convergent and discriminant correlational analysis in males and females with and without cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 4, 349-359

- Taku, K., & Oshio, A. (2015). An item-level analysis of the posttraumatic growth inventory: Relationships with an examination of core beliefs and deliberate rumination. *Personality and Individual Differences*, 86, 156-160. doi:10.1016/j.paid.2015.06.025
- 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, 1226-1243. doi: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, 455-471. doi:10.1002/jts.2490090305
- Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, Nakano T, Okuyama T, Akechi T, et al. Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma, a prospective observational study. *American Cancer Society* 2001;92(7): 1926 -35.
- Varela, A. & Leal, Isabel (2004). Factores psicológicos associados à resiliência no stress pós traumático em mulheres com cancro de mama. In Leal & Ribeiro (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4), 299-305. doi:10.1016/0022-3999(83)90052-1
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4), 299-305. doi:10.1016/0022-3999(83)90052-1
- Yalom, I. (1980). *Existential therapy*. New York: Basic Books
- Yeung, N. C., Lu, Q., Wong, C. C., & Huynh, H. C. (2015). The roles of needs satisfaction, cognitive appraisals, and coping strategies in promoting posttraumatic growth: A stress and coping perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 284-291. doi:10.1037/tra0000091
- Zimet, G.D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.

Anexos

Anexo 1 – Projeção da Mortalidade/Incidência de Cancro em Portugal



Anexo 2 – Informação ao participante

Exmo/a Sr/a,

No âmbito de uma dissertação de mestrado de Psicologia Clínica do Ispa Instituto Universitário, sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos, solicito a sua colaboração no estudo sobre o Crescimento Pós-Traumático em pessoas com diagnóstico de cancro.

Com esta investigação pretende-se avaliar as mudanças positivas que podem ocorrer na vida de alguém que experienciou um acontecimento stressante ou traumático como a doença oncológica e a potencial influência do suporte social providenciado por uma pessoa próxima durante o processo de doença.

O questionário é anónimo e confidencial. O seu preenchimento tem uma duração de aproximadamente 15 minutos.

Para preencher o questionário, por favor aceda ao seguinte link (ou copie-o para o seu browser):
<https://goo.gl/forms/zBmUCKUKtzSflGla2>

Alguma questão ou dúvida, por favor contactar: Filipa Tirano (filipa.tirano@gmail.com).

Muito obrigada pela sua participação.

Anexo 3 – Bateria de instrumentos

O Crescimento Pós-Traumático em Pessoas com Cancro e a Influência de um *Expert Companion* no Ajustamento Psicossocial à Doença

Questionário Sociodemográfico

1. Data de nascimento __/__/____
Idade: _____
 - Solteiro
 - Casado
 - União de facto
 - Divorciado ou Separado
 - Viúvo
2. Género
 - Feminino
 - Masculino
 - Outro
3. Nacionalidade:

4. Residência (concelho):

5. Habilitações Literárias completas:
 - Sem escolaridade
 - 4ª classe
 - 6º ano
 - 9º ano
 - 12º ano
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro _____
6. Situação Profissional:
 - Activo/a
 - Desempregado/a
 - Reformado/a
 - Outro _____
7. Profissão: _____
8. Estado Civil:
 - Solteiro
 - Casado
 - União de facto
 - Divorciado ou Separado
 - Viúvo
9. Actualmente, mantém uma relação amorosa/casamento?
 - Não
 - Sim
 - Se sim, qual a duração? _____
10. Rendimento bruto anual familiar:
 - Inferior a 10.000 euros
 - Entre os 10.001 e 20.000 euros
 - Entre 20.000 e 37.500 euros
 - Entre 37.501 e 70.000 euros
 - Não sei

11. Indique, por favor, a data na qual obteve o diagnóstico do cancro (mês, ano):

12. Qual o estágio do cancro?

- Estádio 0
- Estádio I
- Estádio II
- Estádio III
- Estádio IV
- Não sei

13. Já iniciou o tratamento?

- Sim
- Não

14. Se sim, indique qual (quais):

- Cirurgia
- Quimioterapia
- Radioterapia Externa
- Radioterapia Interna
- Radioterapia Sistémica
- Terapia Hormonal
- Imunoterapia
- Transplante de Células Estaminais
- Outro _____

15. Indique, por favor, qual a fase actual do tratamento (p.ex., em quimioterapia, em vigilância, em alta médica):

16. Este foi o seu primeiro diagnóstico de cancro?

- Sim
- Não

17. Tem ou teve outra doença física?

- Não
- Sim
- Se sim, qual (quais)? _____

18. Tem ou teve alguma doença mental (p.ex. depressão, perturbação de ansiedade, etc.)?

- Não
- Sim
- Se sim, qual (quais)? _____

19. Tem ou teve acompanhamento psicológico/psiquiátrico?

- Não
- Sim

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

Expert Companion

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

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

2. Quem foi o seu *Expert Companion* (selecione uma única opção)?
 - Nenhum
 - Companheiro/a/ Cônjuge
 - Familiar
 - Amigo/a
 - Líder Espiritual
 - Psicólogo/a
 - Enfermeiro/a
 - Outro, qual? _____

3. A sua pessoa próxima, ou seja, o seu *Expert Companion* providenciou-lhe o seguinte apoio (selecione todas as opções correspondentes):
 - Não se aplica
 - Suporte emocional
 - Suporte psicológico
 - Companhia nas idas às consultas e/ou exames
 - Suporte económico
 - Suporte instrumental (p.ex. transporte para o hospital)
 - Apoio na literacia sobre a doença (p.ex. fornecimento de informação sobre os tratamentos)
 - Outro, qual? _____

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

Presença

- Não se aplica/Nenhuma
- Raramente
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

Importância

- Não se aplica/Nenhuma
- Pouca
- Moderada
- Muita
- Bastante

Satisfação

- Não se aplica/Nenhuma
- Pouca
- Moderada
- Muita
- Bastante

PTGI

De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida *desde que tomou conhecimento da sua doença oncológica*. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar, com uma cruz (X), a resposta que melhor traduz o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença
- 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado da minha doença
- 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado da minha doença
- 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença

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

CBI

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

0 = Nada
1 = Muito Pouco
2 = Pouco

3 = Moderadamente
4 = Muito
5 = Bastante

1. Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são justa.	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

DDI

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

1 = Discordo Totalmente

2 = Discordo Parcialmente

3 = Não discordo nem concordo

4 = Concordo Parcialmente

5 = Concordo Totalmente

1. Quando estou chateado/a, confidencio com os meus amigos.	1	2	3	4	5
2. Prefiro não falar sobre os meus problemas.					
3. Quando me acontece alguma coisa desagradável, costumo procurar alguém com quem possa falar.					
4. Normalmente não converso sobre coisas que me chateiam.					
5. Quando me sinto deprimido/a ou chateado/a, tendo a guardar esses sentimentos para mim próprio/a.					
6. Tento procurar alguém com quem falar sobre os meus problemas.					
7. Quando estou de mau humor, falo sobre isso com os meus amigos.					
8. Se tiver um dia mau, a última coisa que quero é falar sobre isso.					
9. Quando tenho um problema, raramente procuro alguém com quem falar.					
10. Quando estou com stresse não falo com ninguém sobre isso.					
11. Quando estou de mau humor, costumo procurar alguém com quem possa falar.					
12. Estou disposto/a a contar aos outros os pensamentos que me preocupam.					

Os Itens seguintes incluem uma variedade de temas que pode ter falado com pessoas próximas de si (ex. cônjuge, amigos, familiares) no último mês. Por favor indique o quanto discutiu cada tema. Na última semana eu falei sobre:

		Não falei de todo				Falei completamente
		1	2	3	4	5
1	Os meus sentimentos profundos.	1	2	3	4	5
2	O que eu gosto e o que eu não gosto em mim próprio.	1	2	3	4	5
3	Os meus maiores medos.	1	2	3	4	5
4	Coisas que eu fiz, e pelas quais me orgulho.	1	2	3	4	5
5	Os meus relacionamentos próximos com as pessoas.	1	2	3	4	5

CEC

A seguir apresentam-se algumas reações que as pessoas têm mediante certos sentimentos ou emoções. Por favor, leia as frases de cada lista e coloque uma cruz no número apropriado da coluna, indicando qual a resposta que descreve o modo como reage normalmente.

Por exemplo: se acha que quando está zangado/a **quase nunca** fica calado/a, então coloque a cruz no número 1; se isso só acontece **às vezes**, coloque a cruz no número 2; se acontece **frequentemente**, coloque a cruz no 3; e se acontece **quase sempre**, coloque a cruz no 4. Por favor, assinale um número em cada reação. Faça-o rapidamente e assinale só um número em cada item.

Quando estou muito zangado/a/irritado/a	1	2	3	4
1. Fico calado/a				
2. Recuso-me a discutir ou a dizer alguma coisa				
3. Guardo as coisas para mim				
4. Digo o que sinto				
5. Evito fazer uma cena				
6. Reprimo os meus sentimentos				
7. Escondo a minha zanga				
Quando estou muito ansioso/a ou preocupado/a	1	2	3	4
8. Deixo que os outros vejam como me sinto				
9. Fico calado/a				
10. Recuso-me a falar sobre o problema				
11. Conto aos outros o que se passa				
12. Digo o que sinto				
13. Guardo as coisas para mim				
14. Reprimo os meus sentimentos				
Quando me sinto infeliz	1	2	3	4
15. Recuso-me a falar sobre o problema				
16. Escondo a minha tristeza				
17. Faço-me de muito forte				
18. Fico calado/a				
19. Deixo que os outros vejam como me sinto				
20. Reprimo os meus sentimentos				
21. Guardo as coisas para mim				

MSPSS

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

- 1 = Discordo Totalmente
- 2 = Discordo Fortemente
- 3 = Discordo Parcialmente
- 4 = Não tenho opinião
- 5 = Concordo Parcialmente
- 6 = Concordo Fortemente
- 7 = Concordo Completamente

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

Anexo 4 – Consentimento Informado

O presente estudo é efetuado no âmbito de uma dissertação de mestrado, da responsabilidade da aluna de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Filipa Tirano (ISPA – Instituto Universitário), e com a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal (ISPA – Instituto Universitário) e a co-orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos (ISPA – Instituto Universitário).

Esta investigação estuda o impacto que o cancro tem na vida de uma pessoa, as eventuais mudanças positivas percebidas (ex. maior proximidade nas relações interpessoais; redefinição nas prioridades de vida, entre outros), e os efeitos de um suporte social de uma pessoa próxima no ajustamento psicossocial ao processo de doença.

Neste momento, convido-o/a a participar nesta fase da investigação através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes. Com a duração aproximada de 15 minutos.

A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma mais objetiva e abrangente **o impacto do cancro nas várias áreas da vida de uma pessoa.**

Sublinha-se que a participação é voluntária e anónima. Assegura-se ainda que todos os dados são totalmente **confidenciais.**

Esclarece-se que poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a investigadora responsável por e-mail (filipa.tirano@gmail.com).

Muito obrigada pela sua participação.
A investigadora responsável,
Filipa Tirano

Pelo acima exposto, declaro ter compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar, os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Além disso, foi-me informado acerca da total **confidencialidade** dos dados.

Tomei conhecimento do carácter **voluntário** da participação no estudo bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação, sem que este facto possa ter qualquer dano ou prejuízo para mim. Declaro, ainda, que tive oportunidade de formular as questões que considere oportunas, as quais me foram claramente esclarecidas.

Pelo acima exposto, aceito participar na presente investigação.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante

Anexo 5 – Autorização para a Aplicação de Questionários

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Carvalho, 2011)

Pedido:

Boa tarde Sr. Dr. Serafim Carvalho,

Sou aluna do mestrado em Psicologia Clínica do ISPA – Instituto Universitário e encontro-me a desenvolver o seguinte estudo “O crescimento pós-traumático em pessoas com cancro e a influência de um Expert Companion, no ajustamento psicossocial à doença”. Sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos.

Venho por este meio solicitar a autorização formal para a aplicação da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) à amostra do estudo de acima referida.

Previamente, demonstro o meu agradecimento por toda a atenção e disponibilidade, subscrevo-me com consideração.

Melhores cumprimentos,

Com votos de boas entradas no novo ano,

Filipa Tirano

E-mail: smicarval@gmail.com

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009)

Pedido:

Ex.ma Sra. Dra. Sónia Silva,

Sou aluna de Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Universitário ISPA e encontro-me a desenvolver o seguinte estudo “O crescimento pós-traumático em pessoas com cancro e a influência de um Expert Companion, no ajustamento psicossocial à doença”. Sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos.

No seguimento da leitura do seu artigo de validação do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT) para uma amostra de mulheres portuguesas com história de cancro da mama - "Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático", venho por este meio solicitar a autorização formal para aplicação do IDPT à amostra do estudo acima referida.

Antecipadamente grata por toda a atenção e disponibilidade, subscrevo-me com consideração.

Melhores cumprimentos,

Com votos de boas entradas no novo ano,

Filipa Tirano.

E-mail: soniaimsilva@gmail.com

Escala Controlo Emocional de Courtauld (CEC)
(Watson e Greer, 1983 – versão portuguesa aferida de Ivone Patrão, 2007)

Pedido:

Boa tarde Sra. Dra. Ivone Patrão,

Sou aluna do mestrado em Psicologia Clínica Instituto Universitário ISPA e encontro-me a desenvolver o seguinte estudo “O crescimento pós-traumático em pessoas com cancro e a influência de um Expert Companion, no ajustamento psicossocial à doença”. Sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos.

Venho por este meio solicitar a autorização formal para a aplicação da Escala Emocional de Courtauld (CEC), à amostra do estudo de acima referida.

Previamente, demonstro o meu agradecimento por toda a atenção e disponibilidade, subscrevo-me com consideração.

Melhores cumprimentos,
Com votos de boas entradas no novo ano,

Filipa Tirano

E-mail: Ivone_patrão@ispa.pt

Respondida em 06/02/2019 14:38H

Cara Filipa

Está autorizada.

Bom trabalho

Cumps

Ivone Patrão, PhD
Psicóloga Clínica
#GeraçãoCordão

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)

Ω

Pedido:

Boa tarde Sr. Dr. Serafim Carvalho,

Sou aluna do mestrado em Psicologia Clínica do ISPA – Instituto Universitário e encontro-me a desenvolver o seguinte estudo “O crescimento pós-traumático em pessoas com cancro e a influência de um Expert Companion, no ajustamento psicossocial à doença”. Sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos.

Venho por este meio solicitar a autorização formal para a aplicação da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) à amostra do estudo de acima referida.

Previamente, demonstro o meu agradecimento por toda a atenção e disponibilidade, subscrevo-me com consideração.

Melhores cumprimentos,
Com votos de boas entradas no novo ano,

E-mail: smicarval@gmail.com

Respondida em 01/10/2019 14:48H

Olá Filipa,
espero que não tenha sido um impedimento. Use á vontade.
O seu email este perdido.
SC

Psiquiatra - Hospital de Magalhães Lemos
Doutorado em Psicologia (FPCEUC)
Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamental (APTC)
Terapeuta Sexual (SPSC) & Competência Sexologia Clínica - Ordem dos Médicos
Professor Auxiliar - Instituto Universitário de Ciências da Saúde
Investigador - CINEICC, Universidade de Coimbra

Anexo 6 – Regressão Linear Relações Interpessoais

	B	B.	<i>p-value</i>	F	(gl.)	R ² _{ajust}	ΔR ²
Modelo 1			0,542	0,614	(2,247)	-0,003	0,005
Idade	-0,005	-0,070	0,273				
Género	0,010	0,005	0,935				
Modelo 2			0,000	46,90	(4,243)	0,525	0,532
Idade	0,000	-0,003	0,939				
Género	0,050	0,026	0,554				
Crenças Centrais	0,173	0,135	0,043				
Expressão Emocional	0,207	0,240	0,001				
Controlo Emocional	-0,215	-0,139	0,077				
Suporte Social	0,322	0,352	0,000				
Modelo 3			0,000	47,14	(1,242)	0,565	0,040
Idade	-0,001	-0,020	0,651				
Género	0,015	0,008	0,853				
Crenças Centrais	0,079	0,062	0,347				
Expressão Emocional	0,193	0,223	0,002				
Controlo Emocional	-0,147	-0,095	0,210				
Suporte Social	0,112	0,122	0,151				
<i>Expert Companion</i>	0,236	0,382	0,000				

Anexo 7 - Regressão Linear Novas Possibilidades

	B	B.	<i>p-value</i>	F	(gl.)	R ² _{ajust}	ΔR ²
Modelo 1			0,000	12,273	(2,247)	0,083	0,090
Idade	-0,023	-0,293	0,000				
Género	-0,193	-0,090	0,138				
Modelo 2			0,000	55,194	(4,243)	0,566	0,486
Idade	-0,016	-0,206	0,000				
Género	-0,108	-0,050	0,236				
Crenças Centrais	0,181	0,124	0,051				
Expressão Emocional	0,037	0,038	0,552				
Controlo Emocional	-0,239	-0,137	0,068				
Suporte Social	0,507	0,491	0,000				
Modelo 3			0,000	60,056	(1,242)	0,624	0,058
Idade	-0,017	-0,225	0,000				
Género	-0,155	-0,073	0,068				
Crenças Centrais	0,053	0,037	0,546				
Expressão Emocional	0,017	0,018	0,789				
Controlo Emocional	-0,147	-0,084	0,232				
Suporte Social	0,222	0,215	0,007				
<i>Expert Companion</i>	0,319	0,458	0,000				

Anexo 8 - Regressão Linear Competências Pessoais

	B	B.	<i>p-value</i>	F	(gl.)	R ² _{ajust}	ΔR ²
Modelo 1			0,207	1,585	(2,247)	0,005	0,013
Idade	-0,004	-0,040	0,529				
Género	-0,271	-0,108	0,090				
Modelo 2			0,000	69,166	(4,243)	0,622	0,618
Idade	0,005	0,055	0,176				
Género	-0,103	-0,041	0,304				
Crenças Centrais	0,628	0,367	0,000				
Expressão Emocional	0,066	0,058	0,384				
Controlo Emocional	-0,092	-0,045	0,522				
Suporte Social	0,510	0,419	0,000				
Modelo 3			0,000	72,515	(1,242)	0,668	0,046
Idade	0,003	0,037	0,326				
Género	-0,153	-0,061	0,106				
Crenças Centrais	0,494	0,289	0,000				
Expressão Emocional	0,045	0,040	0,525				
Controlo Emocional	0,005	0,003	0,968				
Suporte Social	0,209	0,172	0,021				
<i>Expert Companion</i>	0,336	0,410	0,000				

Anexo 9 - Regressão Linear Desenvolvimento Espiritual

	B	B.	<i>p-value</i>	F	(gl.)	R ² _{ajust}	ΔR ²
Modelo 1			0,001	7,420	(2,247)	0,049	0,057
Idade	0,022	0,230	0,000				
Género	-0,130	-0,049	0,431				
Modelo 2			0,000	34,994	(4,243)	0,450	0,407
Idade	0,029	0,305	0,000				
Género	0,043	0,016	0,736				
Crenças Centrais	0,739	0,409	0,000				
Expressão Emocional	0,084	0,069	0,386				
Controlo Emocional	0,100	0,046	0,585				
Suporte Social	0,344	0,268	0,001				
Modelo 3			0,000	31,616	(1,242)	0,463	0,014
Idade	0,028	0,295	0,000				
Género	0,014	0,005	0,912				
Crenças Centrais	0,661	0,365	0,000				
Expressão Emocional	0,072	0,059	0,453				
Controlo Emocional	0,157	0,072	0,391				
Suporte Social	0,169	0,131	0,165				
<i>Expert Companion</i>	0,196	0,226	0,011				

Anexo 10 - Regressão Linear Valorização da Vida

	B	B.	<i>p-value</i>	F	(gl.)	R ² _{ajust}	ΔR ²
Modelo 1			0,000	27,420	(2,247)	0,175	0,182
Idade	-0,039	-0,424	0,000				
Género	-0,198	-0,078	0,179				
Modelo 2			0,000	65,406	(4,243)	0,607	0,435
Idade	-0,031	-0,334	0,000				
Género	-0,090	-0,035	0,382				
Crenças Centrais	0,174	0,101	0,095				
Expressão Emocional	-0,010	-0,009	0,894				
Controlo Emocional	-0,239	-0,115	0,107				
Suporte Social	0,638	0,520	0,000				
Modelo 3			0,000	71,664	(1,242)	0,665	0,058
Idade	-0,032	-0,354	0,000				
Género	-0,146	-0,057	0,127				
Crenças Centrais	0,023	0,013	0,818				
Expressão Emocional	-0,034	-0,029	0,639				
Controlo Emocional	-0,129	-0,062	0,349				
Suporte Social	0,300	0,244	0,001				
<i>Expert Companion</i>	0,379	0,457	0,000				